

١٣٠٤

الرقم العام: ٤٧٤
رقم التسجيل:
تاريخ الصياغة:

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

٨٠
٢

فاعلية العلاج النفسى الجماعى فى علاج قلق الانفصال
والشعور بالوحدة النفسية لدى جماعة
من أبناء المؤسسات الإيوائية
(دراسة تجريبية)

رسالة مقدمة
للحصول على درجة الدكتوراه
فى دراسات الطفولة
من قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

إعداد
محمد ربيع عبد الرحيم الخميسي

اشراف

أ.د. إلهامى عبد العزيز أمام
استاذ علم النفس ورئيس قسم
الدراسات النفسية والاجتماعية بمعهد
الدراسات العليا للطفولة
بجامعة عين شمس

أ.د. لىلى كرم الدين
استاذ علم النفس
وكيلة معهد الدراسات العليا للطفولة
ومدير مركز دراسات الطفولة
بجامعة عين شمس

أ.د. فايزة يوسف عبد المجيد
استاذ علم النفس
وعميد معهد الدراسات العليا للطفولة
بجامعة عين شمس
د/ فايزة يوسف

الع

د. لىلى كرم الدين

١٤٢١هـ - ٢٠٠١م



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

صفحة العنوان

اسم الطالب : محمد ربيع عبد الرحيم الخميسي
الدرجة العلمية : الدكتوراة
القسم التابع له : قسم الدراسات النفسية والاجتماعية
اسم الكلية : معهد الدراسات العليا للطفولة
الجامعة : عين شمس
سنة التخرج : ٢٠٠١
سنة المنح : ٢٠٠١

شروط عامة
يوضع شعار الجامعة علي الغلاف الخارجي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

رسالة دكتوراه

اسم الطالب : محمد ربيع عبد الرحيم الخميسي
عنوان الرسالة : فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج قلق الانفصال والشعور
بالوحدة النفسية لدي جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية (دراسة
تجريبية) .
أسم الدرجة : (ماجستير / دكتوراة)

لجنة الإشراف

أستاذ علم النفس وعميدة معهد الدراسات العليا للطفولة
أستاذ علم النفس ووكيلة معهد الدراسات العليا للطفولة
أستاذ ورئيس قسم الدراسات النفسية والاجتماعية بالمعهد
أ.د/فايزة يوسف عبد المجيد
أ.د/ليلي أحمد كرم الدين
أ.د/الهامي عبد العزيز إمام

تاريخ البحث ١١ / ١٢ / ١٩٩٥

الدراسات العليا

ختم الإجازة

٢٠٠١ / /

أجيزة الرسالة بتاريخ ٢٠٠١ / ٨ / ٢٠٠١

موافقة مجلس الجامعة

٢٠٠١ / /

موافقة مجلس المعهد

٢٠٠١ / ٢ / ٢٠٠١

مستخلص الرسالة Abstract

اسم الباحث : محمد ربيع عبد الرحيم الخميسي
عنوان الرسالة : فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج قلق الانفصال والشعور بالوحدة النفسية لدي جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية (دراسة تجريبية) .

جهة البحث : قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ، بمعهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

مشكلة الدراسة

تكمن مشكلة الدراسة في الاجابة علي التساؤلات الآتية :
س١ : هل يؤدي العلاج النفسي الجماعي باعتباره متغيرا مستقلا في تخفيف الشعور بقلق الانفصال لدي جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية .
س٢ : هل يؤدي العلاج النفس الجماعي باعتباره متغيرا مستقلا في تخفيف الشعور بالوحده النفسية لدي جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية ؟
س٣ : هل يؤدي العلاج النفسي الجماعي الي استمرار المكاسب العلاجية بعد انتهاء البرنامج العلاجي ؟

فروض الدراسة

تطرح الدراسة الفروض التاليه

- الفرض الأول** : يؤدي العلاج النفي الجماعي - باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور - الي التحسن نحو الشفاء من قلق الانفصال لدي الجماعة ، كما يقيسه مقياس قلق الانفصال ومقياس التحسن العلاجي .
- الفرض الثاني** : يؤدي العلاج النفسي الجماعي - باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور - الي التحسن نحو الشفاء من الشعور بالوحدة النفسية ، كما يقيسه مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس التحسن العلاجي .
- الفرض الثالث** : يحقق العلاج النفسي الجماعي - باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور - الإستمرارية في المكاسب العلاجية بعد إنتهاء البرنامج العلاجي كما يقيسه أدوات الدراسة .

عينة الدراسة

طبقت الدراسة علي مجموعتين تجريبيتين ، قوام كل مجموعة (١٢) مفحوصا من المراهقين الذكور) بعد أن تسرب عدد ٣ (ثلاثة مفحوصين) لخروجهم من المؤسسة الي الأهل دون عوده ، وتم إختيارهم بناء علي رغباتهم ، وممن تم تشخصيهم بقلق الانفصال للمجموعة التجريبية الاولي ، والوحدة النفسية للمجموعة التجريبية الثانية ، وأستخدم الباحث التصميم التجريبي ذات القياس القبلي / البعدي / بعد البعدي / وتم تطبيق البرنامج العلاجي متعدد المحاور لمدة عشرون جلسة ، مدة كل جلسة ساعة وربع الي ساعة ونصف ما عدا الجلسة الأولى والأخيرة كانت ساعتان تخللها فترة راحة ، وطبق البرنامج العلاجي لكل مجموعة علي حده ، بمعدل ثلاث جلسات في الأسبوع ، وتم تطبيق القياس التنبعي بعد شهرين من توقف البرنامج للوقوف علي مدى استمرار المكاسب العلاجية .

- أدوات الدراسة :

- استخدم الباحث المقاييس والأدوات الآتية :
- ١- مقياس قلق الانفصال للأطفال
 - ٢- إختبار الشعور بالوحدة النفسية
 - ٣- مقياس التحسن العلاجي
 - ٤- بطاقة تعريف
 - ٥- دراسة حالة
- إعداد : الباحث
إعداد : إبراهيم قشقوش
إعداد : الباحث
إعداد الباحث
إعداد الباحث

- نتائج الدراسة أنهت الدراسة الي صحة الفروض الثلاثة ، حيث ثبت فاعلية العلاج النفسي الجماعي من خلال برنامج متعدد المحاور في علاج قلق الانفصال ، والشعور بالوحدة النفسية ، وكذلك استمرار المكاسب العلاجية بمستوي جوهرى ٠,٠٠١ لصالح البرنامج العلاجي مستخدما المتوسط الحسابي للفروق وأختبار ت T.Test للوقوف علي الفروق بين القياسات القبليه ، والبعدية وبعد - البعدية ، وتحقق من دلالتها الجوهرية .

كما تم عرض دراسة حالة Case Study لأختبار صحة فروض الدراسة الثلاثة باستخدام دراسة الحالة وموضحا فيها التغييرات العلاجية الحاصلة ، وكذلك تم عرض تحليلي لمراحل نمو الجماعة العلاجية منذ بداية جلسات البرنامج حتى انتهائه ، وقد فسر الباحث نتائج الدراسة في ضوء الفروض ، وفي ضوء الدراسات والبحوث السابقة ، حيث إتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج اغلب الدراسات السابقة ، والتي تشير الي فاعلية العلاج النفسي الجماعي واستمرار المكاسب العلاجية بعد فترة المتابعة ، وأخيرا تم التفسير في ضوء الفروض والنظريات وفتيات العلاج النفسي الجماعي والموروثات الثقافية للمجتمع المصري ، ثم عرض الباحث لمجموعة من النتائج لم تكن ضمن فروض الدراسة من خلال الملاحظة المباشرة للباحث ومدير المؤسسة ، وأنتهي الباحث بمجموعة المقترحات التي أثارها الدراسة ، وعرض مدي إسهام الدراسة في هذا المجال كما عرض مجموعة من التوصيات .

والمجمل التركيبي لصورة نتائج هذه الدراسة توضح أن العلاج النفسي الجماعي باستخدام البرنامج المتعدد المحاور ذو تأثير فعال في علاج قلق الانفصال ، والشعور بالوحدة النفسية لدي عينتي الدراسة ، وانتهت الدراسة إلي أن العلاج النفسي الجماعي يصلح للإستفادة منه في المجتمع المصري خاصة في مجال المؤسسات الإيوائية ، مثلما نجح في أمريكا ، وأوروبا ، وآسيا ، وجنوب افريقيا ، بالرغم من عدم نجاحه في دول مثل اليابان .
(Morayama : 1988 P:379-404)

أي أن عملية العلاج النفسي الجماعي كمتغير مستقل قد حققت تحسنا جوهريا وتطورا نحو الشفاء ، وأن جميع المتغيرات التابعة (قلق الانفصال - الوحدة النفسية) قد تحسنت بدخول المتغير المستقل (العلاج النفسي الجماعي) عليها ، واستمرت المكاسب العلاجية بعد توقف العلاج وتحققت عند مستوي دلالة جوهرية ٠,٠٠١ .

الكلمات المفتاحية : العلاج النفسي الجماعي ، نظريات العلاج النفسي الجماعي ، الفتيات العلاجية ، البرنامج العلاجي متعدد المحاور ، مسلماته ، الجماعة العلاجية

شكر

أشكر السادة الأساتذة الذين قاموا بالإشراف

وهم :

- ١- د/فايزة يوسف عبد المجيد
أستاذ علم النفس وعميدة معهد الدراسات
العليا للطفولة - جامعة عين شمس
- ٢- د/ليلى أحمد كرم الدين
أستاذ علم النفس ووكيلة معهد الدراسات
العليا للطفولة - جامعة عين شمس
- ٣- د/الهامى عبد العزيز إمام
أستاذ ورئيس قسم الدراسات النفسية
والاجتماعية معهد الدراسات العليا للطفولة -
جامعة عين شمس

ثم الأشخاص الذين تعاونوا معي في البحث

وهم :

- ١- د/قدري محمود حفني
أستاذ علم النفس بقسم الدراسات النفسية
والاجتماعية بمعهد الدراسات العليا للطفولة
- جامعة عين شمس
- ٢- د/يحيى محمد عطية
أستاذ المناهج بكلية التربية - جامعة عين
شمس .
- ٣- أستاذة/فاطمة الزهراء عبد الحكيم محمد (زوجتي)
- ٤- الاستاذ/محمد أحمد محمود (مدير عام بالمعاش)

وكذلك الهيئات الآتية :

- ١- مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس
- ٢- مركز الحاسب الآلي والمعلومات بالأكاديمية الطبية العسكرية (وزارة
الدفاع)
- ٣- جمعية انقاذ الطفولة . (المشهرة بوزارة الشؤون الاجتماعية)

محتوى الدراسة

م	الموضوع	الصفحة
١ -	الفصل الأول : موضوع الدراسة وأهميتها.	١١-١
	أولاً : تمهيد.	٦-١
	ثانياً : مشكلة الدراسة.	٨-٦
	ثالثاً : أهمية الدراسة.	١٠-٨
	رابعاً : أهداف الدراسة.	١١-١٠
٢ -	الفصل الثاني : الإطار النظري للدراسة.	٦١-١٢
	تمهيد : نبذة تاريخية للعلاج النفسي الجماعي.	١٣-١٢
	أولاً : نظريات العلاج النفسي الجماعي.	٣٧-١٣
	١- نظرية "سلافسون" في العلاج الجماعي التحليلي.	١٤-١٣
	٢- العلاج السلوكي الجماعي.	١٧-١٤
	٣- العلاج المعرفي الجماعي.	١٨-١٧
	٤- العلاج الواقعي الجماعي.	١٩-١٨
	٥- العلاج النفسي الجماعي عند "كارل روجرز" :	٢٤-١٩
	- المبادئ الأساسية في نظرية "روجرز" في العلاج النفسي الجماعي.	٢٢-٢١
	- مراحل العملية العلاجية وفقاً للمنهج الروجري.	٢٣-٢٢
	- إدارة العملية العلاجية وفقاً للمنهج الروجري.	٢٣
	- موقف روجرز من بعض المناهج العلاجية الأخرى	٢٤-٢٣
	٦- العلاج الجشثالتي الجماعي.	٢٦-٢٤
	- العلاج الجشثالتي للقلق.	٢٥
	- أساسيات العلاج الجشثالتي للقلق.	٢٦-٢٥
	٧- العلاج النفسي الجماعي باستخدام السيودراما والسوسيودراما.	٢٩-٢٦

م	الموضوع	الصفحة
	- أساليب السيكودراما كما يعرضها "ستار".	٢٧
	- أسلوب الكرسي المساعد - الكرسي العالي - أسلوب الكراسي المتعددة.	
	- أسلوب الإحماء ذو الدائرتين	
	- أسلوب الموسيقى أو الرقص النفسي	
٢٧-٢٩	- بعض الأساليب الحديثة للسيكودراما في العلاج النفسي الجماعي كما يعرفها "هاسكل":	
	١- أسلوب تقديم الذات ٢- أسلوب المناجاة	
	٣- أسلوب المنولوج ٤- أسلوب تقديم الآخرين.	
	٥- أسلوب المرأة ٦- أسلوب المتجر السحري	
	٧- أسلوب الحلم ٨- أسلوب إطفاء الأنوار	
	٩- أسلوب النظر للخلف ١٠- أسلوب قلب الأدوار	
	١١- أسلوب الإسقاط المستقبلي	
	١٢- أسلوب الصدمة السيكودرامية.	
٢٩-٣١	٨- العلاج النفسي الجماعي باستخدام اللعب.	
٣١-٣٢	٩- العلاج النفسي الجماعي باستخدام الفن.	
٣٢-٣٤	١٠- العلاج النفسي باستخدام القراءة / المحاضرات / المناقشات الجماعية.	
٣٣-٣٤	مراحل عملية العلاج النفسي باستخدام القراءة كأداة مساعدة.	
٣٤-٣٥	١١- العلاج النفسي الجماعي باستخدام الرسم.	
٣٥-٣٧	١٢- المنهج التوفيقي في العلاج النفسي الجماعي.	
٣٧-٤٠	ثانيا : قلق الإنفصال :	
٣٧-٣٨	- خبرة الإنفصال عبر مراحل النمو.	

الصفحة	الموضوع	م
٤٠-٣٨	- الإنفصال الطويل بين الطفل والأم.	
٤٠	-- نماذج دراسة قلق الإنفصال.	
٤٠	- نموذج 'أنا فرويد - شبيترز'.	
٤٠	- نموذج 'ميلاني كلاين'.	
٤٠	- نموذج 'مارجريت ماهر'.	
٤٦-٤١	ثالثاً : الوحدة النفسية :	
٤١	تقديم	
٤٢-٤١	- أنواع الوحدة النفسية عند 'يونج'	
٤٥-٤٣	- الوحدة النفسية والإنعزال الإجتماعي.	
٤٦-٤٥	- أسباب الشعور بالوحدة النفسية.	
٥٤ ٤٦	رابعاً : مناقشة الإطار للدراسة من المنظور النقدي :	
٥٢-٤٦	- مناقشة نظريات العلاج النفسي الجماعي.	
٥٣-٥٢	- مناقشة الاطار النظري لقلق الإنفصال.	
٥٤-٥٣	- مناقشة الاطار النظري للوحدة النفسية.	
٦١-٥٤	خامساً : مفاهيم الدراسة :	
٥٧-٥٤	١- مفهوم العلاج النفسي الجماعي.	
٥٩-٥٧	٢- مفهوم قلق الإنفصال.	
٦٠- ٥٩	٣- مفهوم الوحدة النفسية.	
٦٠	٤- مفهوم التحسن العلاجي.	
٦١	٥- مفهوم الجماعة العلاجية.	
٨٢-٦٢	٣ - الفصل الثالث : الدراسات السابقة :	
٦٢	- مقدمة	
٦٣	أ- الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بقلق الإنفصال	
٦٣	١- دراسة رابين ١٩٧٦	
٦٤-٦٣	٢- دراسة نبيل حافظ ١٩٨١	
٦٤	٣- دراسة ماير ١٩٨١	

م	الموضوع	الصفحة
	٤- دراسة إليزابث	١٩٨٣
	٥- دراسة لبيب وإليس	١٩٨٣
	٦- دراسة بوركوفيك وماتئوس	١٩٨٨
	٧- دراسة ديكيرفل وبيير	١٩٨٨
	٨- دراسة أحمد خيرى ومجدي حسين	١٩٨٩
	٩- دراسة براتن	١٩٨٩
	١٠- دراسة أحمد خيرى ومجدي حسين	١٩٩٠
	١١- دراسة بالمر وسالي	١٩٩٠
	١٢- دراسة بوركوفيك وآخرين	١٩٩١
	١٣- دراسة أستور وماير	١٩٩١
	١٤- دراسة فيلد وسكينبرج	١٩٩٨
	١٥- دراسة جينثر وماريان ومارجريت	١٩٩٨
٧٥-٧٠	ب- الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بمتغير الوحدة النفسية	
	١- دراسة ماتر وماتر	١٩٨٥
	٢- دراسة بوليا	١٩٨٦
	٣- دراسة دفتون وبرين	١٩٨٦
	٤- دراسة بيدمان وآخرين	١٩٨٨
	٥- دراسة أماني عبد المقصود	١٩٩٣
	٦- دراسة اسامة الراضى ومحمد الهادي	١٩٩٤
	٧- دراسة بروت ومارجوري	١٩٩٤
	٨- دراسة ألمان وإلينور وبني	١٩٩٦
	٩- دراسة مارشال وهيدسون ووارد	١٩٩٧
٧٥	ثانياً : التعقيب على الدراسات السابقة.	
٨٢-٧٩	- تناول الدراسات والبحوث السابقة من المنظور النقدي.	
١٢١-٨٣	الفصل الرابع : فروض الدراسة وإجراءاتها.	

الصفحة	الموضوع	م
٨٣	أولاً : فروض الدراسة.	
٨٣	ثانياً : منهج الدراسة.	
٨٤	إجراءات الدراسة	
٨٥-٨٤	ثالثاً : عينة الدراسة.	
٨٥	رابعاً : أدوات الدراسة.	
٨٦-٨٥	الأداة الأولى : المقابلة النفسية المفتوحة.	
٩٢-٨٦	الأداة الثانية : مقياس قلق الانفصال.	
٨٧-٨٦	- مبررات إعداد المقياس.	
٨٧	- خطوات تصميم مقياس قلق الانفصال.	
٨٧	- الهدف من المقياس.	
٨٩-٨٧	- مصادر إشتقاق البنود.	
٩٠-٨٩	- صياغة البنود.	
٩٠	إجراءات التحقيق التجريبي والإحصائي لصدق وثبات	
٩٠	مقياس قلق الانفصال.	
٩٠	أولاً : صدق المقياس.	
٩٢	- صدق التحكيم.	
٩٢	- صدق المحك.	
٩٢	- الصدق التمييزي.	
٩٢	ثانياً : ثبات المقياس.	
٩٢	الأداة الثالثة : إختبار الشعور بالوحدة النفسية.	
٩٦-٩٤	الأداة الرابعة : مقياس التحسن العلاجي.	
٩٤	- الهدف من المقياس.	
٩٥	- خصائص المقياس.	
٩٥	- تعليمات المقياس.	
٩٥	إجراءات التحقق التجريبي لصدق وثبات مقياس التحسن العلاجي	
٩٥	أ- الصدق الظاهري.	
٩٥	ب- صدق التحكيم	

الصفحة	الموضوع	م
٩٦	ج- ثبات المقياس	
٩٦	الأداة الخامسة : بطاقة تعارف.	
٩٧	الأداة السادسة : دراسة حالة.	
٩٧	خامساً : البرنامج العلاجي.	
٩٩-٩٧	أ- مسلمات البرنامج العلاجي.	
١٠١-٩٩	ب- مميزات تصميم برنامج متعدد المحاور.	
١٠١	ج- هدف البرنامج العلاجي.	
١١٨-١٠١	د- جلسات البرنامج العلاجي.	
١٢١-١١٨	هـ- تحليل البرنامج العلاجي من خلال مراحل تطور الجماعة العلاجية.	
١٢١	سادساً : الأساليب الإحصائية المستخدمة.	
١٥٢-١٢٢	الفصل الخامس : نتائج الدراسة وتفسيرها :	- ٥
١٢٢	تمهيد :	
١٢٢	أولاً : التحقق الإحصائي لفروض الدراسة وتفسيرها.	
١٢٥-١٢٢	١- نتائج الفرض الأول.	
١٢٨-١٢٥	تفسير نتائج الفرض الأول.	
١٣٤-١٢٨	٢- نتائج الفرض الثاني.	
١٣٤-١٣١	تفسير نتائج الفرض الثاني.	
١٣٩-١٣٤	٣- نتائج الفرض الثالث.	
١٤٢-١٣٩	تفسير نتائج الفرض الثالث.	
١٤٧-١٤٢	ثانياً : التحقق من فروض الدراسة باستخدام دراسة الحالة والتغيرات العلاجية الحاصلة لإحدى حالات عينة الدراسة.	
١٤٩-١٤٧	ثالثاً : أهم إسهامات الدراسة.	
١٤٩	رابعاً : مقترحات لبحوث تالية.	
١٥٢-١٥٠	خامساً : توصيات الدراسة.	

الصفحة	الموضوع	م
١٦٦-١٥٣	ثامناً : مراجع الدراسة.	
١٥٩-١٥٣	أ- المراجع العربية.	
١٦٦-١٦٠	ب- المراجع الأجنبية.	
١٧٥-١٦٧	ملاحق الدراسة :	٦ -
١٦٩-١٦٧	١- مقياس قلق الانفصال.....	
١٧٢-١٧٠	٢- إختبار الشعور بالوحدة النفسية.....	
١٧٣	٣- مقياس التحسن العلاجي.....	
١٧٤	٤- بطاقة تعارف	
	٥- صور عينة الدراسة.....	
١٧٨-١٧٥	سادساً : ملخص الدراسة باللغة العربية.	
١٨٣-١٧٩	سابعاً : ملخص الدراسة باللغة الإنجائزية.	

الجدول

الصفحة	البيان	م
٩٠	جدول رقم ١ يوضح أبعاد مقياس قلق الانفصال.	١
٩١	جدول رقم ٢ يوضح معامل الإرباط بين البنود والدرجة الكلية.	٢
٩٢	جدول رقم ٣ يوضح قيمة م ، ع ، ت.	٣
٩٣	جدول رقم ٤ يوضح مستوي دلالة الفروق بين المجموعة الإيوائية والمجموعة السوية.	٤
١٢٢	جدول رقم ٥ يوضح دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي وفقاً لمقياس قلق الانفصال.	٥
١٢٣	جدول رقم ٦ يوضح الفروق وفقاً لمقياس التحسن العلاجي.	٦
١٢٨	جدول رقم ٧ يوضح دلالة الفروق بين نتائج التطبيق القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية الثانية.	٧
١٣٠-١٢٩	جدول رقم ٨ يوضح دلالة الفروق للمجموعة التجريبية الثانية وفقاً لمقياس التحسن العلاجي.	٨
١٣٤	جدول رقم ٩ يوضح دلالة الفروق بين نتائج المقياس القبلي والبعدي وفقاً لمقياس قلق الانفصال.	٩
١٣٥	جدول رقم ١٠ يوضح دلالة الفروق وفقاً لمقياس التحسن العلاجي.	١٠
١٣٧-١٣٦	جدول رقم ١١ يوضح دلالة الفروق بين القياس القبلي - وبعد البعدي وفقاً لمقياس قلق الانفصال.	١١
١٣٨-١٣٧	جدول رقم ١٢ يوضح دلالة الفروق بين القياس القبلي وبعد البعدي وفقاً لمقياس التحسن العلاجي.	١٢

الأشكال

م	محتوى الشكل	الصفحة
١	شكل رقم ١ ، ٢ توضح دلالة الفروق وفقا لمقياس قلق الانفصال ومقياس التحسن العلاجي.	٢٤ ٢٥
٢	شكل رقم ٣ ، ٤ توضح دلالة الفروق وفقا لإختبار الشعور بالوحدة النفسية ومقياس التحسن العلاجي.	١٣٠-١٣١
٣	شكل رقم ٥ ، ٦ توضح دلالة الفروق بين القياس القبلي -- وبعد البعدي على مقياس قلق الانفصال ومقياس التحسن العلاجي بما يوضح استمرار المكاسب العلاجية للمجموعة التجريبية الأولى	١٣٦
٤	شكل رقم ٧ ، ٨ توضح دلالة الفروق بين القياس القبلي - وبعد البعدي بما يوضح استمرار المكاسب العلاجية للمجموعة التجريبية الثانية.	١٣٨ ١٣٩

الفصل الأول موضوع الدراسة وأهميتها.

محتوي الفصل الأول :

- أولاً : تمهيد.
- ثانياً : مشكلة الدراسة.
- ثالثاً : أهمية الدراسة.
- رابعاً : أهداف الدراسة.

الفصل الأول

موضوع الدراسة وأهميتها

أولاً : تمهيد :

مرت الإنسانية في تاريخ تطورها بنماذج من العلاقات الإنسانية كانت ذات أثر نفسي ناجح إلى حد كبير في شفاء النفوس ، وتعتبر في جوهرها نوعاً من العلاج النفسي الجماعي قبل أن يندرج في مهنة محددة .

فما كان إرتماء الإنسان القديم في أحضان الوثنية إلا خوفاً من المجهول ، وتعبيراً عن الشعور بالإغتراب والقلق ، إذ ليس في معنى تقديمه للقرابين من هدف سوى طلب الطمأنينة والتخفيف من سيطرة القلق ، والتخلص من مشاعر الوحدة ووسيلة إلى هدوء النفس ، وما كان التطير والتقاول في الجاهلية إلا تعبيراً عن القلق المجهول ، ولم تزد تقديم القرابين إلا قلقاً ، لأنه حاول الهروب من خلال قوالب مادية زادت قلقاً ، وتعاضل لديه الإحساس بالوحدة .

وما كانت التجمعات الإنسانية عبر العصور إلا وسيلة لتخفيف الشعور بالقلق والوحدة النفسية والخروج من شرنقه الإغتراب النفسي ، إلى أن أصبح هذا التجمع يأخذ شكلاً مهنياً منظماً تحت اسم العلاج النفسي الجماعي ، وكانت إرهابات هذه التجمعات الإنسانية في بداية القرن العشرين قد اتخذت اشكالاً محددة وواضحة عقب الحرب العالمية الثانية .

ولقد شغلت المعاناة من الإضطرابات النفسية الإنسان منذ القدم ولا تزال ، وستظل محور إهتمامات إنسان المستقبل ، سعيًا للوصول إلى المساندة النفسية الفاعلة من خلال الآخر أنسأ إليه وإستئناساً به ، وقد كان إعتقاد الإنسان قديماً أن الإضطراب النفسي مرجعه قوى غيبية ، حاول جاهداً استبعادها أو السيطرة عليها ، لذلك إعتقد الفراعنة في الأرواح ، والإغريق في السحر ، وفي القرن التاسع عشر إنتقل العلاج من الشعوذة إلى العلاج الطبى والعلاج بالعقاقير ، وصددمات الكهرباء ، أى من خلال النظر للمرض النفسى بمنظور قوانين أمراض الجسد ، وهو منظور لم يكن يثير الإحساس بالرضا فيما بعد .

وهناك أوجه شبه بين الإنضواء تحت لواء تجمعات إنسانية كجماعات التصوف السائدة في مصر ، وبين ميل الشباب في الغرب إلى الإنضواء تحت لواء جماعات بما يمكن أن يشبع الحاجة الى التعاطف الإنساني ، من خلال تجمعات تحقق الملاذ والحماية والشعور بالطمأنينة ، ثم تطورت أساليب العلاج الى الجراحة والعقاقير المهدنة التي ثبتت عدم فاعليتها ، لعدم سير أغوار النفس الإنسانية التي يرى فيها "إيفان بافلوف" "بأننا إزاء

جبل أشم من الجهالة ، عينا أن نزيلها شيئاً فشيئاً ، وأن ما تم إنجازهُ لا يعدو أن يكون مجرد بداية" (يوسف الحجاجي : ١٩٨٦ ص٧) (*)

هذا وقد أُسِّمَت إرهابات الرواد الأوائل مثل (سيجموند فرويد (S. Freud) في لقاءاته الأسبوعية التعليمية مع تلاميذه ، كما ظهر في إتجاه (أدلر (Adler) مع تلاميذه في مجال تنشئة الطفولة ، بما يحقق إشباع حاجات الطفل عن طريق التطبيق العملي لأرائه وتنظيراته.

كذلك ما كانت الدراما النفسية (السيكودراما) التي بدأها وطورها (مورينو ١٩٣١ Moreno) إلا وسيلة للتنفيس وعلاج الإضرابات النفسية للفرد في جماعة وهكذات تطور العلاج النفسي بشكل دائم خلال المراحل التاريخية المتعاقبة ، ومن نماذج هذا التطور الإنتقال.

من العلاج العضوي الى التحليل النفسي :

في مستهل القرن العشرين حدث تراجع عن التصور الطبي للمرض النفسي والوصول الى تصور نفسي على يد "سيجموند فرويد" الذي دفعه تخصصه الأصلي كطبيب أعصاب الى الاعتقاد بوجود غرائز متأصلة في الإنسان ، وأصبح البحث في ماضي المريض بالتداعي الطليق وتفسير الإحلام وتحليل الهفوات ، والتنفيس الإنفعالي وحل الصراعات بين منظمات النفس الإنسانية هو السبيل الى العلاج الصحيح.

وقد أثار هذا التصور الجديد العديد من العلماء مثل أيزنك الذي يرى أن (فرويد) جعل المرض النفسي رهينة وجود قوى غامضة ، يصعب التحكم فيها أو ضبطها فيقول : 'بدلاً من الشياطين والعاريت مركبات أوديب وإلكترا' (أيزنك : ١٩٦٩ ص٢٨) ولكن رغم كثرة نقاد فرويد ، كثر مؤيدوه، وانتشر العلاج بالتحليل النفسي ، وأصبح له حتى الآن مكان السبق والفاعلية في تعديل أبنية الشخصية ، وتحقيق المكاسب العلاجية المأمولة ، ثم جاءت السلوكية كرد فعل للتحليل النفسي ، وركزت على تعديل شروط التعلم الخاطئة وفك التشريط الخاطي ، دون البحث في صراعات الطفولة ، وتوصلت السلوكية الى العديد من الفنيات العلاجية المبنية على نظريات التعلم الكلاسيكية والحديثة ، تم الإستفادة منها في العلاج النفسي بصورة فردية في البداية ثم تطورت الى العلاج الجماعي.

* الرقم الأول يشير الى سنة النشر ، ويشير الرقم الثاني الى رقم الصفحة في نفس المرجع.

ومن العلاج النفسي أحادي البعد إلى العلاج النفسي متعدد الأوجه :

ظهر في العصر الحديث بعد الإنفتاح على معطيات المدرسة الإنسانية في علم النفس "ماسلو Maslow" سوليفان Solivan وروجرز Rogers" والمدرسة النفسية الاجتماعية مثل "إيريك فروم ، كارين هورنى وغيرهما" من رواد العلاج الجماعى مثل "سلافسون Slavson - 1945" وكثيرون غيرهم ممن طبقوا مبادئ نظريات الجشتالت في الإدراك والتعلم عن الشخصية ثم فى مجال العلاج الجماعى ، وبعض الفرويديون الجدد الذين حاولوا التغلب على مأخذ العلاج بالتحليل النفسى الكلاسيكى ، والخروج على معطياته الكلاسيكية وظهر عدد غير قليل من العلماء والمعالجين النفسيين المهتمين بطرائق التحليل النفسى الجماعى ، كما ظهرت الفنيات العلاجية لنظريات تعديل السلوك ، وطرق تعديل محتوى التفكير وهو ما يسمى بالعلاج المعرفى ، وفريق آخر يؤمن بأهمية تعديل ونمو المهارات الاجتماعية ، لعلاج الكثير من الاضرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين بصورة جماعية ، وفريق رابع يهتم بالعلاج الإنفعالى ، والعلاج اللطف ، والعلاج بالمساندة النفسية ، كل هذا ليس إلا نتاج الإطلاع على فكر جديد ، وتلبية لحاجات مجتمعية ، فيقول الكاتب الأمريكى "أولفر هولمز Olevor Holmez" عندما يتاح للعقل الإنسانى فرص الإطلاع على فكر جديد ، فإنه من المستحيل لهذا العقل أن يتقلص بعد ذلك أبداً الى ما كان عليه من قبل" (عبد الستار ابراهيم : ١٩٩٣ ص ٢١) وما من مجال يشهد صدق المقولة السابقة أكثر من حركة العلاج النفسى الجماعى الحديث وما أضافه من تطورات جذرية الى الطب النفسى والعلاج النفسى بوجه عام ، والإسهامات العلاجية لإضرابات ومشكلات الطفولة ، والمراهقة بوجه خاص ، فظهر العلاج النفسى الجماعى تلبية لحاجات مجتمعية ملحة ، وتشير الممارسات الكلينيكية الى أنه من الصعب تجاهل المتغيرات البيئية ، حيث تشكل متغيراً بالغ الأهمية ، عندما تكون البيئة مع المعالج والعميل ، ميسرة وليست محبطة ، متقبلة وليست نابذه ، كل هذا ينعكس على المكاسب العلاجية وإستمرارها.

(Sundberg, Taplin & Tyler : 1983 P.83)

وأزاء تجريب الجديد فى العلاج الجماعى ، يرى الباحث أن الخطر الأكبر تأثيراً على الباحثين هو أن يقتصر العقل على تناول المعلومات ، والأفكار الجديدة من موقع اليقين ، والتسليم بصحتها ، لأنه مازال أمام البشر مساحة كبيرة من الجهل المعرفى .

هذا التسليم اليقيني بمسلمات سابقة أو واردة علينا ، هى مسلمات بقدر الاتفاق عليها ، وبقدر ما تفيد مرحلة تاريخية بعينها ولكنها ليست مبرراً للتراخى العقلى ، والاستسلام لكل ما هو وارد من ثقافات أجنبية لهذا ظهرت أهمية السؤال لماذا Why؟ ، لأن نمو المعرفة الإنسانية رهناً للطرح المستمر لهذا السؤال .

وقد كان هذا سبيل الفلاسفة السابقين فى استخدام الشك المنهجي طريقا للوصول الى الحقيقة ، وكذلك التناول النقدى فى العديد من الدراسات ، أدى الى التواصل المستمر ، والبحث الدائم عن أكثر المناهج والفنيات العلاجية ملاءمة لمواجهة هموم البشر ، والتخفيف عن معاناتهم ، ونظلم إشكالية البرء أو الشفاء الكامل ، أو الشفاء طويل الأمد وإستمرار المكاسب العلاجية ، هى الدافع الى تحسين الطرق والفنيات العلاجية أملاً فى الوصول الى درجة طيبة يرضى عنها المعالج والمريض.

ومرد ذلك فناعة الباحث أن الحقيقة العلمية ليست بطبيعتها ثابتة ، لأن الحقيقة ليست فى أصدق معانيها سوى - وعد بيقين ، وصولاً الى ما يمكن الإطمئنان اليه ، شرط عدم التعميم المطلق ، نظراً لتعقد النفس الإنسانية وصعوبة سبر أغوارها ، مهما أوتى المعالجون النفسيون من قدره عليها.

ويؤكد ذلك المفكر "تروودو Trodoo" فى قوله "إن العلاج النفسى يشفى المريض (أحياناً) ويخفف عنهم (غالباً) ويريحهم (دوماً) (محمد خليل : ١٩٩٦ ص ٩٢) ويكاد يتفق المعالجون النفسيون على أن العلاج النفسى الجماعى Group PsychoTherapy هو صورة متطورة من العلاج النفسى الفردى ، "وذلك لما يتيح من زوايا لا تتوفر فى العلاج النفسى الفردى وأهمها ، هو شعور الفرد بتعدد الزوايا التى يمكن النظر منها لموضوع الذات ، بتعدد الأفراد الذين تتألف منهم الجماعة العلاجية ، مثل هذا التعدد يفضى الى توسيع المجال النفسى لدى الفرد ، ويكون ذلك مصحوباً بزيادة قدرة الفرد على تقييم الأمور ، وعدم التقيد بوجهة نظر واحدة ، تشل حركته ، وتعطل قواه" (سامى على : ١٩٦٤ ص ١١٧) والمتتبع لما ينشر عن العلاج النفسى الجماعى فى السنوات الأخيرة ، يلمس إنتشاراً واسعاً لتطبيقاته فى مجالات عديدة ، نظراً لتنوع وتعدد الفنيات والطرائق العلاجية التى تتباين لإختلاف الأطر النظرية "وقد كشفت الدراسات الحديثة عن فاعلية استخدام العلاج النفسى الجماعى وصلاحيته مع كل المستويات الاقتصادية والاجتماعية. (Rogers, Sanford Ruth, Kaplan & sadoch 1985. P. 1385)

كما يثار فى الوقت الراهن سؤال هاماً مضمونة المقارنة بين فاعلية كل من العلاج النفسى الفردى ، والعلاج النفسى الجماعى الذى تتطلبه ظروف العصر الحالى وكانت هذه المقارنة موضع إهتمام الكثير من الباحثين فىرى 'بيدمان Budman-1980' أن نتائج الدراسات التى تصدت للإجابة على هذا التساؤل ، تتراوح ما بين سيادة العلاج النفسى الجماعى على العلاج النفسى الفردى ، وبين تعادل تأثيرهما ، أو التوصل الى نتائج متقاربة فى أغلب الأحيان" (أحمد خيرى ١٩٩٠ ، ص ٤٨).

فى حين تؤكد دراسات "روجرز Rogers وتلاميذه" سيادة العلاج النفسى الجماعى على العلاج النفسى الفردى ، فضلا عما يوفره هذا النوع من العلاج فى الوقت والتكاليف. وعدد المعالجات النفسىين" (Kaplan & Sadock : 1985, P. 1881).

كما يثار فى الوقت الراهن سؤالاً هاماً ، مضمونة : أى طرق وفتيات العلاج النفسى الجماعى أكثر فاعلية ؟ وقد تصدى للإجابة على هذا التساؤل العديد من الدراسات على سبيل المثال وليس الحصر منها :

(Stone & Ler & Elise 1998, Elklof, Mona, 1988 - Leving 1982 - Hogg & Effenbacher, 1985, K. Richart 1982).

"تقلاً عن أحمد خيرى ومجدى حسين : ١٩٨٩ ، ص ٤٠"

ولم تسفر أغلب هذه الدراسات عن فروق جوهرية بين الفتيات العديدة المختلفة للعلاج النفسى الجماعى فى مدى الفاعلية ، مما يدعم القضية الهامة القائلة بأن هذه الفتيات المختلفة هى بمثابة عوامل مساعدة فى العملية العلاجية ، وتظل علاقة المريض بالمعالج هى جوهر العملية العلاجية ، وإزاء هذا الاتفاق حيناً والاختلاف حيناً آخر ، فى مدى الفاعلية بين الفتيات المختلفة للمناهج العديدة فى العلاج الجماعى ، كانت الدراسات التجريبية الناقدة ، هى أفضل الوسائل المنهجية للحكم ، حتى أضحت أغلب نظريات العلاج الجماعى تدين فى تطورها لنتائج هذه الدراسات التى دفعت كثيراً من النظريات العلاجية تارة الى التعديل ، والى التطوير تارة أخرى للتغلب على المآخذ ، حتى أصبح من العسير على أى باحث فى مناهج العلاج النفسى حصر هذه الفتيات العلاجية ، كما أصبح من الصعب تفضيل منحنى علاجى جماعى على غيره دون أن تكون الدراسة التجريبية أو الممارسة الكليينكية هى وسيلته المأمونة لنقله منهج علاجى بعينه ، وتعتبر الدراسة الحالية هى محاولة تجريبية للوقوف على مدى فاعلية العلاج النفسى الجماعى فى التخفيف من قلق الانفصال والشعور بالوحدة النفسية لدى جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية لأسباب عديدة منها وفاة أحد الوالدين أو كلاهما ، انفصال الوالدين بالطلاق ، فقدان الإبن للأسرة لأسباب طارئة ، وقد لاحظ الباحث بحكم عمله فى وزارة الشؤون الاجتماعية ، أن القلق والشعور بالوحدة النفسية يكاد يمثل مشكلة صعبة تواجه القائمين على تنشئة هؤلاء الأبناء ، كما لاحظ الباحث ندرة هذا النوع من الدراسات التجريبية فى الفئة العمرية موضع الدراسة الحالية (المتولى إبراهيم ١٩٩٣ ، ص ١٢٠) إذ أن أغلب ما وقع تحت يد الباحث من الدراسات الأجنبية كانت على فئات عمرية مغايرة ، كما كانت أغلب هذه الدراسات تطبيق على المترددين على أقسام الطب النفسى بالجامعات ، وكانت العينة الساندة هى طلبة الجامعات أو مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات.

ونظراً لمزايا العلاج الجماعى ، ولعدم قدرة المؤسسات الإيوائية - المادية - على توفير العلاج النفسى الفردى لهؤلاء الأبناء ، كان من الضرورى إجراء مثل هذه الدراسة للتدخل العلاجى مستقبلاً ، بأفضل الأساليب والفنيات العلاجية الجماعية المناسبة ، بعد التحقق التجريبي من خلال الدراسة الحالية وغيرها ، بما يتواءم مع الاحتياجات والإمكانات المتاحة لمؤسسات الإيواء الكثيرة والمنتشرة فى كل مدن جمهورية مصر العربية ، وإن تركزت فى القاهرة الكبرى والإسكندرية.

كما أن العجز عن التوافق مع خبرة الإيواء والحرمان من الأسر الطبيعية فى هذه المرحلة النمائية يودى الى شعور مرتفع بالقلق ، وما يصاحبه من ضعف التوقعات الإيجابية (المتولى ابراهيم ١٩٩٣ ، ص ١٢٠).

ثانياً : مشكلة الدراسة :

إن المستعرض لفنيات العلاج النفسى الجماعى عبر العصور سوف يتبين حقيقة هامة ، وهى أن تنوع وتعدد وتطور هذه الفنيات العلاجية ما هى إلا سلسلة متعاقبة نتاجا للمدارس النفسية العديدة والدراسات النقدية لها ، ثم ظهور نظريات جديدة تصل الى فنيات علاجية تحاول أن تتجنب ما أخذ ما سبق ، مع الرغبة العلمية الصادقة فى الوصول بها الى تحقيق فاعلية أفضل. وهكذا بتطور العلم - أى علم - مرحلة بعد أخرى فى صيروره تسعى دائماً الى الأفضل ، وما زال الأمل يحدو البشرية فى الوصول الى الصرح النظرى العلاجى المتكامل الذى يجمع أساليب وفنيات علاجية أكثر فاعلية دون تحيز الى منهج علاجى بعينه ، مع نبذ التوجهات العلاجية الأخرى ، مع أنه فى يقين كل ممارس كليلينكى أنه حتى الآن لا توجد النظرية العلاجية التى تستطيع أن تنسب لنفسها الكمال والشمولية والفاعلية فى علاج كل الإضرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين ، ورغم ذلك يظل هناك أولئك المتعصبون لمنحى علاجى محدد الى حد يجعلون منه "طوطماً" يقدسونه ولهذا يبرز أهمية الدراسات النفسية التجريبية الناقدة التى تتخطى "طوطم" الأنصار و"تابو" الخصوم ، دون التأثير بما هو مألوف وآمن ، أو الجرى وراء ما هو جديد ، شرط أن تسيّر هذه الدراسات وفق منهج الشك الذرائعى والمرحلى وصولاً الى درجة عالية من اليقين ، وفى هذا الشأن يرى "بافلوف" أننا إزاء جبل أشم من الجهالة ، علينا أن نزيلها شيئا فشيئاً ، وكل ما تم إنجازه لا يعدو أن يكون مجرد بداية" (يوسف الحجاجى : ١٩٨٦ ص ٧).

ويرى "جوليان روتر G. Rotter" أن العلاج رغم تعدد فنياته لازال فى مراحلهِ الأولى ، إذا ليست هناك طرق مقبولة قبولاً عاماً على أنها الطريقة المثالية للعلاج ، وأن إجراءات العلاج النفسى فى الكثير من الحالات لا تكون فعالة كما ينبغي ، كما تشير الى أن

العلاج النفسى ما زال فى حاجة ملحة الى تقدم البحوث العلمية لزيادة فهمنا للشخصية وكيفية نموها وتطورها ، وكيفية تغييرها ، بما يساعد على الوصول الى أساليب أكثر دقة ، وأكثر ملاءمة لعلاج الإضطرابات النفسية" (Rotter - ترجمة نجاتى ١٩٨٠ ، ص ١٩).

وهكذا يمضى تاريخ العلاج النفسى الجماعى فى حركة دياليكتيكية متواصلة بين ما هو قائم ونقيضه ، ومن منظور أن الدراسة التجريبية هى أحد أساليب حل التناقض الظاهرى للحكم على مدى فاعلية أى منهج علاجى ، فقد إرتأى الباحث بعد أن نال درجة الماجستير بدراسة سيكومترية كينيكية للحاجات النفسية والاجتماعية لدى المراهق المصرى دراسة نفسية مقارنة بين الريف والحضر ، وفى ضوء الجنس إرتأى الباحث أن يقدم على الدراسة التجريبية لواحد من أكثر الإتجاهات العلاجية إثارة لإهتمام الأوساط الكينيكية والأكاديمية ، وهو إتجاه العلاج النفسى الجماعى لنيل درجة الدكتوراه ، حيث يؤكد أصحاب هذا المنهج العلاجى أنه طريقة علاجية أكثر فاعلية أو تتساوى فى فاعليتها مع العلاج النفسى الفردى الذى يتطلب الوقت والجهد والتكاليف ، نذكر منهم على سبيل المثال لا الحصر Rogers 1982, Stone & Richary 1982, Herman 1985, Bedman 1988 (محرر فى أحمد خيرى ومجدى حسن ١٩٨٩ ، ص ٤٠).

وكان أيسر على الباحث أن يختبر واحده من فنيات العلاج الجماعى كما حدث فى بعض الدراسات الأجنبية والعربية التى توصل اليها ، ولكن الباحث أثر إختبار مدى فاعلية العلاج النفسى الجماعى من خلال برنامج علاجى متعدد المحاور ، برنامج يجمع بين ديناميات الجماعات العلاجية القائمة على مفاهيم التحليل النفسى ، وتجريبية العلاج السلوكى والإتجاه الجشتالتى ، وأنسانية العلاج الوجودى ، وخبروية العلاج الخبروى فى ضوء المنهج التوفيقى فى العلاج النفسى الجماعى ، برنامج يأخذ بأكفأ الفنيات العلاجية مع إماطة اللثام عن هذا الإتجاه العلاجى الحديث ، وإختباره فى البيئة المصرية المختلفة الى حد كبير عن البيئة التى نشأ وتطور فيها هذا الإتجاه العلاجى ، أملاً أن يضع الباحث بعد هذه الدراسة التجريبية تحت يد المختصين برنامج علاجى يستطيع أن يتعامل مع العوامل المختلفة المكونة للإضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين ، برنامج يستطيع التعامل مع اللغات الثلاثة التى يعبر بها أى إضطراب نفسى عن نفسه ، هذه اللغات الثلاثة هى اللغة الإنفعالية ، اللغة المعرفية ، اللغة الجسمية ، إذا ثبت فاعليته فى البيئة المصرية ، بحيث يمكن إستخدامه فى المستشفيات العامة - ودور الإستشفاء النفسية ومراكز توجيه الأطفال وخاصة المؤسسات الإيوانية التى لم تحظ بمثل هذه الدراسة. وتكمن مشكلة الدراسة الحالية فى الإجابة على التساؤلات التالية :

السؤال الأول: هل يؤدي العلاج النفسي الجماعي بإعتباره متغيراً مستقلاً في تخفيف الشعور بقلق الانفصال لدى جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية ؟

السؤال الثاني: هل يؤدي العلاج النفسي الجماعي بإعتباره متغيراً مستقلاً - في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية ؟

السؤال الثالث: هل يؤدي العلاج النفسي الجماعي الى استمرار المكاسب العلاجية بعد إنتهاء البرنامج العلاجي ؟

ويكون الباحث بطرح هذه التساؤلات السابقة ، قد حدد المتغيرات والأهداف التي تتخذ منها الدراسة الحالية موضوعاً لها ، بما يساعد على صياغة فروض الدراسة صياغة علمية ، ويتحقق فيها شروط الفرض العلمي الجيد وذلك بعد عرض الإطار النظري والإطلاع على الدراسات السابقة وثيقة الصلة بموضوع الدراسة.

وكان الدافع لهذه الدراسة هو ما أستقر في ذهن الباحث من مقوله "فيلبس Philips 1956" "ما من سيكوباتولوجية يغير صراغ أو قلق" (سامية القطان ١٩٧٤ ، ص ٣٥) ، لذلك إستقر ذهن الباحث على أن تكون عينة الدراسة من أبناء المؤسسات الإيوائية ، خاصة أولئك الذين تم إيداعهم بدون أحكام قضائية ، لفقدانهم أحد الوالدين أو كلاهما في مراحل مبكرة من حياتهم ، ولهذا كان لخبرة الانفصال شعور أليم لديهم تضاعف بتعرضهم لخبرة وصدمة الإيواء التي ينتج عنها شعورهم بالوحدة النفسية ، وأصبحوا في حاجة ماسة للعلاج النفسي خاصة وأنه لم يسبق من قبل إجراء دراسة تجريبية لفاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج قلق الانفصال والشعور بالوحدة النفسية على أبناء المؤسسات الإيوائية وفقاً لنتائج المسوح التي تمت في كل من مركز الطب النفسي ، والأكاديمية الطبية العسكرية ومركز الحاسب الآلي بجامعة عين شمس.

ثالثاً: أهمية الدراسة :

ترجع أهمية الدراسة الحالية ومبرراتها الى الجوانب الأكاديمية والتطبيقية التالية :

١- تتناول الدراسة الحالية من خلال التحقيق التجريبي مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي في مجال التنشئة الإيوائية ، حيث أثبتت بعض الدراسات الحديثة إرتفاع مستوى القلق ومشاعر الوحدة النفسية الناتجة عن خبرة الانفصال والحرمان من الرعاية الوالدية الفاعلة ويدعم هذه المشاعر المؤلمة الحياة المؤسسية 'حيث يزداد مستوى القلق لديهم'. (المتولى ابراهيم ١٩٩٣ ص ١٠٢) الأمر الذي يتطلب التدخل العلاجي بأفضل المناهج والأساليب العلاجية لتحقيق الصحة النفسية لهم.

٢- إن الدراسات والبحوث التي إهتمت بدراسة علاج قلق الانفصال عند الأبناء تعد قليلة بالمقارنة بتلك الدراسات التي إهتمت بدراسته عند الراشدين ، ويتفق هذا مع ما يؤكد "سوينج 1975 Suing" حيث يرى أن الإهتمام بإضطرابات الطفولة قد نشأ متأخراً وبشكل أضعف بالمقارنة الى إضطرابات الرشد (محدد ربيع : ١٩٩٤).

إضافة الى ذلك لم يعثر الباحث على دراسة عربية واحدة حتى الوقت الحالي إهتمت بالدراسة التجريبية لعلاج قلق الانفصال والوحدة النفسية لدى أبناء المؤسسات باستخدام منهج العلاج النفسى الجماعى "كما أن ميدان العلاج النفسى فى العالم العربى لا يحظى من جانب السيكولوجيين بإهتمام كما تحظى موضوعات علم النفس التعليمى ، وذلك على الرغم من الضغوط التى تحاصر الإنسان المعاصر من كل جانب ، وينتج عنها توترات تجد لها مخرجا فى إتجاهات متطرفة تستحق أن ننتبه لها وتعمل على إزالتها (كامليا عبد الفتاح : ١٩٩٣ ، ص١٤).

٣- أن الدراسة تتناول مفهوم القلق والوحدة النفسية ، ومما يدعم أهمية الدراسة "أن القلق يعتبر المفهوم المركزى فى علم النفس المرضى والطب النفسى ، بل هو العرض المشترك فى كل أنواع العصاب ، وأمراض عضوية عديدة ، هذا فضلاً عن أنه محور العصاب وأبرز خصائصه ، بل هو أكثر أنواع العصاب شيوعاً فقد أثبتت بعض الدراسات أنه يسهم فى تكوين ٣٠ - ٤٠% من الحالات التى تعاني من الإضطرابات العصابية تقريباً (أحمد عبد الخالق ١٩٨٧ ص٢٥).

٤- أن الشعور بالوحدة النفسية من الظواهر الاجتماعية الهامة التى تنتشر بين الأطفال والمراهقين والشباب ، إلا أن هذا الشعور يمكن أن يوجد لدى الراشدين ومن هم فى سن الكهولة (جابر عبد الحميد ، محمود عمر : ١٩٨٩ ص٤٢).

ويتطلب هذا الإنتشار ضرورة التدخل العلاجى بعد التحقق التجريبي لمدى فاعلية العلاج النفسى الجماعى فى تخفيف هذه المعاناة ، حيث أصبحت الحاجة ماسة الى تجريب أفضل الأساليب العلاجية بما يتواءم مع ظروف العصر الراهن ، وإمكانات مؤسسات الإيواء ، وبما يحقق الإستفادة من مزايا العلاج الجماعى الذى يساعد على توسيع المجال النفسى لكل عضو داخل الجماعة ،

وتتعدد الزوايا أمام كل عضو بتعدد الأفراد المكونين للجماعة" (سامى عنى ١٩٦٤ ص ١١٧).

٥- أن ما يتطلبه العلاج النفسى الفردى من توفير عدد كبير من المعالجين النفسيين ، لا تقدر عليه إمكانات مؤسسات الإيواء ، يدفعنا الى ضرورة إختبار هذا النوع من العلاج الذى يرى فيه "Lubaan 1975" و"شعلان ١٩٧٨" أنه يمثل صورة نشطة ، ومتطورة من العلاج النفسى" (أحمد خيرى ١٩٨٩ ص ٤٠).

٦- أن ما يثبت فاعليته فى علاج أبناء المؤسسات يصلح لعلاج إضرابات الطفولة بوجه عام ، بحيث يتسع أمام الأبناء نطاق الصحة والنمو السوى "وأن تحقيق التدخل العلاجى يرتبط بدرجة الإعتلال النفسى ، وزيادة الصحة الجسمية والعقلية ، والإيجابية فى الأداء الوظيفى السيكولوجى"

"New Comb & Bentler, 198٦ P. 521"

٧- إن الدراسة التجريبية الناقدة كما يعتقد الباحث هى دائماً بمثابة ضمير العلم وطموحه- لأنها الضمير الذى يحدد أفضل الفنيات العلاجية وفقاً لمحكات ومعايير التحسن والشفاء مع الإحتفاظ بإستمرار المكاسب العلاجية ، ثم الوصول الى طموح العلم - هذا الطموح الذى يتعدى ما هو كائن ، بل ويدفع للبلوغ الى ما ينبغى أن يكون ، بعيداً عن الصبغة الكهنوتية التى يضيفها أنصار منهج علاجى معين ، بل ويساعد فى الرد على إفتراءات الخصوم ، بالرؤية الموضوعية البعيدة عن التحيز ، تطبيقاً لقاعدة الشك المنهجى عند "ديكارت" والتى تنص على أهمية "ألا أسلم بشئ إلا بعد أن أعلم أنه حق" نظراً لأنه شك ذرئى مرحلى ، نترسم خطاه للبلوغ الى اليقين الحق ، وليس أدل على ذلك إلا ما يقوله أستاذنا (مصطفى زيور) أن بعض الإكتشافات العلمية الكبرى تحققت بفضل نقد منهجى مهد الطريق لهذه الإكتشافات (مصطفى زيور ١٩٨٢ ص ٥) فضلاً عن أن التجربة هى برهان العقل.

رابعاً : أهداف الدراسة :

١- تهدف الدراسة الحالية الى التعرف على مدى فاعلية (العلاج النفسى الجماعى بإستخدام برنامج علاجى متعدد المحاور ، ومدى ما يحققه من تقدم وتحسن نحو الشفاء لجماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية ، الذين يعانون من قلق الانفصال والشعور بالوحدة النفسية الناتجة عن الانفصال عن الأسرة الطبيعية ، والحرمان من الوالدية الفاعلة ، والحياة داخل مؤسسة إيوائية.

- ٢- التحقق التجريبي لهذا النوع من العلاج ، نظراً لشدة الحاجة اليه في المؤسسات الإيوائية الكثيرة المنتشرة في كل محافظات جمهورية مصر العربية ، حيث تسود مشاعر القلق والإحساس بالوحدة النفسية لأبناء بعض هذه المؤسسات بمستويات مرتفعة جوهرية" (المتولى ابراهيم ١٩٩٣ ص ١٢٠).
- ويمثل هذا مشكلة رئيسية تواجه العاملين والقائمين على تنشئة هؤلاء الأبناء ، فضلاً عن ضعف إمكانات المؤسسات الإيوائية في توفير عدد كبير من المعالجين بالعلاج النفسى الفردي.
- ٣- الإثراء النظرى من خلال عرض الأطار النظرى المتنوع والفسيح لهذا النوع من العلاج ، والمناقشة النقدية للإشكالات المنهجية التى تواجه الباحث عند تناول قضية العلاج النفسى الجماعى بالتحقق التجريبي من مدى فاعلية ، ومدى إستمرار المكاسب العلاجية وإنهاء برأى الباحث فيما لكل منهج علاجي جماعى وما عليه.
- ٤- طرح أحد الأطروحات الوافدة من ثقافات أجنبية في مجال العلاج النفسى الجماعى ، فى ضوء واقع إجتماعى وثقافى مغاير ، لاشك أنه قد يؤثر بدرجة ما سلباً أو إيجاباً على مدى تحقيق المكاسب العلاجية واستمرارها ، وهو جوهر إهتمام الدراسة الحالية ، وبمعنى آخر هل يمكن لهذا النوع من العلاج أن يحرز تقدماً وفاعلية فى الشفاء مثلما أحرزه فى مجتمعات عديدة أخرى مثل أمريكا منشأ هذا النوع من العلاج وفى أوروبا و'آسيا ، وجنوب أفريقيا بينما لم يحقق فاعلية فى دولة مثل اليابان. (Morayama, 1988, P 419-472).
- ٥- الوصول الى توصيات قد تفيد عند وضع البرامج العلاجية فى مؤسسات الإيواء ، ومراكز الإرشاد والعلاج ، والعيادات النفسية بالمستشفيات الجامعية والمستشفيات العامة والتعليمية

وسوف نناقش فى الفصل التالى الإطار النظرى الذى يلقى الضوء على أبعاد الموضوع من الجانب النظرى.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة.

محتوي الفصل الثاني :

- تمهيد : نبذة تاريخية للعلاج النفسي الجماعي.
- أولاً : نظريات العلاج النفسي الجماعي.
- ١- نظرية "سلافسون" في العلاج الجماعي التحليلي.
 - ٢- العلاج السلوكي الجماعي.
 - ٣- العلاج المعرفي الجماعي.
 - ٤- العلاج الواقعي الجماعي.
 - ٥- العلاج النفسي الجماعي عند "كارل روجرز".
 - ٦- العلاج الجشتالتي الجماعي.
 - ٧- العلاج النفسي الجماعي باستخدام السيكودراما والسوسيو دراما.
 - ٨- العلاج النفسي الجماعي باستخدام اللعب.
 - ٩- العلاج النفسي الجماعي باستخدام الفن.
 - ١٠- العلاج النفسي باستخدام القراءة - المحاضرات - المناقشات الجماعية.
 - ١١- العلاج النفسي الجماعي باستخدام الرسم.
 - ١٢- المنهج التوفيقي في العلاج النفسي الجماعي.

ثانياً : قلق الانفصال :

- خبرة الانفصال عبر مراحل النمو.
- الانفصال الطويل بين الطفل والأم.
- نماذج دراسة قلق الانفصال.
- نموذج "أنا فرويد - شبيتر".
- نموذج "ميلاني كلاين".
- نموذج "مارجريت ماهلر".

ثالثاً : الوحدة النفسية :

تقديم

- أنواع الوحدة النفسية عند "يونيغ"
- الوحدة النفسية والإنعزال الإجتماعي.
- أسباب الشعور بالوحدة النفسية.

رابعاً : مناقشة الإطار للدراسة من المنظور النقدي :

- مناقشة نظريات العلاج النفسي الجماعي.
- مناقشة الاطار النظري لقلق الانفصال.
- مناقشة الاطار النظري للوحدة النفسية.

خامساً : مفاهيم الدراسة :

- ١- مفهوم العلاج النفسي الجماعي.
- ٢- مفهوم قلق الانفصال.
- ٣- مفهوم الوحدة النفسية.
- ٤- مفهوم التحسن العلاجي.
- ٥- مفهوم الجماعة العلاجية.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

تمهيد : نبذة تاريخية للعلاج النفسي الجماعي :

إننا بحاجة الي النظرية لتأويل كل ما تستطيع كشفه وكشف النقاب عنه ، بل وكشف وإزالة غموض ما يعصي علي الفهم ، إننا في بعض الحالات نحتاج الي النظرية كي نخبرنا بالمضمون للوصول الي الماهية ، ونظراً لما تتسم به النفس الإنسانية من التفرد ، وصعوبة سير أغوارها بنظرية واحدة لإختلاف رؤي وزوايا النظر الي النفس الإنسانية ، بإختلاف العلماء والفلاسفة من المنظرين ، الأمر الذي يقود الي ضرورة قبول التعددية النظرية ، ومن ثم التعددية في المناهج العلاجية.

ولقد مرت الإنسانية - كما ذكرنا في مقدمة الدراسة - في تاريخ تطورها بنماذج من العلاقات الإنسانية كانت ذات أثر نفسي إلى حد كبير في شفاء النفوس ، وتعتبر في جوهرها إرهابات في العلاج الجماعي قبل أن تتدرج في مهنة محددة ، كما كان لبعض التجمعات الإنسانية عبر عصور التاريخ أثر فعال الي حد ما في تخفيف مشاعر القلق والوحدة النفسية ، والخروج من شرقة الإغتراب النفسي الجماعي ، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ، بعض هذه الجهود ذات الأثر.

فقد قدم "لازل 1911 Lazel" أول محاولة علاجية مع مرضى الفصام مستعينا بمعطيات التحليل النفسي ، مما يدعو الي الإعتقاد أن العلاج النفسي الجماعي هو تطور للعلاج بالتحليل النفسي (كامليا عبد الفتاح ١٩٩١ ص ٢٠).

كما كان للتلاميذ "أدلر Adler" أمثال "هاينز وانسياخر 1956" دوراً في جذب الإنتباه الي نوع بديل للعلاج النفسي الفردي ، ساهم في ذلك معطيات علم النفس الإجتماعي ، وديناميات الجماعة ، ساعد في ذلك الاحتياجات المجتمعية التي وقف أمامها المعالجون بالتحليل النفسي عاجزين عن تقديم كل الممارسات النفسية العلاجية المطلوبة بعد انحراب العالمية الثانية ، حيث ظهر إتجاه علاجي جديد يهدف الي تقديم علاج جماعي للأطفال المضطربين ، وأخذ هذا النوع من العلاج يسير قدماً الي الأمام بعد أن أصبحت له نظريات ذات قوانين ، وخطوات عملية يمكن التأكد منها علمياً ، وبعد أن أصبحت الحاجة ملحة لمساعدة عدد كبير من المرضى على يد عدد محدود من العالجين (مرجع سابق ص ٥) ورغم إختلاف المؤرخين حول من له السبق في العلاج الجماعي ، إلا أن الرأي المنصف لا يغفل جهود كل من "مسمر" ، وأدلر وتلاميذه ، مورينو ١٩١١ - شاركهم في هذا السبق الموروثة السابقة الساندة مثل "مجاريج يطببوا مجاريج" ، كان لكل ذلك إسهاماً ونصيباً من

السبق والريادة لهذا النوع من العلاج ، "وأن العلاج النفسى الجماعى هو محصلة لجهود عقول نيره متعددة" (لطفى فطيم ١٩٩٤ ص٥٧).

كما يتفق الكثير على أن العلاج الجماعى كمهنة أمريكى النشأه ، حيث نجد "لويس فندر Wender Louis 1929" الذى استخدم مفاهيم التحليل النفسى فى ممارسة العلاج الجماعى ، وترجانت بارو "Trigant Barrow 1925" الذى إهتم بالمبادئ البيولوجية الكائنة خلف سلوك الجماعة ، "وبول شيلدر 1934 Poul Schilder" الذى تأثر بكتاب "فرويد" سيكولوجية الجماعة وتحليل الأنا - الذى أكد فيه أن قائد الجماعة العلاجية يمثل نموذجاً للأب والأم فى آن واحد ، وفى عام ١٩٤٣ عرض "سلافسون" الذى يعتبر من أبرز رواد العلاج الجماعى ، وقد قامت أعماله على مفاهيم ومعطيات التحليل النفسى الرئيسية كما ظهرت فى كتابه - مقدمة فى العلاج الجماعى - وفى نفس العام عرض "كارل روجرز C. Rogers" نظريته فى العلاج المتمركز - حول العميل ، التى تطورت الى العلاج المتمركز - حول - الشخص ، واستمر فى تطوير نظريته من ١٩٤٢ ، ١٩٤٦ ، ١٩٤٧ ، ١٩٥١ ، ١٩٥٥ ، ١٩٦٠ ، ١٩٨٠ الى أن أصبحت نظريته تطبق فى ميادين عديدة بالإضافة الى العلاج الجماعى ، ثم واصل تلاميذه جهودهم المركزه فى التفاعل والمواجهة داخل الجماعة والإهتمام بالحاضر فى مقابل الإستبصار والوصول الى الجذور الطفلية لدى أصحاب التحليل النفسى ، فظهرت جماعات المراثون ، جماعات المواجهة ، جماعات الوعى بالذات ، جماعات العون الذاتى وغيرها.

وخلص القول أنه بتطور العلاج السلوكى الجماعى بفتياته العديده وبظهور العلاج اللا توجيهى إنتشر العلاج الجماعى ، وتوعدت أساليبه وتعددت التوجيهات النظرية التى بدأت بالعلاج الفردى ثم تطورت الى التطبيق الجماعى تحت مسميات عديدة ، ساعدت على إنتشار هذا النوع من العلاج بعد استفادته من معطيات المدرسة الإنسانية فى علم النفس ، وسوف نعرض لأهم النظريات فى العلاج الجماعى وأغلب المناهج العلاجية المساعدة على النحو التالى :

أولاً : نظريات العلاج النفسى الجماعى :

١ - نظرية سلافسون فى العلاج الجماعى التحليلى :

يعتبر "سلافسون ١٩٤٣" من أبرز رواد العلاج الجماعى القائم على مفاهيم ومعطيات نظرية التحليل النفسى ، حيث يسلم بالجنسية الطفلية ، وعقده أوديب وصراعاتها ، وبناء اللاشعور وتقسيم النفس الإنسانية الى منظمات ثلاثة هى : الهو - الأنا - والأنا الأعلى ، ويعطى "سلافسون" أهمية كبيرة للرباط اللاشعورى بين أفراد الجماعة الذى يظهر

فيه العلاقة الطرحية بين أفراد الجماعة والمعالج ، كما يعطى أهمية لدور المعالج الذى قلما يتكلم ، ويندر أن يوجه حديثه الى عضو بعينه ، وأن العناصر الدينامية الجماعية تختلف فى الجماعة عنها فى الجماعات العادية حيث يقول "لا يمكن إعتبار الجماعات العلاجية جماعات بالمعنى المألوف الذى ينطبق على الجماعات الاجتماعية أ والتربوية التى يكون الفرد غارقاً فيها" كما يرى "أن الجماعات تتميز بحركة العلاقات ومرونة الأدوار ، وهو مالا يتوفر للجماعات الأخرى ، وأن المريض فى الجماعة العلاجية يتعين عليه أن يعمل على حل مشكلاته ، وهذا الإعتبار يغير من معنى الجماعة كما يفهم عادة ، فليس لهم من هدف سوى تحقيق المكاسب العلاجية ، وأن العلاج الجماعى يتضمن حداً أدنى على الأقل من التغييرات الدائمة فى الشخصية ، بحيث يقل العدوان والقلق والعداء ، وهى المسئولة عن إنكماش الفرد عن الناس ، أو مواجهته إياهم خوفاً منهم" (كاميليا عبد الفتاح ١٩٩١ ص ٣٤)

ويحدد "سلافسون" ملامح العملية العلاجية فى أن نشاط المرضى يحل محل الكلام ومع الأطفال الذين يتسمون بالعدوان ، والإنسحاب ، والحرمان الإنفعالى ، والسمات العصابية مثلاً ، يعد لهم فى ناديبهم حجرة للعب مجهزة بكل الأدوات اللازمة مثل اللعب الخشبية والكهربائية ، وأدوات الرسم ، والألوان والورق ، ويبدأ المعالج نفسه بتناول هذه المواد ، ويتجمع حوله الأطفال يساعده ، ثم يبدأون هم فى تناول هذه المواد وحدهم بعد ذلك ، وكلما قدم قادم جديد تعرف بأعضاء الجماعة ، وأشترك معهم فى نشاطهم ، وفى نهاية الجلسة يجتمع الجميع حول مائدة الغذاء ويتناولون الطعام والشراب معاً ، ويتناقشون فيما يعين لهم من موضوعات ، ويزداد العدوان والتفاعل بين أعضاء الجماعة ، وهكذا تقل مقاومة الأطفال ، ويحدث التنفيس الإنفعالى عن طريق النشاط ، ويعبرون عن مشاعرهم خلال اللعب بما يساعد على التغلب على التوتر والقلق ، ويقل الخجل والإنسحاب وينجح هذا الأسلوب مع الأطفال الذين يعانون الرفض من أسرهم أو المجتمع بصفة عامة (حامد زهران ١٩٩١ ص ٣٢٢).

٢ - العلاج السلوكى الجماعى :

وصف هذا النوع من العلاج الذى بدأ تطبيقه فردياً ثم تطور الى التطبيق الجماعى - بأنه ذو اتجاه توفيقى يستخدم فيه أساليب علاجية كثيرة ومتنوعة للعلاج السلوكى ، كما يستخدم أساليب عديدة من مدارس علاجية أخرى ، حيث يستخدم فيه فنيات سلب الحساسية أو التحصين التدريجى ، الكف المتبادل ، التعزيز الموجب والسالب ، الثواب والعقاب ،

الخبرة المنفرد أو ما يسمى بالعقاب العلاجي ، الممارسة السالبة أو ما يطلق عليه التشبع بالغمر ، الترييد والمحاكاة للنماذج .

كما يستعير فنيات عديده من مدارس علاجية أخرى مثل السيكوردارما وتمارين الوعي الجشتالتية ، التأمل - الإسترخاء العميق ، رحلة الأحلام وغيرها من الفنيات العلاجية ، ويشترط هذا النوع من العلاج ضرورة تعارف أعضاء الجماعة في الجلسات الأولى ، وطرح خبراتهم على الآخرين ، وإحترام أنماط الآخرين ومعتقداتهم ، كما يشترط قبول النقد والمدح من الآخرين والتعاون المتبادل بين الأعضاء ، والمحافظة على سرية ما يدور داخل الجلسات العلاجية ، على أن يعمل المعالج على تشجيع ونمذجة الأدوار في التدريب على تأكيد الذات ، وعدم الإعتماد كلية على المعالج أو القائد ، مع ضرورة المراجعة الدورية بين أعضاء الجماعة مع القائد للوقوف على المكاسب العلاجية مع وضع استراتيجية متفق عليها للعمل بها مستقبلاً ، بعد التحديد الدقيق للسلوك المطلوب تغييره أو علاجه ، كما يشترط هذا النوع من العلاج أيضاً ضرورة إعداد مكان اللقاء بحيث تسمح الكراسي بحرية الحركة على أن تكون مزودة بأساليب تساعد على الإسترخاء ، ويكون المكان مانعاً لتسرب الصوت ، والجلوس على شكل دائرة .

وتتراوح الجماعة من ٦ - ١٢ عضواً وتجتمع مرة أسبوعياً على الأقل في جلسة تتراوح زمنها من ساعة ونصف الى ساعتين ، وأن تكون الجماعة مفتوحة تسمح بانضمام أعضاء جدد ، وتستمر الجماعة ما بين ثمانية شهور الى سنة أو أكثر .

ويمتاز العلاج السلوكي الجماعي في تقدير "هولاندر - وكازاواكي Hollander & Kazaoke 1988" بالمدى الواسع من المجالات التي يتصدى لها مثل حالات السمنة - الإجهاد - العصاب - التخلف العقلي ، الكحولية ، الخجل ، القلق ، الانحرافات الجنسية ، البوال الليلي .

كما يمتاز من وجهة نظرهما باستخدام الجماعات في الضبط الذاتي والتدريب على المهارات ، والتقليل من فرصة الإعتماد على المعالج والمرونة في البرامج العلاجية ، وتنوعها لتناسب حاجات الأفراد في الجماعة ، كما تمتاز بأنها إقتصادية في الوقت والتكلفة إلا أن العلاج السلوكي الجماعي ينقصه في تقديرهما "وجود نظرية موحدة للعملية العلاجية الجماعية ، لترشد قائد الجماعة في تصميم العمل الجمعي وتوجيهه ، كما أن حداثة العمل به تحرمه من الخبرات الكلينيكية المستفيضة" : (مليكة ١٩٩٢ ص ١٦٢-١٦٥) .

ويرى "كورشين 1976 Kotchin" أنه من الخطأ الزعم بأن العلاج السلوكي الجماعي هو أفضل ما يصلح لعلاج كل المشكلات السلوكية فهو لا يصلح لعلاج العصاب الوجودي - الإكتئاب القلق الهائم المسبب للعجز ، ومشكلات الهوية ، نظراً لتركيز هذا

النوع من العلاج على السلوك الظاهر ، وتجاهل المشاعر الداخلية ، وهو بهذا يبتعد عن ما يميز الحياة الإنسانية مثل : القيم - المشاعر - والأخيلة ، كما يتضح فيه القصور في تحقيق مكاسب علاجية طويلة الأمد Long Term نظراً لتجاهل أصحاب هذا الإتجاه للكثير من العوامل غير النوعية مثل توقعات المريض والعلاقة العلاجية.

كما يرى "كورشين" أن الخدمة التي قدمها هذا النوع من العلاج هو التشكيك فيما كان مقدساً في العلاجات التقليدية مثل - لا يمكن إحداث تغيير حقيقي في وقت قصير - وأن علاج الأعراض يؤدي حتماً الى الإنتكاس أو الإبدال بأعراض مرضية أخرى.

وقد ساهم هذا النقد فيما يراه "كروسنى 1975" الى أن يتجه المعالجون السلوكيون الى فنيات علاجية أخرى مشتقة من نظريات التعلم الإجتماعى عند "باندورا ١٩٧٧" ونظريات التعلم الحديثة بما يساعد على تحقيق المكاسب العلاجية ، وهذا ما جعل الكثيرون يعتقدون فى أنه علاج توفيقى (مليكه ١٩٩٢ ص ١٦٥) وخاصة فى جماعات العلاج السلوكى الشامل ، والتي يراعى فيها عدم تجانس الأعضاء فى السن ، والجنس ، والمشكلات ، حتى تكون قريبه من واقع الحياة ، بما يساعد على إزدياد الفاعلية فى تحقيق الأهداف العلاجية المأموله ، وفى العلاج السلوكى الجماعى نلتقى بثلاثة أطر نظرية هامة هى :

أ- نظرية التبادل الإجتماعى (ثيبوكيللى)

وهى تعتمد على فنيات تأكيد الذات ، والتدريب على الإتصال ومهارات التدعيم الإجتماعى المتبادل بما يحقق المسايرة - التقدير والتقبل من الجماعة والتفاعل معها ، بما يؤدي الى تعظيم الثواب.

ب- نظرية التفاعل الإجتماعى عند "باندورا ١٩٧٧"

وهو مزيج من الإشراف الإجرائى والكلاسيكى ، ونظريات النمذجة وتعتمد على التدعيم كفننية أساسية سواء كان التدعيم لفظياً أو مادياً ملموساً.

ج- نظرية الدور الإجتماعى

يذكر "كابان وسادوك ١٩٨٥" أن العلاج الجماعى فى ضوء هذا الإتجاه النظرى ، يسمح فيه المعالج باكبر قدر من المرونة فى الأدوار داخل الجماعة وخارجها ، وتشجيع النماذج الإجتماعية ، وأن يحول المعالج الجماعى دون قيام أدوار إجتماعية لا تؤدى وظيفة أو أن تكون معوقه.

هذه التوجهات الثلاثة يغلب عليها أن تكون توفيقية ، تستخدم أساليب وفنيات من مدارس أخرى ، خاصة في جماعات العلاج السلوكى الشامل والتي يراعى فيها عدم التجانس فى السن - الجنس والمشكلات حتى تكون قريبه من واقع الحياة فى مكان حوائطه مانعة للصوت مع الجلوس على شكل دائرة - وهى جماعات علاجية مفتوحة النهاية : إزداد إنتشارها نظرا لأهمية الدور فى تكوين الاتجاهات والمعتقدات لدى الأفراد .

٣- العلاج المعرفى الجماعى :

يستند هذا النوع من العلاج على معطيات النظريات المعرفية لدى "أرون بيك ١٩٧٨" وألبرت وإليس ١٩٦٨" وهو إتجاه علاجى يتعامل مع تفكير المرضى ، والعمل على تعديل الأفكار ومن ثم يمكن أن يتعدل السلوك تبعاً لذلك ، حيث يريان "أن السلوك هو حلقة فى سلسلة دخول المعلومات الى العقل البشرى وتمثيلها ثم تخريجها فى شكل أفعال تحدث فى بيئة محيطية ، تنتج عنها معلومات أخرى جديدة تدخل العقل البشرى .

وهذا الإتجاه شأن السلوكية فى استخدامه للعديد من الفنيات العلاجية مثل : الواجب المنزلى ، لعب الأدوار ، الإسترخاء ، توكيد الذات ، الدحض العقلانى للأساليب الخاطئة فى التفكير ، بما يساعد على إعادة التنظيم للبناء المعرفى للمرضى ، من خلال جماعات علاجية أشبه بحلقات التدريب منها بالجماعات فى العلاج الجماعى الذى يهتم بديناميات الجماعة .

والغرض الأساسى لهذا النوع من العلاج هو أن معظم المشكلات هى مشكلات فى طرق التفكير ، ومن ثم يكون إعادة البناء المعرفى هى السبيل الى العلاج وتحقيق المكاسب العلاجية المأمولة ، وهو من الإتجاهات العلاجية الحديثة التى مازالت تجذب أنظار الباحثين للوقوف على مدى فاعليتها ، وأى فئات المرضى يمكن أن يصلح معهم هذا النوع من العلاج .

ومنذ عام ١٩٦٥ يعكف الباحثون فى العلاج المعرفى الجماعى على دراسات وتجارب مكثفة ، لبحث أثار المعتقدات الفكرية الخاطئة التى يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين على إثارة القلق وسوء التوافق .

وتشير نتائج هذه البحوث الى وجود أدلة قوية على أن وراء كل تصرف إنفعالي بالقلق أو العدوان أو الإنسحاب أو الوحدة ، بناء ونمطا من التصورات والمعتقدات يتبناها الفرد عن نفسه فى الحياة ومشكلاتها ، ويرى "عبد الستار إبراهيم ١٩٩٣ ، ومليكة ١٩٩٢ ، وكابلين وسادوك ١٩٨٥ ، وأرون بيك ١٩٨٥ ، ١٩٨٧ ، يروا أن التصرفات الإنفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات سواء بالعلاج النفسى الجماعى أو بدونه ، وأن أى

شكل من أشكال الإضطراب النفسى يسبقه تفكير خاطئ فى الموقف أو فى فاعلية الذات ، حيث لم يعد مقبولاً اليوم أن نعالج مشكلات الأطفال دون محاولة لعلاج طريقة تفكير الطفل ، وإتجاهاته نحو نفسه ، ونحو الآخرين ، حتى تتعدل طريقه تفكيره من خلال جماعات علاجية يكتسب فيها العضو ما يساعده على الشفاء.

٤- العلاج الواقعى الجماعى :

ينسب هذا النوع من العلاج الى طبيب نفسانى هو "وليم جليسر W. Glasser 1964" عرضه فى كتابه الموسوم بعنوان العلاج الواقعى - عرض فيه منهجه العلاجى المعتمد على التركيز على الفهم العام فى المناقشات مع المرضى دون تعال من المعالج . والتفاعل معهم بإعتبارهم أصدقاء وليس بإعتبارهم حالات مرضية.

ويقوم هذا الاتجاه العلاجى على أساس أن هناك حاجة نفسية أساسية لدى كل الناس فى كل الثقافات ، وطوال التاريخ النمائى لكل فرد وهى الحاجة الى هوية Identify . أى الحاجة الى التفرد - وهى حاجة عبر حضارية ، تتحقق من خلال العلاقة بالآخرين . لتتكون لدى الفرد - هوية ذات معنى ، هوية ناجحة أو فاشلة.

ويمثل هذا العلاج طريقة للحياة تساعد الانسان على النجاح ، فإذا لم تتجح فعلى المعالج أن يتعرف على مجالات النجاح والفشل لكل عضو فى الجماعة ، والعمل معه بكل الفنيات العلاجية الممكنة التى تجعل عضو الجماعة يدرك أنه صادق فى إهتمامه به . ومساعدته فى مواجهة الواقع وفهمه وتقبله ، وتعتمد عملية العلاج الجماعى فى هذا الإتجاه على ما يلى :

أ- التبادل اللفظى بين المعالج وعضو الجماعة فى حضور الآخرين ، على عكس ما هو شائع فى العلاج الجشتالتى حيث الإعتماد على التجريب.

ب- الإهتمام والتركيز على جوانب القوة لدى كل عضو.

ج- أن يسود روح المرح فى العملية العلاجية ، لأنه يساعد على تحقيق الإتران فى معالجة العميل لمشكلاته.

د- ضرورة التخطيط المستقبلى للعميل من جانب المعالج بالتركيز على السلوك الحاضر

هـ- ضرورة إعتقاد المعالج فى إمكانية شفاء العميل.

و- ضرورة استخدام المعالجين المشاركين Co. Therapists.

ز- أن التغيير فى أسلوب الحياة يودى الى تغير فى المشاعر.

ويرى "مليكة ١٩٩١" أن الكلينيكيون يكاد يجمعون على أن هذا النوع من العلاج يمثل نظره إلى الأمام ، له إسهام إيجابي في التركيز على جماعات فرعية محددة مثل جماعات الأحداث الجانحين ممن يعتبرون تقليدياً مستعصين على العلاج النفسي . ويرى "ثورن 1973 Thorne" أن هذا المنهج هو صورة من صور العلاج العقلاني ، وإعادة التعلم ، يقوم على إفتراض أن ما من سيكوباتولوجية إلا ويكمن خلفه إدراك محرف للواقع (Crosine 1973, Thorne 1973, Lang 1988) ، مليكة (١٩٩١) . ويرى الباحثة ان هذا الاتجاه العلاجي تأثر بنظريات العلاج المعرفي التي ترى أن فكرة المرء عن نفسه ، وعن الآخرين ، تلعب دوراً كبيراً في تكوين السواء أو المرض لدى الفرد ، ومن ثم يتحتم ضرورة إعادة البناء المعرفي للفرد ، لأنه هو السبيل الى العلاج وتحسين فرص النمو النفسي وفقاً لهذا المنهج العلاجي .

٥ - العلاج النفسي الجماعي عند كارل روجرز :

مرت نظرية روجرز في العلاج النفسي الجماعي بتطورات عديدة كانت ننتاج الخبرة الكلينيكية التي مر بها ، ونتاج تعديل وتطويره بعد النقد الكثير الذي وجه إليه ، وما أن ظهر كتابه المرسوم بعنوان *Counsling and Psghotherapy* عام ١٩٤٢ ، الذي لاقى صدى طيباً في البداية لدى المشتغلين بالعلاج النفسي ، سواء من ينتمون إلى التحليل النفسي أو أولئك الذي ينتمون إلى العلاج الموجه *Directive* وكل من المنهجين يعتمد على مهارة المعالج أو لا وأخيراً .

وفي عام ١٩٥١ تحول "روجرز" من العلاج اللاتوجيهي إلى العلاج المتمركز - حول - العميل - وما كان هذا التغيير إلا إيماناً منه - متأثراً بأراء "أثورانك O. Rank" في أن كل ما يمتلكه الفرد من قدرات للتوجيه الذاتي ينبثق خلال العلاج ، وارتقالاتاً من الدور السلبي الاعتمادي للعميل في العملية العلاجية إلى الدور الإيجابي والثقة في عوامل النمو في العميل .

وبعد أن ظهر كتابه - العلاج النفسي وتحولات الشخصية - حتى إنتشرت آرائه ، وتم تطبيقها في ميادين العلاج والتوجيه - الخدمة الإجتماعية - التربية - الطب النفسي - العلاقات الصناعية والادارة - الإرشاد العائلي والزواحي ، وفي العلاقات الإنسانية ، وفي عام ١٩٦٨ - بعد أن أسس مع زملائه - مركز دراسات الشخص - طور أسلوبه في العلاج إلى مرحلة التمرکز - حول - الشخص ، حيث التأكيد على الشخص بدلاً من النظر إليه على أنه مجرد عميل أو تلميذ يتقبل توجيهات المعالج .

فى عام ١٩٥٩ أكد "روجرز" على أن "تمو قدرات الإنسان الابداعية تعتمد على توجيه ذاته ، وهذا يمثل هدف يجب أن يعلو كل المكاسب العلاجية فى العلاج النفسى الفعال (عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤ ص ٣٤٤ - ٣٤٥) وحدد "روجرز ١٩٥٩ ص ٢١٣" شروط تحقيق العلاج الفعال على النحو التالى :

- أ- أهمية الإتصال الفعال بين المعالج والعميل ، وفهم كل منهما للمجال الفينومولوجى للأخر .
- ب- أن يكون العميل فى حالة عدم إتفاق ، وبالتالي يكون معرض للقلق .
- ج- أن يوفر المعالج التقدير الموجب غير المشروط ، وأن يدرك العميل صدق المعالج وأصالته ورغبته فى مساعدته وتقبله غير المشروط .
- د- أن يسعى المعالج للفهم الشعورى للعميل فى إطاره المرجعى الداخلى .
- هـ- إذا توفرت هذه الشروط يرى "روجرز" إنه من المتوقع حدوث التغييرات الآتية فى العميل :

- ١- قدرة العملاء على التعبير عن مشاعرهم إزاء أحداث حياتهم بحرية أكثر
- ٢- دقة فى وصف خبراتهم والواقع المحيط بهم .
- ٣- يكتشف العملاء حالة عدم الإتفاق بين مفهوم الذات وخبرات معينة ، والشعور بالتهديد عندما يخبرون عدم الإتفاق ، ومن ثم يكون التعبير عنها بحرية دون تشويه أو إنكار .
- ٤- قدرة أكبر على إعادة تنظيم ذواتهم .
- ٥- باستمرار الجلسات العلاجية الجماعية تتمثل ذواتهم الخبرات الماضية التى كانت تهددهم ، ومن ثم تقل دفاعاتهم ، أى يصبح العميل أكثر صدقاً مع نفسه ، وأكثر قدره على الضبط الداخلى ، حيث يوجد الإنسان داخل الإنسان ، وليس - الوحش - داخل الإنسان ، وقد استطاع العلاج الجماعى إطلاق العنان له للتعبير عن نفسه . ورغم إعتراضه على أهمية التشخيص المبكر ، حيث يعتبرها معوقة لعملية العلاج ، إلا أنه يؤمن بأهمية إستخدام الاختبارات النفسية التشخيصية فى المواقف البحثية وليس لتزويد المعالج بمعلومات عن شخصيات ومشكلات الأعضاء .

ويرى "كابلن Kaplan ، وسادوك Sadock 1985" أن الكثيرون ممن يعتقدون فى فاعليه هذا النوع من العلاج ، يرون أن العلاج الروجرى جاء استجابة لتخلف التحليل

النفسي في الاستجابة المتزايدة في طلب العلاج النفسي ، كما يعتقدون أن هذا النوع من العلاج سوف يستمر في التطوير ، وسوف تنتشعب به السبل إلى فنيات علاجية متنوعة ، تؤدي إلى مناطق إلتقاء فنيات علاجية متنوعة سبقته أو أستحدثت عليه (Kaplan & Sadock : 1985 P. 1381)

المبادئ الأساسية في نظرية روجرز في العلاج النفسي الجماعي:

- ١- التعاطف الوجداني مع العميل في العلاقة العلاجية مع التركيز على الرقعة الباهته على حافة الوعي ، بهدف إتساع فهم العميل لذاته ، بما يؤدي إلى التغيير والنمو العلاجي المستهدف .
- ٢- الإعتبار الإيجابي غير المشروط في العلاقة العلاجية ، والثقة في إمكانات العميل لفهم ذاته من خلال الجماعة العلاجية التي تساعد في التعبير اللفظي عن المشاعر التي كان يعجز عن التعبير عنها سابقاً .
- ٣- الأصالة أو الانسجام في العلاقة العلاجية حيث يسهم استعداد المعالج ونسقه القيمي ليكون صادقاً في تزويد عميله بقاعده من الواقع ، تقلل من إحساس العميل بالمخاطرة في كشف إنفعالاته في حضور الآخرين أعضاء الجماعة ، على أن يعبر المعالج عن مشاعره مهما كان نوعها بصدق ، لتشجيع العميل على ان يستجيب بصدق لأن المعالج نفسه فعل ذلك .
- ٤- الإيمان بقوة دافعه لدى العميل - هي الحاجة إلى تحقيق الذات .
- ٥- كلما زاد إعتداد المعالج على العميل لاستكشاف ذاته ، يؤدي ذلك بالعمل إلى الثقة في ذاته ، وفي قدرته على إحداث التغييرات المأمولة .
- ٦- إن أفضل موقع لفهم السلوك هو من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه في الموقف المشجع للعلاج .
- ٧- أن العميل هو أحسن مصدر للمعلومات عن نفسه .
- ٨- بينما يشك المحلل النفسي في حقيقة ما يقوله المريض ، لذلك يبذل المحلل النفسي جهداً كبيراً من خلال التداعي الطليق - تحليل الهفوات - تفسير الأحلام ، نجد "روجرز" في المقابل - يرى إمكانية الإستفادة من التقارير الذاتية كمصدر مباشر عن العميل ، وليس هناك ضرورة للتفسير من جانب المعالج حتى لا تزداد إعتماديته على المعالج ، ويفقد مسنوليته عن نفسه وقدرته على تحقيق أهدافه ، وقد نالت هذه الفكرة الكثير من النقد من المعارضيين لفكر "روجرز" ، لذلك حاول "روجرز" الإهتمام بالتشوية الذي قد يصيب صورة الذات بفعل الدفاعات .

- ٩- " أن جماعات المواجهة Encounter Groups تعتبر أفضل الأساليب التي عرفها وأن الجماعات وجدت وستظل باقية طالما وجد إنسان على ظهر الأرض ، غير أن الجماعة التي أعنيها هي الخبرة المكثفة التي أعدت بتدبير للحياة في جماعة ، وهي أعظم إختراع على الإطلاق" (لطفى فطيم ١٩٩٤ ص ٤٦) .
- ١٠- أن إكتشاف المهارات الاجتماعية يتم بطريقة تلقائية حرة ، وليست كالتى تحدث في جماعات التدريب ، مما يساعد على استمرارها .
- ١١- أن العلاقات بين أعضاء الجماعات العلاجية علاقات دائمة حتى بعد إنتهاء العملية العلاجية ، بما يساعد على استمرار المكاسب العلاجية .
- ١٢- التركيز على الحاضر فى هنا - والآن ، وعدم الاهتمام بالماضى وأن الحياة فى تغير مستمر لأن الماضى - وقت العلاج - ليس له نفس المعنى والدلالة التى كانت من قبله . (كامليا عبد الفتاح ١٩٩١ ص ٢٩) .
- وأخيراً يعتمد "روجرز" على قاعدة أساسية هي التعامل مع العميل بوصفه شخصاً ، وليس بوصفه مشكلة ، شرط أنه إذا شعر المعالج بعدم أرتياحه إلى عميل بعينه ، فيجب تحويل هذا الأخير إلى معالج آخر .

مراحل العملية العلاجية وفقاً للمنهج الوجودى :

- صنف "روجرز - ورابلين" مراحل العملية العلاجية على متصل هي كما يلي:
- ١- تقبل المعالج حديث أعضاء الجماعة عن موضوعات خارجية ، وعدم الرغبة فى البداية فى الحديث عن الذات ، حيث العلاقة مع المعالج مازالت فى هذه المرحلة غير وثيقة .
- ٢- تقبل مشاعر الأعضاء باعتبارها موضوعات تنتمى إلى الماضى ، وخارجة عن الذات .
- ٣- حرية أكثر فى التعبير عن الذات بوصفها موضوعاً للتعامل مع الإعتراف بأنها قائمة داخل العميل .
- ٤- وصف المشاعر بحرية أكثر على أنها موضوعات فى الحاضر حتى لو أنكرها العميل بوعيه ، مما يجعل العميل يخاطر بالارتباط الانفعالى مع الآخرين .

- ٥- امتلاك العميل لمشاعره ، وثقلها والسماح لها بالظهور بعد أن كان ينكرها في الماضي ، مع شعور العميل بأن عليه مسئولية محدده عن المشكلات التي توجد بداخله .
- ٦- مواجهة العميل لمشاعره ولذاته وحياته ، ويشعر بأن المعالج والآخرين يتقبلونه بما يساعد على الحرية والانفتاح على المعالج ، مما يساعد على التوافق السوي .
- ٧- شعور العميل بالارتياح وإدراك الخبرة بمشاعر جديده مع قدرته على تقويم ذاته وإضفاء القيمة الإيجابية على العلاقة الروحية : (Kaplan & Sadock : 1985 PP. 1381-1385)

إدارة العملية العلاجية وفقاً لمنهج العلاج الوجودي :

- الموقف :** يري "روجرز" أنه نظراً لإستخدام أعضاء الجماعة مواقف عديده ، فلا يوجد موقف نموذجي واحد ، ويمكن تطبيق العلاج الجماعي في نادي - قاعة - مدرسة ، ولا يحتاج الأمر لتجهيزات خاصة ، سوي مكان يتوافر فيه الهدوء والراحة لأعضاء الجماعة .
- العلاقات :** يتم التركيز علي العلاقات في الجلسة وليس المشكلات .
- المشكلات :** يعتمد "روجرز" علي قاعدة أساسية : هي التعامل مع العميل بوصفه شخصاً ، وليس بوصفه مشكلة ، ويتفق "روجرز" مع "سلافسون" في أن العميل يكشف الاستبصار الجيد دون الحاجة إلي التفسير ، وأن التغيير يحدث من داخل العميل ، وليس بفضل تفسير النتائج .

موقف "روجرز" من بعض المناهج العلاجية الأخرى :

- يمكن إيجاز موقف "روجرز" من بعض المدارس العلاجية الأخرى فيما يلي :
- ١- يرفض "روجرز" وأنصاره" أي ممارسة تهدف إلى التركيز على المعالج بوصفه خبيراً في معرفة ما يدور بداخل العميل ، لأن العميل في تقديره - قادر على التوجيه الذاتي .
- ٢- ينأى المعالج الوجودي عن الأساليب العلاجية التي تعتمد على المعالج وتقلل من الإعتماد على العميل .
- ٣- لا يتعاطف "روجرز" مع العلاج بالتحليل النفسي ، في أن الدفعات غريزية وتهدف إلى التدمير ، وفي المقابل يرى أن الدفعات الطبيعية هي دفعات بناءة تؤدي إلى السواء وتحقيق الذات .

- ٤- يرفض التركيز على الماضى فى مقابل إهتمامه بالحاضر .
- ٥- يرفض التفسير كما هو الحال فى العلاج بالتحليل النفسى ويركز على تفسير العميل لمعاني خبراته .
- ٦- إن بداية الطرح تحدث فى بداية الجماعات العلاجية ، ولا تكون موجهة إلى المعالج فقط ، حيث قد يوجه إلى بعض أعضاء الجماعة أيضاً ، ولا يشكل الطرح ضرورة جوهرية لعلاج العميل وتيسير نموه .
- ٧- إذا كان المنهج السلوكى لا يهتم إلا بظاهر السلوك وعدم الاهتمام بما يدور داخل النفس ، فإن المنهج الوجودى يرى أن النفس الإنسانية موضوعا للعلاج النفسى ، لذلك يجب فهم الإنسان داخلياً فى ضوء إطاره المرجعي .
- ٨- يرى "روجرز ١٩٨٥" أن هذا المنهج العلاجى رغم إنتشاره الواسع ، وكثرة مؤيديه ولكن له كثير من الخصوم ، ومرجع ذلك فى رأيه - إلى صعوبة تغيير القيم ، وإلى ما يحمله هذا المنهج فى طياته من تهديدات للمعالج التقليدى (Rogers : 1985 PP. 257-259)

٦- العلاج الجشتمالى الجماعى :

بدأ اسم العلاج الجشتمالى فى الظهور لأول مره عام ١٩٥١ فى كتاب المحلل النفسى الألمانى "بيرلز - مع زميليه - جودمان وهيفر لاين" الموسوم بعنوان - العلاج بالتركيز ، حيث يركز العميل على ذاته وعلى المجال الذى يعيش فيه ، ليرى وبعبء صفة (جشتمالتيه) وصولاً - إلى إشباع حاجاته لتحقيق الإرتزان الحيوى والنمو النفسى ، وقد ساعد الإرتزان افادتهم من الروافد العملية والفلسفية والدينية فى تطور هذا النوع من العلاج نذكر منها :

- ١- نظرية الجشتمالت
- ٢- نظرية المجال .
- ٣- نظرية التحليل النفسى والنظرة الدينامية للشخصية .
- ٤- النظرية السلوكية وما تنقسم به من الضبط والتجريب .
- ٥- الوجودية فى إيمانها العميق بمسئولية الإنسان عن تغيير حياته .
- ٦- المدرسة الإنسانية فى علم النفس (ماسلو - روجرز - سلوفيان) حيث التركيز على الخبرة الداخلية .
- ٧- الفلسفة البوذية ، وما تقوم عليه من مبادئ السكينة والارتياح والاندماج الروحي .

٨- علم دلالة المعانى الذى ساعد على فهم لغة الإنسان ، والتي كان للتحليل النفسى فيها مكانة السبق والريادة .

ويرى "كروسنى 1973 Crosinc" (أنه من كل هذه الروافد صاغ رواد هذا العلاج طريقتهم العلاجية الجماعية بعد تطبيقها فردياً - فى البداية - فى نسق علاجى يؤمن بقدرة الإنسان وحده على تغيير نفسه بنفسه فى الوعى بذاته والمجال الذى يعيش فيه : Crosinc 1975 PP. 340-350)

العلاج الجشتالتى للقلق : بعد أن إستمد العلاج الجشتالتى من التحليل النفسى ديناميته ، ومن العلاج الروجرى فينومنولوجيته ، ومن العلاج السلوكى تجريبيته ، إنعكس هذا بوضوح فى فنياته العلاجية فى ضوء تصور نظرية الجشتالت للشخصية فى سوانها ومرضاها ، وفى تفسيره للقلق باعتباره تعبيراً عن إعاقة الدفاع الذى يعبر عن تحقيق الفرد لذاته .

أساسيات العلاج الجشتالتى للقلق

- ١- النظرة الى الشخصية بإعتبارها وحدة دينامية تضم الجسد / التفكير / الشعور / الأداء ، تتفاعل بوعى مع البيئة بما فيها من اشخاص وأشياء لهم دلالتهم .
- ٢- الاهتمام بخبرة الفرد فى وعيه لذاته والتركيز على الحاضر - إذ ليس الماضى سوى خيرات يتم استحضارها لتسويتها ، والمستقبل - ليس بعد ، يتم التخطيط له فى الحاضر ، أى أن المستقبل يصنع فى الحاضر مثلما تنجز فى الحاضر مالم يتم إنجازها فى الماضى .
- ٣- التركيز على الوعى Awareness باعتباره أشمل من الاستبصار Insight الذى يهتم بالجانب المعرفى فقط ، وأعمق من الإستبصار الذى هو عملية إرادية ، قد تكون مؤلمة ، أما الوعى : فهو عملية طبيعية مثل التنفس .
- ٤- أن الفرد مسئول عن علاج نفسه بالاشتراك مع المعالج فى صورة الواجب المنزلى ، وفى صورة التغذية المرتدة ، غالباً ما تأخذ صورة التقرير الذاتى ، أى أنه فى النهاية نوع من العلاج الذاتى Self Therapy يتحمل العميل فيه القدر الأكبر لأن النمو فى نظر الجشتالت يتمثل فى إحلال الاعتماد على الذات محل الإعتماد على الآخرين ، وهو صورة من العلاج بدأ تطبيقه فردياً (معالج - مريض) ثم أمتد بعد ذلك ليشمل الجماعات ، الأسر ، أى إلى صورة التطبيق الجماعى ، وهى الصورة الأكثر شيوعاً الآن باستخدام فنيات علاجية عديده نذكر منها :

- الكرسي الساخن Hot Sect : ويجواره كرسي فارغ Empty Sect .
- فنيات هنا - والآن Here & Now للتركيز على الحاضر .
- متصل الوعي ، المبالغة في الأعراض Exaggeration وتمثيلها Acting out
- التخيل Fantasy للخروج من أسر الحاضر المؤلم ، وتصور الحل والتخطيط بصورة عملية للمستقبل .
- الاسترخاء والتنفس العميق لتنشيط طاقات العميل، والنظرة الناقد لهذا النوع من العلاج ترى أنه يتسم بـ
- أ- أنه علاج إنساني Humanistic يؤمن بقيمة الإنسان ، ومسئوليته عن تعديل سلوكه نحو الأفضل .
- ب- أنه علاج تدريبي أكثر إيجابية من العلاج المتمركز - حول - الشخص حيث تدريب العميل والتخطيط له من خلال التجربة .
- ج- إنه علاج إنتقائي Eclectic ، حيث يجمع بين فلسفة العلاج الوجودي ، ودينامية التحليل النفسي ، وضبط وتجريبية العلاج السلوكي ، وخبروية العلاج الوجودي ، وينتج للمعالج إنتقاء الفنيات العلاجية المناسبة لكل عضو في الجماعة .
- د- هو علاج مفتوح النهاية Open Ended ، حيث يتجدد فنياته ويتسع مجال تطبيقه .

ويرى "كروسنى ١٩٧٣" أن هدفه النهائى تحقيق التكامل حيث يتعلم الفرد أن يتقبل سلوكه الغريب عنه ، ويستدمجه ضمن شخصيته (لطفى فطيم ١٩٩٤ ص ١٤٦) .

٧- العلاج النفسى الجماعى باستخدام السيكودراما والسيوسيدراما :

هى طريقة فى العلاج ابتكرها "مورينو 1921. Moreno" فى مدينة فيبينيا ، ثم أنشأ أول مسرح علاجى فى أمريكا عام ١٩٢٧ ، وتعتمد طريقته على التفريغ الإنفعالى وتحقيق التلقائية من خلال ما يسمى بالعلاج بالمسرحيات النفسية ، بما يودى إلى تحقيق التفاعل الاجتماعى ، والتواصل الإنسانى ، وينعكس بصورة فاعله على التوافق النفسى والاجتماعى من خلال حرية الفعل والتلقائية التى تقابل النداعى الحر - تقريبا - فى التحليل النفسى ، وفى هذه الطريقة يقوم المعالج الجماعى بتأليف وإخراج المسرحية ، أو يقوم بذلك الأعضاء أنفسهم ، على أن تكون تمثيلية أو مسرحية بها أكثر من بطل رئيسى ، وقد يشترك المعالج نفسه ، أو مساعدوه فى التمثيل ، ويقوم المعالج بتفسير ديناميات الموقف المسرحى ، بما يعكس ويحقق استنبصار الأعضاء بمعاناتهم ، وقد طور "فاين 1962 Fine"

هذه الطريقة باستخدام الرقص النفسى Psycho Dance ، حيث يرى أن الرقص النفسى الجماعى يساعد على تفرغ الطاقة من خلال الجهد البدنى بما يساعد على إزالة القلق والتوتر ، ومن ثم الشعور بالراحة النفسية ، وتتسم هذه الطريقة من العلاج بشعور المريض بمشاركة الآخرين معه ، والشعور بالدعم الإنسانى ، مما يجعله يفهم الآخرين بصورة أفضل .

وفى العصر الحديث تطورت هذه الطريقة بحيث إتسع نطاق الفنيات العلاجية المستخدمة مثل : الإحماء Warm up : وهى خبرة سيكولوجية تعتمد على التعبير الجسدى ، والنفسى بما يساعد على تخفيف التوتر والقلق ، قد يكون الإحماء مباشر أو غير موجه ويمتد من الإحماء الفردى - الجماعى - المتدرج والفورى ، وهناك أساليب عديدة أخرى يعرضها "ستار 1977 Starr" مثل :

أسلوب الكرسي المساعد : حيث يضع المعالج الكرسي أمام - أو وسط الجماعة ويطلب من الأعضاء تخيل شخصية ما تجلس على الكرسي ، ويقوم الأعضاء بإجراء حوار معها .
الكرسي العالى The High Chair : حيث يوضع الكرسي فى مكان مرتفع يجلس عليه العضو ، ثم يقوم باقى الأعضاء كل على حده ، بتخيله على أنه شخص يمثل بالنسبة له أهمية ، ويجرى معه حوار بصوت مسموع .
الكراسى المتعددة : حيث تتاح الفرصة لأكثر من عضو وتقوم الجماعة بإجراء حوارات معهم حول مشكلة جماعية .

أسلوب الإحماء ذو الدائرتين The Two Circle warm up

حيث يتم تشكيل دائرتين تحتوى الدائرة الأكبر الدائرة الأصغر ، ويجلس فيها الأعضاء باختيارهم ، أو بعض الأعضاء الذى يرى المعالج التركيز عليهم ، مع السماح بالانتقال من الدائرة الخارجية الى الداخلية للإشتراك فى الحوار الجماعى .

أسلوب الموسيقى أو الرقص النفسى :

خاصة عندما يكون هناك صعوبة فى التعبير اللفظى فى بداية عمل الجماعة أو عندما يتوقف أعضاء الجماعة عن الحوار اللفظى ويلجأون الى الصمت ، وعلى الرغم مما فى الصمت من لغة - إلا أن الصمت الطويل يعوق العملية العلاجية
كما يعرض "هاسكل 1975 Haskell" ص ص ٨٦ ، ٢٢٠ ، ٢٣٧ بعض الأساليب الحديثة فى استخدام السيكدوراما فى العلاج النفسى الجماعى بوجزها فيما يلى :

- ١- أسلوب تقديم الذات Self Presentation : حيث يقوم العضو بالحديث عن نفسه ، و عما يعتبره ذات أثر في حياته ، مع تشجيع المعالج له على إقتراح الحل المناسب ، وهو أسلوب يناسب بداية الجلسة السيكودرامية .
- ٢- أسلوب المناجاة Solilquy : حيث يتم التعبير عن الأفكار الكامنة التي تواجه الأعضاء في الحياة ، ولكنهم يخشون التعبير عنها ، وأثناء عملية المناجاة من جانب العضو أمام الجماعة تنمو عملية الاستبصار ، وتمهد للمواقف المستقبلية .
- ٣- أسلوب المنولوج : حيث يقوم العضو بالدورين معاً ، مثل دوره ودور والده .
- ٤- أسلوب تقديم الآخرين Persentation of other : حيث يقوم العضو بتقديم الأشخاص الآخرين ذات الدلالة والأثر في حياته .
- ٥- أسلوب المرأة : وهي تساعد على إزدياد واستبصار العضو لذاته ، تمهيدا لمواجهة الجماعة في مراحل تاليه - وهي تفيد أيضاً في حالات الخجل في المواقف الاجتماعية - العلاقات الجنسية الغيرية - الشعور بالوحدة النفسية - اضطرابات الكلام وصعوبات النطق .
- ٦- أسلوب المتجر السحري The Magic Shop : حيث يتم إقامة متجر على المسرح بداخله بائع ، ويقوم كل عضو بالتعامل مع البائع في المتجر - كمشترى ، وإجراء حوار مع البائع ، بما يساعد على عملية الإحماء ، وهي طريقة تساعد الأطفال ذوى الاضطرابات في علاقاتهم بأسرهم ، لذلك هي تفيد الاطفال صغار السن .
- ٧- أسلوب الحلم Dreaan : حيث يقوم العضو بتمثيل حلم خاص به أمام أعضاء الجماعة ، ويختار من أعضاء الجماعة من يشاركه في تمثيل الحلم ، مما يساعد على اكتشاف العضو لذاته ، واكتساب قدره على بناء علاقات مع الآخرين .
- ٨- أسلوب إطفاء الأنوار The Black Out : وفيه يطلب المعالج إطفاء الأنوار حتى يساعد بعض الأعضاء على تمثيل أدوارهم دون خجل - في البداية - تمهيدا لإنتقاله إلى التمثيل الواقعي على المسرح ، ويفيد هذا الأسلوب مع الأطفال شديدي الخجل أو الإنطواء أو من يعانون من مشاعر القلق والوحدة او صعوبات في الطلاقة اللفظية .
- ٩- أسلوب النظر إلى الخلف : ويستخدم عند شعور العضو بالخجل في مواجهة الجماعة ، فيدير ظهره للجماعة ، ويطلب منه التعرف على صوت وشخصية المتحدث .

١٠- أسلوب قلب الأدوار **Role Reversal** : يقوم العضو بتمثيل دور شخصية لها تأثير في حياته ، مما يساعد على التفريغ الإنفعالي والتفانانية ، وفهم واستبصار ادوار ودوافع الآخرين بطريقة صحيحة .

١١- أسلوب الإسقاط المستقبلي **Future Projection** : يطلب من العضو خلق او تمثيل موقف يتمنى أن يحققه مستقبلاً ، مما يساعد على التدريب الصحيح في تحقيق الأهداف ، وخلق الدافعية وروية المستقبل بصورة واقعية بمساعدة الجماعة في تصحيح إسقاطاته المستقبلية حتى تصبح ممكنة التحقيق .

١٢- أسلوب الصدمة السيكودرامية **Psycho Dramatic Shock** : يقوم العضو باسترجاع خبراته المؤلمة بالتدرج في الهنا - والآن ، وهي طريقة يرى فيها بعض المعالجين نقطة تحول رئيسي في العلاج حيث يساعد على تحقيق الوعي الثري .

٨- العلاج النفسي الجماعي باستخدام اللعب :

تعد هذه الطريقة في العلاج النفس الجماعي أحد الأساليب الهامة في علاج اضطرابات الأطفال ، لأن اللعب يعتبر احد الأساليب الهامة التي يعبر بها الطفل عن نفسه ويشير "أوتو وينجر" إلى ان اللعب هو الطريقة التي يستطيع بها الطفل التقاهم مع الواقع ، فمن خلاله يستطيع الأطفال مراجعة أفكارهم بالاضافة الى التمكن من تشكيل وسائل تساعدهم في استخدام تلك الأفكار" (عيسى ١٩٨٩ ص ٢٥) .

كما يساعد اللعب على تحقيق الاستمتاع والتنفيس الانفعالي عن الطاقة المكبوتة مما يساعد على خفض التوتر والقلق ، كما يتيح القدره على التحكم في مواقف كانت فيما سبق هو ضحية لها" (Mussen : 1983 P. 702) وقد أوضحت دراسة (عزة خليل ١٩٩٠) أثر اللعب كأسلوب في مساعدة أطفال الروضة على حل بعض المشكلات لصالح القياس البعدى بصورة جوهريه .

ويستخدم اللعب كأسلوب تشخيصي وعلاجي مع الأطفال الصغار ، هذا فضلاً عما يمكن استخدامه من أساليب أخرى خلال الجلسة الجماعية (كامليا عبد الفتاح : ١٩٩٢ - ص٦) كما ترى "كامليا عبد الفتاح ١٩٩٢" أن العلاج باللعب يعتبر فرصة فريدة تمنح للطفل كي يخبر النمو في ظل أحسن الظروف المحببه ، ولما كان اللعب هو الوسط الطبيعي للتعبير عن الذات ، فإن الطفل يخرج مشاعره المتراكمة من التوتر والإحباط ، وعدم الأمن والعدوان ، والخوف والحيرة والإرتباك ، وبإخراج هذه المشاعر إلى السطح ، فإنها تتكشف له ، ويتعرف عليها ويواجهها ، ويتعلم ان يضبطها ، كما ترى أن اتجاه الفهم والتقبل من جانب المعالج يساعد الطفل علي العمل والحركة وينمي ثقته في ذاته حيث

يستطيع أن يوسع حدود التعبير عن شخصيّة في جو مريح (مرجع سابق ص ٣٠) ،
والعمليات الدينامية الرئيسية التي يتم عن طريقها عملية العلاج في ضوء ما يقدمه
"سلافسون" تعرّضها (كامليا عبد الفتاح ١٩٩٢) على النحو التالي :

أن العلاج الجماعي باستخدام اللعب يسهل قيام علاقة علاجية ، ويساعد على
التنفيس Catharsis ، البدلي أو المقنع ، كما يساعد على اكتساب الاستبصار المباشر وغير
المباشر ، وينمى التسامي Sublimation ، وكبت القليل من الدوافع وإعلاء الكثير منها مما
ينعكس على النضج النفسي (مرجع سابق ص ٣٥) .

وقد لفتت تفسيرات "فرويد" للتخييل والرغبات والأحداث المولمة للسيطرة عليها
إلى الإهتمام باستخدام اللعب كوسيلة للتشخيص الكلينيكي والعلاج الجماعي ، حيث استخدام
اللعب التخيلي أو الإيهامي مع الدمى ، وتأليف القصص عن اللعب ، والصور وبقع الحبر ،
وأساليب اسقاطية أخرى ، استخدمت كلها للتشخيص الكلينيكي ، وفي البحث العلمي وفي
علاج اضطرابات الأطفال (Mussen : 1963:PP:15-17)

وقد كان التأثير المباشر لأراء "فرويد" عن اللعب في الأشكال المتنوعة في طرق
علاج الأطفال المضطربين ، وأغلبها يستخدم اللعب التلقائي كبديل للتداعي اللفظي الحر
عند الكبار ، كنوع من التفريغ الإنفعالي أو وسيلة لمساعدة الأطفال على التواصل مع
الأخرين ، حتى اضحى الإهتمام حالياً هو استخدام اللعب الجماعي وسيلة للبحث في
الشخصية ، وفي تشخيص وعلاج الأطفال المضطربين إنفعالياً .

وقد ركزت "ميلاني كلاين ١٩١٩" إهتمامها في علاج اضطرابات الأطفال على
اللعب التلقائي ، لاعتقادها أن الطفل في اللعب الحر ، يرمز الى الرغبات والمخاوف
والصراعات التي لا يكون على وعى بها ، وأستخدمت الدمى الصغيرة التي تمثل الأسرة
في اللعب الإسقاطي ، لاعتقادها الراسخ المخالف "لفرويد" حيث ترى أن بعض الأطفال
الأذكيا يظهرون قدرة على الرمزية في سن مكبرة ، بينما حافظت "أنا فرويد" على نظرية
والدها في النمو الإنفعالي ولكنها عدلت في طريقة العلاج تعديلاً كبيراً لكي يناسب الأطفال
، كما كانت تعتقد أن جعل الطفل واعياً بصراعاته - ليس الا جانباً واحداً من العلاج ، لذا
يجب إعادة تعليمه وتربيته ، وينتمى أغلب المعالجين الجماعيين باللعب إلى الإتجاه التوفيقى
Eclectic حيث عدم الإعتماد على اتجاه نظرى واحد ، بل يستخدمون أساليب علاجييه
تنتمى إلى مناحى نظرية عديده ، بحيث تشمل حجرة العلاج العديد من العرائس ، والدمى
والعجائن والرمال ، ومناظر مليئة بالناس والحيوانات ، مع نماذج مصغرة لأشخاص
وحيوانات مثلما تفعل "لوينفيلد 1939 Lowenfeld" في أسلوبها العلاجي المسمى بصورة
العالم Wold Picture .

وأتجه البعض الآخر إلى استخدام اللعب التمثيلي في مواقف إجتماعية بالمشاركة مع الآخرين ، مما يسمح بظهور أثر طيب عن طريق التعبير عن الانفعالات بما يقود الى التعلم الإجتماعى ، ويعتقد أتباع منهج "روجرز" فى العلاج غير الموجه ، أن اللعب الحر بدون أى توجيه أو تفسير من المعالج يساعد على تخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال ، ويقتصر دور المعالج على خلق جو من الصداقه والتقبل التام لتحقيق التوافق . كما يعتقدون أن اللعب فى حد ذاته له قيمة علاجية تزداد فعاليه فى الأهداف التربوية (Stock Burger 1983 P: 1698)

وقد أصبح الآن العديد من الفنيات العلاجية باستخدام اللعب تتسم بالتنوع والخصوبة ، نظراً لتنوع الاتجاهات النظرية التى تتفق فى أن اللعب هو مهنة الطفل وسبيله الى الاكتشاف للبيئة المحيطة به وتحقيق التوافق ، وحين يشاركه الكبار او المعالج الجماعى يكتسب الاطفال إستبصاراً بذواتهم ، كما يستبصرون المعانى اللاشعورية لسلوكهم .

٩ - العلاج النفسى الجماعى باستخدام الفن :

يعتبر الفن وسيلة للتعبير عن الأفكار الكامنه لدى الأطفال التى تقلقهم من حين لآخر ، فإذا افصحوا عنها من خلال الرسم أكسبهم ذلك إتزاناً مع البيئة ، أكثر مما كان عليه فى حالته الأولى" (محمود البسيونى : ١٩٨٣ ص ص ٢٢٧ - ٢٢٨)

والرسم - فى رأى الباحث - لغة رمزية تعبيرية إنفعاليه مصورة وهى أداة تساعد فى العلاج النفسى الجماعى ، فهو مثل الحلم والهفوة ، يعبر عن سياق نفسى معين ، ولهذا يكون الرسم بمثابة اللغة التى يتم عن طريقها إقامة الحوار والاتصال بين المعالج وأعضاء الجماعة العلاجية ، فضلاً عن أنه أداة للوصول إلى الصراعات الكامنه ، ويعبر عن المشاعر الكامنه ، دون مقاومة تذكر - وتنفيس عن رغبات مكبوتة فى اللاشعور ، لإتاحة الفرصة للظهور ، حتى لو كانت بشكل رمزى ، يحتاج الى تداعى حولها لتفسيرها ، ومن ثم الاستبصار بهذه المكبوتات .

كما أنه وسيلة لإعادة التعلم ، حيث بظهور التصورات السلوكية الخاطئة التى تنتضح فى الرسم ، وأستبصار العضو ، لذلك يحاول العدول عن هذه التصورات الخاطئة كما أنه يساعد على إعادة التكيف مع مشكلاته ، حيث وجد أنه من خلال تشجيع الأطفال لرسم أحلامهم يودى ذلك إلى زيادة تكيفهم بصورة فارقة (محمد البسيونى : ١٩٨٣ ص ٢٢٣) ، وفى بعض الأحيان نجد أن بعض أعضاء الجماعة العلاجية يتوقفون عن الحوار اللفظى ، ويلجأون الى الصمت - وعلى الرغم مما فى الصمت من لغة - الا ان الصمت الطويل يعوق العملية العلاجية ، لذلك يلجأ بعض المعالجون الجماعيون الى استخدام الرسم

للقضاء على الصمت ، وتحقيق التواصل في العملية العلاجية "لانه سرعان ما يتحول الرسم إلى لغة يستخدمها الطفل للتعبير عما يعانى منه" (شعلان ١٩٧٩ صص ١٤-١٥) .

ومما يدعم أهمية الرسم واستخدامه في العلاج النفسى "ان هذا النوع من العلاج لا يعتمد على مهارة فنية ، بل على العكس قد يكون الفنان أقل عرضه للتعبير العفوى ، وزلة الفرشاة" (عصام اللباد ١٩٨٧ - ص ١٧٨) .

كما أن الفن يهيء الأطفال للعلاج ، وأن الرسم يعد سجلاً بصرياً ثابتاً للتعرض على مدى تقدم العلاج فضلاً عن أن رسوم الأطفال تمكن المعالج من التآء الضوء على عواقب العلاج : (Halliday : 1979. P. 34, Manloncy : 1983 P. 6197)

"ويتيح الرسم الفرصة للتعبير عن الذات والتخفيف من التوتر الناتج عن الإحباط والقهر ، كما أنه يساعد الفرد على تأكيد ذاته" (عبلة عثمان : ١٩٨٢ - ص ٣) .

"وعندما يشعر المعالج النفسى أن هناك صعوبة لدى المرضى فى التعبير اللفظى عما يشعرون به ، فإنه يمكن أن يقترح عليهم رسم خبراتهم" (أنطونى إستور ١٩٩١ ص ٧٩)

"كما يمكن استخدام العلاج بالفن على مدى واسع مع الأفراد المضطربين حيث يستطع هؤلاء من خلال ممارسة الفن ومعايشته ، أن يحققوا كينونتهم الإنسانية Hodnett (1977 P. 1318)

ويشير التراث إلى أن الدراسات التى اجريت على مدى فاعلية العلاج الجماعى باستخدام الرسم ، تعد قليلة وحديثة فى آن واحد ، كما يشير إلى أن استخدام الرسم فى العلاج النفسى مازال فى مرحلة التطور ، وما زالت الحاجة ماسة إلى ضرورة إجراء الدراسات التجريبية للوقوف على مدى فاعليته ، وإن كان هناك إجماع على أنه يمكن استخدامه كأسلوب مساعد فى تحقيق الأهداف العلاجية المأمولة ، وليس الاعتماد عليه كطريقة علاجية بمفردها ، إلا إذا كان الهدف والمراد هو تحقيق إمكانات النمو للأطفال الأسوياء .

١٠- العلاج النفسى الجماعى باستخدام القراءة / المحاضرات / المناقشات

الجماعية

هذا النوع من العلاج له جذور تاريخية قديمة ترجع إلى عهد اليونانيين القدماء . حيث كانوا يقدسون الكتب ، وقد وجد على آثارهم على أبواب أحد المكتبات - عبارة : هذا مكان شفاء الروح ، وقد أشار كل من "شراىك Schrank وإنجلز Engels 1981" إلى أنه منذ هذا التاريخ القديم تستخدم القراءة فى التعليم والعلاج .

أما عن استخدامه كغنية علاجية محددة الملامح لم يحدث إلا فى فترة حديثة نسبيا مع بداية القرن العشرين ، وأصبح يستخدم بصورة فردية وجماعية وقد أشار ليندمان Lindeman وكلينج 36-41 : 1969 : Kiling) إلى أنه يستخدم فى مجالات عديدة مثل : الأشخاص ذوى المشكلات الإنفعالية ومشكلات التوافق النفسى والاجتماعى ، وأخيرا فى تحقيق اشباع الحاجات النمائية للأطفال .

والعلاج باستخدام القراءة يستند فى أساسه النظرى على الفكر الفرويدى خاصة عملية التنفيس الانفعالى ، والتوحد مع أبطال القصص ، وإسقاط المشاعر ، كذلك ساهمت نظريات التعلم الحديثة والكلاسيكية فى تطوير هذا النوع من العلاج ، من خلال التقليد والمحاكاة لنماذج السلوك الإيجابى ، نظراً لأن الشخصيات المحببة للطفل تصبح نماذج للسلوك التوافقى ، وبذلك يكون عوناً للأطفال الذين يفكرون إلى نماذج للأدوار الإيجابية فى بيئاتهم الاجتماعية (Fisher : 1968 PP : 25-32) وكان "وليام مننجر Willim Meninger" من المدافعين بقوة عن هذا النوع من العلاج كأداة علاجية ، حيث يرى فيه "شروذر Shrods 1979" أداة علاجية تستخدم لإحداث تأثير عميق ومكثف فى مجال النشاط .

وتستلزم هذه الطريقة معرفة المعالج للمستوى الثقافى ، والحاجات النفسية لدى الأطفال ، وحتى تتحقق الأهداف المنشودة ، يتم إختيار المادة المقروءة بالاتفاق مع الإطفال

مراحل عملية العلاج النفسى بالقراءة كأداة مساعدة :

- ١- إلقاء الكتب من التراث القصصى بعناية بما يتواءم مع مشكلة الاطفال ، والمراهقين ، وبما يشبع حاجاتهم النمائية .
- ٢- التشجيع والمساندة من قبل المعالج .
- ٣- القراءة الجهرية مع الاهتمام بنبرة الصوت ، ومدى سرعة القراءة خاصة مع الاطفال الذين يعانون من صعوبات فى النطق .
- ٤- ملاحظة إستجابات الأطفال والوقوف على أحكامهم القيمية على أبطال القصص فى جو علاجى يسمح بالتقبل .
- ٥- تحقيق المناقشة الجماعية من قبل الإطفال .
- ٦- إستخدام بعض الأنشطة الفنية المحببه مثل الرسم ، لعب الأدوار حيث يرى "كرايغ 1980 Craig" أن الأنشطة ذات الصلة بالفنون تحقق الإتساق والتأزر الحركى الدقيق ، كما تساعد على النمو الإنفعالى والمعرفى ، كما تحقق التمثيل الرمزى الثقافى ، لما يشعرون به من معاناة من خلال محاولاتهم الفنية .

ويعتبر 'برنستاين 1983' من المنافحين بقوة عن هذا النوع من العلاج فى الوقت الراهن ، ومازالت هذه الطريقة العلاجية بحاجة إلى المزيد من الدراسات والبحوث التجريبية للوقوف على مدى فاعليتها بالرغم من أن هناك إتفاق على أنها طريقة مساعده تستخدم بجانب الطرائق العلاجية الأخرى لتحقيق الإستبصار والوعى الثرى وإدراك التساند الإنسانى والشعور بالراحة النفسية .
وتمثل طريقة المحاضرات إحدى طرق الإرشاد النفسى الجماعى لتحقيق الشفاء فى بعض الاضطرابات او المشكلات الخفيفه ، وهى مازالت رهن العديد من الدراسات والبحوث .

١١ - العلاج النفسى الجماعى باستخدام الرسم :

نظراً لأن الطفل على عكس الراشد ، لا يستطيع إستخدام الكلام كوسيلة تعبير أو تواصل أساسية ، لأن الطفل لا يقدر على تطويع اللغة وفق إرادته ، ومن ثم فإن اللغة عند الطفل بها من القصور ما يجعل من الصعب الإعتماد عليها فى التعرف من خلال لغات بديلة ، يفصح من خلالها الأطفال عن مكوناتهم ورغباتهم ، هذه اللغات مثل اللعب والرسم لذلك "يعتبر الفن بكل فروعه ومنها الرسم وسيلة للتعبير عن الأفكار الكامنه لدى الأطفال ، والتي تقلقه من حين لآخر ، فاذا ما أفصح عنها من خلال الرسم أكسبه ذلك إتزاناً مع البيئة ، أكثر مما كان عليه فى حالته الأولى (محمود بسيونى ١٩٨٣ ص ص ٢٢٧ ، ٢٢٨) .

"ويتيح الرسم الفرصة للتعبير عن الذات ، والتخفيف من التوتر الناتج عن الإحباط والقهر ، كما أنه يساعد الفرد على تأكيد ذاته" (عبله عثمان ١٩٨٢ ص ٣) .

"وعندما يشعر المعالج النفسى أن هناك صعوبة لدى المرضى فى التعبير اللفظى عما يشعرون به ، فإنه يمكن أن يقترح عليهم رسم خبراتهم" (أنونى ستور ١٩٩١ ص ٧٩) ويمكن استخدام العلاج بالفن على مدى واسع مع الأفراد المضطربين ، حيث يستطيعون أن يحققوا كينونتهم الإنسانية (Hodnett 1977 P. 1318)

وأهم ما يميز العلاج الجماعى باستخدام الرسم ، أن الخبرات اللاشعورية تتحول إلى صور من خلال الرسم ، مما يساعد على تفضى مقاومة الرقيب عند التعبير اللفظى كما يساعد ملاحظة المعالج المرضى على ملاحظة التحسن العلاجى من خلال تطور الرسم ، وكما يساعد فى التعرف على المشاعر التى يخفيها الطفل او الراشد عن الآخرين ، حيث يسقط مفهومه عن ذاته ، ومشاعره وآلامه ، وطموحاته المستقبلية ، لأن الطفل يستطيع أن

يعبر بالرسم ما لا يستطيع التعبير عنه بالكلام ، لعدم تمكن الطفل من الكلام في بداية مراحل نموه .

والدراسات التي أجريت على فاعلية العلاج الجماعي باستخدام الرسم ، تعد قليلة وحديثة في آن واحد بالمقارنة بكثرة البحوث والدراسات التي استخدمت الرسم في التشخيص الكلينيكي ، مما يشير إلى أنه مازلنا بحاجة إلى المزيد من الدراسات التجريبية الناقدية وإن كان هناك إجماع على أنه يمكن استخدامه كأسلوب علاجي مساعد في بداية عمل الجماعات العلاجية لإضطرابات الأطفال النفسية ، وفي تحقيق الأهداف المأمولة . وليس الاعتماد عليه كطريقة علاجية بمفردها ، إلا إذا كان المراد هو تحقيق إمكانيات النمو للأطفال الأسوياء كما يلجا إليه المعالجين عندما يلوذ أفراد الجماعة إلى الصمت ، وعدم المشاركة الفعالة ، أو عند الشعور بملل الأعضاء خلال الجلسات .

ويعتبر رسم الشخص ، ورسم الأسرة ، ورسم الوجه بالذات من أكثر الأساليب للوصول إلى اللاشعور ، لأن الوجه هو أكثر مناطق الجسم الإنساني دلالة لدى الأطفال . فعن طريقه يتم الإتصال الاجتماعي ويتحقق الإشباع .

ويستطيع المعالج من دراسته للتفاصيل والنسب ، والمنظور من الوقوف على مدى إضطرابات الطفل أو المراهق ، مع ضرورة مراعاة مراحل النمو المعرفي التي يكون فيها العميل ، حيث تكون البصمة النفسية لكل طفل واضحة في رسومه إذا تم تحليلها بواسطة أخصائي مدرب ولديه معرفة كاملة بمعطيات التحليل النفسي والنظريات المعرفية خاصة "فرويد وبياجيه" وتلاميذهما .

١٢ - المنهج التوفيقى فى العلاج النفسى الجماعى

يعرف "ثورن 1973 Thorne" المنهج التوفيقى "بأنه التطبيق الإنتقائى لفنيات العلاج النفسى بما يتواءم مع حاجات الحالات ، عن طريق تعديل السلوك لحل إشكالية المزوجة بين الطرق الكلينيكية وحاجات الحالات النوعية " (Thorne : 1973 P. 445) ويرى "ثورن" أن الخلاف الحالى القائم بين التوجيهات العلاجية المختلفة لا يمكن حله إلا عن طريق الأولوية المطلقة للعلم وللمنهج التوفيقى ، نظراً لأنه لا توجد نظرية علاجية واحده تستطيع ان تنسب لنفسها الكمال والصدق أو أنها صالحة لكل الحالات المرضية .

وهو منهج يرفض الإنصياع الكامل والدائم لمنهج علاجي بعينه دون غيره ، ولهذا فهو منهج علاجي مفتوح على جميع المناهج العلاجية دون تحيز ، كما أنه منهج يعتمد على

الإستفادة من الفنيات العلاجية التي ثبتت فاعليتها إمبيريقيا ، والتي تناسب الجماعات العلاجية المنفقه فى نوعية المعاناة ، وتلك التي تجمع بين إضطرابات نفسية متباينة . ويرى "ثورن" أنه لتحقيق مكاسب علاجية وتعظيم الفاعلية لأى برنامج علاجي يجب الاهتمام بما يلى :

- ١- تشخيص دقيق وصادق
 - ٢- خلق ظروف مناسبة يتم فيها العلاج .
 - ٣- إختيار أنسب الأساليب العلاجية المناسبة لحاجات العملاء .
- وقد تعرض "ثورن" لكثير من النقد فى البداية نوجزها فيما يلى :
- وفقاً لما عرضه "كورسنى Corsini ١٩٧٣ ص ٣٤ .
- ١- أنه منهج يجمع شتات متنافره من الفنيات العلاجية المختلفة ، ويجدولها دون منطق ورد "ثورن" أن التوصيف والجدولة هى البداية المضبوطة قبل إجراء التحاليل والمقارنة .
 - ٢- إن هذا المنهج يستخدم كل الطرق العلاجية إستخداماً أعمى دون سند من العقلانية ، إلى أن يصل إلى طريقة فعالة .
 - ويزد "ثورن" أن هذا النقد فى موضعه الصحيح للمعالج المبتديء ، أما الخبير بالعلاج النفسى يختار ويجمع فى أساليبه بما يناسب حاجات الأعضاء .
 - ٣- إنه منهج ليس له أساس نظرى ، يفسر العله وراء المرض ، والعله وراء الشفاء .
- ويرد "ثورن" أن ديناميات السلوك أصبحت معروفة للجميع ، ويرى الباحث ان "ثورن" قد جانب الصواب فى الرد على هذا النقد لإن الإحاطة والعلم بكل ديناميات السلوك البشرى مازال فى دور التطور ، نظراً لتعقد النفس الإنسانية وصعوبة سبر أغوارها ، وصيرورتها المستمرة ، طالما كانت للنفس حياة .
- ٤- أن الكلينيكى التوفيقى يميل إلى إدعاء المعرفة بكل شيء ، والعلم بمعومية المعرفة فى وقت يتجه العلم بكل تخصصاته إلى التخصص الدقيق ، يرد "ثورن" أنه على العكس من ذلك ، فإن هذا المنهج يعطى المعالج المبتديء العلم والإمامه الكافية قبل ان يتخصص ، لأن الكلينيكى الكفاء هو الذى يطبق ممارسات علاجية فى ضوء المعرفة الكلية ، وانه كلما تنوعت خبرات الكلينيكى وازدادت معارفه ، زادت كفاءته وفاعليته فى الوصول بأعضاء الجماعة إلى الأهداف العلاجية المأمولة .

ويتفق الباحث مع "ثورن" في ان مالا يدرك كله لا يترك كله، وأن البداية هي طريق الوصول إلى المأمول ، خاصة وأنه لا توجد النظرية العلاجية حتى الآن التي تستطيع أن تنسب لنفسها الفاعلية في علاج كل اضطرابات الأطفال والمراهقين وحتى الراشدين ، وبالتالي لا تستطيع أى نظرية مهما شاع تأثيرها أن تنسب لنفسها الشمول والكمال . ويرى أصحاب هذا المنهج التوفيقى أن المعالج ليس سوى معلم ، ومرب يعمل حين تفشل مؤسسات التنشئة في تحقيق التوافق والاحتفاظ به عبر الزمن ، دون الحاجة الى الإهتمام بالميكاتزمات العلاجية الكلاسيكية مثل التقبل ، الإستبصار ، الطرح ، التفرغ الإنفعالى ، إختيار الواقع ، الإعتبار الإيجابى غير المشروط ، إلا بوصفها عناصر يمكن أن تساهم فى النجاح أو الفشل فى تحقيق التكامل . ولذلك يتطلب هذا المنهج خطة علاجية مفصلة أكثر مما تتطلبه الطرائق العلاجية الأخرى ، لأنه المنهج فى رأى "ثورن" الذى يستطيع التعامل مع الحالات الصعبة التي تفشل فيها المناهج العلاجية الأخرى. (Crosini : 1973. PP : 365-368).

ثانياً : قلق الانفصال :

١- خيرة الانفصال عبر مراحل النمو :

تشير معطيات النظريات المعرفية فى النمو ، الى أن الشعور بقلق الانفصال لا يتكون إلا بعد أن يكون الطفل قد تكون لديه - مفهوم دوام الشئ ، حيث تكفى صورة الأم التي تكونت لديه فى عقله فى حالة غيابها أو غياب بديلها الدائم عن بصره ، حيث يكون قد اكتسب من خبراته السابقة - أن الغياب ليس غياب الى الأبد ، ولكن غياب فى ظل الشوق والأمل فى حضورها ، خاصة إذا كانت فترات الانفصال قصيرة فى نهاية السنة الثانية من النمو النمائى ، لذلك يرتبط الشعور بقلق الانفصال بالنمو المعرفى ، كما أن له علاقة وثيقة بالنمو الإنفعالى والإجتماعى .

وقد أكدت دراسات "يارو" Yarrow 1964 بعد ملاحظاته لعينة قوامها ١٠٠ طفل تم إنتقالهم إلى أمهات بديلات ، حيث تقرر "أن أشد الأوقات حساسية من حيث قلق الانفصال هى الفترة التي يكون الطفل خلالها أخذ فى تكوين علاقات عاطفية بشكل يتجه نحو الاستقرار والثبات ، وتقع هذه الفترة ما بين الشهر السادس حتى نهاية السنة الثانية ، وان الانفصال فى هذه الفترة الحرجة عن الأم الطبيعية أو الأم البديلة قد يترتب عليه فيما يبدو . أثراً عميقاً (Yarrow 1973. P. 122).

وتعتبر عمق العلاقة بين الطفل والأم أو الحاضنة ، له أكبر الأثر فى الشعور بصدمة الانفصال فضلاً عن ظروف الطفل الصحية والنفسية ، حيث يزداد الشعور بقلق

الإنفصال عند الطفل إذا تركته الأم أو الحاضنة وهو مريض ، أو عندما يكون في مكان غير المكان الذي تعود الحياة فيه.

وقد أكد ذلك دراسات قامت بها "أنيسورث وآخرون 1971 Ains Worth. Et al" و"يارو Yarrow وبيدرسون 1972 Pederson"، ودراسات بولبي 1964 Bowlby عن تطور الأساليب السلوكية للأطفال من ١٦ - ٣٠ شهر ، كرد فعل للإنفصال ، ووجد أن تطور الأساليب السلوكية تسير على النحو التالي :

- ١- الإحتجاج بالبكاء والتعلق بالحاضنة في الأيام الأولى للإنفصال.
 - ٢- ثم الشعور باليأس ، ورفض الصداقات الجديدة.
 - ٣- ثم التبعاد ، حيث يتحول الطفل عن الحاضنة عندما تقترب منه ، ثم يبدأ في الشعور بالخوف من الغرباء ، وهو شعور يتفاوت حدته وفقاً لسن الطفل وسن الغرباء ، وجنسهم ، والطرق التي يسلكها الغريب نحو الطفل.
- (Yarrow : 1973. P.P. 240-260)

الإنفصال الطويل بين الطفل والأم :

في تقرير قدمه "بولبي" الى منظمة الصحة العالمية ، أكد فيه على أن النمو العقلي للطفل يرتبط بضرورة حصوله على رعاية ثابتة ومستقرة مع أمه أو على الأقل مع المرأة التي تحل محلها بشكل دائم ، وقدم عدة براهين تثبت أن إضرابات شخصية هؤلاء الذي عانوا من خبرة الإنفصال تكون نتيجة الحرمان من الأمومة الفاعلة.

والمتغيرات التالية تزيد أو تخفف من خطورة الإنفصال على البناء النفسي للطفل

وهي :

- ١- العجز عن إقامة علاقة دائمة وحميمة مع الطفل من قبل الأم البديلة.
- ٢- العوامل الصحية والحالة النفسية الراهنة للطفل.
- ٣- الإنفصال المفاجئ.
- ٤- غرابة الوسط الجديد بالنسبة للطفل.
- ٥- العمر الزمني الذي يتم فيه إنفصال الطفل.

وقد استخدم "بولبي" مفهوم التعلق لتفسير إضرابات السلوك ، ولاحظ أنه بالرغم من ترمز "بولبي" على نظرية "فرويد" ولكنه ظل متأثراً به حيث استخدم مفهوم التعلق بديلاً عن مفهوم "البييدو عن" "فرويد".

وقد أكدت دراسات كل من "روبستين Rubenstein ١٩٨٢ وفاندل Vandel 1979

" أن خبرة الإنفصال أو الحرمان تؤدي الى ردود أفعال متشابهة تقريباً عند جميع الأطفال

مهما اختلفت مستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية ، ولا يؤدي الى الاختلاف الا
طبيعة البناء النفسى الدينامى للطفل ، وايضاً طبيعة إدراكه ، ومدى تقبله لخبرة الانفصال ،
وغالباً ما يؤدي الإيداع بمؤسسات الرعاية الى الحرمان ، ليس من الأهل فقط ، ولكن أيضاً
من الأفراد فى بيئته الأساسية ، وقد أكد "فاندل ١٩٧٩" على أهمية استقرار العلاقة بين
الطفل والأقران فى المراحل المبكرة من العمر (Vandell : 1979. PP : 379-385).

وترى "هلين بى 1974 Helen Bee" أن الرعاية غير المستقرة للطفل - أى التى
لا يكون فيها بديل ثابت للأم - قد يؤدي بالطفل الى ان يصبح إتكالياً يعانى من قلق
الانفصال عن الأم ، بينما لا تؤدي الرعاية الثابتة المستقرة بالطفل الى نفس النتيجة (عماد
إسماعيل : ١٩٨٦ ص ١٩٦).

وعلى الرغم من أن "فرويد" هو أبرز من أهتم بصراعات الطفولة ، وأهمية سننى
العمر الأولى فى تكوين الشخصية مستقبلاً ، إلا أن "أوتورانك Ottorank" يعتبر أيضاً من
الأوائل الذين إهتموا بالقلق الناشئ عن الانفصال ، ويرى أن الإنسان سيتعرض خلال
مراحل حياته النمائية لخبرات متتالية ومتنوعة من الانفصال ، وأن ميلاد الطفل هو أول
صدمة مؤلمة تثير لدى الطفل قلقاً شديداً سماه "رانك" القلق الأولى ، ثم تتوالى خبرات
الانفصال المثير للقلق مثل : الفطام - التهديد بالخصاء ، خبرة الذهاب الى الحضانه أو
المدرسة التى تمثل الانفصال عن الأسرة والمنزل ، حتى أن خبرة الزواج يرى أنها تثير
القلق ، أما الانفصال عن الوالدين لوفاة أحدهما كليهما ، فلا شك يمثل خبرة إنفعالية اليمه
يظل تأثيرها باقياً فى حياة من سيتعرض لهذه الخبرة ، كما يرى "رانك" أن إفتقاد الطفل
لأمه يسبب له قلقاً ، وأن القلق الأولى يتخذ صورتين هما : خوف الحياة ، وخوف الموت ،
وهى خبرة شائعة بين البشر ، والشخص العصابى عند "رانك" هو الذى لا يستطيع تحقيق
التوازن بين قلق الحياة وقلق الموت ، وان الشعور بالقلق يفقده القدرة على تحقيق علاقات
ودودة مع الآخرين (أحمد غالى ورجاء أبو غلام ١٩٨٣ ص ١١٥-١١٧).

ويرى "إيريك فروم E. Fromme" أن فترة الطفولة الإنسانية طويلة ، تولد
الإعتمادية ، وعندما يصبح مستقلاً يدرك أنه يقف بمفرده فى مواجهة عالم مملوء بالمخاطر
، فيشعر حينذاك بالعجز ثم بالقلق" (هول ولنبدى ١٩٧٨ ، ص ٥٢٣).

وقد ميز "سبيلبرجر ١٩٨٤" بين حالة القلق : وهى حالة إنفعاليه مؤقتة تتغير فى
شدتها تبعاً للمواقف المهدهه للفرد ، وسمة القلق : وهى تنشأ من خلال الضغوط الخارجية
على الفرد ، يستطيع الفرد أن يحددها ، ويتعرف عليها ، وهى تكون كامنه ، وعندما
تستثار بمثيرات مهدهه وضاعطه ، ينشأ حالة القلق (أحمد عبد الخالق ١٩٨٤ ص ٢-٤)

ونجد لدى فرويدين الجدد التركيز على اثر فقدان الموضوع ، حيث نجد ان التوجهات النظرية والدراسات التطبيقية على قلق الانفصال تنحصر في ثلاث اتجاهات او نماذج ، وهى نماذج فى رأى الباحث - لا يمكن لأى منها أن تحل محل الأخرى ، ولا ان يستغنى عن احداها هذه النماذج كما تعرضها "نيفين زيور ١٩٨٩" هى :

١- نموذج أنا "فرويد - شبيتر Freud, A & Spitz".

وتعد "أنا فرويد" من أبرز المحللين الذين كرسوا ملاحظاتهم على سلوك الأطفال فى موقف الانفصال عن الموضوع ، وطبيعة الروابط بين الطفل والأم لحظة الانفصال ، وأن الانفصال فى المرحلة الأولى "الوحدة البيولوجية" ينتج عنها حصر الانفصال ، ويتفق معها فى رأى "بولبي" أما إذا حدث الانفصال فى المرحلة الثانية "مرحلة العلاقة بموضوع الحاجة" يودى إلى الشعور بالحرمان ، وهو ما أسماه "شبيتر" بالاكنتاب الكفلى . وإذا حدث الانفصال فى المرحلة الثالثة "مرحلة ثنائية الوجدان" ينتج عنها الميول التدميرية ، وفى المرحلة الرابعة "مرحلة دوام الموضوع" وفيها يستطيع الطفل أن يحل الموقف جزئياً بالصور المستدمجه للموضوع .

وقد أجرى "رينيه شبيتر" دراسات عديدة على أطفال الملاجىء ، ومؤسسات التبني ، وتوصل إلى ما أسماه - حصر الغريب - وهو إشاره ونتاج إلى فقدان الموضوع ، ولهذا يشعر الطفل بالخوف عند مواجهة أشخاص غرباء عنه (نيفين زيور ١٩٨٩ ص ١٨) .

٢- نموذج "ميلانى كلاين :

نجد لديها مصدرين لحصر الانفصال : مصدر داخلى يتمثل فى الخوف من الأم المحبوبة ، والخوف من عدم عودتها إلى الإبد ومصدر خارجى : يتمثل فى الانفصال الفيزيقي عن الأم مصدر إشعاع حاجاته وخفض توتراته .

٣- نموذج "مارجريت ماهلر" :

ترى "ماهلر" أن حصر الانفصال يحدث عندما يتقدم الطفل نحو التفاضل بفعل النضج الجسدى والنمو النفسى ، وأنه حصر يمر به كل طفل بفعل عمليات النضج ، ونجد فى دراسة "نيفين زيور ١٩٨٩" فى جمعية "أولادى" أن أغلب الأطفال فى عينة الدراسة يضيف ياء الملكية إلى أغلب المدركات ، كأنه يؤكد ملكيته لموضوعاته ، تلك التى فقدها (مرجع سابق : ١٩٨٩ ص ١٩) .

ثالثاً : الوحدة النفسية

تقديم :

أصبح للتغيرات البيئية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية وما يصاحبها من أساليب التوافق من سمات هذا العصر ، ويؤدى عدم التوافق بدوره إلى مواجهة الطفل والمراهق للعديد من مواقف الحياة التى تؤدى إلى التوتر والتعرض للعديد من الإضطرابات النفسية .

والأبناء الذين تعرضوا لخبرة الانفصال عن الوالدين والأشقاء والأصدقاء والإيداع بالمؤسسات ، يجعل الشعور بالوحدة النفسية تكاد تكون السمة الغالبة لأبناء مؤسسات الإيواء ، فضلاً عن الشعور بقلق الانفصال والشعور بالعجز نتيجة الإنعزال الإجتماعى والانفعالى عن الوالدين .

من هذا يتضح أن الشعور بالوحدة النفسية هو شعور أليم قد يكون مسلولاً عن كثير من الإضطرابات التى تحدث لأبناء مؤسسات الإيواء ويعد الشعور بالوحدة النفسية من الظواهر الإجتماعية الهامة التى تنتشر بين الأطفال والمراهقين والشباب ، إلا أن هذا الشعور يمكن أن يوجد أيضاً لدى الراشدين ، ومن هم فى سن الكهولة" (جابر عبد الحميد - محمود عمر : ١٩٨٩ ص ٤٢) .

وعندما يفنقد الطفل أو المراهق الاتصال والتعلق الإنفعالى والاجتماعى تكون النتيجة هى الشعور بالوحدة النفسية والإحساس بالوحدة والتوق إلى الآخرين . وقد عرف "سوليفان Sullivan" الوحدة النفسية ، بأنها خبرة مؤلمة تترك التفكير بهدوء وصفاء ، وهى تتبع من إنفقاد الفرد للعلاقات الإجتماعية (مرجع سابق ص ٤٣) ويميز بعض العلماء ومنهم "رأبين 1983 : Rubin" بين أنواع الوحدة النفسية على النحو التالى :

- ١- الوحدة النفسية الإنفعالية الناشئة عن الإنعزال الإجتماعى .
 - ٢- الوحدة النفسية التى تنشأ عن العزل الإجتماعى .
- وينشأ النوع الأول عند غياب الاتصال والتعلق الإنفعالى بينما يرجع النوع الثانى فى إنعدام أو تفكك الروابط الإجتماعية (Rubin : 1983 P. 462)
- وقد ميز "يونج 1982 Young) بين ثلاثة أنواع من الوحدة النفسية هى :
- ١- الوحدة النفسية العابرة Transiet : وهى التى تعطنى الشعور بالوحدة على فترات بالرغم من أن حالة الفرد الإجتماعية تتسم بالتوافق .

٢- الوحدة النفسية التحويلية Transitional : وفيها يشعر الفرد بالوحدة النفسية حديثاً ، نتيجة بعض الظروف المستحدثه كالانفصال ، أو وفاة شخص عزيز ، ويكون ماضية يتسم بالعلاقات الطيبة .

٣- الوحدة النفسية المزمنة Coronic : وهى قد تستمر لفترات زمنية طويلة ، يشعر فيها الفرد بعدم الرضا عن علاقاته الاجتماعية ، والنوعان الأول والثانى هما الأكثر شيوعاً ولكنهما لا يصلان إلى حدود الشعور المزمن بالوحدة النفسية (Sppington : 1989 PP. 334-339)

ويرى "روبينشين وشافر" Rubenstein & Shaver 1980 فى دراسة لهما عن صدمة الانفصال وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية ، حيث إفتراضاً : أن الوحدة النفسية التى يتعرض لها المراهق لها جذور فى الطفولة عند التعرض لخبرة الانفصال عن الوالدين فى سنوات عمرة الأولى ، من جراء فقدانها أو فقدان أحدهما ، ويبدو أن هذا الإفتراض فى رأى الباحث جاء بتأثير الباحثين بنظرية التحليل النفسى - حيث كان "فرويد" أول من عرفنا ان المرض النفسى لا يبدأ مع ظهور الأعراض الأولى ، بل له تاريخ طويل ، قد يمضى بعيداً حتى الطفولة الباكرة للفرد" وأن الديناميات النفسية تعنى دراسة القوى والأحداث التى حدثت فى الحياة الباكرة ، والطريقة التى فسر بها الفرد تلك الأحداث وتجمعاتها الخاصة ، وتتابعها الزمنى ، كل ذلك يشكل العوامل أو القوى النفسية التى تؤدى إلى نتائج محده".

كما إفتراض "روبينشتين وشافر" أن النبذ والإهمال اللذان يلاقيانه الأبناء من الوالدين له علاقة بالشعور بالوحدة النفسية ، وأن خبرة الوحدة تعد حدثاً خطيراً ومؤشراً يساعد فى التنبؤ بما سوف يكون عليه الطفل فى مراحل نموه اللاحقه .

وأفتراضاً فى المقابل أن الطفل عندما يشعر بان علاقة الموده والحب والإرتباط مع الوالدين تجعله على ثقة من أن هذه المشاعر الطيبة ستكون متاحه له فى أى وقت يحتاجها ، مما يدعم لديه أنماط او ميكانيزمات يقاوم من خلالها قلق الانفصال ، ومن ثم تتطور مشاعر الثقة لديه عبر مراحل حياتهم المقبلة .

وتوصلاً من هذه الدراسة التى أجراها عام ١٩٨٠ فى مدينتين مختلفتين فى الولايات المتحدة الأمريكية إلى النتائج التالية :

١- أن الإبناء الذين أدركوا آباءهم بأنهم مصدر للأمن والثقة لم يخبروا الوحدة النفسية ، وفى المقابل أن العلاقات التى تميزت بالصراع بين الآباء والابناء إتسمت بالمستويات المتوسطة من الشعور بالوحدة النفسية لدى الإبناء

٢- أن الابناء الذين تعرضوا لخبرة الانفصال عن أحد الوالدين حصلوا على أعلى مستويات الشعور بالوحدة النفسية.

وقد فسر نتائجهما بأن قلق الانفصال طويل الأمد يهيء الطفل للتعرض لمشاعر

الوحدة النفسية (Feplau & Perlman : 1982 PP. 206-223)

الوحدة النفسية والإنعزال الإجتماعي :

الشعور بالوحدة النفسية هي خبرة ذاتية مؤلمة ، خبرة إنسانية ، ليست مرادفة للإنعزال الإجتماعي ، حيث يشعر الفرد بأنه وحيد على الرغم من وجود تجمع إنساني من الأصدقاء والأقارب ، وإنما نشعر بالوحدة النفسية عندما لاتشبع علاقاتنا الإجتماعية مع الآخرين حاجاتنا" (جابر عبد الحميد ومحمود عمر ١٩٨٩ ص ص ٤٢-٨٢).

ويرى "بيلا وبيرلمان Peplau & Perlman" أن الوحدة النفسية استجابته إلى تباين العلاقة المأمولة أو المرغوب فيها والعلاقات الحقيقية" (محمد عبد المؤمن ، ومنى راشد الزياتي ١٩٩٤ ص ٤٢).

وهي خبرة غير سارة لدرجة كبيرة ، ومرتبطة بالحاجة إلى الألفة الإنسانية المتبادلة ، تدفع بصاحبها إلى الشعور باليأس والتشاؤم ، وإنعدام الثقة في الآخرين والتمركز حول الذات ، والعجز عن إقامة علاقة إجتماعية (Jones et al., 1982 P. 689)

ويعرفها "نيو كمب وينتزر New comb & Bentler 1982" بأنها الشعور بالعجز في المهارات الاجتماعية ، وفي علاقة الفرد الاجتماعية ، مما يؤدي إلى الإكتئاب أو التفكير في الإنتحار أو القلق فضلاً عن أعراض سيكوسوماتية مثل الصداع - التعب - ضعف الشهية - الإعتلال - العدوانية ، المشكلات الدراسية ، الهروب من البيت ، وهي تصرفات غير قانونية تعتبر مؤشراً على العجز في تحقيق الارتباط الإجتماعي ، وينتج عنه آثار حاده على الأداء السيكولوجي والتوافق ، الأمر الذي يتطلب تدخلاً مهنيًا من المختصين للعلاج (على سليمان ١٩٨٩ ص ١٦).

ويعرفها (على سليمان ١٩٨٩) بأنها المعاناة والإضطراب الذي يحدث للفرد في علاقاته الإنسانية مع الآخرين ، وهذه المعاناة تكون مصحوبه بتباين ملحوظ بين الذات المثالية المرغوبه ، وبين الذات الواقعية في علاقاته الاجتماعية" (على سليمان - مرجع سابق ص ١٦).

وهي تبدو بصورة واضحة عندما يشعر الطفل بأنه شيء أمام مجرد أشياء إذا ما استعرنا مفهوم إريك فروم" وقد يصل على ان يشعر الطفل بغربة الذات Self Estrangment .

فضلاً عن الشعور بالعزلة Isolation والعجز عن إقامة علاقات مشبعه مع الآخرين (سعد المغربي ١٩٧٦ ص ٦٩)

وقد كان مفهوم الوحدة النفسية ولا يزال موضع إهتمام الكثير من الباحثين في الدراسات الأجنبية والعربية نذكر منها :

دراسات بولبي ، دراسات ميوسن Musson 1963 ، من الدراسات الأولى والهامة التي أكدت أن الأبناء الذين لم يحصلوا على عطف أبوي كاف - ويدركون ذلك - كانوا أقل اندماجاً في المجتمع ، وأقل شعوراً بالأمن وأقل ثقة في أنفسهم ، وأقل توافقاً في علاقاتهم الاجتماعية ، وأكثر توتراً وقلقاً أكثر من أقرانهم الذين يرون أنهم يحصلون على عطف ورعاية كافية من الوالدين (Musson 1964 PP 3-16)

وفي دراسة "أشر Asher وهيمل Hemel ورينشو Renshow 1984" عن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وكل من المستوى الإجتماعي والاقتصادي ، ومستوى الأداء في التحصيل الدراسي على عينة قوامها ٥٠٦ تلميذاً من الجنسين ، كان من نتائجها إن ١٠% من أفراد العينة عبروا عن معاناتهم من الوحدة النفسية وعدم الرضا الإجتماعي ، كما وجدت علاقة جوهرية بين الشعور بالوحدة النفسية وانخفاض التحصيل الدراسي (Asher et al., PP. 145-146)

وفي دراسة "سكاليزي Scalise - جنتر Ginter ، جيرشتين Gerstein ١٩٨٦" عن التحليل العاملي لأبعاد الشعور بالوحدة النفسية على عينة قوامها ٧٩٣ من التلاميذ والمواطنين أعمارهم من ١١ - ٧٢ عاماً ، وكان من نتائج هذه الدراسة الشعور بكل من الاستنزاف Depletion ، العزلة isolation الاحتياج Agitation ، الاغتمام Dejection وأنها خبرة متعددة الأبعاد (Scalise et al., : 1984 PP. 525-530)

وفي دراسة "أشر Asher ، وويلر Whceler ١٩٨٥" عن الوحدة النفسية لدى المرفوضين والمعزولين ، على عينة قوامها ٢٠٠ طالباً من الصف الثالث إلى السادس الابتدائي مقسمة إلى ثلاث عينات معزولة - مرفوضة - ضابطه وكان من نتائجها:

- ١- إن المجموعة المرفوضة أكثر معاناه من الوحدة النفسية بفارق جوهري .
- ٢- عدم وجود فروق جوهرية في الشعور بالوحدة النفسية بين المعزولين والمرفوضين .
- ٣- وجدت فروق جوهرية في الشعور بالوحدة النفسية بين مجموعتي الرفض والأنعزال والمجموعة الضابطه لصالح مجموعتي المرفوضيين والمعزولين عن الأهل .

٤- ان المرفوضين من الأهل اكثر معاناة بصورة فارقه أكثر من الأطفال المعزولين عن الأهل ، مما يؤكد أن الشعور بالوحدة النفسية يختلف عن

الإنعزال الاجتماعي ، (Asher & Wheeler : 1985 PP. 500-504)

وفى دراسة :ماركون Marcon وجوسين Goosen وكيز Cais ١٩٨٧ عن علاقة كل من الآباء والأصدقاء والشعور بالوحدة النفسية ، مستخدماً مقياس الوحدة النفسية متعدد الأبعاد على عينة قوامها ٤٤٤ تلميذاً تتراوح أعمارهم من ١١ - ١٧ عاماً .

وكشفت النتائج عن ارتباط الشعور بالوحدة النفسية لدى الأبناء بأبعاد الرفاق - الإصدقاء - الوالدين ، مما يؤكد أهمية العلاقة بالوالدين التي تمثل الحوضن الاجتماعي الأول الذي يساعد على إرساء سمات السواء أو اللاسواء (Marcon et al. 1989 PP. 561-577)

ومن الدراسات العربية نذكر دراسة "محمد بيومي ١٩٩٠" عن الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال الذين يفتقرون إلى إصدقاء على عينة قوامها ٤٢٣ تلميذاً من الجنسين بالصف الخامس والسادس الابتدائي ، كان من نتائجها :

أن الأطفال الذين يفتقرون إلى أصدقاء وغير المحبوبين من زملائهم أكثر إظهاراً للشعور بالوحدة النفسية من زملائهم المحبوبين بصورة فارقة (محمد بيومي ١٩٩٠ ص ١٥٦) .

أسباب الشعور بالوحدة النفسية

- أوضحت بعض الدراسات أن الشعور بالوحدة النفسية يعود إلى عدم رضا الفرد عن بيئة (قشقوش ١٩٨٣ ص ١٨٨)
- ويعود إلى نوعية العلاقة بين الفرد ووالديه ، كما يرتبط بمستوى دخل الأسرة وعدد أفرادها (Nevils 1978 P- 2997)
- كما يعود إلى بعض سمات شخصية الفرد حيث يرى البعض في أنفسهم أنهم يتسمون بالخجل وضعف التعاطف مع الآخرين (Jones et al, 1982 Vol : 42 P. 4)
- ويعود إلى كون الطفل أكثر قلقاً وعصبية ما يجعله غير جذاب كصديق للآخرين ، فيكون غير محبوب منهم (Stokes : 1985 PP : 981-982)
- وفى المقابل ينفي (جونز ١٩٨١) وجود علاقة بين عدد الأصدقاء والشعور بالوحدة النفسية ، لأنه قد يكون عدد الأصدقاء قليل ولكنه مشبع لحاجات الفرد (Jones et al ap-c.t P. 27)
- ويرى البعض أن الشعور بالوحدة النفسية يعود إلى أسباب نابعه من داخل أنفسهم وبسبب أنماط شخصياتهم (Ames et al. 1977 PP. 596-602)

ويرى (أشر 1984 Asher) أن الربط بين الشعور بالوحدة والوضع الاجتماعي للطفل ، يكون بعيداً عن الدقة ، لأن الشعور بالوحدة النفسية هي خبرة ذاتية ، حيث أثبتت دراسة له ، أن نصف عينه الدراسة كانت من مستوى اجتماعي منخفض ، ومع ذلك لم يشعروا بالوحدة (Asher et al., 1981 Vol : 55 P. 78)

ويرى (محمد بيومي ١٩٩٠) أن الأسرة التي توفر لأبنائها اللعب الجماعي الذي يعطى الفرصة للأبناء للنمو الاجتماعي ، وتكوين علاقات مشبعة مع الآخرين (محمد بيومي ١٩٩٠ ص ١٧٠)

وختاماً يمكن القول أن الشعور بالوحدة النفسية تعتبر أحد مظاهر السلوك الاجتماعي ذات التأثير القوي على شخصية الأبناء وعلى علاقاته مع الآخرين ، وهي تأثيرات لا ينبغي إغفالها أو تجاهلها ، إذا أردنا أن يعيش الأبناء حياة مشبعة ومنتجة ، ولهذا أصبحت الحاجة ماسة وضرورية إلى القيام بالعديد من البحوث لمعرفة المزيد عن أسباب هذا الشعور المؤثره على تكوين وبناء الشخصية .

وتشير نتائج كل هذه الدراسات السابق عرضها إلى أهمية وخطورة آثار ونتائج الشعور بالوحدة النفسية على البناء النفسي للأبناء ، الأمر الذي يجعله متغيراً بالغ الأهمية يحتاج إلى التدخل العلاجي ، وهو ما تهتم به الدراسة الحالية بالاختبار التجريبي لفاعلية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من الشعور بقلق الانفصال والوحدة النفسية لدى عينة من أبناء المؤسسات .

رابعاً : أ- مناقشة الإطار النظري للدراسة من المنظور النقدي :

إن المتتبع لتطور العلاج النفسي الجماعي يلحظ التوسع والانتشار الكبيرين والتنوع في مناهج العلاج وأساليبه في العقود الأخيرة ، هذا الكم الهائل برغم تشابهه حيناً في بعض فنياته ، وأختلافه في فنيات علاجية أخرى ، ما هو إلا رؤى فلسفية من زوايا متعددة للنفس الإنسانية في دينامياتها وفي تجسدها معاً ، ونظراً لأن السلوك الإنساني لا يخضع للتكوين الداخلي فقط ، بل يخضع أيضاً لعوامل خارجية محيطية بالفرد ، تتفاعل معه وتؤثر فيه ، لدرجة أن أي تغيير أساسي في شروط البيئة ، يتولد عنه تغيير عام في نوع السلوك الذي يأتي به الفرد (سيد خير الله : ١٩٧٦ ص ٣)

ويرى الباحث كما يرى كثيرون أن كل فنية علاجية تصطنع من المفاهيم ما يعبر عن منهجها في العلاج ما قد يقترب إلى حد كبير من مدلوله من مفاهيم فنية علاجية أخرى رغم اختلاف اللفظ فقط .

ويعكس هذا التنوع الهائل من الأساليب العلاجية الجماعية ما يلي :

- ١- ثراء وتعقد النفس الإنسانية.
 - ٢- الحاجة المجتمعية التي تحتم ضرورة الوصول إلى أسلوب علاجي يختصر الزمن المطلوب لتحقيق الأهداف العلاجية ، وبأكبر قدر من الفاعلية وحبذا لو أمكن تطبيقه بصورة جماعية تعظيماً للفائده المرجوه.
 - ٣- أختلاف التوجه الفطرى لكل معالج جماعى ، والسعر الدائم وراء كشف ما هو مجهول فى نسق نظامى يسمح للمعالج أن يغير من زوايا ومستويات النظرة إلى النفس الإنسانية بقدر يسمح بالوصول إلى الأهداف العلاجية.
 - ٤- إنه رغم الاختلاف الذى يبدو ظاهراً بين المدارس العلاجية المختلفة ، إلا أنها تتفق على ان السلوك الإنسانى يمكن تغييره أو تعديله ، وأن العلاج الجماعى أياً كان نوعه ، يهيء الظروف الميسرة للوصول إلى الشفاء المأمول .
 - ٥- أن العلاج الجماعى فى ضوء المدارس الإنسانية يحتم على ان مهمة المعالج الجماعى هى اطلاق إمكانيات الإنسان من القوى العصابية عن طريق :
 - أ- الفهم المتعاطف للعميل وتقدير مفهومه عن ذاته .
 - ب- تقوية الوعي والاستبصار بالذات بتشجيع كل عضو فى الجماعة العلاجية أن يخبر ذاته بما فى ذلك الجوانب التى كان ينكرها سابقاً .
 - ج- التقبل التام للعميل ولحريته ومستوليته عن إختياراته .
 - د- تحقيق كل إمكانياته بوصفه شخصاً يتوافر له الدافع للنمو .
 - ٦- إزاء هذا التوسع والتنوع والإنتشار لفنيات العلاج الجماعى بدأ العلماء والباحثون يناقشون :
 - أ- مدى الفاعلية لكل منهج علاجي.
 - ب- الاتفاق على محكات الحكم على أى منهج علاجي.
- وكان (ستروب Strupp وبلاك وود Black Wood ١٩٨٥) من أبرز الذين تصدوا لدراسة هذه الإشكالية ، وهى مدى فعالية العلاج النفسى الجماعى وأساليب الحكم عليه حيث يقررا ، "أنه على الرغم من وجود أدلة كلىنكية وأمبيريقية على أن العلاج النفسى بعامة مفيد ، إلا أن السؤال الأهم هو ما إذا كان المنهج العلاجي الجديد يتجاوز فى فاعليته - الخط القاعدى - يمليه الفهم العام والأساليب غير النظامية فى العلاج ، وهما يقرران أن السؤال ما زال ينتظر الإجابة الحاسمة ، كما يريان أن المدارس الحديثة فى العلاج الجماعى تمثل إتجاهاً معادياً للمدارس العلاجية السابقة ، وأنها تركز - على عكس ما

سبق إهتماماً على الخبرة فى الحاضر ، والإهتمام بالجماعة باعتبارها الوسيلة
الأمنة فى تحقيق الأهداف العلاجية.

٧- اذا كان "روجرز وتلاميذه ١٩٨٥" يرى أن الجماعة العلاجية ^{فى} الوسيلة لتحقيق
مكاسب علاجية ، وأنها أعظم إختراع إجتماعى عرفته الإنسانية ، كما يقرر
روجرز ، نجد (بيرلز) يستنهض فى العلاج الجشتالتى همه مريضه ضد
مؤثرات المجتمع ، متأثراً بأراء "أدلر - أريك فروم ، وكارين هورنى" وفى
المقابل نجد (جليسر) فى العلاج الواقعى يرى أن معاناة الإنسان هى نتاج
الفشل فى تحمل المسئولية الأخلاقية تجاه الآخرين.

٨- هذه التيارات الحديثة فى العلاج الجماعى مازالت فى حاجة ماسة الى إسهام
الكلينيكين فى تقدير مدى فاعليتها رغم إسهامهم بالقليل ، لأن هذه المدارس
الحديثة فى العلاج الجماعى تحمل بين أساليبها العلاجية فنيات سابقة وأن
سميت بأسماء جديدة.

٩- يرى (ستروب وبلاكوود ١٩٨٥) أن المناهج العلاجية لم تقدم للمارس
الكلينيكى نموذجاً جديداً لمساعدة الآخرين ، بالرغم من إتجاهاتها المضادة
للفرويدية ، إلا أن معطياتها لم تتجح فى تحدى العناصر الفرويدية الأساسية
فى العلاج ، كما يقرران "أن شعبية أى منهج علاجى ، لا يستند الى قيمته
الحقيقية أو حتى الى فاعليته ، ولكن الى المدى الذى يبدو أنه يقدم إجابات
ذات معنى للمشكلات المعاصرة فى حياة الإنسان" (مليكه ١٩٩٠ ص ٤٠٠).

١٠- يتضح لنا أنه لم يكن فى وسع أى من المعالجين الجماعيين أن يكون له تأثير
فى العلاج النفسى بعد "فرويد" أكثر من "كارل روجرز" الذى أصبح لطريقته
فى العلاج تطبيقات عديدة وجيدة أفادت البشرية ، ولها من الذبوع والإنتشار
ما يجعل طريقته موضع التحقيق التجريبي ، ساعد على هذا الإنتشار طريقته
العلاجية التى لا تتطلب تدريباً طويلاً ، كما هو الحال فى ممارسة العلاج
بالتحليل النفسى بالإضافة الى نظريته المتفائلة للطبيعة الإنسانية مثل
"إريكسون".

١١- فى ضوء نظرية "روجرز" نجد أن المعالج والعميل يتحملان مسئولية تحقيق
الأهداف العلاجية والتقليل من دور الفنيات العلاجية ^{والإتقالي} من دور ^{الإنشائي}
العلاجية وتركيز إهتمامه بالشروط المسهلة للعلاقة العلاجية ، هذه العلاقة
التي يرى فيها (لازاروس ١٩٦٩) فى مقالته عن علاج العلاقة - العلاج
المتمركز - حول - الشخص ، أنه رغم أهمية هذه العلاقة ولكنها غير كافية

لإحداث التغيير العلاجي ، لإعتقاده أن المكاسب العلاجية تعتمد على تفاعل عوامل عديدة ، وليست العلاقة الأمانة بين العميل والمعالج سوى أحد هذه العوامل" (Lazarosi : 1969 P.55) ويرى الباحث أن هذا النقد فيه الكثير من المبالغة ، لأنه بمتابعة مؤلفات (روجزر) حتى الثمانينات من هذا القرن ، نجد أنه لم يغفل أهمية استخدام الفنيات العلاجية مثل السيكودراما ، ولكن بشرط أن يقترحها المعالج ويكن للعميل حرية قبولها أو رفضها ، وهو فضلاً عن ذلك رفع عن العلاج النفسي صفة الكهنوتية.

١٢- الإعتقاد -لّى العلاج الجماعى على النموذج النفسى ورفض النموذج الطبى فى تناول علاج معظم الاضطرابات النفسية مع التركيز على العالم الفينومولوجى للعميل والتعامل الواقعى مع صراعاته دون خوف أملاً فى تغيير الشخصية بدلاً من إعادة بنائها.

١٣- إن تصميم برنامج علاجى يعظم الفاعلية يكون إذا حقق إشباع حاجات الأعضاء بدلاً من تطويع الفنيات لتكون وفقاً لنظرية سبق صياغتها.

١٤- نلاحظ فى العلاج السلوكى الجماعى ضرورة مشاركة المعالج واستخدام برامج علاجية تتسم بالمرونة والتنوع لتناسب حاجات الأعضاء ، مع القياس الموضوعى والملاحظة الدقيقة لما تحقق من مكاسب علاجية ، إلا أنه فيما يرى الباحث ، وما يراه الكثيرون ، أن العلاج السلوكى الجماعى مازال ينقصه وجود نظرية موحده للعملية العلاجية يسترشد بها قائد الجماعة ، وأن ظل له الفضل فى التشكيك فى الإعتقادات التى كادت أن تصبح راسخه للعلاجات التقليدية مثل علاج الأعراض يودى بالضرورة الى ابدالها بأعراض أخرى ، وأن تطبيق فنياته العلاجية كانت مؤثرة ، حتى أن كليات الطب أصبح بها أقسام وتخصصات تسمى بالطب السلوكى.

١٥- أن العلاج الواقعى الجماعى بتأكيد على التعامل مع المرضى بوصفهم أصدقاء وليس بوصفهم مرضى ، بدعم ويحقق التواصل الإنسانى مع الآخر أنساً اليه وإستئناساً به ، هنا الاحساس المفقود لدى من يعانون من قلق الانفصال والوحدة النفسية ، شرط أن يكون البرنامج متعدد المحاور كأتجاه جديد للتجريب يحرص عليه المختصين بالعلاج ، ونظراً لأنه ساد فيما سبق من دراسات التحقيق التجريبي لمنهج بعينه أو مقارنته بمنهج آخر .

١٦- فى العلاج الجماعى بالقراءة والمحاضرات والمناقشات الجماعية ، يرى الباحث أنه مفيد فى الجماعات المتجانسة ذات الاضطراب الخفيف او مع

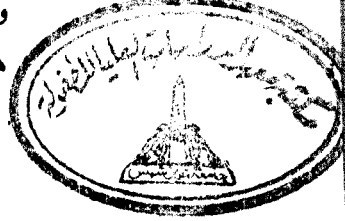
الأسوياء لأنه في الجماعات غير المتجانسة تتحول المناقشات الجماعية الى جدل يزيد من رقعة الخلافات وضعف التواصل الانساني.

١٧- في العلاج بالسيكودراما ، تفيد كثيره فنياته في تفعيل المشاعر لدى الأعضاء ، وفهم الآخرين بصورة واقعية وليست محرفه كما يساعد كل عضو في الجماعة أن يجد من الفنيات ما يلائم حاجاته لتحقيق الأهداف العلاجية المأمولة ، وإن كان ما زال رهن الدراسات التجريبية في فئات عديدة من الاضطراب النفسي لم تلق الإهتمام سابقاً.

١٨- في العلاج الجماعي باستخدام اللعب ، رغم أهميته إلا أن إستفادته تتعاظم مع الأطفال صغار السن ، وليس مع المراهقين مثل عينه الدراسة الحالية ويمكن استخدامه كأسلوب علاجي مساعد على الأطفال .

١٩- في العلاج الجماعي باستخدام الفن (الرسم والموسيقى) فهو أسلوب علاجي تزداد فاعليته كأسلوب مساعد في العلاج ، كما يفيد في بداية الجلسات العلاجية ، وعندما يلجأ الأعضاء الى الصمت ، وعند الرغبة في الوقوف على الصراعات الكامنة وفهم ديناميات البناء النفسي لأعضاء الجماعة ، بعيدا عن المقاومة - لأن الرسم يعتبر بمثابة اللغة التي عن طريقها يتم إقامة الحوار اللفظي ، وهو إتجاه علاجي ما زال رهن الدراسات التجريبية الناقدة ، رغم فائدته في التشخيص ، وفي الوقوف على مراحل التقدم العلاجي ونظراً لأن العلاج بالموسيقى يتسم بالعالمية لأن الموسيقى لغة عالمية عبر حضارية يتفهما كل البشر علي إختلاف أجناسهم ولغاتهم ، وهي أحد أدوات التواصل والتأثير بين الأنا والآخر - لذلك نجد أن الطفل والراشد يستمتع بالموسيقى المؤدية الي السعادة والموسيقى كباقي أنواع الفنون ، ويزخر التراث الكلينيكي بالعديد من الحالات التي تم شفائها بالعلاج السلوكي باستخدام التحصين التدريجي والموسيقى المصاحبة للتخلص من المخاوف المرضية ، وسبق أن ركز "أفلاطون" - في جمهوريته- علي إيقاع الكلمة ليتعلم الطفل الكلام علي إيقاع الموسيقى.

وفي المقابل ركز "أرسطو" علي جانب الإسترخاء للموسيقى - لذلك أصبحت تستخدم كثيراً في عيادات الأسنان - وعناصر المرضى بأمراض خطيرة بل وأصبحت الموسيقى تستخدم كوسيط لتنمية الإنتباه شرط أن تكون الموسيقي هي الخلفية وليس الشكل - وساعد علي إنتشار تطبيقاتها التعليمية والتربوية



والعلاجية معطيات نظرية الجشتالت في الإدراك والتعلم ، ثم فهالشخصية
والعلاج النفسي .

٢٠- أن العلاج المعرفى الجماعى ، يتم التركيز فيه على الفنيات المعرفية مثل
الدحض العقلانى للأساليب الخاطئة فى تفكير الطفل والدخول معه فى مواقف
حيه ، بتصورات جديدة وتوقعات إيجابية ، مع ضرورة إحداث تغييرات فى
البيئة الإجتماعية المحيطة ، بما يساعد على تعديل فكرة الطفل عن نفسه ،
وهو إتجاه يفتح آفاق جديدة للعلاج الجماعى ، ويرى الباحث أن أى خطة
علاجية لابد أن يتوافر فيها بعض فنيات العلاج المعرفى لتعظيم الفاعلية
باعتبار ان الأبعاد المعرفية يمثل أحد اللغات الثلاثة التى يعبر بها
الإضطراب النفسى عن نفسه .

٢١- أن العلاج الجشتالتى الجماعى يستمد قوته من طاقة الجماعة العلاجية ، مع
التركيز على التفعيل Acting ، بما يشجع الأطفال على التعامل مع مشكلاتهم
بدلاً من الحديث عنها ، وهو إتجاه يبدأ فيه العلاج منذ اللحظة الأولى لتكوين
الجماعة دون حاجة الى دراسة ماضى الطفل" ولذلك لا يصلح هذا النوع من
العلاج مع أولئك المرضى الذين يصرون على معرفة أسباب مشكلاتهم أو
يصرون على طلب النصح أو المشورة من المعالج" (Herman : 1988
P.248)

٢٢- فى المنهج العلاجى التوفيقى نجد (ثورن ١٩٧٨) يحاول تحقيق التكامل مع
مفاهيم وأساليب المناهج العلاجية المختلفة ، فى العلاج الجماعى فى إطار
يسمح بتكوين العديد من الاستراتيجيات العلاجية التى تصلح مع كل فئة
مرضية والإنتفاع الدائم على المدارس العلاجية جميعها ، وعدم الإلتزام
بمنهج بعينه ، إلا ما يتوافق مع حاجات الأطفال ، وهو منهج يعد محاولة
جريئة ومطلب ضرورى للإستفادة من أطروحات التراث فى العلاج
الجماعى فى تكامل ودرء الخلاف والتعصب. ويرى (دايموند Dimond
١٩٧٨) "أنه نموذج علاجى يصلح للعلاج الجماعى والمجتمعى مع ضرورة
الوعى بالقضايا الاجتماعية المعاصرة شرط التحرر من جانب المعالج من
التحيز الجنسى والعنصرى فى إطار مصلحة العميل بحيث نقل الفجوة بين
أهداف العميل وواقعه" (مليكة : ١٩٩١ ص٣٩٨). ويرى الباحث أنه منهج
علاجى يناسب الممارسة الكلينيكية فى الوقت الراهن ويتفق مع ضروريات
العصر الحالى وضغوطه ، بما يحتم الحاجة الماسة إلى هذا النوع من العلاج

، ويتفق مع رأينا هذا ، نتائج الدراسة التي قام بها (جارفيلد وكيترز ١٩٧٨) على عينة كبيرة من المعالجين النفسيين حيث توصلوا الى ان غالبية الكليينيكين الذين أستجابوا للدراسة ذكروا أنهم توفيقيون Eclecticism (مرجع سابق ص ٣٩٩ - ٤٠٠).

ب- قلق الانفصال :

توضح النظرة الفاحصة لما تم عرضه في الأطار النظرى عن قلق الانفصال ما

يلى :

- ١- أن قلق الانفصال يرتبط بالنمو المعرفى والانفعالى والاجتماعى ، كما ظهر فى نتائج دراسات (يارو Yarrow ١٩٦٤) .
- ٢- إنه يرتبط بمدى عمق العلاقة بين الطفل والأم الخاضنه مثل (دراسات انيورث Ains Warth ١٩٧١ ، باور وبتدرسون ١٩٧٢ وبولوى ١٩٦٤ .
- ٣- توجد العديد من المتغيرات الأخرى هى التى تزيد أو تخفف من خطورة الانفصال مثل : فشل العلاقة الجديده فى إقامة علاقة دافئة ودائمة ، الحالة الصحية والنفسية للطفل ، السن وقت الانفصال ، غرابة الوسط الاجتماعى الجديد بالنسبة للطفل ، الانفصال المفاجيء أو تكرار الانفصال .
- ٤- أن قلق الأنفصال يحدث لدى الأطفال والمراهقين فى مختلف المستويات الإجتماعية والثقافية .
- ٥- يمكن حدوثه خلال النمو النمائى حتى سن ١٨ سنة ، بل ذهب البعض إلى أن خبرة الانفصال يكون لها آثار نفسية بعد هذه السن مثل الذهاب إلى الجامعة ، أو حتى خبرة الزواج ، أو العمل بعيداً عن الوطن أو الأهل .
- ٦- أوضح (أيريك فروم) أن فترة الطفولة الإنسانية الطويلة تولد الاعتمادية وعند الانفصال ، يدرك الطفل أو المراهق إنه يقف وحيداً بمفرده ، ومن ثم يتولد لديه العجز والشعور بالقلق .
- ٧- إن إسهامات (كارين هورنى) أشارت إلى خطورة البيئة عندما تكون البيئة مهدده ومحبطه ، وإلى العوامل الإجتماعية والثقافية والعلاقات المتبادله بين الفرد والمجتمع .
- ٨- إن قلق الانفصال من الأضطرابات النفسية التى تحتاج إلى التدخل العلاجى نظراً لأن الانفصال يهيم صاحبه للتعرض لمشاعر الوحدة النفسية .

٩- ان خبرة الإيواء والایداع بالمؤسسات تعزز مشاعر قلق الانفصال ولا يخفف منها إلا نوعية البناء النفسى للطفل أو المراهق أو تعديل هذه المشاعر أو تغييرها بواسطة المختصين فى العلاج النفسى .

ج- الوحدة النفسية :

- ١- ساهمت اطروحات (وايس Weiss ١٩٨٣ ، يونج Young ١٩٨٢) على تنقية مفهوم الوحدة النفسية ، وأنه مفهوم متعدد الأبعاد حيث ميز بين أنواع عديدة للوحدة النفسية .
 - ٢- ساعدت أسهامات (جونز ١٩٨٢ ، ونيو كمب وبتلر ١٩٨٦) على أن مفهوم الوحدة النفسية يختلف عن الانعزال الاجتماعى ، وأنه مفهوم له علاقة بالعجز فى المهارات الاجتماعية ، ومدى أشباع الحاجة إلى الآله الإنسانية .
 - ٣- كان لدراسة (موسن ١٩٦٣) أهمية فى الكشف عن آثار النبذ والرفض من الأباء للطفل فى تكوين مشاعر الوحدة النفسية .
 - ٤- دعمت نتائج دراسة (ماركون ، كينز ، وجوستين ١٩٨٧) اراء فرويد فى أهمية العلاقة بالموضوع اكثر من العوامل المتعلقة بالرفاق والإصدقاء .
 - ٥- أكدت نتائج دراسة (محمد بيومى ١٩٩٠) على خطورة الشعور بالوحدة النفسية على البناء النفسى للأبناء ، مما يجعله متغير بالغ الأهمية والخطورة ، وبحاجة ماسه إلى التدخل بالعلاج النفسى .
 - ٦- أوضح العرض النظرى العلاقة الوثيقة بين قلق الانفصال وتكوين مشاعر الوحدة النفسية مما يجعل الجمع بينهما فى دراسة واحده لها من الأساس العلمى الذى يتطلب ضرورة التدخل العلاجى بأفضل الأساليب العلاجية الحديثة للوقوف على مدى فاعليتها فى تحقيق الشفاء ذى الأمد الطويل أو التخفيف من حدتها ، وهو ما سوف تهتم به الدراسة الحالية .
- نخلص من العرض النقدى للإطار النظرى فى العلاج النفسى الجماعى إلى ضرورة اتخاذ موقف موضوعى إزاء ما تم عرضه من مناهج متنوعة وعديده فى العلاج الجماعى يتطلب قدراً من التجرد والبعد عن التحيز لمنهج علاجى بعينه من خلال الدراسة التجريبية الحاسمة توضح ما للمنهج وما عليه ، لأن إشكالية المرض والشفاء ذو الأمد الطويل ، سنتظّل إشكالية ذات أهمية طالما كانت هناك حياة بشرية ، كما ساعد هذا العرض النقدى على توجيه الباحث فى صياغة فروض الدراسة وتحديد المفاهيم وتعريفها اجرائياً ، وأختيار أنسب الفنيات العلاجية ضمن برنامج علاجى جماعى وإختيار وتصميم أنسب

أدوات الدراسة وبعد استعراض التراث ستكون الدراسات السابقة هي موضوع الفصل الثالث .

خامساً : مفاهيم الدراسة :

تمهيد : لتحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة الحالية : مرجعى هو عنوان الدراسة . والمتغيرات التى يتضمنها ، ويتحدد بها ، ومن ثم سوف نعرض المفاهيم ومفرداتها (مفهوم) وهو يعنى المضمون التصورى للمصطلح : أى مجموعة المعانى التى يحتوئها ، حتى يكون التعريف جامعاً مانعاً ، أما المصطلح Term ، فهو يعنى : الوعاء اللفظى الذى تتجمع فيه مجموعة المعانى الخاصة به ، وقد أجمع العلماء على أن مصطلح ومفهوم Concept ليستا مترادفتين ، ومع ذلك فهما متلازمتان ، وسنعرض مفاهيم الدراسة ، ونتتبع بناءاتها المختلفة باختلاف المنظرين ، بهدف الوصول الى تنقية المفاهيم ، وصياغتها صياغة إجرائية يتبع ، ذلك مناقشة كل مفهوم ، وننتهى بالتعريف الذى يراه الباحث مناسباً للدراسة الحالية بالقدر الذى يساعد على رسم إطاراً فكرياً ، وتصوراً عقلياً للمفاهيم على النحو التالى :

١ - العلاج النفسى الجماعى :

لاحظ معظم المؤرخين لحركة العلاج الجماعى ، أن بدايتها إبتسمت بعدم الوضوح فيما يتعلق بالتعاريف ، فقد لاحظ (كروسنى 19٥٧ Crosine) أن عبارة العلاج الجماعى ، عبارة غامضة ، يصعب تعريفها تعريفاً بسيطاً شاملاً ، بينما يرى (رينوفيه) أن العلاج الجماعى هو عبارة تضمن تحت عباءتها أساليب مختلفة ، وغالباً ما تكون متناقضة "الطفى فطيم ١٩٩٤ ص ٤٣) ، بينما يرى (يالوم 1٩٦٧ Yalom) أننا لا نحصل من المعالجين الجماعيين إلا على قائمة متنوعة من الفنيات العلاجية ليست بينها إتساق . (مرجع سابق ص ٤٧) ، وترجع هذه الاشكاليات بشأن التعريف الواحد المشترك للعلاج الجماعى إلى كثرة وتعدد وتنوع الفنيات العلاجية القائمة على نظريات وفلسفات ذات أهداف مختلفة .

ولقد ظهرت عبارة العلاج الجماعى لأول مره على يد (مورينو Moreno) ثم (أبراهام 1950 Abraham) إلى أن عالج (سلافسون Slavson) المفهوم بطريقة مختلفة حيث قال "أن العلاج الجماعى هو تطبيق لمبادئ العلاج الفردى على شخصين أو أكثر فى وقت واحد ، بما يحمل إلى الموقف ظواهر ومشكلات العلاقات بين الأعضاء (الطفى فطيم ١٩٩٤ ص ٤٨) وفيما يلى نماذج من التعريفات الأجنبية ثم العربية ، منتهياً بتعريف الباحث النظرى والإجرائى .

نماذج من التعريفات العربية والأجنبية

"هو أي محاولة من قبل شخص أو أشخاص لتعديل سلوك فردين أو أكثر يجتمعون بوصفهم جماعة ، ومن خلال الإستخدام المنظم لإجراءات على أعضاء الجماعة بوصفهم أفراداً ، وعلى الجماعة ككل (Hollander : 1977 P. : 260)

هو برنامج علاجي موجهة لجماعة ، يعتمد على عدد من المناشط اللفظية وغير اللفظية ، وأساليب التوضيح ، والتغذية المرتدة ، والتأمل الذاتي ، والتعبير عنها في حضور معالج له دور فعال ونشط ، يقوم بدور الميسر ، لتسهيل التفاعل بين أعضاء الجماعة لمساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم ، وتخفيف المكاسب العلاجية المأمولة" (Sarah Jonson & Norbert : 1979)

بينما العلاج الجماعي في مجموعات المواجهة هو "منهج باستخدام التقبل الصادق ، والدفع العاطفي ، وصدق المعالج ، والتسامح ، يهدف إلى إعادة المجال الإدراكي لأعضاء الجماعة بعد إبتعات الخبرة ومواجهتها ، ومن ثم إكتشاف الذات على نحو صحيح ، يتحمل فيها العميل المسؤولية الكاملة نحو نفسه" (Rogers : 1985 PP 257-259) وهو تعريف ينفق عليه كل المؤيدين للعلاج الجماعي المتمركز - حول - الشخص .

وفي ضوء العلاج الجشتالتى :

هو منهج علاجي يتوسل بالتجربة بإعتراها خبرة حية تساعد على الاستبصار والوعى بالذات والمجال مع التركيز على قدرة الإنسان ومسئوليته عن مصيره ، والإهتمام بالخبرة الحيه من خلال التجريب ، بمعنى أنه مزيد من الحرية ، والقصد ، أو بين الأسترخاء وبأوره المشاعر ، لحل المهام التى تسبب القلق ، معتمداً علي فنيات أنا - أنت ، هنا - الآن ، والوعى الثرى ، التخيل ، رحلة الأحلام ، الواجب المنزلى ، وتمثيل الخبرة لتحقيق المكاسب العلاجية فى جو من المسانده الإنسانية ، يتحمل فيها العميل المسؤولية الكبرى في شفاء ذاته ، أى هو علاج تجريبى ، إنسانى ، إنتقائى ، منفتح على فنيات المناهج العلاجية الأخرى (Zeig & Minnon 1990)

وهو "علاج يقدم لعدد محدود من الأطفال فى وقت واحد ، دون تحقيق أهداف جماعية ، وعادة ما يختلف اسلوب العمل باختلاف المعالجين ، وإختلاف نظرياتهم ومناهجهم ومذاهبهم العملية ، والعلاج الجماعى ليس بديلاً للعلاج الفردى ، وإنما هو يصلح فى حالات معينة ينبغى إختيارها بدفة ووضعها فى مجموعات (كامليا عبد الفتاح : ١٩٩١ ص ص ٥-٦) .

وهذا التعريف - فى رأى الباحث ، موجه إلى العلاج الجماعى المستخدم مع الأطفال وليس الراشدين ، ويتسم بأنه تعريف مفتوح الطرف ، يؤمن بالتعريفات المختلفة والمتعددة للعلاج الجماعى ، الذى تهدف إلى تحقيق مكاسب علاجية فردية ، وليست جماعية ، وهو ما يميز الجماعات العلاجية عن الجماعات الأخرى .

"العلاج النفسى الجماعى يتكون من أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمى ، تحمى أعضائها ، ويقودها قائد متمرس ، وتهدف تلك الجماعة إلى إحداث تحسن عاجل فى اتجاهات وسلوك الأعضاء والقادة ، وتحدث تلك التغييرات نتيجة لتفاعلات محدده ومحكومة داخل الجماعة" (لطفى فطيم ١٩٩٤ ص ٤٩) .

وهذا التعريف فى رأى الباحث لا يتحدث عن فنيات أو أساليب علاجية محدده ولكن يركز على التغييرات التى تحدث للأعضاء والقائد ، كما يرى هذا التعريف ان مفهوم العلاج الجماعى لا يطلق إلا على نشاط يتم فيه الالتزام الرسمى المسبق بالمشاركة ، شرط حماية الجماعة لأعضائها ، وان التغييرات هى نتاج التفاعلات داخل الجماعة ، كما أنه تعريف يؤمن بأهمية ديناميات الجماعة فى تحقيق الأهداف العلاجية أكثر من الإهتمام بالفنيات وإن لم تغفل دور هذه الفنيات العلاجية .

تعريف الباحث

العلاج النفسى الجماعى هو وحدة فى تنوع ، وإستمراية فى تغير وإبتكار بالاستخدام المنظم المستمر لفنيات علاجية لفردين أو أكثر ، يتسم بعلاقة إنفعالية ذات معنى وهدف بين المعالج وأعضاء الجماعة ، شرط أن تتحقق فيه أصالة المعالج ونقله غير المشروط ، وتعاطفة مع كل عضو داخل الجماعة ، ويحتفظ فيه المعالج بقدر من المرونة فى توزيع أدوار القيادة ، والإبتكارية والانتقائية للفنيات الملانمة التى ثبت صدقها تجريبيا وإمبيريقياً ، بحيث تودى إلى تغييرات فى الشخصية والسلوك ، ينعكس إيجابياً على الوعى بالذات ، وتحقيق المكاسب العلاجية المأمولة ، شرط ان تكون هذه التغييرات قابلة للقياس الموضوعى من قبل المعالج أو آخرين ، وإلى التقييم الذاتى من قبل العميل .

التعريف الإجرائى :

العلاج النفسى الجماعى هو البرنامج العلاجى متعدد الأبعاد المستخدم فى الدراسة الحالية والذى سنعرضه فيما بعد بالتفصيل .

٢- قلق الانفصال

تباينت وجهات نظر علماء النفس حول مفهوم القلق تباينا شديدا ، لذلك تعددت تعاريفه منذ (فرويد ، أدلر ، هورنى ، أتورانك ، بولبي ، سوليفان) ثم توالى تحديد مفهوم القلق وفقاً لمصدره وأسبابه ، فظهرت مفاهيم جديدة لأنواع من القلق مثل قلق الانفصال - قلق الموت - قلق الإمتحانات ، وسنعرض بعض النماذج من التعريفات العربية والاجنبية لقلق الانفصال وأخيراً تعريف الباحث :

هو "حالة ذاتية يعبر فيها الفرد عن نفسه أو يصفها للآخرين ، وهى حالة تشمل مكونات معرفية وإنفعاليه وسلوكية ودافعية" (Rubenstein : 1982 PP: 185-194) وهذا التعريف يهتم بإبعاد قلق الانفصال بما يساعد فى وضع وتصميم مقاييس موضوعية . ويعرفه (جون بولبي) : هو شعور بالقلق الهائم دون معرفة مصدره أو سببه ، وينبع من خبرة الانفصال أو الحرمان من الأمومه الفاعله ، وقد تزيد أو تخفف من حدته المتغيرات التالية :

- ١- العجز عن إقامة علاقات دائمة وحميمه مع الطفل من قبل الإم .
- ٢- العوامل الصحية للطفل والحالة النفسية الراهنة .
- ٣- الانفصال المفاجيء .
- ٤- غرابه الوسط الجديد للطفل بعد الانفصال .
- ٥- سن الطفل وقت التعرض للانفصال أو الحرمان .
- ٦- مدة الانفصال او تكراره (Jones et al. ¹⁹⁸² PP: 682-689)

فى حين يرى (جندلين 1982) أن قلق الانفصال ليس مرضاً ، ولكنه محاولات لتجنب إمكانيات الحياة (Jones op-cit P. 689) وهذا التعريف رغم أنه لا يساعد على بناء وتصميم مقياس لقلق الانفصال ، ولكنه يرفض إصاق صفة المرض على قلق الانفصال .

يميز (سبيليرجر) بين حالة القلق التى تشير إلى خبرة لحظية متغيره ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب ، وبين سمة القلق ، وهى تشير إلى الميل او التهيو او سمة ثابتة نسبياً فى الشخصية "أحمد عبد الخالق ١٩٨٤ ص ٤٠٢)

هو خبرة ذاتية نخلقها نحن ثم نطرحها على العالم بعد ذلك (John : Dycer : 1985) ، وهذا التعريف عام وليس تعريفاً إجرائياً قابل للقياس الموضوعى ، ولا يساعد على تحديد أعراض قلق الانفصال ، ولهذا لا يساعد هذا التعريف فى بناء مقياس .

وهو إضطراب ينشأ بسبب انفصال الطفل عن أولئك الذين يرتبط بهم الطفل ينشغل خلاله بمخاوف مرضية قد تصيب من ينشغل عنهم ، وخوف من أذى متوقع له او

للمقربين منه ، وينشغل هؤلاء بالاحلام الالتحام مع شخص الغائب ، وتظهر عليهم ملامح الإنسحاب الاجتماعى ، والتبدل وصعوبة التركيز ، ويشعرون بالراحة عندما لا يلزم الانفصال (محمود حموده : ١٩٩١ ص ص ١٨٢ - ١٨٤) .

وهذا التعريف والسابق له يوضح الأعراض المرضية التى تساعد فى التشخيص الفارق لقلق الانفصال - ويمكن الإهتمام بهما عند تصميم مقياس يقيس هذا الإضطراب بطريقة موضوعية من خلال الفاحص أو المفحوص .

وهو ذلك القلق الذى يعترى الطفل فى باكورة مهده حتى مراقبته عند الانفصال عن أحد الوالدين او كليهما ، أو عن القائم برعايته ، وهو يرتبط بالخوف من الانفصال ، وبعد قلق الانفصال هو المسئول عن كثير من إضطرابات الرشد ، ومشاعر عدم الأمان والضياح (عباس عوض ومدحت عبد اللطيف ١٩٩١ ص ١٩٧) .

وهذا التعريف رغم تأثره بإسهامات (جون بولبي) فى اضطرابات القلق ، إلا أنه يهتم بأسباب الإضطراب ولا يهتم بالأعراض الكليينكية التى تساعد على التشخيص الفارق .
• قلق الانفصال هو قلق مركزى مفرط ، يتعلق بالانفصال عن الأفراد الذين يلتصق بهم الطفل ولا يمثل جزء من قلق عام بشأن مواقف متعددة ، وقد يأخذ شكل :

- ١- إنزعاج غير واقعى يشغل بال الطفل بشأن أذى محتمل يصيب الأشخاص شديد الالتصاق به ، أو الخوف من أن يتركوه ولا يعودون اليه .
- ٢- إنزعاج غير واقعى يشغل بال الطفل من أن حدثاً مشنوماً سوف يفصل بين الطفل وبين شخص شديد الإلتصاق به .
- ٣- مضض أو رفض مستمر لأن يذهب الطفل إلى المدرسة خوفاً من الانفصال .
- ٤- رفض مستمر للذهاب إلى النوم دون أن يكون فى محيط أو بجانب الشخص الذى هو شديد الإلتصاق به .
- ٥- خوف دائم وغير مناسب من البقاء وحيداً ، بدون أن تكون هذه الشخصية لصيقة به فى المنزل .
- ٦- كوابيس متكرره حول الانفصال .
- ٧- الشعور المتكرر بأعراض جسمانية مثل (الغثيان - آلام المعدة - الصداع أو القيء فى المناسبات التى تتضمن إنفصالاً عن الشخصية اللصيقة به .
- ٨- ضيق مفرط أو متكرر يظهر على شكل قلق أو بكاء أو نوبات عصبية او تبدل او انسحاب اجتماعى عند توقع - أثناء - او بعد الانفصال مباشرة عن الشخصية الملتصق بها (عكاشة ١٩٩٢ ص ٦٥٨) .

تعريف الباحث

قلق الانفصال هو اضطراب ينجم من الانفصال عن يرتبط بهم الطفل او المراهق من الجنسين ، أو عند مجرد التهديد بالانفصال حيث يسود الإنزعاج المفرط لفترات قد تطول أو تقصر وفقاً لعوامل معززة ويتسم بالمشاعر الذاتية المؤلمة التي يخبرها الطفل أو المراهق ويلاحظها الآخرون تتضمن أعراض إنفعاليه تنسم بالإنسحاب الاجتماعي ، وسهولة الإستثارة ، ويصاحبه الشعور بالوحدة حتى في حضور الآخرين ، والحاجة الشديده إلى الشعور بالأمن والحماية والسند ، وارتفاع مشاعر التهديد في مواقف الحياة ، وفقدان الثقة بالنفس ، والشعور بالراحة النفسية عندما لا يلزم الانفصال ، وأعراض معرفية تتمثل في الإنشغال غير الواقعي بأذى محتمل قد يصيب الأشخاص الذين يرتبط بهم الطفل ، وأن حدثاً مشنوماً سوف يفصل بين الطفل ومن يرتبط بهم ، وأحلام تتمضن الالتحام مع الغائب ، وصعوبة التركيز والنظرة التشاؤمية تجاه المستقبل ، وفقدان القدرة على المتابعة ، والإدراك الحساس للشقاق الوالدي .

وأعراض جسمانية أثناء الانفصال أو بعده ، أو عند التهديد بالانفصال مثل سرعة خفقان القلب ، بروده الأطراف ، كثرة العرق حتى في فصل الشتاء ، الأرجل الرخوة Jelly Legs وفقدان الشهية وهو عادة ما يحدث في الطفولة وحتى أواخر المراهقة ، وقد تستمر هذه المشاعر او أغلبها من أسبوعين فأكثر ، حيث قد تصل إلى المشاعر المؤلمة المستمرة .

التعريف الأجرائي لقلق الانفصال

هو كما يقبسه مقياس قلق الانفصال ، ومقياس التحسن العلاجي من خلال تقدير الفاحص او المفحوصين ، وهذا التعريف يساعد على بناء مقياس يقيس قلق الانفصال بصورة موضوعية من قبل الفاحص والمفحوص ، كما يسمح بالتشخيص الفارق وسيرد عرضه تفصيلاً في أدوات الدراسة .

٣- الوحدة النفسية

سبق أن تناول الباحث مفهوم الوحدة النفسية - خصائصه ، مكوناته ، أنواعه ، أسبابه ، وقد لاحظ الباحث أنه على الرغم من أن الشعور بالوحدة النفسية يمثل ظاهرة إنسانية هامة وشائعة بين فئات عمرية متباينة ، إلا أنه يكثر بين الأطفال والمراهقين والمسنين ، ويزخر التراث بالعديد من التعاريف المتفقه ، حيناً ، والمتباينة حيناً آخر ، ومرجع هذا التباين هو :

- أ- تعدد اسبابه وأشكاله وتناوله من جوانب متعددة .
ب- نتيجة الخلط مع مفاهيم أخرى مثل الإنطواء - الإنزواء - العزلة والإنعزال .

ج- نتيجة لاختلاف تخصصات الباحثين والمنظرين الذين تناولوا هذا المفهوم ، ونتيجة لانتماءاتهم إلى مذاهب فكرية وفلسفية متباينة .

وكذلك لاحظ الباحث ان مفهوم الوحدة النفسية له جوانب إيجابية ، فهناك من يتحدث عن الوحدة النفسية الخلاقة أو الخلوه - بما يعنى الارتباط بخبرات موجبه ، وهذه المعانى والجوانب الموجبه لمفهوم الوحدة النفسية ، ليست هى موضوع الدراسة الحالية ، وإنما تعنى الدراسة الحالية بالجوانب السلبية لهذا المفهوم مثل المعاناة ، والإضطراب الذى يحدث للطفل فى علاقاته بالآخرين ، معاناة تكون مصحوبة بتباين ملحوظ بين الذات المثاليه والذات الواقعيه فى العلاقة مع الآخرين ، وقد عرض الباحث فى الأطار النظرى العديد من التعريفات الأجنبية والعربية لمفهوم الوحدة النفسية ، ونذكر منها :

(Mussin 1963, Rubenstien 1980, Jones 1982, Rubin 1983, Uoung 1983, Weiss 1983, Scalise 1984, Pepar & Perlman 1984, Asher & Wheeler 1984, New Comb & Bettler 1986, Marlon 1987).

(سعيد المغربي ١٩٧٦ ، قشقوش ١٩٨٣ ، علي سليمان ١٩٨٩ ، جابر عبد الحميد ١٩٨٩ ، محمد بيومي ١٩٩٠).

تعريف الوحدة النفسية ، كما يراه إبراهيم قشقوش : هو شعور شخص قد يرجع على عدم رضا الفرد عن بيئته ، يتسم بفقدان الشعور بالحب مع الآخرين - والعلاقات السطحية معهم ، يدفع صاحبه إلى الاستغراق فى أحلام اليقظة ، وضعف القدرة على التركيز ، وضعف الثقة فى الآخرين ، والشعور بالوحدة مهما كثرت المعارف وكثر الاصدقاء (١٩٨٨ ص ٢٠) وسوف يأخذ الباحث بهذا التعريف .

التعريف الأجرائى : هو كما يقيسه مقياس الوحدة النفسية إعداد (إبراهيم قشقوش) أحد أدوات الدراسة ، سيتم عرضه تفصيلاً فى أدوات الدراسة .

٤- التحسن العلاجى :

هو مفهوم يعنى التقدير الكمي للمشاعر الذاتيه للعميل مبنى على التقدير الذاتى للمفحوص او الفاحص ، ويعطى فى لمحة سريعه بروفييل يعكس مستويات التحسن العلاجى أو اللاتحسن ، بفضل الأرقام الكمية قرينة كل مستوى بما يساعد على المعالجات الإحصائية بين المجموعات العلاجية أو بين القياس القبلى والبعدى ، كما يسمح بالمقارنة بين

تقدير المفحوص لذاته وتقدير الفاحص ، كما يساعد المفحوص على تقدير مدى استفادته من البرنامج العلاجي ، وهو يقيس بصورة سريعة الحالة النفسية الراهنة ويساعد على كون الفاحص والمفحوص شركاء في التشخيص والعلاج ، كما يساعد المفحوص على التقدير الدقيق لآلامه ومعاناته .

التعريف الإجرائي :

هو مقياس متدرج من الدرجة صفر إلى الدرجة ١٠ ، يتضمن خمسة مستويات (لا تحسن - تحسن قليل - تحسن متوسط - تحسن كبير - تحسن نهائي) وهو كما يقيسه مقياس التحسن العلاجي - أحد أدوات الدراسة الحالية ، سيتم عرضه تفصيلاً في أدوات الدراسة .

٥- الجماعة العلاجية

هي جماعة تتكون عن قصد ، تتيح جواً يتسم بالخلو النسبي من الخوف والقلق والتقبل المتبادل بين أفراد الجماعة ، بما يشجع على الدخول في مواجهة إنسانية عميقة مع الآخرين ، تحت إشراف قائد متمرس ، وتستمر علاقاتها خارج نطاق الجماعة ، كما تستمر هذه العلاقات بين أعضائها بعد إنتهاء العلاج ، بما يساعد على استمرار المكاسب العلاجية نتيجة الشعور بالمساندة الإنسانية ، وهي جماعة ليس لها أهداف جماعية مثل الجماعات الأخرى .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

محتوي الفصل الثالث :

أ- الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بقلق الإنفصال :

- ١- دراسة رابين ١٩٧٦
- ٢- دراسة نبيل حافظ ١٩٨١
- ٣- دراسة ماير ١٩٨١
- ٤- دراسة إليزابث ١٩٨٣
- ٥- دراسة لبيف وإليس ١٩٨٣
- ٦- دراسة بوركوفيك ومانيوس ١٩٨٨
- ٧- دراسة ديكيرفل وبيبر ١٩٨٨
- ٨- دراسة أحمد خيرى ومجدي حسين ١٩٨٩
- ٩- دراسة برانتن ١٩٨٩
- ١٠- دراسة أحمد خيرى ومجدي حسين ١٩٩٠
- ١١- دراسة بالمر وسالى ١٩٩٠
- ١٢- دراسة بوركوفيك وآخرين ١٩٩١
- ١٣- دراسة أستور وماير ١٩٩١
- ١٤- دراسة فيلد وسكينبرج ١٩٩٨
- ١٥- دراسة جينثر وماريان ومارجريت ١٩٩٨

ب- الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بمتغير الوحدة النفسية

- ١- دراسة ماطر وماطر ١٩٨٥
- ٢- دراسة بوليا ١٩٨٦
- ٣- دراسة دفتون وبرين ١٩٨٦
- ٤- دراسة بيدمان وآخرين ١٩٨٨
- ٥- دراسة أماني عبد المقصود ١٩٩٣
- ٦- دراسة اسامة الراضي ومحمد الهادي ١٩٩٤
- ٧- دراسة بروت ومارجوري ١٩٩٤
- ٨- دراسة ألمان وإلينور وبني ١٩٩٦
- ٩- دراسة مارشال وهيدسون ووارد ١٩٩٧

ثانياً : التعقيب على الدراسات السابقة.^١

تناول الدراسات والبحوث السابقة من المنظور النقدي.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

مقدمة

إن معرفة التراث معرفة دقيقة ، ومحاولة استحضاره واستعادته في وعي الحاضر ، ضرورة لا بد منها بحكم تاريخه الإنسان نفسه ، كما أن محاولة التصدي بالدراسة التجريبية للوقوف على مدي فاعلية أي منهج علاجي في شفاء أو التخفيف من الأضطرابات النفسية دون الاطلاع على التراث أشبه بالإبحار في محيط لا رواق له ، يعود بالباحث الي نقطة البداية ، ولأن العلم - أي علم - تراكمي ، ولا وطن له لإثراء المعرفة الإنسانية - فقد قام الباحث بإجراء العديد من المسوح بالكومبيوتر في مركز المعلومات في جامعة عين شمس ، ومركز الطب النفسي ، والأكاديمية الطبية العسكرية ، وحصل الباحث على دراسات وبحوث عديده ، خاصة تلك التي إهتمت بالدراسة والتناول التجريبي للحكم على مدي فاعلية العلاج النفسي الجماعي في المتغيرات موضوع الدراسة الحالية أو تلك التي أهتمت بالمقارنة بين بعض المناهج العلاجية في العلاج النفسي الجماعي من حيث مدي الفاعليه في تحقيق الشفاء ، أو التي تلك أهتمت بالمقارنة التجريبية بين العلاج الجماعي طويل الأمد وقصير الأمد .

ويهدف الباحث من عرض الدراسات والبحوث السابقة الي :

- ١- الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة في تحديد وجهة فروض الدراسة .
- ٢- الوقوف على أكثر الأدوات والمقاييس ملائمة لمتغيرات الدراسة والأكثر شيوعاً في الاستخدام ، بما يدعو إلي الإطمئنان للإحتكام اليها في القياس أو الأستفاده منها في تصميم مقاييس جديده تناسب عينه الدراسة .
- ٣- التعرف على التصميمات التجريبية المناسبة والأكثر شيوعاً .
- ٤- تحليل نتائج الدراسة السابقة للوقوف على مدي الإتفاق والاختلاف في الحكم على مدي فاعلية العلاج الجماعي .

هذا وقد أقتصر الباحث في عرض الدراسات على تلك التي لها علاقة وطيدة ومتطابقة مع متغيرات الدراسة الحالية في الفئة العمرية المستهدف التطبيق عليها . وسيتم عرض الدراسات العربية والأجنبية ثم التعقيب عليها ومناقشتها بصورة إجمالية من المنظور النقدي ، ذلك المنظور الذي يساعد على تجاوز مرحلة رصد التراث الي التناول النقدي الذي يمثل خطوة ضرورية لتجنب مأخذ الدراسات السابقة ، والأستفاده

من جوانب القوة فيها في تحديد حجم عينه الدراسة والأخذ في الاعتبار التوصيات المنهجية المتفق عليها عند تصميم البرنامج العلاجي وعدد جلساته .
وسنعرض الدراسات العربية والأجنبية وفقاً لتاريخ النشر :

أ- الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بقلق الانفصال :

١- دراسة تجريبية قام بها (رابين Rabin-1976) بعنوان الفاعليه النسبية لثلاث مناهج علاجية قصيرة المدة في تخفيف القلق ، هدفت الدراسة إلى المقارنة بين فاعلية كل من العلاج غير التوجيهي ، الاسترخاء التدريجي ، إزاحة الانتباه ، في تخفيف العلق لدي المراهقين والمراهقات .

وطبقت البرامج العلاجية الثلاثة بصورة جماعية علي عينه قوامها (٣٢) مفحوصا ممن ارتفع لديهم مستوي القلق إلى ٣٨ درجة فأكثر وفقاً لمقاييس (سبيلوجر) وقسمت العينه الكلية إلى ثلاث مجموعات تجريبية ، ومجموعة ضابطه ، واستمر تطبيق البرنامج ثلاث جلسات فقط وكان من نتائج الدراسة أن العلاج بالاسترخاء التدريجي حقق فاعلية جوهرية عند مستوي دلالة ٠.٠٢ .

أما العلاج غير التوجيهي ، وإزاحة الانتباه أديا إلى زيادة القلق ، وفسرت هذه النتيجة بأن البرنامج العلاجي إستغرق ثلاث جلسات علاجية فقط ، لا تكفي لتحقيق الفاعلية للعلاج الجماعي غير التوجيهي ، بل إنه وفقاً لمبادئ ومعطيات العلاج غير التوجيهي يزداد مستوي القلق في الجلسات الثلاث الأولى التي تمثل الجلسات الإستهلالية ، وهي بداية مرحلة إستكشاف الذات وفقاً لنظرية 'روجرز' في العلاج .

أما العلاج الاسترخائي فإنه يتجه منذ البداية إلى إنقاص شدة أعراض القلق ، مما يجعل القياس البعدي في صالح الاسترخاء التدريجي (Rabin : 1976 P:2522)

٢- قام (نبيل حافظ ١٩٨١) بدراسة بعنوان مدي فاعلية العلاج الجشتالي في تخفيف القلق لدي طلاب المرحلة الثانوية ، هدفت الي التحقيق التجريبي لمدي فاعليه العلاج الجشتالي في تخفيف القلق لعينة قوامها (٤٠) أربعون طالباً ، وكان التصميم التجريبي قائم علي تقسيم عينه الدراسة لمجموعة تجريبية وأخري ضابطه ، وزاوج بينهما في متغيرات السن ، الصف الدراسي ، الجنس ، نسبة الذكاء ، المستوي الاجتماعي ، المتغيرات التابعة الخاصة بالقلق والمشكلات مستخدماً في أدوات دراسته :

أ- إختبار المشكلات أعداد : زكي صالح

ب- إختبار القلق : إعداد رفعت جبر

وأخضع المجموعة التجريبية - دون الضابطه - للبرنامج العلاجي باستخدام (٢٠) عشرون تجربة ، مدة الجلسة ساعة واحده ، وزاوج البرنامج بين العلاج الجماعي ، والارشاد والتوجيه النفسي والتربوي ، والعلاج الذاتي ، وأستمر البرنامج العلاجي مدة ثلاثة شهور .

وأسفرت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في بعدي القلق والمشكلات لصالح المجموعة التجريبية عند مستوي دلالة ٠.١ و .

الأمر الذي يدل من وجهة نظر الباحث (نبيل حافظ) علي فاعلية العلاج الجشتالي بالصورة التي طبق بها في تخفيف القلق والمشكلات لدي عينه الدراسة (نبيل حافظ ١٩٨١ ص٠ ص ١٣٥ - ١٣٦) .

٣- وقام (ماير 1981 : Mayer) بدراسة تجريبية بعنوان : بعض التوصيات المنهجية من الدراسة التجريبية المقارنة للعلاج الجماعي قصير المدة ، هدفت الدراسة الي المقارنة بين العلاج السيكودينامي محدد الوقت ، والعلاج المتمركز - حول - العميل ، من حيث الفاعلية في علاج بعض الاضطرابات النفسية ومنها : القلق ، وطبق البرنامج العلاجي بصورة جماعية علي عينه قوامها (٦٨) مفحوصاً من المترددين علي العيادة الخارجية بجامعة هامبورج ، وكان نصف عينه الدراسة من المراهقين والمراهقات ، ممن أقرؤا بعدم تعرضهم لخبرة العلاج النفسي في الماضي ، وعدم التعرض لخبرة العلاج النفسي الفردي في الحاضر خارج البرنامج العلاجي المقترح في هذه الدراسة .

وأستخدم الباحث عدة مقاييس منها مقياس (تايلور) للقلق الظاهر وكان من نتائج هذه الدراسة :

- ١- فعالية العلاج المتمركز - حول - العميل - والعلاج السيكودينامي وكلاهما طبق بصورة - قصيرة المدة .
- ٢- تفوق العلاج الروجري في علاج الأعراض المرضية البسيطة أو الثانوية بصورة فارقة وجوهرية .
- ٣- في القياس التتبعي تشير النتائج إلي إختفاء المكاسب العلاجية بعد تسعة أشهر من المتابعه وكان من توصيات هذه الدراسة ، ضرورة ان تكون جلسات البرامج العلاجية مناسبة ، لطبيعية الأعراض المرضية في عدد الجلسات حتي تستمر المكاسب العلاجية ، حيث أرجع الباحث إختفاء المكاسب العلاجية في القياس التتبعي بعد تسعة أشهر الي كون البرنامج قصير المدة (. Mayer

٤- في دراسة (اليزابيث 1983 : Elizabeth)

بعنوان : دراسة مقارنة بين تأثير العلاج بالتحليل النفسي ، والعلاج المتمركز - حول - العميل ، علي قياسات القلق وتحقيق الذات ، طبقت علي عينه قوامها (١٩) تسعة عشر مراحقاً ، تتراوح أعمارهم من ١٤-١٨ عاماً قسمت العينه إلي أربعة مجموعات علاجية لكل منهج علاجي مجموعتان ، مستخدمة التوزيع العشوائي لتحقيق التماثل بين المجموعات التجريبية ، وأستخدمت أدوات هي :

١- قائمة القلق الحالة / السمة إعداد : سبيلبرجر وآخرون ١٩٦٨ .

٢- قائمة التوجيه الشخصي إعداد : شوستروم 1964 Shostrom .

وكشفت نتائج الدراسة أن مجموعتي العلاج التحليلي النفسي سجلا مستويات مرتفعة في تحسين القلق - كحالة أعلى من مجموعتي العلاج المتمركز - حول - العميل ، في حين لم يتفوق أي من العلاج بالتحليل النفسي ، والعلاج المتمركز - حول - العميل في المجموعات التجريبية في علاج القلق كسمة (Elizabeth : 1983 -PP 425-428)

٥- في دراسة (ليف واليس 1983 Lev & Elise)

الإطفال المترددين علي وحدة الطب النفسي ، ويتسمون بإضطراب قلق الانفصال والاكنتاب ، وسلوك إيلام الذات وصعوبات التعلم ، الشخصية البينية .

طبق عليهم البرنامج الجماعي من خلال مساهمة الأطفال - عينه الدراسة - في نشاط إجتماعي ، والتدعيم اللفظي وأسفرت نتائج الدراسة أن البرنامج العلاجي الجماعي أدي إلي ارتفاع التقبل الإجتماعي وارتفاع التحصيل الدراسي ، وإزدادت فاعلية العلاج الجماعي في علاج قلق الانفصال ، وصعوبات التعلم ، والشخصية البينية بمستوي دلالة جوهرية لصالح القياس البعدي (Lev & Elise : 1983 PP : 55-64)

٦- وفي دراسة (بوركوفيك وماتوس 1988 Borkovec & Mathews)

بعنوان : دراسة مقارنة لمدي فاعلية كل من العلاج غير التوجيهي ، والعلاج المعرفي ، والعلاج بالتحصين التدريجي في علاج إضطرابات القلق غير القويباوي "دراسة تجريبية" ، هدفت الي الوقوف علي مدي الفاعلية للمناهج العلاجية الثلاثة ، طبقت الدراسة علي عينه قوامها (٣٠) مفحوصاً تراوحت أعمارهم من ١٦-٢٠ عاماً وقسمت العينه الكلية الي ثلاثة مجموعات تجريبية متماثلة وحصلت كل مجموعة علي (١٢ جلسة) من التدريب علي الاسترخاء التدريجي إضافة إلي أحد المناهج العلاجية الثلاثة ، وإستخدم الباحثان الأدوات التاليه :

أ- قائمة اضطراب القلق : إعداد : ديناردو Dinardo وآخرون ١٩٨٣ .

ب- مقياس هاملتون لتقييم القلق إعداد : هاملتون Hamelton ١٩٦٠ .

ج- مقاس متدرج ذو تسعة تدرجات لقياس مدى شدة القلق - إعداد : Barlow وأخريين ١٩٨٤.

وأسفرت النتائج عن فاعلية المناهج العلاجية الثلاثة في علاج القلق دون فروق جوهرية (Barkovec & Matheus 1988 P 886)

٧- دراسة ديكيرفل وبيبر Decarufel & Piper 1989

عن : فاعلية العلاج الفردي والعلاج الجماعي في الأمد القصير والطويل (Group psycho-therapy of individual psycho-therapy : patient characteristics as predictive factors PP :169-188) وكان هدف الباحثان من هذه الدراسة، التحقق

التجريبي المقارن لمدي فعالية كل من العلاج النفسي الجماعي والعلاج الفردي.

وقد أجريت الدراسة علي عينة من بين المترددين علي العيادات النفسية ممن يشكون من القلق وإنخافض تقدير الذات وصعوبة التواصل ، وقد استخدم الباحثان أدوات تلائم أعراض الدراسة ونوع اعراض شكوي المرضى واستخدام القياس القبلي - البعدي لنفس المجموعة بعد تقسيمها عشوائياً إلي (٣) ثلاث مجموعات - علاج نفسي جماعي طويل الأمد long Term وعلاج نفسي جماعي قصير الأمد Short - Term وعلاج نفسي فردي للمجموعة الثالثة .

هذا ولم تشمل الدراسة في نشرها إلي كيفية التحقق من ثبات وصدق ادوات الدراسة. وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق جوهرية بين نتائج العلاج النفسي الفردي او العلاج النفسي الجماعي علي الأمد القصير او الطويل مما يدعم امكانية استخدام العلاج النفسي الجماعي في الأمد القصير في التطبيقات العلاجية توفيراً للوقت والنفقات والاستفادة من العلاج النفسي الجماعي لمواجهة ازدياد اعداد المرضى، (في أحمد خيرى ١٩٩٠ ص ص ٨٤ - ٩٥).

٨- دراسة احمد خيرى و مجدى حسين ١٩٨٩

بعنوان : اثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيض القلق والسلوك العدوانى وإزدياد

الثقة بالنفس وقوة الأنا لدي جماعة عصابية - دراسة تجريبية).

هدفت الدراسة إلي التأكد من خلال التصميم التجريبي الي الوقوف علي مدى

فاعلية العلاج النفسي الجماعي ، وطبقت الدراسة علي عينية مكونة من ١٥ فرداً (٥ ذكور ، ١٠ إناث) ممن تقدموا للعلاج النفسي بالعيادة النفسية بكلية الاداب جامعة عين شمس

وكان متوسط عمر الجماعة ٨٢ ، ١٩ وانحراف معياري ١٠,٦٦.

وقد استخدم الباحثان ادوات متنوعة تلائم موضوع الدراسة هي :

- ١- مقياس بص ودروكي للعداوان .
- ٢- مقياس قوة الأنا .
- ٣- مقياس عدم الثقة بالنفس .
- ٤- مقياس سمة القلق للكبار .

واستخدم الباحثان اساليب التحليل الاحصائي المناسبة لصغر حجم عينه مثل الوسيط - ٢١ للوقوف علي دلالة الفروق باستخدام الاشارة لعينتين مرتبطتين .
واتضح من نتائج الدراسة ان نصف فروض الدراسة قد تحقق عند مستوي الدلالة ولم يتحقق النصف الاخر الخاص بالقلق ، والخاص بعدم الثقة بالنفس وقد أرجع الباحث عدم تحقيق الفرض الرابع (القلق) الي قرب موعد الامتحانات حيث ان عينه الدراسة أدركوا موقف الامتحان علي انه مهدد للشخصية ، كذلك الفرض الخامس (الخاص بعدم الثقة بالنفس) وقد فسر الباحثان ذلك بان ارتفاع القلق مع قرب الامتحان من المنطقي أن يصاحبه ارتفاع عدم الثقة بالنفس . وقد انتهى الباحثان الي ان عملية العلاج النفسي الجماعي كمتغير مستقل قد حققت تحسناً حقيقياً وتطوراً نحو الشفاء في نصف المتغيرات التابعة (السلوك العدواني وقوة الأنا) (في احمد خيرى ومجدي حسين ١٩٨٩) .

٩- وفي دراسة قام بها (براتن 1989 Braten)

بعنوان : تأثيرات العلاج الجماعي المتمركز - حول - الشخص ، في تحسين الشعور بالقلق وتحقيق فرص النمو لدي عينه متماثلة من الأسوياء ، وطبقت الدراسة علي عينه كلية قوامها (١١١) مراهقاً من الجنسين ، شكلوا ٩ تسعة مجموعات علاجية ، ومجموعة أخرى عاشره - ضابطة ، مستخدماً القياس القبلي والبعدي بالمقاييس التاليه :

- أ- القائمة ٩٠ للتحسين العلاجي اعداد : براتن
- ب- القائمة ٩٠ لفحص العرض المرضي اعداد : ديروجاييتس وأخريين Derogatis
- ج- مقياس الجو العلاجي اعداد : ماكينز Mackeinize ١٩٨٣

وكان من نتائج هذه الدراسة تحقيق درجة تحسن جوهريه عند مستوي ٠,٥ .
للمجموعات التجريبية التسعه ، ولم يتحقق ذلك للمجموعة الضابطة .

وأوصي الباحث ان يكون أي برنامج علاجي وسطا في عدد جلساته بين قصر الأمد ، وطول الأبد Long - Term ، حتي تتحقق الفاعلية المطلوبة (Braaten : 1989 PP : 183-209)

١٠- دراسة احمد خيرى ومجدي حسين ١٩٩٠

بعنوان : أثر العلاج النفسى الجماعى فى إزدياد تأكيد الذات وتقديرها وأنخفاض الشعور بالذنب وإنعدام الطمأنينه الإنفعالية لدى جماعة عصابية - دراسة تجريبية - وتهدف هذه الدراسة الى التعرف على مدى فاعلية العلاج النفسى الجماعى ومدى ما يحرزه من تحسن نحو الشفاء لدى جماعة عصابية.

وقد طبقت الدراسة على عينه مكونة من (١٥) فرداً (٣ ذكور ، ١٢ اناث) من طلاب جامعة عين شمس بمتوسط عمري من ٥٣ ، ٢٠ وانحراف معياري ١,٥٥ واستخدم فى الدراسة الادوات الاتيه :

- ١- مقياس تقدير الذات .
- ٢- اختبار تأكيد الذات .
- ٣- مقياس الشعور بالوحدة النفسية .
- ٤- استفتاء (ماسلو) للطمأنينة الانفعالية .

وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التاليه :

تحققت فروض الدراسة عند مستوي الدلالة ، ٠,٠٢ ، ٠,٠٣ ، عدا الفرض الخاص بالشعور بالذنب لم يتحقق وقد فسر الباحث عدم تحقيق هذا الغرض فى ضوء الدراسات السابقة وفى ضوء نظرية التحليل النفسى التى ترى ان الحاجة الى الشعور بالذنب معظم اسبابه لاشعورية وأنها ناتجة عن حاجة المريض للعقاب . ونتائج هذه الدراسة تشير إلى أن العلاج النفسى الجماعى ذو تأثير فعال لدى أفراد الجماعة فيما يتصل بتأكيدهم لذواتهم وتقديرهم لها وتحقيق الطمأنينه الانفعالية فى - (أحمد خيرى ، ومجدي حسين ١٩٩٠) .

١١- وفى دراسة حديثة قام بها (بالروسالى) Palmer & Sally 1990

بعنوان : العلاج الجماعى لأطفال الرعاية البديلة الذين تعرضوا للإنفصال والمنتمين لمستويات اجتماعية منخفضة فى كندا ، على عينه قوامها ٢٤ طفل من أطفال الرعاية البديلة ، تتراوح اعمارهم من ٧ - ١٦ عاماً وكانت فروض الدراسة موجهة تؤكد فاعليه العلاج الجماعى فى تخفيف إضطراب قلق الإنفصال المصحوب بإنخفاض تقدير الذات وإضطراب الهوية .

وأسفرت النتائج عن فاعليه العلاج الجماعى فى تخفيف الشعور بالخجل ، الحزن ، الغضب ، إضطراب المشاعر الناتجة عن الإنفصال (Palmer & Sally : 1990 PP: 227-238)

١٢- في دراسة قام بها (بوركو فيك Borkovec ، وهويكنز Hopkins ، وليو بنفيلدس

Lyperfields ، ولايتل Lytle ، وبوندا Posa ورومر Romer - 1991)

بعنوان : فاعلية العلاج اللاتوجيهي ، والاسترخاء التدريجي ، والعلاج المعرفي في علاج اضطراب القلق العام .

وهدفت الدراسة إلى المقارنة بين المناهج الثلاثة في علاج القلق وطبقت على عينة قوامها (٥٥) مفحوصاً من الجنسين ، يتراوح أعمارهم من ١٦ - ١٨ عاماً ، وأُعدت التصميم التجريبي على المقارنة بين ثلاث مجموعات تجريبية متماثلة ، تم توزيعها عشوائياً ، وتم تطبيق المقياس القبلي والبعدي باستخدام مقياس القائمة المعدل لاضطراب القلق . أعداد : دينارو وباولو ١٩٨٨ .

وأشترط الباحثون عدم خضوع المفحوصين لأي علاج نفسي في الماضي أو أثناء التجربة ، وإستمر البرنامج العلاجي لكل مجموعة لمدة ١٢ جلسة علاجية ، بواقع جلستين في الأسبوع ، وتمت المتابعة بعد أنتهاء البرنامج العلاجي لمدة تتراوح من ٦ - ١٢ شهراً وكان من نتائج هذه الدراسة ، فاعلية العلاج الروجري بدرجة جوهرية أقل من العلاج المعرفي ، والاسترخاء التدريجي في القياس البعدي ، مما يوحي في رأي الباحثين بأن الشروط الميسرة للعلاج الروجري : كالتعاطف - التقبل - مسنولية العميل في العملية العلاجية لا قيمة لها في تحسين مستوي القلق (Borkovec et al 1991 PP 171-172)

١٣- وفي دراسة قام بها كل من (استور وماير 1991 Mayer & Stuhr)

بعنوان : دراسة مقارنة للعلاج النفسي الجماعي قصير المدة - وفقاً لبرنامج هامبروج ، وهدفت الدراسة الي التحقق التجريبي لشكلين من أشكال العلاج النفسي الجماعي قصير المدة ، وهما العلاج السيكودينامي ، والعلاج المتمركز - حول - العميل - طبقت على عينة كبيرة قوامها (١٧٧) مفحوصاً من المرضى العصائيين والسيكوسوماتيين ممن وفدوا لتلقي العلاج في العيادة الخارجية بجامعة هامبورج ، شملت عينه مجموعة من المراهقين والمراهقات ، واستخدم في الدراسة الأدوات التالية :

أ- مقياس (تابلور) للقلق الظاهر .

ب- قائمة الأعراض المرضية .

ج- قائمة فرايبورج للشخصية .

د- اختيار للشخصية مبني على معطيات نظرية التحليل النفسي .

هـ- مجموعة مقاييس فرعية من إختبار الذكاء المتمايز .

وكان من نتائج هذه الدراسة وجود تناقص جوهري في القلق ، والاضطراب
السيكوسوماتي ، والنزعة الإكتئابية بين مجموعة العلاج المتمركز - حول العميل الذي
حقق فاعلية عن مجموعة العلاج السيكوريثامي بفارق جوهري عند مستوي دلالة ٠,٠٥
(Beutler & Carjo : 1991 : Ch : 25)

١٤- في دراسة قام بها (فيلد Field ، سكينبرج 1998 Schanberg) بعنوان مدي
إستفادة المراهقين من العلاج بالرسائل طبقت علي مجموعتين ، تعاني المجموعة الأولى
من القلق ، وتعاني الثانية من اللوكيميا المصحوبة بمشاعر الوحدة الساكنه وكان العلاج يتم
من خلال رسائل تتضمن زوجهات وارشادات علاجية من المعالج ، علي أن تراسل عينه
الدراسة المعالج وبعضهم البعض عند حدوث تحسن في الحالة النفسية الراهنة او عند
حدوث مشاعر قلق أو خوف ، وأسفرت النتيجة عن تحسن جوهري وأستمر الشعور
بالتحسن حتي بعد تسعة أشهر من إنتهاء البرنامج وفقاً للقياس - بعد - البعدي - (Field,
Schanberg , Keven : 1996 PP 555-563)

١٥- وفي دراسة قام بها كل من (جنثر Gunther وماريان Marianne ومارجريت
1998 Margaret) بعنوان : العلاج النفسي الجماعي لأباء المراهقين طبقت علي
مجموعتين من أباء المراهقين الذين مروا بخبرة الإنفصال مقارنة بعينه من الأباء الذي لم
يتعرض أبناهم لخبرة الإنفصال .

وأعتمد البرنامج العلاجي الجماعي علي إكساب وتدعيم المهارات الاجتماعية
وأشباع الحاجات النفسية مثل الحاجة الي الأبوه ، وأسفرت النتائج عن تحسن جوهري
لصالح المجموعة الأولى نتيجة إستبصار الأباء بأهمية العلاقة المشبعة للأبناء (Gunther et
al 1998 : P251)

ب- الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بمتغير الوحدة النفسية :

١- دراسة : ماتر و ماتر (1985) Matter, d & Matter, R. M.

Chidren Who are loncly and shy, Action steps the counseler, elementary -
School guidance and Counseling.

وتهدف هذه الدراسة إلي التحقق التجريبي عن أثر التوجيه والأرشاد النفسي في

علاج الشعور بالوحدة والخجل لدي اطفال المدرسة الإبتدائية .

واستخدم الباحثان مقياس الوحدة النفسية - ومقياس الشعور بالخجل من إعدادهما

بعد التأكد من ثباتهما وصدقهما وقد تركز البرنامج العلاجي علي تنمية بعض المهارات

الاجتماعية - تدعيم الافكار الإيجابية عن الذات - التفاعل الإجتماعي من خلال العلاج

الجماعي والعلاج البيئي .

وقد أظهرت النتائج أهمية دور المرشد والموجه المدرسي في مساعدة الأطفال الذين يعانون من الوحدة النفسية والخجل باستخدام العلاج النفسي الجماعي والعلاج البيئي الموجه نحو العوامل البيئية المسببه ، وفي نهاية الدراسة قدم الباحثان مجموعة من الإقتراحات التطبيقية هي :

- ١- ضرورة تنمية المهارات الاجتماعية والأفكار البناءه عن الذات يساعد في علاج الخجل والشعور بالوحدة النفسية.
- ٢- مراعاة تنظيم الفصل الدراسي بحيث يسمح بتنظيمه بزيادة إمكانية تكوين صداقات جديده وعديدة ومتنوعة.
- ٣- اسناد الأدوار القيادية التدريجية يساعد كثيراً في علاج مشكلات التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين (Matter & Matter : 1985 PP 129-135)

٢- دراسة بوليا Bolea, A., (1986) : بعنوان Treating loneliness in children وتهدف هذه الدراسة الي التعرف علي أثر الطرق العلاجية ومدى فاعليتها في علاج الوحدة النفسية لدي الاطفال من ٦ - ١٣ عاماً. وقد طبقت الدراسة علي - عينه أطفال يعانون من الوحدة النفسية ولديهم إضطراب يتعلق بالجهاز العصبي المركزي ، وعينه اخري من الأطفال يعانون من الوحدة النفسية الساكنة Silent lonelines وذلك من خلال التحقق التجريبي المقارن والقياس القبلي - البعدي.

وقد اسفرت نتائج هذه الدراسة عن فاعلية العلاج في علاج الوحدة النفسية لدي الاطفال من عينات الدراسة سواء في عينه الوحدة النفسية العصبية - او الوحدة النفسية الساكنه بدون فروق جوهريه.

وتدعم نتائج هذه الدراسة نتائج الدراسات الاخري في فاعلية العلاج النفسي الجماعي الذي اصبح صورة متطورة من العلاج النفسي تقتضية ظروف العصر الحالي حيث إزدياد أعداد المرضى من الأبناء انعكاسا للمتغيرات الأسرية والاجتماعية والاقتصادية (في - مايسة النيال ١٩٩٣ ص ١٠٥)

٣- في دراسة قام بها (دفتون وبرين Duftan & Brian - 1986) بعنوان العلاج النفسي الجماعي للوحدة النفسية - في مستشفى فيكتوريا العام في مدينة هاليفاكس بكندا - هدفت الي الوقوف علي مدى قوة الجماعة العلاجية في تحقيق المكاسب العلاجية المأموله ، وأسفرت النتائج عن فاعلية العلاج النفسي الجماعي في التحسن نحو الشفاء من إضطراب الوحدة النفسية ، حيث أدى البرنامج العلاجي الجماعي إلي إرتفاع تقدير الذات المنخفض لديهم ، وعلاج مشاعر الانسحاب ، وسطحية السلوك الاجتماعي ، وتحسن سوء التوافق

والانغلاق على الذات من خلال الجماعة العلاجية ، بالتركيز على المساندة النفسية من المعالج ، والتدعيم المتبادل لأعضاء الجماعة ، وكذلك بتأثير التغذية الرجعية ، مما أدى إلى نمو الجماعة العلاجية إلى جماعة نموذجية. (Dufton & Brian : 1986 PP 61-75)

٤- وفي دراسة قام بها (بيدمان وآخرين 1988 Budman

بعنوان : دراسة مقارنة بين العلاج النفسي الفردي ، والعلاج النفسي الجماعي قصيرة المدة Short - Term ، وهدفت الدراسة إلى المقارنة بين فعالية كل من النوعين من العلاج ، وطبقت الدراسة على عينة كلية قوامها ٩٨ مراهقاً من الجنسين ، يعانون من الوحدة النفسية ، وأنخفاض تقدير الذات واستخدمت في الدراسة الأدوات الآتية :

- أ- مقياس تقدير الذات إعداد كوبر سميث
- ب- مقياس الوحدة النفسية USLA إعداد بيدمان وآخرون
- ج- القائمة ٩٠ لمراجعة الأعراض النفسية والعقلية.

وتم توزيع العينة عشوائياً على مجموعتين إحداهما تلقت العلاج النفسي الفردي والأخرى طبق عليها العلاج النفسي - قصير الأمد ، وتم تتبع العينة لمدة عام بعد أنتهاء البرنامج العلاجي ، وأسفرت النتائج عن تحسن جوهري متقارب ومتشابه علي كل أدوات الدراسة ، كما أظهرت النتائج تحسناً جوهرياً متقارباً بين العلاج النفسي الفردي ، والعلاج النفسي الجماعي - قصير المدة (Budman et al : 1988 PP:63-86)

٥- دراسة (أمانى عبد المقصود ١٩٩٣)

بعنوان : مدى فاعلية برنامج ارشادي في خفض الشعور بالوحدة النفسية لدي المراهقين مكفوفي البصر .

طبقت على عينة من المراهقين والمرهقات مكفوفي البصر ، ممن حصلوا علي درجات مرتفعة في مقياس الوحدة النفسية ، الأداة الرئيسية في الدراسة وكان التصميم التجريبيين قائم علي التقسيم العشوائي للعينة الكلية إلى أربع مجموعات ، مجموعتين تجريبيين (ذكور وإناث) ومجموعتين ضابطتين ، واعتمد التماثل بين مجموعات الدراسة علي التقسيم العشوائي. وأعتد البرنامج علي تنمية بعض المهارات الخاصة بالتعاون - الاتصال ، حسن الاستماع إلي الآخرين ، التفجير المعرفي للطاقات المكبوتة من خلال حرية التعبير عن المشاعر دون كبت أو خجل أو خوف ، ومواجهة الأفراد لذواتهم في ظل مناخ من الممارسة النفسية يسمح بظهور التعبير التلقائي ، وللتحقق الاحصائي من نتائج الدراسة ، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين 2×2 ، أختبارات لتحديد اتجاه الفروق ومداهما.

وأُسفرت النتائج عن وجود تأثير دال عند مستوي ٠,٠٥ لمتغيري الجنس (النوع) والمعالجة لصالح المجموعتين التجريبتين في القياس البعدي والتتبعي للشعور بالوحدة النفسية مما يعني فاعلية البرنامج الإرشادي الجماعي المستخدم في الدراسة في خفض الشعور بالوحدة النفسية في صالح المجموعتين التجريبتين ، وكذلك استمرار الفاعلية في استمرار المكاسب العلاجية أثناء فترة المتابعه ، وتؤكد الباحثة ان البرنامج المقترح ساعد على ارتفاع تقبل المعاق لاعاقته ، وتجاوزها سعيًا وراء تحقيق ذاته وتقبله لمجتمعه (أماني عبد المقصود - ١٩٩٣ ص ص ٨٧ - ١٠١) .

٦- وفي دراسة قام بها (أسامة الراضي ومحمد المهدي ١٩٩٤)

بعنوان : العلاج النفسي الجماعي من منهج إسلامي ، حيث اختار الباحثان فنيات انتقائية وفقاً للمنهج التوفيقي الانتقائي في العلاج النفسي فنيات مبنية على أسس إسلامية مستمدة من القرآن الكريم ، والسنة المحمدية مثل التعاطف الإنساني - التركيز على دور الجماعة "الفرد بالجمع يعصم" ، التقبل - التفريغ الانفعالي في حضور أعضاء الجماعة ، علاج الجماعة بالجماعة - تحقيق الاستبصار والوعي الثري ، تحقيق المواجهة ، بما يتوافق مع طلاب المدارس المترددين على مستشفى الطائف بالسعودية ، يشكون جميعاً من أعراض الوحدة النفسية .

وبهدف التدخل العلاجي التجريبي الي مواجهة أعراض الوحدة لديهم ، والتدريب على التحكم في الميكانزمات الدفاعية ، بما يؤدي إلي تحقيق مكاسب علاجية في تحقيق التوافق ، وازدياد الوعي الثري ، وتحسين فرص النمو السوي ، عن طريق تدعيم القيم الإسلامية على عينه قوامها (٦٨) مرافقاً ممن يترددون على العيادة النفسية الخارجية لقسم الطب النفسي واستمر البرنامج (٢٠) عشرون جلسة) .

وكان من نتائج الدراسة حدوث تحسن جوهري لدي ٨٢,٤% من عينة الدراسة بينما لم يحقق البرنامج فاعلية لدي ١٧,٦% يمثلون ٨ حالات سبق تشخيصها باضطرابات الشخصية ، ٤ حالات مصابة بالفصام (أسامة الراضي ومحمد المهدي ١٩٩٤ ص ص ١٠٧ - ١٠٩) .

٧- وفي دراسة قام بها (بروت ، ومارجوري 1994 Brough & Marjorie)

في استراليا : بعنوان : تقييم العلاج النفسي الجماعي وفقاً (لأدلر Adler) في علاج الوحدة النفسية ، وهدفت الدراسة الي الوقوف على اثر جماعة العلاج الجماعي وفقاً (لأدلر) في علاج الوحدة النفسية ، واستخدمت الأدوات التالية :

أ- قياس الوحدة النفسية USIA

ب- مقياس الاهتمامات الاجتماعية.

ج- قائمة الاهتمامات الاجتماعية Sii

وطبقت الدراسة على عينه قوامها (١٧٩) مراهقاً ، وأعتمد التصميم التجريبي على توزيع العينه إلى عشرة مجموعات تجريبية ، تعاني من إزدیاد الشعور بالنقص ، وأرتفاع الشعور بالوحدة النفسية ، وركز البرنامج على تعديل أنماط الحياة Life Styles لدي مجموعات الدراسة .

وأسفرت نتائج الدارسة بعد مقارنة القياس القبلي بالقياس البعدي عن فاعلية البرنامج العلاجي وفقاً لمنهج (أدلر) في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية ، وزيادة التفاعل الاجتماعي والرضا عن أسره (Brough & Marjobrie 1994 PP: 40-51)

٨- في دراسة نظرية قام بها (ألمان Ulman ، إلينور Elinor وبنی Penny) عام 1996 بعنوان العلاج بالفن - النظرية والتطبيق ، حيث قام بتلخيص واستعراض كل الاتجاهات والدراسات في العلاج بالفن ، مع حصر الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يصلح معها العلاج بالفن بصورة جماعية ، وتوصلاً إلى أن العلاج بالفن يمكن الاستفادة منه كعنصر مساعد في العلاج النفسي ، والطب النفسي ، وتعظم فاعليته إذا كان أعضاء الجماعات العلاجية لهم رغبة في المرور بهذه الخبرة العلاجية ، كما أنه يساعد في نمو الإدراك وتدعيم الثقة بالنفس عند كل محاولة ناجحة من قبل المتلقين للعلاج الجماعي بالفن الذي يدعم عملية الإبداع (Ulman et al 1996 P 580)

٩- وقام (مارشال marchal ، وهيدسون Hudson ، وورد Ward 1997

بدراسة عنوانها : تدعيم مهارات الصداقة في علاج الوحدة النفسية لدي أطفال الملاجيء .

هدف البرنامج العلاجي إلى الوقوف على مدى فاعلية برنامج علاجي جماعي يعتمد على فنيات تدعيم مهارات الصداقة لعلاج الوحدة النفسية لدي اطفال الملاجيء (الأطفال مجهولي النسب) طبقت على عينه كلية قوامها (٣٢) طفلاً ليس لهم أسر طبيعية ، ويقومون في مؤسسات إجتماعية إيوائية .

وكان تفعيل مهارات الصداقة هو المحور الأساسي في البرنامج العلاجي ، بالإضافة الي تدعيم الشعور بالسعادة ، والتدريب على تكوين علاقات اجتماعية لمواجهة اضطراب التواصل ، واضطراب قلق الانفصال من خلال تفعيل النشاط لتحقيق القبول الاجتماعي من الآخرين ، والتغلب على مشاعر الوحدة النفسية .

وكان من نتائج الدراسة : أن البرنامج حقق فاعلية في مواجهة مشاعر الوحدة النفسية ، واضطراب قلق الانفصال ، واضطراب التواصل وأصبحت عينه الدراسة أكثر قدرة علي التحكم في الانفعالات. وأرجع الباحثون هذه الفاعلية إلى المزايا التي يتسم بها العلاج الجماعي وقد أوصي الباحثون بضرورة تدعيم مهارات الصداقة في أي برنامج علاجي لتحقيق أكبر قدر من الفاعلية (Marchal el al 1996PP 219-235)

ثانياً : التعقيب على الدراسة السابقة

- ١- في دراسة (رايين ١٩٧٦) استمر البرنامج العلاجي فيها ثلاث جلسات فقط وأسفرت نتائجها عن تفوق فاعلية العلاج بالاسترخاء التدريجي في تخفيف القلق بينما أدي العلاج غير التوجيهي وإزاحة الانتباه إلى زيادة القلق ، وهذه النتيجة تثير الشك ، نظراً لأن الجلسات الثلاث في العلاج غير التوجيهي لا تكفي للحكم علي فاعليته ، حيث أنه وفقاً لمبادئ (روجرز) في العلاج ، يزداد القلق في الجلسات الأولى (الإفتتاحية) وهي مرحلة استكشاف الذات ، أما مجموعة العلاج بالاسترخاء ، فان البرنامج يتجه منذ البداية إلى انقاص شدة القلق ، مما يجعل المقارنة في صالح العلاج الاسترخاء التدريجي ، كما لم تهتم الدراسة بالقياس التتبعي للوقوف علي مدى استمرار المكاسب العلاجية لمجموعة العلاج بالاسترخاء التدريجي ، مما يدفعنا إلي عدم الاطمئنان إلي نتائج هذه الدراسة .
- ٢- دراسة (نبيل حافظ ١٩٨١) أعتمد التجريب فيها علي المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، بعد تحقيق التماثل ، ولكن هذه الدراسة لم تهتم بالقياس التتبعي للوقوف علي مدى فاعلية البرنامج من خلال الوقوف علي مدى استمرار المكاسب العلاجية بعد القياس البعدي ، كما لم يشر الباحث إلي نسبة تسرب الأعضاء .
- ٣- في دراسة (ماير ١٩٨١) اهتم الباحث بالقياس التتبعي الذي كشف عن عدم استمرارية المكاسب العلاجية بعد تسعة أشهر من إنتهاء البرنامج العلاجي ، الأمر الذي يدعو في نظرنا إلي أهمية وضرورة ان يتضمن أي برنامج علاجي فنيات عديدة ومتنوعة تواجه الجوانب الانفعالية والمعرفية والجسمية والظروف البيئية ، وهي اللغات الثلاثة التي يعبر بها اضطراب القلق عن نفسه - حتي يحقق البرنامج الشفاء ذي الأمد الطويل ، وهذا ما دفع الباحث إلي تصميم برنامج متعدد المحاور في الدراسة الحالية .
- ٤- دراسة (اليزابث ١٩٨٣) أسفرت النتائج عن فاعلية كل من العلاج الجماعي الروجري والعلاج الجماعي بالتحليل النفسي في علاج القلق كحالة دون وجود فروق جوهرية بينهما ، ولكن لم تظهر فاعليهما في علاج القلق كسمة ويرى الباحث أن هذه النتيجة تثير الكثير من الاستغراب وعلامات الاستفهام ، إذ أنه من المعروف ان العلاج

بالتحليل النفسي إذا تم تطبيقه في مدي زمني معقول يكون على الأرجح ذي فاعلية لا يضارعه أي منهج علاجي آخر ، وقد ترجع هذه النتيجة إلى المدة الزمنية القصيرة التي استغرقها البرنامج والتي لا تساعد على تحقيق إستبصار عينه الدراسة بتعاطف وأصالة المعالج ، والاعتبار غير المشروط التي هي من الشروط الرئيسية للعلاج الجماعي وفقاً لمنهج (روجر) في العلاج

٥- دراسة (ليف وإليس ١٩٨٣) أسفرت النتائج عن فاعلية العلاج الجماعي ولكن هذه الدراسة لم تهتم بالقياس التتبعي الذي يمثل محكاً رئيسياً للحكم على فاعلية اي منهج علاجي

٦- في دراسة (ماتر وماتر ١٩٨٥) استقرت النتائج عن أهمية استخدام العلاج الجماعي عن طريق تنمية المهارات الاجتماعية في علاج مشاعر الوحدة والنفسية وأنتهت الي توصيات هامة في ضرورة تنظيم الفصل الدراسي بصورة تسمح بازدياد تكوين صداقات جديدة ومتنوعة لعلاج مشاعر الوحدة والإحساس بالخجل ، مع ضرورة الاهتمام بتعديل البيئة المحيطة ولكن يؤخذ على هذه الدراسة ايضاً عدم إهتمامها بالقياس التتبعي .

٧- في دراسة (بوليا ١٩٨٦) أهتمت بالدراسة التجريبية المقارنة بين علاج أنواع الوحدة النفسية وأنتهت إلى فاعلية العلاج النفسي الجماعي من خلال القياس البعدي - في علاج الوحدة النفسية العصبية ، والوحدة النفسية الساكنه بدون فروق جوهرية .

٨- كانت دراسة (دفتون وبرين ١٩٨٦) من الدراسات التي أهتمت بقوة الجماعة العلاجية ودورها في تحقيق المكاسب العلاجية باستخدام العديد من الفنيات العلاجية المنقاه من مناهج علاجية متباينه مما يؤكد ضرورة استخدام المنهج التوفيقي باعتباره المنهج الذي يناسب الممارسة الكليينكية في ضوء المعرفة السيكولوجية الراهنة ودرأ الخلاف او التحيز لمنهج علاجي بعينه - وذلك لصالح المرضى ولمواجهة الطلب المتزايد على العلاج النفسي لمواجهة هموم البشر وضغوط العصر .

٩- أسفرت نتائج دراسة (بورفيك وماتيس ١٩٨٨) - على فاعلية العلاج الجماعي غير التوجيهي بعد مزاجته بالاسترخاء التدريجي ، وهذه النتيجة تتناقض مع دراسته مع آخرين عام ١٩٩١ ، التي توصلوا فيها إلى أن العلاج غير التوجيهي كان أقل فاعلية في تحسين مستوي القلق من العلاج السلوكي المعرفي الجماعي ، ومن العلاج الجماعي بالتدريب على الاسترخاء التدريجي بمفرده ، وحين زواج بوركوفيك وزملائه بين العلاج غير التوجيهي والتدريب على الاسترخاء زادت الفاعلية ، مما دفع الباحث إلى الرجوع إلى البرنامج العلاجي لدراسة بوركوفيك بالمكتبه المركزية بجامعة الزقازيق ، حيث إتضح لنا أن (بوركوفيك) لم يكن يلتزم بالماديه الأساسية للعلاج الروجري ،

حيث كان يقلل من فاعلية المفحوصين ، وأزدياد دور المعالج ، كما كان يقلل من أهمية مبادئ (روجرز) الأساسية في العلاج الجماعي .

١٠- وتعتبر دراسة (بيدمان وآخرين ١٩٨٨) أيضاً من الدراسات الجادة التي اهتمت بالقياس التتبعي لعينه كبيرة الحجم (٩٨) مراهقاً من الجنسين ، وانتهت الى فاعلية العلاج النفسي الفردي ، والعلاج الجماعي - قصير الأمد - بدون فروق جوهرية . مما يعطي الثقة في العلاج النفسي الجماعي .

١١- دراسة (ديكرفل وبيير ١٩٨٨)

أهتمت بالدراسة التجريبية المقارنة بين العلاج النفسي الفردي والجماعي في الأمد القصير والطويل في علاج القلق ، وأنخفاض تقدير الذات وصعوبات التواصل . وأسفرت عن عدم وجود فروق جوهرية بين المناهج الثلاثة ، مما يدعم استخدام العلاج الجماعي قصير الأمد Short Term في الاضطرابات الخفيفة توفيراً للوقت والنفقات ومواجهة إزدیاد أعداد المرضى . ولكن يؤخذ علي هذه الدراسة عدم الاهتمام بالقياس التتبعي للوقوف علي مدى استمرار المكاسب العلاجية .

١٢- في دراسة أحمد خيرى ومجدي حسن ١٩٨٩ ، ١٩٩٠ ، إنتهت إلى فاعلية العلاج الجماعي ولكنها لم تهتم بالقياس التتبعي .

١٣- كانت دراسة (براتن ١٩٨٩) من الدراسات الكبيرة الهامة والنادرة التي طبقت علي عينه كبرة العدد (١١١) مراهقاً من الجنسين وهي من الدراسات التي أسفرت عن فاعلية العلاج الجماعي المتمركز - حول - الشخص في علاج القلق وفي تحسين فرص النمو النفسي للأسوياء بالزغم من عدم اهتمام (براتن) بالقياس التتبعي ونسبة التسرب من العلاج

١٤- كانت دراسة (المروسالي ١٩٩٠) من الدراسات المشابهة جداً لعينة الدراسة الحالية ، وأسفرت عن فاعلية العلاج الجماعي ، ولكن يؤخذ علي هذه الدراسة عدم الاهتمام بالقياس التتبعي للوقوف علي مدى استمرار المكاسب العلاجية بعد فترة من المتابعه ، الذي يعد من المحكات الرئيسية التي يعتمد عليها في الحكم علي فاعلية اي منهج علاجي .

١٥- في دراسة (بوركوفيك وآخروين ١٩٩١) أسفرت عن نتائج متناقضة مع دراسته السابقة عام ١٩٨٨ ، حيث ظهر للعلاج الراجري أقل فاعلية من العلاج المعرفي والأسترخاء التدريجي مما يوحي بان الشروط المبسطة في العلاج الراجري مثل التعاطف - التقبل - مسنولية العميل في العملية العلاجية ، لا قيمة لها في تخفيف مشاعر القلق . ويرى الباحث (الحالي) أن عدد الجلسات (الإثني عشرة) التي استغرقها

العلاج يكاد يصل بأعضاء الجماعة إلى استكشاف الذات فقط. دون مواجهتها في حضور الآخرين لذلك ، ويرى الباحث إن هذه الدراسة جردت العلاج الوجودي من التعاطف والاعتبار غير المشروط اللتان هما جوهر العلاج الوجودي مما يدعونا إلى عدم الاطمئنان إلى نتائج هذه الدراسة.

١٦- تعتبر دراسة (استور وماير ١٩٩١) من الدراسات الهامة التي أسفرت نتائجها عن فاعلية العلاج الوجودي عن العلاج السيكودينامي بفارق جوهري ٠,٠٥ وهذه النتيجة في رأينا ترجع إلى الالتزام الدقيق بتطبيق مبادئ العلاج الوجودي دون تجاوزات . وهذه النتيجة يمكن الاطمئنان إلى نتائجها نظراً لكبر حجم العينة (١٧٧) مفحوصا ، ولأنها كانت ضمن مشروع بحثي ضخم قامت به جامعة هامبورج بهدف الوقوف على أكثر المناهج العلاجية الجماعية فاعلية في تحقيق الأهداف العلاجية ، وما يؤخذ على هذه الدراسة هو عدم الاهتمام بالقياس التتبعي .

١٧- دراسة (أماني عبد المقصود ١٩٩٣) إتمدت على التصميم الرباعي واهتمت بالقياس التتبعي الذي أشار إلى استمرار المكاسب العلاجية وهي من الدراسات التي يمكن الاطمئنان إلى نتائجها .

١٨- تعتبر دراسة (أسامة الراضي ومحمد المهدي ١٩٩٤) من الدراسات النادرة التي أتمدت في برنامجها العلاجي على قيم روحية مستمدة من القرآن والسنة لمواجهة مشاعر الوحدة النفسية . ببرنامج استمر لمدة (٢٠) جلسة وأسفرت عن تحسين ٨٢,٤% من عينة الدراسة ، ولكنها لم يهتما بالقياس التتبعي ، ولا توجد إشارة إلى نسبة التسرب من العلاج .

١٩- تعتبر دراسة (بروت مارجوري ١٩٩٤) من الدراسات التي يمكن الإطمئنان إلى نتائجها ، حيث طبقت على عينة كبيرة العدد (١٧٩) مراهقاً ، مقسمة إلى عشرة مجموعات تجريبية تعاني من الوحدة النفسية وأسفرت عن فاعلية العلاج الجماعي وفقاً للمنهج (أدلر) مما يدعو إلى الإطمئنان عند وضع فروض موجهه .

٢٠- تعتبر دراسة (مارشال وآخرين ١٩٩٦) من الدراسات الشديدة الشبه بعينة الدراسة الحالية ، حيث طبقت على أطفال الملجء ممن يشكون من الوحدة النفسية وحقق البرنامج مكاسب جوهريه في علاج مشاعر الوحدة النفسية ، وقلق الانفصال باستخدام فنيات عديدة ومتنوعة، مما يعزز أهمية ان يواجه أي برنامج علاجي المظاهر المتنوعة التي يعبر بها الاضطراب النفسي عن نفسه ، وحتى يجد كل عضو في الجماعة من الفنيات العلاجية المتنوعة ما يساعده على تحقيق المكاسب العلاجية

المأمولة ، كما أكدت توصيات هذه الدراسة على ضرورة الاهتمام بتعظيم مهارات الصداقة ومهارات الاتصال .

بعد أن تناول الباحث الدراسات والبحوث السابقة بالتحليل والتعقيب فيما يختص بالنتائج ، سنعرض لهذه الدراسات والبحوث من المنظور النقدي بصورة مقارنة على النحو التالي :

١- كان المنهج التجريبي هو المنهج الأثير والشائع الاستخدام في جميع الدراسات والبحوث السابقة التي تراوحت تصميماتها التجريبية ما بين القياس القبلي / البعدي لمجموعة تجريبية واحدة ، الي التصميم ذات المجموعات التجريبية المتعدده حيث كانت في دراسة (براتن ١٩٨٩) تسعة مجموعات تجريبية ، والمجموعة العاشرة ضابطة ، ودراسة (بروت ومارجوري ١٩٩٤) كانت على عشرة مجموعات تجريبية .

٢- يشير مضمون ومحتوي الدراسات السابقة الي أن ثمة تساؤل كان ولايزال يشغل أهتمام العديد من الباحثين وهو أيهما أعظم فاعلية العلاج النفسي الفردي أم العلاج الجماعي؟ حيث تراوحت النتائج بين سيادة فاعليه العلاج النفسي الجماعي على العلاج النفسي الفردي ، أو إلي عدم فروق جوهريه بينهما ، أو أن النتائج متقاربة في الفاعلية ، كما إهتمت بعض الدراسات بالمقارنة التجريبية بين العلاج الجماعي طويل الأمد Long Term وقصير الأمد Short Term وانتهت أغلب الدراسات الي ضرورة أن يكون البرنامج العلاجي وسطاً في عدد جلساته ، أو يناسب حاجات الأعضاء ويحقق الأهداف العلاجية المأمولة .

٣- كما تثير المقارنة بين فاعلية العلاج النفسي الفردي ، والعلاج الجماعي قصير الأمد أو طويل الأمد - في نتائجها إلي أن كلا النوعين يتكاملان دون تناقض . وأنه لزيادة الفاعلية واستمرار المكاسب العلاجية يمكن استخدامهما معا في الحالات شديدة الإضطراب .

٤- أثارت بعض الدراسات قضية المقارنة بين طرق ومناهج العلاج الجماعي ، وأخي طرق العلاج الجماعي أكثر فاعلية ، وتشير النتائج الموضوعية إلى التأثير المتبادل والمتعادل في أغلب الأحيان ، وأن المعالج والجماعة ما زالا يمتلكان نصف معادلة العلاج .

٥- أثارت بعض الدراسات قضية مده العلاج اللازمة لتحقيق الأهداف العلاجية المأمولة حيث تراوحت مدة الجلسات ما بين ثلاثة جلسات مثل دراسة (بوركوفيك وماتئوس ١٩٨٨) إلي جلسات تراوحت ما بين ١٢ جلسة الي ٢٠

جلسة في باقي الدراسات المعروضة ، وأكدت دراسة (برانتين ١٩٨٩) إلى أن يكون البرنامج وسطاً في عدد جلساته إذا رأي المعالج أن ذلك يحقق الفائدة العلاجية المرجوه ، نظراً لظروف العصر الراهن .

٦- كانت كل أدوات ومقاييس الدراسات السابقة مناسبة للمتغيرات ، وأعتد أغلبها علي أكثر من أداة ، وكان مقياس (تايلور) للقلق الظاهر ، ومقياس الوحدة النفسية ، ومقياس (سبيلبرجر) الحالة/السمة ، هي أكثر المقاييس شيوعاً واستخداماً .

٧- تراوحت عينات الدراسات ما بين العينات صغيرة العدد (١٤) مفحوصاً في دراسة (ليف وإليس ١٩٨٣ وأحمد خيرى ومجدي حسين ١٩٨٩ ، ١٩٩٠) وعينات كبيرة العدد مثل دراسة (أستور وماير ١٩٩١ - ١٧٧ مفحوصاً ، ١٧٩ مفحوصاً) ودراسة بروت ومارجوري ١٩٩٤ وعينات متوسط العدد مثل عينة دراسة مارشال وهيدسون ٣٢ مفحوصاً وكانت العينات الصغيرة هي السائدة .

٨- تراوحت أهداف الدراسات السابقة ما بين التحقق التجريبي لمنهج علاجي محدد الي المقارنة بين مناهج علاجية متنوعة ، إلى منهج علاجي تم تحصينه بفنيات الاسترخاء التدريجي للوقوف علي أكثر المناهج فاعلية في تحقيق الأهداف العلاجية ، وتشير النتائج إلى إزدياد الفاعلية إذا تمت المزاجه بين أكثر من منهج علاجي .

٩- كانت فنيات العلاجى الروجري ، والعلاج السلوكي ، والجشثالتي - والتحليل النفسى ، والمنهج التوفيقي هي أكثر المناهج التي وضعت تحت التحقق التجريبي كما ندر الاكتفاء بفنية علاجية واحدة في مقابل الجمع بين أكثر من فنية علاجية بل وفنيات علاجية متعددة في برنامج علاجي واحد ، حيث كان الاتجاه السائد هو تحصين المناهج العلاجية بفنيات علاجية من أطر نظرية عديده بما يناسب مواجهة مظاهر الاضطراب النفسى الانفعالي والمعرفي والجسدي لتحقيق أكبر قدر من الفاعلية في تحقيق الأهداف العلاجية واستمرارها - وقد استفاد الباحث من هذه النتيجة في تصميم برنامج متكامل في الدراسة الحالية .

١٠- لوحظ أن أغلب الدراسات تميل إلى الجمع بين أكثر من فنية علاجية تنسب الي اطر نظرية ومناهج علاجية متباينة لتحقيق الفاعلية ، متأثرة بالاتجاه التوفيقي في العلاجى النفسى (ثورن Thorne ١٩٧٣) والذي يناسب المرحلة الحالية لتطور الممارسة النفسية في العلاج الجماعى ، وكذلك رؤية العلاج الجشثالتي الجماعى الذي يوصف بأنه بانثنقائى Eclectic لأنه جمع بين فلسفة العلاج الوجودي ،

ودينامية الجماعة العلاجية القائمة على معطيات التحليل النفسي ، وضبط وتجريبية العلاج السلوكي وخبروية العلاج الوجودي ، وقد أكد ذلك نتائج دراسة (جارفيلد - وكينز ١٩٧٨) التي توصلت إلى أن غالبية الكليينكيون الذين إستجابوا للدراسة ذكروا أنهم توفيقيون Eelecticism (ملكية : ١٩٩١ ص ص ٣٩٩ - ٤٠٠)

ويتضح ذلك من مضمون دراسات بروت ومارجوري ١٩٩٤ ، ومارشال ١٩٩٦ ، ويكيرفك ، وماثيوس ١٩٨٨ ، وليف واليس ١٩٨٣ ، وأستروماير ١٩٩١ ، ودياموند ١٩٧٨ ، أسامة الراضي ١٩٩١ ، نبيل حافظ ١٩٨١ ، أماني عبد المقصود ١٩٩٣ .

١١- تراوح المدي الزمني لتنفيذ البرامج العلاجية في أغلب الدراسات السابقة ما بين عدة اسابيع إلى ستة شهور ، وأوضحت أغلب الدراسات الجادة إلى أهمية ان يكون البرنامج العلاجي وسطاً في مدة تنفيذه ، وهذه أحد مزايا العلاج الجماعي ، حتى لا ينسب المكاسب العلاجية إلى عامل او متغير الزمن .

١٢- لم تشر كل الدراسات السابقة العربية والأجنبية إلى نسبة تسرب الأعضاء من العلاج ، وهو ما سوف تهتم به الدراسة الحالية .

١٣- لم تهتم أغلب الدراسات السابقة بالقياس التتبعي الذي يمثل محكا رئيسياً هاماً للحكم على مدي فاعلية أي منهج علاجي ، ولهذا سيكون القياس بعد البعدي موضع إهتمام الدراسات الحالية .

١٤- كانت أغلب الدراسات السابقة مطبقة على عينات ، إما مقيمة في المصحات النفسية ، أو من المترددين على العيادات الخارجية للمستشفيات ، كما لم تهتم الدراسات السابقة بتجريب فاعلية العلاج الجماعي على عينه من المراهقين الذين يعانون من قلق الانفصال أو ممن يعانون من الوحدة النفسية ، ويقومون في أحد المؤسسات الإيوائية ، ويعانون من خبرة الانفصال والحرمان الوالدي ، فضلا عن صدمة الإيواء ، التي ربما تتحدى أي نوع من العلاج النفسي ، ما لم ينطوي البرنامج العلاجي على تدعيم إرادة الأمل وإرادة الحياة ، والمعاشية الإيجابية مع الواقع ، لأن مؤسسات الإيواء ليست سوي - بيوت منتصف الطريق . وهو ما سوف يهتم به الباحث في الدراسة الحالية .

١٥- وهكذا ساعد التناول للدراسات والبحوث السابقة من المنظور النقدي - ساعد على تخطي الدراسة الحالية مأخذ الدراسات السابقة ، كما ساعد في تحقيق أهداف الباحث من عروضها وتناولها من المنظور النقدي - حيث ساعد هذا في أن

تكون فروض الدراسة الحالية موجهه ، مع الإهتمام بمدي إستمرار المكاسب العلاجية للوقوف على مدي قدرة العلاج الجماعي على تحقيق الشفاء طويل الأمد وسنعرض في الفصل التالي الإجراءات المنهجية للدراسة.

الفصل الرابع

فروض الدراسة وإجراءاتها.

محتوي الفصل الرابع :

أولاً : فروض الدراسة.

ثانياً : منهج الدراسة.

إجراءات الدراسة

ثالثاً : عينة الدراسة.

رابعاً : أدوات الدراسة.

الأداة الأولى : المقابلة النفسية المفتوحة.

الأداة الثانية : مقياس قلق الانفصال.

- مبررات إعداد المقياس.

- خطوات تصميم مقياس قلق الانفصال.

- الهدف من المقياس.

- مصادر إشتقاق البنود.

- صياغة البنود.

إجراءات التحقيق التجريبي والإحصائي لصدق وثبات مقياس قلق الانفصال.

أولاً : صدق المقياس.

- صدق التحكيم.

- صدق المحك.

- الصدق التمييزي.

ثانياً : ثبات المقياس.

الأداة الثالثة : إختبار الشعور بالوحدة النفسية.

الأداة الرابعة : مقياس التحسن العلاجي.

- الهدف من المقياس.

- خصائص المقياس.

- تعليمات المقياس.

إجراءات التحقق التجريبي لصدق وثبات مقياس التحسن العلاجي

أ- الصدق الظاهري. ب- صدق التحكيم

ج- ثبات المقياس

الأداة الخامسة : بطاقة تعارف.

الأداة السادسة : دراسة حالة.

خامساً : البرنامج العلاجي.

أ- مسلمات البرنامج العلاجي.

ب- مميزات تصميم برنامج متعدد المحاور.

ج- هدف البرنامج العلاجي.

د- جلسات البرنامج العلاجي.

هـ- تحليل البرنامج العلاجي من خلال مراحل تطور الجماعة العلاجية.

سادساً : الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

سيقوم الباحث بعرض الإجراءات المنهجية للدراسة وفقاً لما هو متعارف عليه كما يلي - الفروض - المنهج - العينة - حجمها وخصائصها - الأدوات - طريقة التطبيق - الأساليب الإحصائية - البرنامج العلاجي (مسلّماته - مبرراته - الجلسات) وأخيراً تحليل الباحث للبرنامج العلاجي من خلال مراحل تطور الجماعة العلاجية .

أولاً : فروض الدراسة :

سبق أن حدد الباحث مشكلة الدراسة في الفصل الأول في صيغة تساؤلات أمكن من خلالها تحديد القضايا التي تتخذ منها الدراسة الحالية موضوعاً لها ، بحيث يمكن تحديد وصياغة الفروض التالية كإجابات محتملة لمشكلة الدراسة ، ساهم في صياغتها وتحديدها . استفادة الباحث من الإطار النظري والدراسات السابقة وأهداف الدراسة .

الفرض الأول :

يؤدي العلاج النفسي الجماعي - باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور - إلى التحسن نحو الشفاء من قلق الانفصال لدى الجماعة ، كما يقيسه مقياس قلق الانفصال ومقياس التحسن العلاجي .

الفرض الثاني :

يؤدي العلاج النفسي الجماعي - باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور - إلى التحسن نحو الشفاء من الشعور بالوحدة النفسية ، كما يقيسه اختبار الشعور بالوحدة النفسية ومقياس التحسن العلاجي .

الفرض الثالث :

يحقق العلاج النفسي الجماعي - باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور - الإستمرارية في المكاسب العلاجية بعد إنتهاء البرنامج العلاجي كما يقيسه أدوات الدراسة .

ثانياً : منهج الدراسة

شهدت الخمسينات من القرن العشرين وحتى الآن تحولاً نوعياً في مناهج البحث وإتجاهات الفكر ، حيث مال الباحثون إلى تجنب الصياغات النظرية التي تهدف إلى تفسير

شامل للنفس الإنسانية ، واتجهوا إلى وضع صياغة اقرب إلى الإجرائية ، ونتج عن هذه الاتجاه إتجاه آخر للتقليل من البحوث الوصفية ، والإهتمام بالتجريب ، لأنه المنهج الأكثر دقة وضبطاً للتحكم في ظهور الظاهرة أو إختفائها .

وقد صاحب الإهتمام بالتجريب عدداً من المشكلات الأخلاقية ، خاصة فيما يتعلق بلجوء بعض الباحثين الي عزل المفحوصين في مختبرات أو مواقف تجريبية منقطعة الصلة بالحياة . لذلك سبتخذ الباحث من المنهج التجريبي وسيلة عملية آمنه للتحقق من صحة الفروض ، تحقيقاً للأهداف المنوطه بالدرسة باستخدام أحد تصميمات المنهج التجريبي ، وهو طريقة للمجموعتان التجريبيتان (القياس القبلي / القياس البعدي / القياس بعد البعدي) لما لهذا التصميم من مزايا ، وبما يتناسب مع الهدف من الدراسة ، واضعين في الاعتبار أن الفاصل الزمني بين التطبيقات الثلاثة يسمح بالنسيان ، وبالتالي يضعف أثر القياس القبلي علي القياس البعدي أو بعد البعدي (القياس التتبعي)

والفاصل الزمني : هو طول مدة البرنامج العلاجي المطبق ، وطول فترة المتابعة ما بين القياس البعدي - وبعد البعدي ، كما يساعد هذا النوع من التصميم التجريبي علي ثبات المتغيرات التي قد يكون لها تأثير علي المكاسب العلاجية ، بما يدفعنا إلى الإطمئنان علي نتائج الدراسة .

إجراءات الدراسة

ثالثاً : عينه الدراسة

تكونت عينه الدراسة من مجموعة من أبناء جمعية إنقاذ الطفولة بلغ عددها (٢٧) مفحوصاً) قسمت إلى مجموعتين المجموعة الأولى تشمل مجموعة قلق الانفصال قوامها (١٣ مفحوصاً) والمجموعة الثانية هي التي تعاني من الوحدة النفسية وعددها (١٤) مفحوصاً) وذلك بناء علي درجاتهم علي المقاييس والاختبارات والمقابلات النفسية المفتوحة وهم الذين تضمنت ملفاتهم الاجتماعية أعراض قلق الانفصال أو الشعور بالوحدة النفسية ، وقد كان التطبيق يتم بصورة فردية لتحقيق أكبر قدر من الجدية والشعور بالطمأنينة أثناء التطبيق وأستمرت عملية أعداد عينه الدراسة الفترة من ١٩٩٧/٣/١ إلى ١٩٩٧/٥/٣٠ ، وبعد تسرب عدد (ثلاثة مفحوصين) خرجوا إلى ذويهم دون عودة الي المؤسسة أصبحت عينه الدراسة مكونة من (٢٤ مفحوصاً) مقسمة إلى مجموعتين قوام كل مجموعة تجريبية (١٢ مفحوصاً) .

خصائص عينه الدراسة

١- أن يتراوح العمر الزمني من ١٣ - ١٨ سنة ، ويكون حديث الانفصال .

- ٢- ألا يكون قد سبق له التعرض لخبرة العلاج النفسي او الطب النفسي وطوال تطبيق البرنامج العلاجي سواء كان ذلك بصورة فردية أو جماعية .
- ٣- أن يكون ملتحقاً بالدراسة في المرحلة الأعدادية أو الثانوية .
- ٤- من الذكور (حسب طبيعة أبناء المؤسسة من الذكور فقط) .
- ٥- أن يكون من الأبناء الذين لا يخرجون في زيارة لأسرهم طوال فترة التطبيق ، لضمان تثبيت المتغيرات والمؤثرات البيئية التي قد يكون لها تأثير على النتائج بالسلب أو الإيجاب .
- ٦- أن يكون الانفصال أو الحرمان من الوالدين لأسباب أسرية وليس لأحكام قضائية .
- ٧- موافقة العضو على الإنضمام للجماعة العلاجية .
- ٨- ممن حصلوا على درجات مرتفعة على إداوات الدراسة في القياس القبلي .

رابعاً : أدوات الدراسة

إختار الباحث وصمم عدداً من المقاييس والأختبارات التي تصلح للإجابة عن التساؤلات ، وخاصة تلك المقاييس التي تتناسب مع الأعراض المرضية التي تشكو منها عينة الدراسة ، وشملت أدوات الدراسة ما يلي :

- ١- المقابلة النفسية المفتوحة لإختيار عينة الدراسة
- ٢- مقياس قلق الانفصال إعداد : الباحث
- ٣- إختبار الشعور بالوحدة النفسية إعداد : إبراهيم قشقوش
- ٤- مقياس التحسن العلاجي إعداد : الباحث
- ٥- بطاقة تعارف إعداد : الباحث
- ٦- دراسة حالة إعداد : الباحث

وسنتناول أدوات الدارسة بالعرض التفصيلي لكل أداه موضحاً أهداف كل منها ، وأجراءات تقنياتها ، إجراءات الباحث في الوقوف على ثبات وصدق بعض أدوات الدراسة التي هي من إعداد غيره من الباحثين ، وقد جاء عرض الأدوات بترتيب مقصود ليتمشي مع المتغيرات في عنوان الدراسة .

الإداة الأولى : المقابلة النفسية المفتوحة

استخدم الباحث للتحقق من خصائص عينة الدراسة دون تحديد لزمانها ، وفقاً لرغبة كل عضو يتحدث فيها عن كل مشاعره وآلامه ، وطموحاته ، وكان الباحث يقوم بدور الميسر في هذه المقابلات وإشعار المفحوص بالتقبل التام - حتى يعرض كل عضو معاناته في جو يتسم بالخلو النسبي من الخوف أو القلق . وكانت عدد المقابلات النفسية مع

كل مفحوص ما بين جلسة واحده إلى ثلاث جلسات ، وسيرد ذكرها تفصيلاً عند عرض دراسة الحالة .

الأداة الثانية : مقياس قلق الانفصال إعداد الباحث

هو مقياس مبني على طريقة التقدير الذاتي للمفحوصين لمشاعرهم وإضطراباتهم حيث "زادت أهمية مقاييس التقدير في السنوات الحديثة ، وتعددت استخداماتها لأنها تمكن الأطباء النفسيين من التواصل مع رفاقهم بصورة مقبولة عن طريق تسجيل البيانات بصورة رقمية (Tyler - et - al.,: 1993, PP 434-437)

"كما أن مقاييس التقدير تقلل من الذاتيه ، وعند تبثيت المتغيرات فإن الفروق في الأداء تكون ذات قيمة بحثيه" (Rotter & Hersev : 1985 I In : Tyler : 1993 - P:7)

هذا فضلاً "أن هذا النوع من المقاييس أكثر حساسية من المقاييس الأخرى في تحديد مرض غير ظاهر ، أي أنها تستخدم لقياس الحالات الداخلية من الشعور بعدم الراحة (Dleary & Johnson : 1986 . في ، محمود حموده ، الهامى ١٩٩٤ ص ص ٢-٤) .

كما تعتمد مقاييس التقدير الذاتي على إدراك المفحوص لمشاعره ومعاناته - وهي وإن كانت أقل دقة من التقييم بواسطة المقابلات ، إلا أن كليهما عرضه للخطأ ، والأمثل استخدامها معاً " (Snaith : 1990 - P : 78) وكما يري (هيلوب 1985-Hillop)

أن الأطفال فوق سن السادسة يمكن أن يعطوا تقديراً دقيقاً عن الظواهر التي يلاحظها الأباء بنسبة إتفاق ٨٠% (محمود حمودة - الهامى ١٩٩٤ ص ٧) .

وهذا النوع من المقاييس التي تعتمد على التقدير الذاتي ، تشعر المفحوصين بأن شكاوهم تقاس بدقة ، إضافة الي أنها تقدم للباحثين والكلينيكين طريقة مختصرة وسريعه للحكم على مدى شدة الأعراض المرضية ، تمكن من الحكم على مدى فاعلية أي برنامج علاجي ، كما تشعر الفحوص بدوره وأهميته في التشخيص والحكم على مدى فاعلية العلاج ، باعتبار أن المفحوص هو أكثر من يعبر بصورة رقمية عن حجم مشاعره ومعاناته وهو من نوع مقاييس الورقة والقلم .

مميزات إعداد المقياس

- ١- لم يعثر الباحث على مقاييس تقيس قلق الانفصال الا على مقياس واحد من إعداد عباس عوض ، مدحت عبد الحميد : وهو مقياس باللجنة العامية ومضمون عباراته تصلح فقط للأطفال الصغار (عباس عوض ، مدحت عبد الحميد ١٩٩٣ ص ص ١٥-٣٠)

- ٢- إعداد أداة سيكومترية مستمدة من البيئة المصرية تشتق بنودها من مصادر عديدة من التراث النظري في الموضوع - والتصنيف الأمريكي الثالث المعدل ١٩٧٨ ، والتصنيف الأمريكي الرابع ١٩٩٤ ، ومن تحليل إستجابات عينة من المراهقين علي قلق الانفصال .
- ٣- رغبة الباحث في اعداد مقياس يقوم علي أساس التقدير الذاتي من قبل المفحوص ، ويكون مشاركاً مع الفاحص في عملية التشخيص ، بطريقة تدفع المفحوص إلي الإطمئنان إلي أن شكواه ومعاناته تقاس بطريقة موضوعية ، بعيداً عن ذاتيه الفاحص في التشخيص والحكم .
- ٤- إن أغلب القاييس الموجوده معربة عن مقاييس أجنبية ، وتقيس القلق العام بوجه عام .

خطوات تصميم مقياس قلق الانفصال :

الهدف من المقياس : حدد الباحث الهدف من المقياس في الكشف عن الأعراض الدالة علي وجود - أو - عدم وجود قلق الانفصال عند الأطفال حتي سن ١٨ سنة ، ومستوياته من قلق شديد - متوسط - بسيط - سوي ، وفيما يلي عرض للخطوات التي أتبعته في تصميمه :

مصادر اشتقاق البنود

- ١- التراث النظري الخاص باضطرابات الطفولة ، وخاصة ما يتعلق بقلق الانفصال ، وهو ما سبق عرضه في الإطار النظري للدراسة ، كما تم الإطلاع علي التشخيص الإحصائي الأمريكي الثالث المعدل D.S.M. III والتصنيف الرابع 1994 : DSM IX
- ٢- المقاييس والأختبارات النفسية وثيقة الصلة ، بغرض الاستفاده منها في بناء المقياس نذكر منها :
- (١) مقياس القلق الصريح - تأليف : تايلور - إعداد : مصطفى فهمي ١٩٨١ .
- (٢) مقياس القلق/ الحالة / السمة - تأليف سبيلبرجر - إعداد : أحمد عبد الخالق ١٩٨١ .
- (٣) مقياس القلق / الحالة/ السمة / تأليف أسبيلبرجر- إعداد : عبد الرقيب البحيري ١٩٨٢ .

٤) مقياس القلق / الحالة / السمة - تأليف إسبيلرجر - إعداد : أمينة كاظم
١٩٨٥.

٥) مقياس القلق للأطفال - إعداد : فيولا الببلاوي ١٩٨٧

٦) مقياس القلق لدي التلاميذ - إعداد : محمد الشيخ ١٩٨٧.

٧) مقياس قلق الأطفال - إعداد : عباس عوض ومدحت عبد اللطيف
١٩٩١

٨) مقياس قلق الأطفال - إعداد : أحمد عبد الخالق ، مایسة النبال ١٩٩١

٩) مقياس الحالة النفسية الراهنة - إعداد : محمود حموده ، الهامي عبد
العزيز ١٩٩٤.

-٣ قام الباحث بدراسة استطلاعية ، طبق فيها سؤالان مفتوحان ، علي عينه من
الأطفال والمراهقين قوامها (٢٥ طالباً وطالبة) ممن يترددن علي المركز
الصفی بمدرسة الطبري الإعدادية بمنطقة مصر الجديدة التعليمية ، وعينة
أخري مماثلة قوامها (٢٥ طالباً) من الجنسين من ابناء المؤسسات الذين
تعرضوا لخبرة الانفصال في مؤسستي الحرية ، والقبة متوسط أعمارهم
١٦,٤ سنة + ٠,٤٥

وكان السؤال الموجهة للعينة الاولي :

س١: صف لي شعورك لو أحسست أن الوالدين أو أحدهما سوف يبتعدون
عنك؟ وكان السؤال للعينة الثانية.

س١: صف مشاعرك وأحاسيسك عندما تعرضت للانفصال عن الوالدين ،
والحياة بعيداً عنهم .

س٢: الي متى إستمرت هذه المشاعر؟

-٤ تم تحليل استجابات العينة الاستطلاعية ن = ٥٠ مفحوصاً علي السؤال
المقترح وكان نتائجها علي النحو التالي :

أ- أخذ الباحث الأعراض المرضية (الأنفعاليه - المعرفية - الجسمية) التي
حصلت علي تكرارات ٨٠% من العينة .

ب- تراوحت استمرار المشاعر المؤلمة الناتجة عن الانفصال من مدة
أسبوعين ٢٠% ، حتي ثلاثة شهور فأكثر ٤٠% ، ستة شهور
فأكثر ٣٥% و ٥% من العينة قرروا عدم تأثرهم بالانفصال نظر
لإدراكهم أن الانفصال عن الأهل سيحدث إن أجلاً أو عاجلاً .

- ج- إتفقت الأعراض المرضية لقلق الانفصال بين المجموعتين بنسبة ٨٠% اتفاق.
- د- عبر ٦٠% من العينة الكلية عن المشاعر الذاتية المؤلمة بعبارات تطابق ماجاء في الصورة الكلينيكية لقلق الانفصال كما جاء في التراث ، وما جاء في التصنيف الأمريكي الثالث والرابع Ds.M.IX
- هـ- عبر ٥٠% من العينة الكلية عن الآثار المستقبلية السلبية الناتجة عن الانفصال.
- و- كانت العبارات في استجابات عينة الإيواء أكثر تعبيراً عن الأعراض المرضية لقلق الانفصال ، وذلك لمورهم بخبرة الانفصال المؤلمة.

صياغة النود

- ١- اعتماداً على الخطوات السابقة ، تم صياغة (٤٥ عبارة) روعي فيها الشروط الواجب توافرها في صياغة عبارات المقاييس والاختبارات التي أكدت عليها رابطة علم النفس الأمريكية A.P.A كما وردت في (Reynolds & Richmond : 1978 PP : 271 - 280).
- ٢- تم إعداد تعليمات المقياس ، حيث يطلب من المفحوض كتابة بعض البيانات الشخصية التي تتطلبها إجراء الدراسة ، والاستجابة للمقياس ، وأستقر الباحث على التدرج الرباعي لشكل المقياس ، بحيث يختار المفحوض إجابة واحدة من الإختبارات الأربع التالية :
- دائماً / أحياناً / نادراً / لا ، وتعطي هذه الإختبارات عند التصحيح الدرجات التالية على التوالي : ٣ ، ٢ ، ١ ، صفر بحيث تشير الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوض إلى مستوي قلق الانفصال .
- ٣- أجري الباحث . دراسة استطلاعية ثانية ، طبق فيها المقياس بصورته المبدئية على عينة قوامها (٢٥ مفحوصاً) من أبناء المؤسسات تتشابه مع عينة الدراسة الأساسية في خبرة الانفصال ، العمر الزمني - المستوي التعليمي بهدف التأكد من وضوح عبارات المقياس ، وأكدت نتيجة الدراسة الإستطلاعية الثانية أنه لا يوجد غموض في عبارات المقياس ، نظر الآن عبارات المقياس تم صياغتها باللغة العربية السهلة (لغة الصحف)

إجراءات التحقق التجريبي والاحصائي لصدق وثبات مقياس قلق الانفصال

أولاً : صدق المقياس :

١- عرض البنود على المحكمين :

أ- طلب الباحث من ستة محكمين متخصصين في علم النفس والصحة النفسية والطب النفسي (أعضاء هيئة تدريس بالجامعات) قراءة البنود وحذف أو تعديل البنود التي يعتقدون أنها تعبر عن الأعراض التي حددها الباحث في تعريفه النهائي لقلق الانفصال ، حيث أرفق الباحث التعريف الأجرائي ، والأعراض التشخيصية التي وردت في التصنيف التشخيصي والاحصائي الأمريكي الثالث المعدل ١٩٨٧ ، والرابع D.S. Mix ١٩٩٤ واتفق المحكمين على عدد (٣٨ عبارة) وأختلفوا على عبارتين ، وأجمعوا على حذف (٥ عبارات) رأوا أنها مكرره مثل (أبكي بسهولة ، دائماً أشعر بالجوع)

ب- وتم الأخذ بتوصيات (رابطة علم النفس الأمريكية A.P.A) حيث وضع الباحث البدائل الأربعة للإجابات في قمة البنود ، حيث إتضح لنا من الدراسة الإستطلاعية الأولى والثانية ، أن وضع البدائل بهذه الصورة أفضل من وضع الأرقام المتدرجة ، ذلك أيسر للإجابة ، مع رفع احتمالات الدقة والصدق .

ج- أصبحت الصورة النهائية للمقياس (٣٨ عبارة) ، والدرجة العظمى للمقياس نظرياً = $3 \times 38 = 114$ ، والدرجة الصغرى نظرياً = $38 \times 0 = 0$ صفر .

د- بتحليل مضمون عبارات المقياس أصبح يتكون من أربعة أبعاد يوضحها الجدول التالي :

جدول رقم (١) يوضح أبعاد مقياس قلق الانفصال

رقم البعد	الإبعاد المكونة للمقياس	عدد البنود (العبارات)	أرقام العبارات
الأول	أعراض انفعالية	١٨	من ١ - ١٨
الثاني	أعراض معرفية	٨	من ١٩ - ٢٦
الثالث	أعراض الأنسحاب الإجتماعي	٦	من ٢٧ - ٣٢
الرابع	أعراض جسمية	٦	من ٣٣ - ٣٨

٢- حساب الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية عن مقياس قلق الانفصال

طبق المقياس علي عينة قوامها (٦١ طالباً) بالمدارس ، (٧٤) من أبناء المؤسسات الايوائية - الحرية - عين شمس ومؤسسة البنات ، ممن يدرسون ويدرس في نهاية المرحلة الإعدادية أو الصف الأول والثاني الثانوي وتم حساب معامل ارتباط بيرسون للدرجات الخام بين كل بند والدرجة الكلية علي المقياس ، واستخرجت مستويات الدلالة المقابلة لدرجة الحرية (ن + ن - ٢) حيث اتضح أن جميع عبارات المقياس دالة ما بين (٠,٠١ ، ٠,٠٥ (جدول رقم ٢)

جدول رقم (٢) يوضح معامل الارتباط من البنود

والدرجة الكلية علي مقياس قلق الانفصال ن الكلية = ١٣٥

الارتباط بين البند والدرجة الكلية علي مقياس قلق الانفصال ر العينة الكلية	م	الارتباط بين البند والدرجة الكلية علي مقياس قلق الانفصال ر العينة الكلية	م
٠,٥٨٠	٢٠	٠,٥٦٦	١
٠,٥٤٥	٢١	٠,٥٣١	٢
٠,٥٦٦	٢٢	٠,٥٣١	٣
٠,٤٧١	٢٣	٠,٥٤٦	٤
٠,٤٤٥	٢٤	٠,٨٠٥	٥
٠,٤٨٩	٢٥	٠,٥٥٦	٦
٠,٤٤٨	٢٦	٠,٦٠٨	٧
٠,٥٠٨	٢٧	٠,٥٦١	٨
٠,٥٦١	٢٨	٠,٥٩٨	٩
٠,٤٨٩	٢٩	٠,٤٧٨	١٠
٠,٥٩٨	٣٠	٠,٤٦١	١١
٠,٥٢٧	٣١	٠,٣٩٦	١٢
٠,٥٦١	٣٢	٠,٤٩١	١٣
٠,٤٤٨	٣٣	٠,٤٧٣	١٤
٠,٦٠٨	٣٤	٠,٥٥٤	١٥
٠,٥١٤	٣٥	٠,٤٤٨	١٦
٠,٥٠٨	٣٦	٠,٥٣١	١٧
٠,٥٦١	٣٧	٠,٤٤٥	١٨
٠,٤٩١	٣٨	٠,٥٨٢	١٩

ويجدر الإشارة إلي أن الارتباط الجوهري المرتفع بين بنود المقياس الحالي والدرجة الكلية ، يشير إلي صدق المقياس وإلي الاتساق الداخلي ، مما يجعلنا نوصي باستخدامه لتقدير مستويات قلق الانفصال لدي الاطفال والمراهقين .

٣- صدق المحك : وكان هذا المحك هو مقياس قلق الأطفال - إعداد : أحمد عبد الخالق ١٩٩١ وهو مقياس يتسم بخصائص سيكومترية جيدة حيث تم التطبيق بصورة جماعية للمقياس الحالي والمحك علي عينة قوامها (٦٥ أطفال ذكور ، ٧٠ أطفال إناث) وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجات الخام الكلية للمقياس الحالي ومقياس قلق الأطفال وكان معامل الارتباط دال عند مستوي ٠,٠١

٤- حساب الصدق التمييزي :

أجري الباحث هذا النوع من الصدق للوقوف علي مدي قدرة المقياس علي التمييز بين من سجلوا مستويات مرتفعة من قلق الانفصال لدي أبناء المؤسسات ، وعينة سوية من طلاب المدارس الذين لم يمروا بخبرة الانفصال عن الوالدين .

جدول رقم (٣) يوضح م ، ع ، وقيمة ت

ن المجموعة الإيوائية = ٥٠ ، ن المجموعة السوية = ٥٠

١م المجموعة الإيوائية	٢م المجموعة السوية	١ع	٢ع	قيمة ت
٢٨,٧	٢٤,٠٠	٦,١٣	٤,٩٦	٣,٩٠٤

ت دالة عند مستوي ٠,٠١ هذا يشير الي صدق المقياس لقدرته علي التمييز بين المجموعتين السوية والمجموعة الإيوائية .

ثانياً : ثبات المقياس

أعيد تطبيق المقياس علي العينة السابقة ن = ٥٠ بفواصل زمني يتراوح من ١٤ - ٢١ يوماً وتم استخراج معامل ارتباط = بيرسون للقيم الخاص (فؤاد البهي ١٩٧٩ ص ٣٠٦) وكان معامل الثبات = ٠,٨٦ دالة عند مستوي ٠,٠١ وهي درجة يمكن الوثوق بها ، وبذلك إطمئن الباحث علي صلاحية المقياس للأستخدام في الدراسة الحالية

الإداة الثالثة : اختبار الشعور بالوحدة النفسية إعداد : (إبراهيم قشقوش ١٩٨٨)

وهو من نوع مقاييس الورقة والقلم المبني علي التقدير الذاتي والتدرج الرباعي ويتكون من ٣٤ عبارة ، وتمثل الدرجة الكلية مجموعة درجات العبارات ، ومن ثم تتراوح قيمة الدرجة علي المقياس بين ٣٤ كحد أدني إلي ١٣٦ درجة ، وهي الحد الأقصى للأحساس بالوحدة النفسية وفقاً لهذه الأداة ، وقد قام معد الاختبار بتقنية علي عينة قوامها (٦٥٧ طالباً من الجنسين) ، وتم التحقق من الصدق بطرق عديدة هي صدق البناء أو

التكوين ، والصدق العملي ، والصدق التلازمي ، إلى جانب قدرة المقياس على التمييز بين مجموعات متضاده ، وقد أدت نتائج التحليل العملي لبند الاختبار الي أن أحساس الفرد بالوحدة النفسية يتضمن أربعة عوامل رئيسية هي :

- ١- إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين أشخاص الوسط الذي يعيش فيه لافتقاده لمن يثق فيه .
- ٢- إحساس الفرد بالضجر والسأم نتيجة إفتقاد التواد والتقبل والحب من الآخرين .
- ٣- المعاناة من بعض الاعراض العصابية مثل : الإحساس بالملل والإجهاد وانعدام القدرة على التركيز ، والاستغراق في أحلام اليقظة .
- ٤- إحساس الفرد بافتقاد المهارات الإجتماعية اللازمة للدخول في علاقات مشبعه أو مثمرة مع الآخرين .

وقد تحقق معد الإختبار من ثباته بطريقة الإعادة ، وكان معامل الارتباط ٠,٨١٩ ، دال عند مستوي ٠,٠١ (إبراهيم قشقوش ١٩٨٨ - كراسة التعليمات) .

وفي الدراسة الحالية قام الباحث بالتأكد من ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق علي عينة قوامها (٣٠ مفحوص) من أبناء المؤسسات الإيوائية ، يتراوح العمر الزمني من ١٣ - ١٨ سنة لهم نفس خصائص العينة الأساسية ، بفاصل زمني من ١٥ - ٢١ يوماً ، وكان معامل الاتباط = ٠,٧٩٨ ، وللقوف علي صدق الاختبار قام الباحث بالتأكد من مدي قدرة الاختبار علي التمييز بين مجموعات متضادة ، وذلك عن طريق حساب مستوي دلالة الفروق بين متوسط درجات عينة من أبناء المؤسسات قوامها (٣٠ مفحوصاً) ومجموعة مماثلة سوية من طلاب مدرسة القبة الثانوية ن = ٣٠ ، تماثل المجموعة الأولى في العمر الزمني - الجنس - مستوي التعليم ولم يسبق لأي منهم التردد علي عيادات نفسية ، وليس لهم أي شكوي من الشعور بالوحدة النفسية ويوضح الجدول التالي ما يلي :

جدول رقم (٤) يوضح مستوي دلالة الفروق بين متوسطي المجموعة الإيوائية ن = ٣ ، والمجموعة السوية ن = ٣٠ وقيمة ت

قيمة ت	المجموعتان وقيمة ت			
	المجموعة السوية		المجموعة الإيوائية	
	٢٤	٢٣	٢٤	١٣
٥,١٩	١١,٧٣	٦٧,٤٢	٩,٥٣	٨٢,١

قيمة ت دالة عند مستوي ٠,٠١

وبتحليل هذا الجدول نجد أن الدرجة العالية تشير إلى ارتفاع متوسط الشعور بالوحدة النفسية لدي المجموعة الإيوائية ، كما يشير إلى قدرة الاختبار على التمييز بين مجموعتين متضادتين بشكل جوهري ، وبذلك يكون الباحث قد إطمئن على أن الإختبار يتمتع بمستوي ثبات وصدق مرتفع يدفع إلى الإطمئنان على استخدامه في الدراسة الحالية .

الإداة الرابعة : مقياس التحسن العلاجي - إعداد : الباحث

هذا المقياس من المقاييس النفسية القائمة على التقدير الذاتي ، تشعر المفحوص بان شكواه تقاس بطريقة موضوعية ، كما تقدم للباحثين طريقة مختصرة ودقيقة وسريعة للحكم على مدى شدة الأعراض ومدى نجاح أي برنامج علاجي ، ومن ثم الإطمئنان على مدى التحسن الذي يحدث من عدمه . فضلاً عن ان هذا النوع من المقاييس تعطي في لمحة سريعة بروفيل يعكس مستويات التحسن أو اللاتحسن ، بفضل الأرقام قرينة كل مستوي ، فالارقام روح العلم ، كذلك يسمح بالمعالجات الإحصائية للمجموعات العلاجية ، وبين القياسات القبلية والبعدية والتتبعيه ، كما تساعد على مقارنة درجة العميل قبل - وأثناء - وبعد العلاج ، كما يسمح بالمقارنة السريعة بين تقدير المفحوص لنفسه وتقدير الفاحص . وفي رأي الباحث أن السنوات القادمة ستشهد اهتماماً وتطوراً كبيراً في هذا النوع من المقاييس ، وما يساعد على هذا الإهتمام أنه مبني على تقدير المفحوص لأعراضه ومعاناته ، بحيث يقرر المعالج الإستمرار في البرنامج العلاجي أو يتناوله بالتعديل او التغيير . وقد كان لكل من (لادر Lader ١٩٧١ ، وماركس Marks) السبق في استخدام هذا النوع من المقاييس في الفترة من ١٩٧١ - ١٩٨١ . وقد شجع الباحث على تصميم هذا القياس إعتماذ (شيهان Scheehan ١٩٨٢) في بحوثه عن القلق ، على هذا النوع من المقاييس ، فضلاً أن هذه الطريقة تجعل الفاحص والمفحوص شركاء في عملية التشخيص ، كما تساعد في زيادة تقدير المفحوص لألامه بسرعه وبصورة مختصرة ، بما يساعد على التشخيص الدقيق .

الهدف من المقياس

حدد الباحث الهدف من تصميم هذا المقياس فيما يلي :

- ١- الكشف عن طريق التقدير الذاتي للعميل لمدى شدة الأعراض المرضية .
- ٢- الكشف عن طريق التقدير الذاتي للعميل أو عن طريق الباحث ، الوقوف على مدى نجاح البرنامج العلاجي ، بما يسمح ويساعد على رسم بروفيل يعكس مدى استفاده كل عضو في الجماعة العلاجية من البرنامج بفضل تكرار تطبيقه خلال تنفيذ اي برنامج .

- ٣- يمكن المقارنة في لحظة سريعة بين تقدير المفحوص وتقدير الفاحص ، بما يساهم في استمرارية البرنامج أو تعديله ، والوقوف علي مدى نمو الجماعة .

خصائص المقياس

- ١- سهولة تعليماته .
- ٢- إمكانية تطبيقه بصورة فردية أو جماعية .
- ٣- يساهم في رسم بروفييل نفسي لكل عضو في الجماعة ومتوسط الجماعة ككل .
- ٤- من نوع مقاييس الورقة والقلم .
- ٥- يساعد في التشخيص السريع .
- ٦- يوفر الوقت والجهد والتكاليف .

تعليمات المقياس :

يطلب من المفحوص بعد كتابة البيانات الأولية - أنه توجد خمسة مستويات للحكم علي الحالة النفسية الراهنة علي متصل يتراوح من لاتحسن/ تحسن قليل / تحسن متوسط/ تحسن كبير / تحسن نهائي ، تقابلها الدرجات التاليه علي التوالي : صفر/١-٣ ، ٤-٦ ، ٧ ، ٨-٩ ، ١٠-١٠ ويطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول الرقم الذي يري أنه يعبر بصدق عن حالته النفسية الراهنة - وتقدير مدى التحسن من عدمه .

إجراءات التحقيق التجريبي والإحصائي لصدق وثبات مقياس التحسن العلاجي :

أ- الصدق الظاهري

يشير شكل المقياس المتدرج إلي خمس مستويات يقابلها أرقام من صفر - ١٠ إلي سهولة الحكم سواء عن طريق الفاحص أو تقدير المفحوص لحالته النفسية الراهنة ، كما يشير إلي مدى التحسن العلاجي من عدمه ، كما أنه يصلح للتطبيق علي فئات مرضية عديده في سهولة ويسر وفي أقل وقت ممكن ، ويساعد علي عمل بروفييل نفسي لكل عضو علي حده أو للجماعة ككل ، وبذلك يشير الشكل الظاهري للمقياس إلي صدقه في تحقيق الهدف المصمم من أجله المقياس .

ب- صدق التحكيم

تم عرض المقياس علي خمسة من المحكمين الذين يعملون في المجال الكلينيكي بمستشفى الأمراض النفسية بطريق المطار ، ومستشفى الأمراض النفسية العسكرية بمنشية البكري ، حيث إتفق جميع المحكمين بنسبة ١٠٠% إتفاق ، علي صلاحية المقياس في تحقيق

هدفه كما إتفقوا جميعاً إلى أنه يشبه مقياس درجة حرارة الجسم (مقياس الحرارة) المستخدم في جميع المستشفيات المحلية والعالمية ، وبذلك يكون الباحث قد إطمئن على صدق المقياس .

ثبات المقياس

تم التحقق من ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق ، حيث طبق على عينة من أبناء المؤسسات قوامها (٣٠ مواهقاً) ، ٢٠ من المترددين بمستشفى الأمراض النفسية بالمطار ، وكان الفاصل الزمني بين التطبيقين يتراوح ٧ - ١٤ يوماً وتم استخراج معامل ارتباط (بيرسون للقيم الخام) .

وكان معامل الثبات = ٠,٨٣٧ دال عند مستوي ٠,٠١ ، وهي درجة ثبات يمكن الوثوق بها ، كما قارن الباحث بين تقدير هذه العينة لذاتها (التقدير الذاتي) وبين تقدير الأطباء السيكاتريين لعينة مستشفى المطار ن = ٢٠ مريضاً مرافقاً . وكان معامل الارتباط = ٠,٨٦٠ ، وهي درجة ثبات عالية يمكن الإطمئنان إليها ، وبذلك يكون الباحث إطمأن على صلاحية المقياس للإستخدام في الدراسة الحالية .

الإداة الخامسة : بطاقة تعارف : إعداد الباحث

يكتب فيها المفحوص البيانات الأولية اللازمة مثل الاسم - السن - الترتيب في الأسرة - مهنة الأب - مهنة الأم - الصف الدراسي - تاريخ المرور بخبرة الإنفصال - او الشعور بالمعاناة ، وصف مشاعره - وأخيراً تكلمة أربع جمل ناقصة هي :

- ١- مالم يفهمه الآخرون عني هو
- ٢- أختلف عن الآخريين في
- ٣- أكثر ما يؤلمني هو
- ٤- السلوك الذي أحب ان أعيره هو

وأخيراً تاريخ التطبيق / /

والهدف من هذه البطاقة التعرف على ظروف العمل - وتحليل إستجاباته في تكلمة الجمل للوقوف على حجم المعاناة ، ومدى شدة الأعراض المرضية - وأبعاد صورته عن ذاته التي لا يعرفها الآخريين . والوقوف على السلوك المطلوب تعديله أو تغييره .

الأداة السادسة : دراسة حالة : (إعداد الباحث)

وهدف الباحث من دراسة الحالة الوقوف علي مراحل نمو أحد أعضاء الجماعة والكشف عن صراعاته ومدى استفادته من البرنامج العلاجي - وكذلك الوقوف علي مدى ما حققه البرنامج من تحقيق للأهداف العلاجية المأمولة - ومدى استبصاره ووعيه الثري للتغيرات مما يعطي إنطباعاً حاضراً عن مدى مأل المفحوص - ومدى استمرار مكاسبه العلاجية وتشمل دراسة الحالة :

بيانات أولية - ادوات دراسة الحالة (المقابلة النفسية المفتوحة - مقياس قلق الانفصال - مقياس التحسن العلاجي - الملاحظة المباشرة - اختبار الذكاء المصور) المظهر العام - الشكوي علي لسان المفحوص - موجز التاريخ التطوري - التشخيص القبلي - التغيرات العلاجية الحاصلة للحالة - نتائج القياس البعدي - القياس بعد البعدي - التعليق علي الحالة

خامساً : البرنامج العلاجي :

مسلماته - مبرراته - البرنامج العلاجي وجلساته

أ- مسلمات البرنامج العلاجي

ينضمن اي برنامج علاجي في العلاج النفسي الجماعي متعدد المحاور مسلمات عديدة نجلها فيما يلي :

١- ضرورة إعداد العميل لخبرة العلاج الجماعي ، نظراً لأن الإعداد الجيد يؤدي إلي تكوين مشاعر أكثر ايجابية نحو الإنضمام للجماعة ، ويقل معدل التسرب كما يقوي الاتصال والتماسك بين الأعضاء (Sadock : 1985 P. - 1405)

٢- في إختبار برنامج للعلاج الجماعي توجد طريقتين هما :

أ- الانتقائية وحيدة الطراز ، وهي التي تعتمد علي فنية واحده

ب- الانتقائية عديدة المحاور والأبعاد : وهي تمثل إنتلاف بين مجموعة

من الفنيات العلاجية التي سبق التحقق منها تجريبياً ، والبعد عن

التحيز لفنية واحده ربما يشوبها القصور في تحقيق الفاعلية ، وبما

يناسب كل جماعة علاجية ، وطبيعة أعراضها المرضية "وفي

الكثير من مراكز العلاج النفسي يتم الجمع بين أساليب العلاج

الروجرزي المتمركز - حول العميل ، وهو من أهم مناهج العلاج

الإنساني ، وبين أساليب تعديل السلوك التي تمد المعالج بما يبسر

إقامة علاقة طيبة مع عميله" (مليقة : ١٩٩٠ ص ٢٨٤) .

- ٣- أن الجماعة العلاجية هي كيان يضم عدداً من الأعضاء دون تمايز لأي عضو والعضو في ذاته أكثر أهمية من المجموع .
- ٤- أن كل عضو في الجماعة هو شخص ، وليس مريضاً ، وأن ما يحرك الجماعة هو النمو والانتماء ، وليس الاحساس بالقصور أو العجز .
- ٥- أن الجماعة لا تعالج أو تتلقى العلاج . وإنما أعضاء الجماعة هم الذين يساهمون في العلاج أو يتلقونه .
- ٦- ليس للجماعة العلاجية في حد ذاتها أهداف غير الشفاء .
- ٧- أن للأعضاء الحرية في الانضمام للجماعة وتركها وقتما يرغبون دون ضغط من المعالج .
- ٨- لا تسعى الجماعة العلاجية إلى الضغط على أعضائها بصورة مباشرة ، شأن بقية أنواع الجماعات الأخرى ، وأن جو الجماعة وخصائص تكوينها هو الذي يهيئ الضغط الطبيعي ، وتعديل السلوك ، وتحقيق المكاسب العلاجية .
- ٩- إن التماسك أو التفاعل داخل الجماعة ليس هدفاً في حد ذاته ، وإنما هو ظاهرة تحدث خلال العلاج الجماعي .
- ١٠- إن الجماعة العلاجية ليست مكاناً للإعتراف ، وإنما تساعد على تفريغ الإنفعالات الكامنة ، وتيسر مواجهة الذات واكتشافها ، وأن يلتزم الأعضاء بالتعبير عن أنفسهم ، وأن يتدخل المعالج عندما يتحدث عضو نيابة عن عضو آخر ، وأن لمشاعر الأعضاء مكاناً يوازي ويعادل أفكارهم بما يساعد على تناول الجوانب الانفعالية والمعرفية .
- ١١- شعور عضو الجماعة بتعدد الزوايا التي يمكن النظر منها لموضوع الذات بتعدد الأفراد الذين تتألف منهم الجماعة العلاجية ، مثل هذا التعدد يفضي إلى توسيع المجال النفسي لدي الفرد مصحوباً بالقدرة على تقييم الأمور ، وعدم التقيد بوجهة نظر واحدة تشل حركته ، وتعطل قواه" (سامي محمود ١٩٦٤ ص ١١٧)
- ١٢- تزداد فاعلية الجماعة العلاجية بالتجريب في مواقف حية داخل الجماعة وخارجها لتعميم المكاسب العلاجية من داخل الجماعة إلى المواقف والأمور الحياتية لضمان استمرار ما تحقق من مكاسب مما يدعم الثقة في النفس ، والأمل في الشفاء .

- ١٣- إن قائد الجماعة ليس عضواً فيها ، وأن دوره هو تقبل العميل ، واحترام مشاعره ، وأن يبذل العون لهم ، لا أن يتلقاه ، ولا يستخدم الجماعة لتحقيق أغراض أو مكاسب علاجية له .
- ١٤- لا يعزز قائد الجماعة ومساعدوه سخط الأعضاء على مؤسسات التنشئة ، وأن ما يدور داخل الجماعة يتسم بالكتمان ، وغير قابل للتداول خارج نطاق الجماعة ، وأن تتم مواجهة الانفعالات السلبية داخل الجماعة وليس تجنبها .
- ١٥- يضع المعالج الجماعي خططا مستقبلية هادفة ، ولكن عليه التخلي عنها بالمرونة ، واختيار الفنيات العلاجية الملائمة للموقف العلاجي وفقا لمراحل نمو الجماعة العلاجية .
- ١٦- في العلاج الجماعي يكون عدم الاهتمام بظاهرة الطرح إذا حدثت أثناء الجلسات ، إلا إذا وصل العلاج الي طريق مسدود ، أو لوحظ أنه يعوق تقدم الجماعة .
- ١٧- أن يتسم المعالج الجماعي بمهارة الاستماع الجيد ، لأن الأعضاء يستجيبون للعلاج عندما يدركون أن المعالج يستمع إليهم باحترام ، وتقبل غير مشروط للأعضاء دون إنكار أو تنظير ، وهذا يمثل المساندة الفاعلة ، والعمل على تدعيم التغيرات المأمولة ، وأفساح المجال أمام المزيد من الطاقة النفسية المتحررة ، وفي هذا السياق يقوم (صلاح مخيمر) أن القلق هو هروب من مرهوب ، يحتاج إلي معالج محبوب .
- ١٨- وكما لا يتصور أما ذات أمومه فاعله تغدي طفلها كما لو كان غريباً عنها ، كذلك لا تتصور معالجاً جماعياً ذا عليه ، يمكن أن يستمر محايداً تجاه أعضاء الجماعة الذين يعانون آلاماً نفسية أياً كان نوعها ، مالم يحاول في ظروف ميسره إشعاره للعميل بأنه يتقبله ، ويتعاطف معه ، وأن الجماعة توفر للعضو الحماية والسند - وأن الفرد بالجمع يعصم .

ب- مبررات تصميم البرنامج متعدد المحاور :

عرض الباحث في الاطار النظري للدراسة أهم مناهج العلاجي الجماعي الأكثر شيوعاً أو أنتشاراً باختلاف وتعدد فنياته العلاجية المتباينه في بعضها والمتناغمة في بعضها الآخر ، لكي يتحقق للباحث بعد هذا العرض أعلى درجة من وضوح الفهم ، وشمولية المعرفة في مجال العلاج النفسي الجماعي ، حتي يتخلق أماننا منظور لا بأس به - في رأي الباحث - يتوافق مع رأي الأغلبية من المعالجين النفسيين الذين يؤمنون بالعوامل

المتنوعة في تكوين الاضطرابات النفسية لدى الأطفال بوجه عام وفي قلق الانفصال والشعور بالوحدة النفسية (متغيري الدراسة الحالية) بوجه خاص - هذه العوامل بعضها إنفعالي والأخري عوامل معرفية وإجتماعية وجسميه) .

لذلك فإن المواجهة العلاجية يجب أن تعكس الاعتقاد في هذه الرؤية المتعددة المحاور والأبعاد . كما أستفاد الباحث بعد عرض الدراسات السابقة وتوصياتها في ضرورة ان يتضمن البرنامج العديد من الفنيات العلاجية التي تواجه مظاهر اضطراب قلق الانفصال والوحدة النفسية مثل دراسات وتوصيات كل من : بروت ومارجوري ١٩٩٤ ، مارشال وآخرين ١٩٩٦ ، بوركوفيك وآخرون ١٩٨٨ ، ليف وإليس ١٩٨٣ ، أستور وماير ١٩٩١ ، دايموند ١٩٨٧ ، وجارفيلد وكينز ١٩٧٨ ، أسامة الراضي ومحمد المهدي ١٩٩١ ، نبيل حافظ في العلاج الجشتالتي الجماعي المنفتح علي فنيات المناهج الأخرى ١٩٨١ ، أماني عبد المقصود ١٩٩٣ ، عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤ ، ١٩٩٨) .

لذلك صمم الباحث البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية متعدد المحاور للمبررات

التاليه :

١- يتوافق البرنامج العلاجي مع الاعتقاد السائد في مكونات الاضطرابات النفسي

وهي:

- أ- الخبرات الصدمية السابقة التي تسهم في تشكيل السلوك المضطرب .
- ب- المكونات الإنفعالية والتغيرات العضوية التي تحدثها هذه الخبرات الصادمة ، أو عند التفكير فيها .
- ج- المكونات المعرفية والتي تتمثل في المعتقدات التي يتبناها الشخص عن نفسه ، أو ما يقوله الشخص لنفسه من أفكار سلبية أو لا عقلانية .
- د- ما ينتج عن هذه المشاعر من قصور في التفاعل الاجتماعي وفقدان المهارات الإيجابية للتفاعل الإنساني السليم .

"هذه المكونات الأربعة تتفاعل فيما بينها لتكوين السلوك المضطرب"

(عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤ ، ١٩٩٨)

لذلك فإن المواجهة العلاجية الفعالة ، لابد وأن تعكس هذه الرؤية متعددة المحاور ، بما يحقق أكبر قدر من الفاعلية والاستمرارية للمكاسب العلاجية أي تحقيق الشفاء طويل الأمد ، بدلاً من التركيز علي محور واحد مثل العلاج الوجودي أو المعرفي أو الملطف أو السلوكي أو المساندة النفسية .

٢- هذه المحاور والأبعاد المتعددة تركز على نظريات متنوعة في العلاج النفسي الجماعي من خلال الجماعة العلاجية التي يكون فيها للعضو دوراً إيجابياً في تحقيق المكاسب العلاجية المأمولة.

٣- هذه الفنيات المختارة البرنامج - وهي متعددة ومتنوعة - ثبت جدواها في البحوث والدراسات السابقة التي سبق عرضها ، والجمع بينها في برنامج علاجي يحقق الفاعلية بصورة تساعد على استمرار المكاسب العلاجية ، نظراً لأنها تتم في جو يتسم بالخلو النسبي من القلق والخوف ، ويشجع على الدخول في مواجهة إنسانية عميقة مع الآخرين ، فلم يعد هناك شك كما يقول (روجرز ١٩٨٤) في إمكانية شفاء المرضى من حالات الشعور بالعزلة أو الغربة ، ونقص العلاقات الإجتماعية من خلال إشتراكهم في الجماعة العلاجية ، بل ويرى (روجرز) أن الجماعات العلاجية تعتبر أفضل الوسائل العلاجية التي عرفها (علي سليمان ١٩٩٢ ص ٢٢٣).

٤- أثبت (دي لورتو Diloreto ١٩٩٠) في دراسته المقارنه بين مناهج مختلفة للعلاج النفسي الجماعي ، أن الأشخاص الإنطوائيين الذين يشعرون بالوحدة النفسية ، يكونون في حاجة ماسة للعلاج الذي يتدخل بشكل مباشر لمساعدتهم في التحرر من قيود وحدتهم ، بما يكون متاحاً في العلاج العقلاني - الانفعالي بأكثر منه في العلاج الوجودي (Diloreto : 1990 - PP: 5230- 5231)

كل هذه المبررات السابقة دفعت الباحث الي ضرورة تصميم برنامج علاجي متعدد المحاور.

هدف البرنامج العلاجي :

هو مواجهة أعراض قلق الانفصال للمجموعة التجريبية الأولى ، وأعراض الوحدة النفسية للمجموعة التجريبية الثانية والوقوف على مدى استمرار المكاسب العلاجية - لأختبار مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي من خلال البرنامج العلاجي المقترح في الدراسة الحالية.

جلسات البرنامج العلاجي

استغرقت جلسات البرنامج العلاجي الفترة من ٦/١٥ إلى ١٥/٨/١٩٩٧ ، بمعدل ثلاث جلسات في الأسبوع مدة كل جلسة ساعة إلى ساعة ونصف ، عدا الجلستان الأولى والأخيرة ، وتمت جميع الجلسات في مقر جمعية إنقاذ الطفولة ، حيث تم إعداد وتجهيز

قاعة لهذا الغرض ، بعيده عن المؤثرات الصوتيه ، وبعيده عن الشكل الرسمي ، ومزوده بكراسي مريحه ، وسهلة الحركة ، وكان شكل الجلوس في أغلب الجلسات علي شكل دائرة ، وكان الباحث يعقد جلساته لكل مجموعة علي حدة ليكون حجم الجماعة مناسباً لاستفادة كل عضو من البرنامج ، ومناسباً لتحقيق الأهداف المنوطه بالبرنامج العلاجي ، كما حرص الباحث علي أن يكون مكان التطبيق في القياس القبلي في مكان آخر بالمؤسسة مختلف عن مكان تطبيق البرنامج ، وقبل تطبيق البرنامج بوقت كاف يسمح بالنسيان لمواجهة أثر القياس القبلي علي القياس البعدي ، وتكون النتيجة هي نتاج المتغير المستقل فقط .

وبداية يعتبر الباحث أن تطبيق البرنامج بفنياته العلاجية المتعددة ، قد يواجه بعض الصعوبات مثل : صمت الأعضاء في بداية الجلسات - نقص الفاعلية في المشاركة - سيطرة مشاعر الترقب والقلق في بداية مواجهة الأعضاء لذواتهم ، مما يتطلب من الباحث المرونة وإدخال بعض الفنيات التي يتغلب بها علي هذه الصعوبات ، بما يعيد النشاط والحيوية ، وتحقيق فاعلية المشاركة ، ويقلل من مقاومة بعض أعضاء الجماعة ، بحيث جاء البرنامج بعد تطبيقه علي النحو التالي :

الجلسات الاستهلاية (الأولى والثانية

الجلسة الأولى : عدد الأعضاء ١٢ لكل مجموعة - مدة الجلسة ٩٠ ق ،
في بداية الجلسة الأولى لكل مجموعة تجريبية شرح الباحث ما هية البرنامج العلاجي والتعليمات الخاصة بعمل الجماعة ، بصورة مختصرة ، وبصوت هادي ، وبعبارات واضحة ، ثم قال الباحث "إنكم جميعاً وافقتم علي الانضمام لهذا البرنامج العلاجي والدليل علي ذلك حضور كل الأعضاء بدون غياب أي شخص ، وعلي الجميع الالتزام بالمصارحة والتعبير عن المشاعر وكل ما يدور في الذهن بدون تردد أو خوف ، قد يكون ذلك شاق في البداية ، ولكن مع استمرار الحضور في الجلسات ومع استمرار البرنامج ستقل هذه المشاعر ، ولتعلم جميعاً أن هذه الجماعة ليس لها هدف جماعي ، وإنما هدفها الأساسي هو علي الأقل التخفيف من الشعور بالألم والمعاناة النفسية التي ذكرتموها في المقابلات الفردية التي تمت مع كل عضو علي حده ، وأمل أن يحقق هذا البرنامج الشفاء والتخلص من المعاناة ، وتحقيق القدرة علي مواجهة ضغوط الحياة ، وتحقيق الأهداف العلاجية لكل عضو ، ثم قام الباحث بتقديم نفسه للأعضاء ، والهدف من اللقاءات معهم ، ورد العضو (ي) بقوله "كلنا عارفينيك يا أستاذ ، وكلنا نترقب مواعيد اللقاء ، وكلنا أمل في الشفاء" وهنا تدخل الباحث بقوله "منذ البداية أرجو أن يتكلم كل عضو عن رأيه ومشاعره هو فقط ، ولا يتحدث نيابة عن زملائه ، لأنه من الشروط الأساسية هو أن يتحدث كل عضو عن نفسه

فقط ، ثم بدأ الباحث في تطبيق فيه تقديم الذات Self - Presentation ، بهدف تحقيق خبرة التعارف حيث طلب من كل عضو تقديم نفسه بترتيب الجلوس الذي كان علي شكل دائرة ، ويرى (هاسكل 1984 Haskell) أن تحقيق خبرة التعارف تقضي من العضو "التعبير عن مشاعره الذاتية ، وإظهار مشاعره المؤلمة" (صلاح عبود ١٩٩١ ص ٤٢) .

وتم ذلك في حجرة أعدت لهذا الغرض ، ليس بها مكاتب او ملفات ، وكانت الكراسي مريحة وسهلة الحركة ، ومن نوع واحد ، وكان الجلوس علي شكل دائرة ، حتي تتحقق فاعلية المواجهة والتواصل ، وتحقيق الاحتكاك البصري لكل أعضاء الجماعة ، وبعد أن قدم ثلاث أعضاء أنفسهم بالاسم فقط ، أدرك الباحث أن شعور الأعضاء بالخرج والخوف من الكشف عن المشاعر الخاصة سيطر علي أعضاء الجماعة ، وهذا يحدث عادة في الجلسات الاستهلائية لكل جماعة أياً كان إطارها النظري ، عدا الجلسات التي تستخدم فنية الاسترخاء التدريجي منذ البداية ، فتكون هذه المشاعر أقل حدة ، لذلك قام الباحث بتقديم نفسه مره أخرى ووصف مشاعره وأحاسيسه بصدق ، لكي يساعد أعضاء الجماعة علي الحديث وتحقيق فاعلية المشاركة ، وبعدها استكمل الأعضاء تقديم أنفسهم بصورة ، لوحظ فيها أن أغلب الأعضاء يميل إلي استخدام درع الجسد ، لحماية أنفسهم من أظهار توتراتهم حيث كان أغلب الأعضاء يقدم نفسه وهو يشد يديه علي بعضهما ، أو يضم يديه بين ساقية أو علي صدره ، وكان التعبير عن المعاناة من مشاعر الانفصال في المجموعة التجريبية الأولى والخوف من المستقبل ، بينما كان مشاعر الوحدة النفسية والشعور بعدم الجدوي من أستمراهم في الحياة ، هو الشعور السائد في المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة الوحدة النفسية) وأختتم الباحث الجلسة باستخدام فنية الاسترخاء التدريجي باستخدام فنية التنفس العميق لمدة سبعة دقائق وهنا إنفك درع الجسد ، وبدأ الأعضاء في إظهار الشهيق والزفير بصوت مسموع ولفترات أطول مما ساعد الأعضاء علي تحقيق الشعور بالراحة والطمأنينة في نهاية الجلسة .

الجلسة الثانية : عدد الأعضاء في الجلسة ١٢ مدة الجلسة : ٧٥ دقيقة

في بداية الجلسة قدم الباحث لأعضاء الجماعة ، بطاقة تعارف ، يكتب كل عضو فيها الاسم (إذا رغب في ذلك) - فكرته عن نفسه كما يراها - ما يحبه في نفسه وما يكرهه ، وفي نهاية البطاقة يكتب كل عضو هدفاً علاجياً لنفسه ، والمشاعر والسلوك الذي يرغب في تغييره ، وطلب الباحث من الأعضاء أن يقرأ كل عضو علي التوالي بترتيب جلوسهم ، ما سجله في بطاقته - إذا كان يرغب في ذلك - وبعدها طلب من الأعضاء ان يبدأ أي منهم في التعليق علي ما كتبه ، ثم يقوم باقي الأعضاء بمناقشته ، بحيث يتلقى العضو أفكار

ومشاعر الآخرين ، وكان الشيء الذي أجمع عليه أعضاء الجماعة هو وحدة المعاناة والرغبة في التخلص منها بواسطة الباحث ، وهنا تدخل الباحث موضحاً أن تواجهه ليس لتقديم النصيح او المشورة ، وإنما لمساعدة الأعضاء علي مواجهة مشاعرهم ، وتهينتهم للتلقي الفوري لخبرة الآخرين ، والادراك الواقعي للمعاناة بدون تهويل ، وتحدث العضو (س) قائلاً : أن هناك أشياء أعاني منها ولم أكتبها ، وأمل في جلسات قادمة أن أملك الشجاعة للتعبير عنها ورد العضو (م) نحن هنا جميعاً للعلاج وأنا سأحدث عما كتبه في بطاقتي وهو الشعور الدائم بالقلق ، والتفكير في الأهل الذين تركوني وحدي ، وسافروا خارج الوطن ، وأشعر بالكراهية نحوهم ، تركوني في منتصف الطريق - الحياة في المؤسسة روتينيه ، وتشعرني بالضيق والإختناق ، وبعد أن أنتهي العضو من حديثه ، سأله الباحث - ماذا تشعر الآن؟ فرد قائلاً : أشعر بأنني شلت كابوس كاتم علي نفسي ، ورد الباحث - تنتظر اللقاءات القادمة وستكون أفضل حالاً ، ثم طلب الباحث من عضو آخر أن سجل مشاعره كتابة بالتفصيل وعرضها للمناقشة في الجلسة القادمة إذا كان يرغب في ذلك ، وهنا أشار خمسة من الأعضاء رغبتهم في ذلك ، وهنا علق الباحث أن البرنامج واللقاءات القادمة لتفريغ المشاعر والانفعالات ، وليس مكاناً للاعترافات .

مدة الجلسة : ٦٥ دقيقة

الجلسة الثالثة : عدد الأعضاء ١٢

جلس الأعضاء علي شكل دائرة ، وبدأت الجلسة بالصمت المشوب بالقلق والتوجس ، مما جعل الباحث ان تكون مهمته في البداية هي تخفيف حدة القلق ، فبدأ الجلسة بسؤال : لماذا هذا الصمت؟ وعلي الفور عبر أحد الأعضاء (م) تتساءل حتي بيننا قبل اللقاء - ماذا سيدور في جلسة اليوم؟ وهنا أجاب الباحث ، سبق التأكيد علي عدم الحديث باسم الجماعة ، وكل واحد يصف مشاعره وأفكاره فقط ولا يتحدث نيابة عن أي عضو آخر ، وبعدها إستمر نفس العضو في الحديث قائلاً منذ أكثر من شهرين وأنا أخاف من النوم بعيداً عن مكان الأخصائي الليلي وأري أحلام فيها أبي يحضر ويأخذني معاه ، وأستمر في عرض آلامه وشروده من الاستماع الي شرح المدرسين ، ورد الباحث أن هذه المشاعر ستزول باستمرار حضورك الجلسات ، وعلينا إلا نتعجل الأمور ، فجلس بعد أن شكر الباحث ، ثم طبق الباحث فنيه تقديم الآخرين Presentation of others وقام بتقديم الأعضاء عضواً عضواً ، خاصة أولئك الذين وافقوا علي عرض ما كتبه علي الجماعة ، وكان الإجماع علي مشاعر الانفصال في المجموعة الأولى ، ومشاعر الوحدة النفسية في المجموعة الثانية في جو وفقاً للمبادئ الأساسية للفكر الوجودي : التقبل - التعاطف - الأصالة يتسم بالخلو النسبي من مشاعر الكدر ، وقد ساعد هذا التكنيك علي دفع الجماعة

في طريق التعبير الحر التلقائي عن المشاعر الذاتية ، وعدم البعد عن مواجهة الذات في حضور الآخرين ، وبدأ الأعضاء في تفريغ شحناتهم الإنفعالية المتضمنة معايرة زملائهم في المدرسة بأنهم أبناء مؤسسات ، وأنه إذا ضاع أو فقد أي شيء في الفصل ، ينظر الزملاء لنا نظرة ساخرة ، وأقوم معهم بالبحث حتى نجد الشيء الذي ضاع ، وهنا أشعر بالراحة لظهور براءتي ، وهنا علق الباحث أنه باستمرار الحديث بصراحة يكشف كل عضو عن خبراته ومشاعره الذاتية دون خوف أو تردد ثم توالى بقية الأعضاء في الحديث والتفريغ الإنفعالي إلى إنتهت الجلسة بالشعور بالراحة النفسية لدي أغلب الأعضاء ، وطلب أحد الأعضاء أن يكون هو المتحدث الأول في الجلسة القادمة .

الجلسة الرابعة : عدد الأعضاء ١٢ مدة الجلسة : ٨٠ دقيقة

إختيار نقطة البداية باستخدام تكنيك تكلمة الجمل : وهو عبارة عن أربع جمل ناقصة في بطاقة ، وطلب الباحث من الأعضاء تكلمتها وهي :

- ١- مالم يفهمه الآخرون عني هو
- ٢- أختلف عن الآخريين في
- ٣- أكثر ما يؤلمني هو
- ٤- السلوك الذي أحب أن أغيره هو

وقد أتاح تكنيك تكلمة الجمل في الجماعتين العلاجيتين ، بداية طيبة لكل جماعة ، وجعل الأعضاء في مواجهة مشاعرهم الذاتية ، وبداية للأسبتصار بالخبرات المؤلمة ، رغم ذلك رفع هذا التكنيك مستويات القلق لدي أكثر من نصف الأعضاء لذلك أنهى الباحث الجلسة باستخدام فنية الاسترخاء الجماعي ، عن طريق التنفس العميق لمدة سبع دقائق .
وقام الباحث بتفريغ البطاقات وكانت النتيجة علي النحو التالي :

- الجملة رقم (١) كشفت عن مشاعر وخصائص وسمات لم تكن ظاهرة للباحث أو الأعضاء .
- الجملة رقم (٢) كان عن إختلافهم عن زملائهم الذين يعيشون مع أسرهم حيث شعورهم بالقلق والوحدة ، والخوف من المستقبل ، وعدم جدوي الحياة .
- الجملة رقم (٣) أجمعت على الاستجابة عن مشاعر الشعور بالدوئيته نتيجة الحياة المؤسسية (الإيوانية)
- الجملة رقم (٤) إنحصرت في الأهداف العلاجية والرغبة في التخلص من مشاعر القلق والوحدة النفسية

ثم تحدث العضو (ع) الذي طلب الحديث من الجلسة الماضية ، فعبّر عن خوفه من التصاق خبرة إيداعه بالمؤسسة بمستقبله ، حيث قد لا يوفق في إختيار شريكة حياة لكونه من أبناء المؤسسات - وتحدث الباحث أن المؤسسات ليست - سوي بيوت منتصف الطريق.

مدة الجلسة : ٩٠ دقيقة

الجلسة الخامسة : الحاضرون ١٢

طبق الباحث أسلوب (الإحماء الجماعي Group Warm UP) باستخدام "أسلوب الإحماء ذي الدائرتين (The Two Circle warm- Up) نصف الجماعة تشكل دائرة صغيرة ، يحيطها النصف الآخر بدائرة أكبر ، مع ترك حرية التنقل للأعضاء بين الدائرتين ، وتم التركيز علي فنيات التفاعل البيشخصي - اللفظي ، والاستفادة من القرب الفيزيقي حيث تفيد هذا وفقاً لما يراه (بيتمان Pittmen ، وستار Starr ١٩٧٧) من يعانون القلق والوحدة النفسية (صلاح عبود ١٩٩١ ص ٣٨) وبدأ العضو الذي طلب في جلسة سابقة أن يكون المتحدث الأول حيث قال (الشيء الذي لم يفهمه الغالبية عني ، هو أنني لا أحب أن يتدخل أحد في خصوصياتي ، وأحب أن أحتفظ لنفسي بشيء من السرية والخصوصية ، وأن إحتفاظي بخصوصياتي ليس له علاقة بشعوري نحوهم من صد أو كراهية) مقاومة - وهروب من تحمله مسئولية المبادرة في الحديث في جلسة سابقة (الباحث)

وعندما ناقشة عضو آخر (أ) بقوله - لقد إتفقنا منذ البداية علي ضرورة التعبير عن المشاعر بشيء من الصراحة ، وأنا شخصياً أوافق أن أعرض خصوصياتي ، وعاوز من زملائي يناقشوني فيها ، (فانا أشعر أنني أعيش في غربة عن الناس خارج المؤسسة) وناقشة الأعضاء في ضرورة أن يعيد النظر في هذه المشاعر ، وأن باب المؤسسة مفتوح للخروج شرط العوده في الموعد المحدد - دحض عقلائي - (الباحث) ونختلط بالآخرين ، ونزور زملاء الدراسة في منازلهم ، نعم أشعر بأنهم يعمون بحب الوالدين أكثر مني - وأنا أفتقد هذا الحب - إستبصار وبداية مواجهة الذات في حضرة الآخرين - (الباحث) - وهكذا استمر الأعضاء في عملية الإحماء الجماعي ، للتعبير عن المشاعر الداخلية ، مما ساعد الأعضاء علي الإستبصار بخبراتهم المؤلمة ، ومواجهتها ، وتعديل مدركاتهم إزاء هذه المشاعر المؤلمة ، وأعلن بعض الأعضاء (عدد ثلاثة) أننا نبالغ ونضخم من مشاعرنا ، وفي خارج المؤسسة توجد مشكلات لزملائنا مثل الشجار الوالدي .

وبعد منتصف الجلسة غير الأعضاء أماكنهم بحيث أصبحت الجماعة في دائرة واحدة ، وهنا طلب الباحث تفسير من الأعضاء لهذا التغيير في شكل الجلوس ، وكانت التفسيرات في مجملها تحمل معني الرغبة في رؤية كل عضو لبقية الأعضاء ، وأن يكون الجميع موضع ملاحظة الباحث وإهتمامه ، وتزاحموا في محاولة للتسابق للجلوس بجوار

الباحث ، تعبيراً عن الرغبة في الشعور بالأمن - والحماية والسند ، وعندما تحرك الباحث وجعل جلوسه خلال الجلسة بجوار من يتحدث من الأعضاء ، لتعظيم الفاعلية في التعبير عن المشاعر ، وتحقيق المساندة النفسية عند التعبير عن المشاعر المؤلمة السابقة وأدراكها في ضوء الحاضر - هنا - الآن "لأن ذكريات الماضي لا تحمل نفس دلالتها ومعناها عند التعبير عنها في الحاضر" (كامليا عبد الفتاح ١٩٩١ ص ١٨) .

وهكذا ساعدت عملية الأحماء الجماعي علي تعظيم فاعلية التعبير عن المشاعر الذاتية ، وأستبصار الأعضاء بخبراتهم ، وتعديل إدراكهم إزاء هذه الخبرات ، وظهر التباين بين ما يراه العضو ، وما يراه الآخرون فيه ، والتباين بين ما يقوله العضو حالياً ، وما عبر عنه سابقاً ، في اتجاه المزيد من الصراحة ، والقدرة علي مواجهة الذات في حضور الآخرين وأختتم الباحث الجلسة بقوله الآن أصبحت الصراحة في التعبير هو أسلوب للحياة في الجماعة كنموذج مصغر للمجتمع الأكبر .

مدة الجلسة ٧٠ دقيقة

الجلسة السادسة : عدد الحاضرون ١٢

طلب الباحث من الأعضاء إختيار شكل الجلوس ، فأجمعوا علي الجلوس علي شكل مستطيل ناقص ضلع ، ووضعوا للباحث كرسي في الضلع الخالي ثم تبادل الباحث الحديث مع الأعضاء عن الأهداف التي سبق أن وضعوها لأنفسهم ، ثم أكد الباحث علي تجديد التزام كل عضو بأن يستخلص من المرور بخبرة الجماعة العلاجية أكبر فائدة علاجية ممكنة ، ثم طبق الباحث فنية "الإسقاط المستقبلي Future Projection" لاطهار نوعية تصورهم للمستقبل ، ليتعرف الباحث علي أفضل فنيات إعادة البناء المعرفي ، لتعديل الأفكار والمشاعر الذاتية تجاه المستقبل ، لتحقيق نظرة أكثر تفاؤلاً ، مع تدعيم الباحث لإرادة الأمل وإرادة الحياة .

ولوحظ أن الشعور المشترك بينهم كان الخوف من المستقبل ، والشعور بالخربة عن المجتمع خارج المؤسسة ، ومعايرة زملائهم لهم - بأنهم أبناء إصلاحية - وساعد التعبير والتفيس اللفظي عن المشاعر الذاتية تجاه الحاضر وصوب المستقبل - في حضور الآخرين - ساعد علي النقاء الأعضاء بعضهم البعض ، والإحساس بوحدة المعاناة ، وأنهم ليسوا وحدهم الذين يعانون هذه المشاعر المؤلمة ، كما ساعد علي سبر أغوار الجماعة ، والاسراع في وضع الأهداف الحيوية والواقعية موضع التفعيل ، واكتشاف بعض الأعضاء وقدرتهم علي تغيير ذواتهم وخاصة أولئك الذين كان الخيال تجاه المستقبل ممكن تحقيقه ، كما ساعد علي الشعور بالراحة النفسية والخروج من أسر الحاضر المؤلم .

ثم حدثت العدوي الاجتماعية بين الأعضاء ، حتى أضحي الغالبية يتقون في
أمكانية تغيير أو تعديل مالا يرغبونه في شخصياتهم وأن السبيل الي الشفاء في أسرع وقت
ممكن ، هو مسئولية العضو نفسه وليس الباحث - كما كانوا يعتقدون في البداية .

مدة الجلسة : ٩٠ ق

الجلسة السابعة : الحاضرون : ١٢

في هذه الجلسة ركز الباحث على تعديل محتوى التفكير لدي أعضاء كل جماعة
مسترشداً بفنيات (إليس - Ellis - 1977 ، وبيك Beck 1977 من أمريكا ، ومايكنباوم
Meichenbaum : 1977 ، وكازدين Kazdin 1990 من كندا ، الاتجاه الحديث في العلاج
النفسي الذي يهتم بأراء (إليس ومايكنباوم) ، الخاصة بأهمية حديث المرء مع نفسه ، وما
يحوية من إنطباعات وتوقعات عن الموقف الذي يواجهه ، هو السبب في تفاعله المضطرب
مع ذلك الموقف ، ولهذا يعمدون إلى تحديد مضمون هذا الحديث من خلال المنولوج او
الحوار الداخلي ، للعمل على تعديل محتوى التفكير كخطوة أساسية في التغلب على
الإضطراب .

لذلك طبق الباحث الفنيات المعرفية التاليه :

- ١- التوجيه المباشر ، وأعطاء معلومات موضوعية وواقعية تتضمن أن المؤسسة
ليست - سوي - بيوت منتصف الطريق .
- ٢- إعطاء معلومات واقعية عن طريق بعض أعضاء الجماعة عن سلبيات
إستمرار مشاعر القلق والوحدة الناتج عن الخوف من المستقبل ، ومن ثم
تحقيق المواجهة الثنائية بين كل عضوين ، كل منهما بخصوص أفكاره ،
وتقوم الجماعة والباحث بتصحيح الأفكار الخاطئة .
- ٣- تطبيق فنية توليد البدائل - وأستكشاف الحلول والامكانات المختلفة ، حيث
طلب الباحث من العضو (ي) أن يتخيل صديقاً له جاء يطلب مشورته في
تعديل فكرته عن نفسه والخوف من مواجهة الآخرين (هذه مشكلة العضو
نفسه) وأن يقترح عدداً من الحلول الإيجابية ثم إقترح باقي الأعضاء بعض
البدائل ، وإتفقوا جميعاً على أن الاستمرار في الدراسة ، وأستكمال مسيرة
التعليم ، والرضا بالواقع هو السبيل الي تحقيق مستقبل آمن .
- ٤- التقليل من أهمية بعض المشاعر والأفكار مثل - الانفصال عن الوالدين يدمر
المستقبل ، نظراً لوجود بدائل للرعاية الوالدية مثل الرعاية الإيوائية ، والعمل
في الأجازات الصيفية ، وهنا وجد بعض الأعضاء الفرصة للتعبير عن
تجاربهم في العمل بالمصانع والمحلات خلال الأجازات وإدخار أجورهم في

دفا تر التوفير الخاصة بهم في المؤسسة ، ثم حدثت العدوي الإجتماعية ، حيث قرر غالبية الأعضاء تسجيل أسمائهم لدي أخصائي المؤسسة للعمل في الأجازة .

٥- تطبيق فنية الوعي بالذات ، عن طريق مشاهدة العضو لنفسه خلال المرآة ، ثم من خلال آراء الآخرين ، وهو يتصرف في مواقف اجتماعية حيه ، حيث "يدرك العضو مباشرة الكيفية التي يدركه بها الآخرين ، مع تجنب المواقف التي يكون العضو حساساً تجاهها" (Herbert : 1987)

الجلسة الثامنة : الحاضرون ١٢ مدة الجلسة : ٧٠ دقيقة

جلس الأعضاء في شكل (دائرة) وقام الباحث باستقلال القرب الفيزيقي الذي يحققه العلاج الجماعي ، ليساعد الأعضاء علي إقامة العلاقات البينشخصية وفقا لما يراه "بينمان وستار ١٩٧٧" (في صلاح عبود ١٩٩١ ص ٣٨) وما يراه (روجرز ١٩٨٤) حيث يساعد ذلك أفراد الجماعة في التعرف علي المشاعر ، وأختبارها ومواجهتها ، ويرفع درجة تقبل الذات والآخرين ، بما يساعد علي تحقيق ذات واقعية غير التي كانت لديه سابقا ، كما تحقق اللغة البدنية الملائمة ، كالاحتكاك البصري ، شعور الأعضاء بأنهم موضع الاهتمام جميعاً من الباحث ، والبعد عن التركيز علي أعضاء بعينهم ، أملاً في تحقيق الاهتمام الإيجابي ، والبعد عن التجاهل لأنه يدعم القلق .

وطلب الباحث الحديث بنبرات صوت هادئة ، ودافئة ، وتعبيرات وجه ودوده ، وأحتكاك بصري ودي ، مما ساعد علي تدعيم وخلق علاقات متبادلة ومطمئنة بين الأعضاء ، بعد أن تم توجيه النظر الي ضرورة تجنب الإشاحة بالوجه بعيداً عن الطرف الآخر ، وضرورة تبادل الاحتكاك البصري أثناء الحديث مع من يتحدث معه (Ingersoll : 1988 - P: 71)

وتم تدريب أعضاء الجماعة فردين ، فردين علي التوالي ، وكان الحديث الثنائي عن المشاركة الوجدانية ، وما يحقق الأنا والموانسة .

وهنا علق العضو (أ) أنني كنت أتحدث بصوت مرتفع دائماً ، وكنت أخشى الحديث مع مدرس الفصل وأنا أنظر إليه ، فطلب الباحث منه توجيه خطاب شفهي مسموع إلي مدرسه ، بكلمات هادئة فقال (مدرسي العزيز - أرجو أن تترك العصا ، وتذكر وقت أن كنت في سني ، حدثني من القلب يصل حديثك إلي قلبي وعقلي ، وأحبك وأحب ماتدرسة ، وطلب عضو آخر أن يقوم بدور المدرس ويرد عليه بخطاب شفهي مسموع أمام الجماعة ، ولاحظ الباحث شعور الجميع بالراحة لاسقاط رغباتهم وتفعيلها في مواقف حيه . ساعد علي الشعور بالتمكن وامتلاك القدرة علي السيطرة علي الذات .

مدة الجلسة : ٧٥ دقيقة

الجلسة التاسعة : عدد الأعضاء ١٢

طبق الباحث فنية "التغذية المرتدة" حيث تحدث كل عضو - بترتيب جلوسهم - ماذا استفاد حتى الآن ؟ وكان الإجماع على اكتساب مهارة الحديث أمام الآخرين دون خوف أو تردد ، والكشف عن المشاعر المؤلمة ، وتقبل الحياة بالمؤسسة ، والتعاون بين أعضاء الجماعة حتى خارج الجلسات ، كما ساعدت التغذية المرتدة على الاستبصار الذاتي للمعاناة وإدراك الخبرات المؤلمة الماضية في ضوء الحاضر هنا - والآن - بدون تضخيم أو تهويل ، ثم قام الباحث بعرض تمرين - جملة نرغب في الشفاء ، بعد تقسيم الجماعة إلى مجموعتين ، وكتابة مفردات الجملة على ثلاث كروت لكل مجموعة . ويعلق الكارت على صدر العضو ، ويطلب من المجموعتين سرعة تكوين الجملة فور الإشارة الي ذلك ، وتكررت هذه المحاولات خمسة عشر مرة واحتساب النتيجة لصالح المجموعة الفائزة . وطلب الأعضاء تكرار المحاولة بأشخاص آخرين ، وكانت لجنة التحكيم من الأعضاء أنفسهم . واكتشف الأعضاء أن جو المرح واكتساب الأمل في الشفاء شيء ضروري في الحياة ، كما ساعد على التخلص من مشاعر القلق والوحده - وأن الشفاء هو مسئولية العضو نفسه وليس مسئولية الباحث ، وخاصة بعد تكرار هذه المحاولات بتكوين جمل أقترحها الأعضاء مثل :

- أشعر بالسعادة
- أستطيع الوصول الي هدفي
- أحب الجميع
- المستقبل يصنع في الحاضر

الجلسة العاشرة عدد الأعضاء ١١ - غياب عضو لمرضه مدة الجلسة ٨٠ دقيقة

لمواجهة الذات والوقوف على أسباب الإضطراب ، وتحقيق الوعي الثري طبق الباحث فنية الحوار مع الذات Monolog ، حيث طلب من الأعضاء أن يجري كل عضو حوار صامت مع نفسه لمدة خمسة دقائق في أي شيء يقلقه أو يسبب له الضيق بما يخص التفكير في حالته النفسية الراهنة ، ثم يقوم العضو بعرض مضمون هذا الحوار الداخلي أمام الجماعة بصوت مسموع ، ثم تقوم الجماعة والباحث بالتدعيم والمساندة لهذا الحوار ، اذا كان إيجابياً ، أو يشير الي بداية إيجابية لاستكشاف الذات ومواجهتها وعند الميل الي الهروب من المواجهة أو الاستمرار في الاعتماديه - أو الأفكار السلبية عن الذات او الآخرين تم استخدام فنية الدحض العقلاني في جو جماعي يتسم بالتقبل ، والتعاطف والمساندة النفسية .

وفي نهاية الجلسة طبق الباحث مقياس التحسن العلاجي بصورة جمعية للوقوف على مدى التحسن ومدى نمو الجماعة ، وأسفرت نتيجة التطبيق عن ٧٠% في الجماعة التجريبية الأولي ، ٨٥% في المجموعة التجريبية الثانية قررا شعورهم بالتحسن ، بينما قرر من ٢-٣ عضو في كل جماعة أنهم لم يشعروا بالتحسن - وقد كان هؤلاء ممن يؤثرون عدم التفاعل الهادف خلال الجلسات السابقة ، لذلك قرر الباحث أن يكونوا موضع التركيز في الجلسات التالية :

الجلسة الحادية عشر : عدد الأعضاء ١٢ مدة الجلسة : ٧٥ دقيقة

في بداية الجلسة - بعد الجلوس علي شكل دائرة ، لاحظ الباحث ظهور بعض الأعراض الجسمانية مثل : غزارة العرق ، سرعة التنفس ، لذلك قام الباحث بتطبيق "فنية الاسترخاء الجماعي" باستخدام التنفس العميق الهاديء لمدة خمس دقائق ، وبعدها راحة خمس دقائق ، ثم طلب من الأعضاء تدليك الجسم الثباتي "Carotid Body" بعد أن شرح الباحث طريقة تنفيذها علي نفسه ، والجسم الثباتي كما يذكر (شيهان 1998 Sheehan) وكما تشير كتب الطب الطبيعي والتشريح هو عقدة ذهنية تقع في الرقعة تحت شجمة الأذن مباشرة . وذلك بهدف تحقيق الاسترخاء والتقليل من مشاعر الخوف واكتساب الشعور بالتمكن في السيطرة علي الذات - والهدوء في مواجهة المشاعر المؤلمة : بما يؤدي إلى زيادة الدافعية ، ويساعد علي استثمار التفكير الإيجابي في مواجهة التفكير السلبي ، بما يسمى "بإعادة التنظيم المعرفي Cognitive Restructing (Shechen) ترجمة عزت شعلان ١٩٩٨ ص ٣٥) .

ثم بدأ الأعضاء في التدريب علي نمو القدرة علي المثابرة - والوصول إلى الهدف ، باستخدام مجموعة أسنكمال الأشكال - والمثاهات والخروج منها في أقل وقت ممكن ، حيث يري (روجرز ١٩٨٥) أن نمو القدرة علي المثابرة والابتكار والوصول إلى النجاح يمثل هدف يعلو كل المكاسب العلاجية" (عبد الستار ابراهيم ١٩٩٤ ص ٣٤٤ - ٣٤٥) .

وقد ساعد ذلك علي شعور الأعضاء بالتمكن ، وأزدياد الثقة في الذات ، كما حقق روح المرح في الجماعة علي عكس بداية الجلسة ، وأنتهت الجلسة وقد ساد الأعضاء الشعور بالراحة النفسية بعد أن اثني الباحث علي مثابرتهم في الوصول إلى حل تمارين الإغلاق والخروج من المثاهات .

مدة الجلسة ٩٠ دقيقة

الجلسة الثانية عشر : عدد الأعضاء ١٢

في هذه الجلسة تم تطبيق (فنية الفيد باك) بهدف تدعيم وتعميم بعض الخبرات الوجدانية المكتسبة ، والدخول في مواجهة إنسانية عميقة مع الآخرين كما يري (Bruhan Tusch & Tusch 1980)

بما يساعد علي تطبيقها في الأمور الحياتية خارج نطاق الجماعة (علي سليمان : ١٩٩١ ص ص ١٦ - ٣٥) ودعم الباحث ما تحقق من مكاسب أقرها بعض الأعضاء من خلال التركيز علي العلاقات المتبادلة الدائمة بين أفراد الجماعة خارج الجلسات - تحقيقا لمباديء (روجرز ١٩٨٥ ص ١٢٩)

"في أن العلاقات بين أفراد الجماعة التي تعتمد علي إستراتيجيات (روجرز) علاقات دائمة حتي بعد أنتهاء العملية العلاجية" - (Kaplan & Sudock : 1985 PP 1385-1386)

وقد حقق "الفيد باك" المزيد من الاستبصار بأنهم أصبحوا يمتلكون الكثير من الطاقة النفسية المتحرره التي تمكنهم من التعامل مع الحاضر ، وترقب المستقبل بصورة أكثر تفاعلاً ، في جو من التعاطف الإنساني الذي حققته الجماعة العلاجية حيث ارتفعت لديهم المعرفة والاستبصار ، وهما زاد الثقة عند الأعضاء علي طريق الشفاء ، وقد لاحظ الباحث من خلال التعبير اللفظي للأعضاء - إمتلاك أكثر للمشاعر ، وتقبلها ، والسماح لها بالظهور ، بعد أن كانوا ينكرونها في الماضي وإدراك أن عليهم مسئولية تجاه التغلب علي الخوف والقلق الموجود بداخلهم ، وحقق الثقة لدي أغلب الأعضاء في أن عوامل النمو والشفاء يمتلكونها ، وعليهم مساعدة أنفسهم في تفريغ المزيد من المشاعر ، ومواجهة ذواتهم دون خوف .

مدة الجلسة ٨٠ دقيقة

الجلسة الثالثة عشر : عدد الأعضاء ١٢

طبق الباحث "فنية التدعيم المتبادل بين الأعضاء" (بثبوكيلي) لتشكيل مهارات الإتصال البينشخصية ونموها باستحسان الجماعة كما تبدو من التعبير اللفظي للأعضاء (مليكه ١٩٩١ ص ١٥٠) وقد عبر العضو (أ) (أن العلاقات الجيده في الجلسات التي فاتت أعتبرها خير سند وتعويض عن فقدان الأهل ، وقللت من الشعور بالوحدة ، ووافقه الأعضاء علي ذلك ، ثم تحدث العضو (م) ألاحظ أننا أصبحنا نلتقي في المؤسسة ونقوم بالنشاط اليومي معاً بعلاقة حب ، وكل منا يسأل عن الآخر إذا تأخر في العوده من المدرسة ودعم الباحث تعبير الأعضاء عن المشاعر الإيجابية الجيده ، التي تنقلهم من الاعتماد علي الآخر الي الاستقلال ، وأهمية أن يتخذ كل عضو الهدف الذي سبق أن حدده في بداية الجلسات ، شرط أن تكون الأهداف واقعية ممكنة التحقيق مثل : الإنجاز المدرسي

التخلص من المعاناة ، وعلق العضو (ع) ولكن مازلت أنا في حاجة الي التشجيع والمسانده ، ليس منك فقط (يقصد الباحث) ولكن أيضاً من العاملين في المؤسسة ، خاصة بعد أن لاحظنا تحسن كبير في تعاملهم معنا كبشر ، وقد أيده الباحث بقول علينا أن ننتظر وسيكون المستقبل أفضل .

الجلسة الرابعة عشرة : عدد الأعضاء ١٢ مدة الجلسة : ٩٠ دقيقة

طبق الباحث "فنية أنا وأنت ، هنا والآن Here & Now في جو يتسم بالمسانده الإنسانية من قبل الباحث وأحتل التركيز علي مبدأ الآن The principle of the now حيث سئل كل عضو - ماذا تشعر الآن؟

ووصف كل عضو في الجماعتين - مشاعره ، أفكاره ، مع سرد ذكريات الماضي بكل بطانتها الانفعالية بلغة الحاضر ، كما لو كانت تحدث الآن عن طريق تمثيل الوقائع لذكري الانفصال باستخدام فنية "الكرسي الفارغ Empty Chair" حيث تم وضع كرسي خالي في منتصف دائرة الجلوس ، ويتخيل كل عضو أن الذي يجلس عليه شخص مهم في حياته ويجري حديثه معه أمام الجماعة ، وحث الباحث الأعضاء علي عرض مشاعرهم وتوقعاتهم القلقة .

وبعد منتصف الجلسة جلس الباحث مع كل عضو علي حده أمام الجماعة - أنا - وأنت - هنا والآن - في جو من التواصل الإنساني ، بشرط الإلتزام بالصدق في التعبير والمصارحة Prazeness ، بما يساعد كل عضو علي بلوره صدق العضو مع نفسه وتحمل مسئوليته تجاه ذاته وهكذا ، وعندما قال العضو (ص) الدنيا علي ، جعله الباحث يقول : أنا بتعذب ، ليتحول العضو إلي شخص فعال Active ، لاراد الفعل Reactive حتي يزداد وعيه بذاته ، ويدرك أشياء في حياته مهما كانت بسيطة ، ولكن لها دلالتها في حياته ، وتسابق الأعضاء في الجلوس مع الباحث دون تردد "لا راد للفعل حيث تم تحقيق فاعليه المصارحة في الكشف عن المشاعر ومواجهة الذات ، بوصف الذات موضوعاً للتعامل ، والامتلاك للمشاعر وتقبلها ، والسماح لها بالظهور ، بعد أن كان ينكرها في الماضي (Kaplan Sadock, 1985, 1985 P: 148101382) وقد أضفي هذا علي الأعضاء ، الشعور بالأمن والمساند الإنسانية وأن الفرد بالجمع يعصم .

الجلسة الخامسة عشر : عدد الأعضاء ١٢ مدة الجلسة : ٧٥ دقيقة

طبق الباحث فنية "الكرسي الساخن Hot Seat" علي الأعضاء كل علي حده لتعظيم المضى في رحلة إستكشاف الذات في إطار من المواجهة Confrontation والمصارحة في حوار يستخدم فيه العضو ضمائر الأنيا المعبرة عن مسئولية القول والفعل ،

والأنثى : المعبرة عن مواجهة الحقيقة ، مع إصرار الباحث علي عدم استخدام الأعضاء ضمانر الغائب مثل هي - هو - هن - هم ، لأنها تساعد علي الهروب من المواجهة في اكتشاف الذات ، والإستمرار في ثنايا ما يعانیه ، لكي يلتقط كل عضو جوهر نفسه ، مما يساعد العضو علي الوعي والإستبصار بالمشاعر والأفكار السلبية لديه ، وتأثيرها في سلوكه (Herbert : 1987)

وقد أفاد هذا التكنيك في تزويد الأعضاء برصيد هائل من المعلومات النفسية عن الذات ، والإنطلاق بإمكاناتهم علي أفاق إنفعالية وأجتماعية أكثر خصوبة ، كما ساعد علي التحرر من بعض مشاعر القلق التي يتعرضون لها ، كما ساعد علي تحقيق جانب من الوعي الثري بجوانب الذات الإيجابية ، خاصة بعد مناقشة الأعضاء لكل عضو ، في جو جماعي مطمئن وخالي نسبياً من التوتر ، ثم طبق الباحث مقياس التحسن العلاجي بصورة جماعية للوقوف علي مدى التحسن العلاجي ، وأسفرت النتيجة عن شعور الأعضاء علي مقياس التحسن بعبارات إستحسان بجوار عنوان للمقياس مما طمأن الباحث علي أن الجماعة تنمو في الاتجاه المأمول .

الجلسة السادسة عشرة : عدد الأعضاء : ١٢ مدة الجلسة : ٧٥ دقيقة

في بداية الجلسة تحدث الباحث قائلاً للجماعة : هانحن قد قطعنا شوطاً طويلاً في الجلسات ، وباقي الليل ، وأود في هذا اللقاء أن أعرف أراكم فيما إكتسبتموه خلال الجلسات الماضية ، وعليه سنفتح الباب أمام كل من يريد أن يعبر عن مدي استفادته وبدأ الأعضاء بترتيب جلوسهم في الحديث ، وكان الإجماع علي التكيف مع الواقع المعاش ، وبداية الأمل في المستقبل ، هما المكسبان اللذان أجمع عليهما أغلب الأعضاء ، بينما عبرت القله عن إكتساب مكاسب فردية مثل ازدياد الثقة بالنفس ، التعاون مع الآخرين ، حرية التعبير دون خوف بما يحقق الإنجاز المدرسي والشعور بالكفاءة .

وفي منتصف الجلسة : قال الباحث سنفتح الباب أمام كل من يريد طرح موضوع يهمله أو مسألة شخصية يرغب في عرضها ، وهنا بدأ العضو (م) في التعبير عن مسألة كانت تشغله في البداية ، وهي ندرة تفسير الباحث لما يحدث داخل الجماعة - والآن أدركت أن هذا شيء مقصود في البرنامج ، وتحدث عضو آخر (ع) عن خوفه في البدانة من الجلوس علي الكرسي الساخن ، لدرجة أنه ظل عشرة دقائق في صمت ، وعندما شعرت بمساندة الباحث في إخراجي من هذا الموقف العصيب عندما قال : زميلكم الآن يتحدث مع نفسه قبل عرض حديثه عليكم ، وهذا جعلني أشعر بالمساندة والأمان ، جعلني أعرض مشاعري التي كانت أخاف من التعبير عنها سابقاً ، ثم قال العضو (م) عندما

تحدثت في رسالة شفوية مسموعة لشخص مهم في حياتي شعرت في البداية بالحرج الشديد ، وفضلت أن أرسل رسالة إلي نفسي تتضمن أن الله سيكون معي ، وبعدها أرسلت للنوالدين رسالة ، أتمني لهم النجاح والتوفيق في عملهما بالخارج (هنا أدرك الماضي ببطانته الإنفعاليه بصورة إيجابية في الحاضر ، دون تهويل أو مبالغة (الباحث) لأن الماضي ليس له نفس المعني والدلالة عند إستحضاره في الحاضر (كامليا عبد الفتاح ١٩٩١ ص ٢٨) .
وهكذا إنتهت الجلسة بالشعور بالارتياح وإدراك الخبرات بمشاعر جديدة مع قدرة العضو علي تقويم ذاته وإضفاء القيمة الإيجابية علي العلاقة الروحية (Kaplan & Sadock 1985 PP. 1381-1382)

الجلسة السابعة عشر : عدد الحاضرين ١٢ مدة الجلسة : ٧٥ دقيقة

طبق الباحث "فنية القيام بالجولات Making The Round حيث طلب الباحث من العضو (أ) وهو ممن يتسمون بارتفاع مستوي القلق وفقاً لنتائج القياس القبلي - التعبير عن مشاعره لفظياً تجاه كل عضو في الجماعة وفق ترتيب جلوسهم بالدوران عليهم ، وتلقي استجاباتهم مع التركيز علي أساليب التفاعل اللفظية وغير اللفظية لتيسير التفاعل . وكانت مشاعره طيبه إيجابية تجاه الأعضاء حالياً علي عكس ما سبق ، فقد كان يحمل تجاههم مشاعر عدم الإرتياح لإعتقاده أنهم يدفعونه للكشف عن خصوصياته ، وسأله الأعضاء عن سبب تغيير مشاعره إلي الأفضل ، فأكد أنه نتيجة تكون مشاعر الألفه معهم ونظراً لوحدة المعاناة والمصير - كلنا في مركب واحد - وأن الرفيق والصديق عوضاً عن الأهل ، وهكذا مع بقية الأعضاء ، في جو يتسم بالمسانده النفسيه المتبادله ، حققه البرنامج العلاجي ساعد علي تجاوز بعض العلاقات غير الدافنة بين بعض الأعضاء حيث كانت الفرصة سانحة لتعديل هذه المشاعر .

الجلسة الثامنة عشرة : عدد الأعضاء ١٢ مدة الجلسة : ٩٠ دقيقة

طبق الباحث - بعد الجلوس علي شكل مستطيل ناقص ضلع ، "فنيه" "تفعيل المشاعر عن طريق التجريب" وقام العضو (ش) بتوزيع بطاقات بيضاء ، والمطلوب رسم صورة شخص يكون قريب الشبه من صديق له في الجماعة بقدر الأماكن ، وتعل بعض الأعضاء في التجريب حتي امتثل الآخرين (عدوي إجتماعية - مسايرة للجماعة) (الباحث) وعلق كل عضو علي رسمة وذكر ما كان يفكر فيه نحو صديقه أثناء الرسم وأفصحت هذه التجربة عن ميل أغلب الأعضاء الي التقدير الإيجابي نحو الآخر وكان الرسم في أغلب البطاقات مثل ، صديقه ينظر ببصره إلي بعيد ، شخص مصفف الشعر . شخص يصافح

الأخرين ٠٠ ٠٠ وهكذا ، وساعدت تعليقات الأعضاء على تحقيق الاستبصار بآراء ومشاعر الذات نحو الآخر ، وخلت التعليقات من السخرية - أو كبش - القداء .

ثم قام عضو آخر بتوزيع ٣ متاهات متدرجة الصعوبة على كل عضو وطلب من الأعضاء سرعة الخروج من المتاهة بصورة صحيحة ، وأن يكتب في نهاية المتاهة الهدف الذي يرغبه أو كان يتمنى أن يجده ، ثم يعرض كل عضو على الجماعة الهدف الذي سجله إذا كانت محاولات الخروج من المتاهة صحيحاً ، ويناقشه الأعضاء ، وكانت الأهداف تنحصر في النجاح الدراسي ، إستكمال التعليم ، الحصول على مسكن ، الحصول على عمل مناسب ، وساعدت المناقشات على تعديل بعض الأهداف المستحيلة ، الي أهداف واقعية ، مثل قول العضو (ع) أن يجد فرصة عمل مهندس في شركة كبري بدلا من أن يكون صاحب شركة لإنتاج السيارات ، وقام الباحث بتدعيم إرادة الأمل في الحياة في جو تحقق فيه الأانس والموانسة من خلال التفعيل Acting للمشاعر والرغبات بما يساعد على التعامل الإيجابي في مسرح الحياة الواقعية ، لوقاية الأعضاء من الإنتعكاس والحفاظ على إستمرارية المكاسب العلاجية وهدف الباحث ان تقوم التجربة بنفس الدور الذي يقوم به التفسير في العلاج بالتحليل النفسي مع الفارق ، حيث أن التجربة في البرنامج هي خبرة حية ، يمارسها العضو بنفسه ليعي ذاته ، وحتى يسفر التقبل على تحمل المسؤولية في تقرير مصيره وتحسين فرص النمو ، والمساعدة على كشف الزيف في نفسه ، ومن ثم يتحقق الوعي الثري Awareness

مدة الجلسة : ٧٥ دقيقة

الجلسة التاسعة عشرة : عدد الأعضاء : ١١

طبق الباحث "فنية الأعتامد المتبادل" بين الأعضاء في جو يتسم بالخلو النسبي من القلق والخوف ، والتركيز على الحاضر المعاش ، وعدم ذكر أي خبرات ماضية - أو التعلق المرضي بالمستقبل ، ومناقشة كل عضو في مدي نجاح كل ثنائي في الإنجاز المتبادل من خلال التجربة ، حيث لا تستكمل التجربة إلا بمساعدة الآخر ، وتعتمد الباحث والأعضاء في غمرة الإحساس بالإنفكاك من أسر طويل مزمن - إلي لفت انظارهم إلي أنهم حالياً في طور الشقاء لتقديم ما سبق أن تحقق من أهداف ، قائلاً الأخط وتلاحظون معي إختفاء الكثير من الأعراض والألام التي كانت واضحة في الجلسات الأولى ، وأصبح الحديث الغالب عن المستقبل ، وقبول الواقع المعاش ، والشعور بالرضا عن التواجد في المؤسسة ، كما أصبح الحديث عن ضغوط الحياة بصورة بعيدة عن المبالغة أو التهويل ، كل هذا يشير إلي الوصول مستوي أفضل - فما رأيكم؟

وبدا الأعضاء في الحديث عن الخبرات المكتسبة وكانت عن العلاقات - التفاعل - التساند - روح الأمل - الثقة بالنفس ، عمق العلاقات وتعددتها وتنوعها ، ارتفاع درجات الشهر في المدرسة ، الإنتظام في الدراسة - عدم هروب أي عضو من المؤسسة مثلما حدث لدي باقي أبناء المؤسسة غير المنضمين للبرنامج وانتهت الجلسة وقد سيطرت مشاعر الراحة النفسية علي جميع الأعضاء .

مدة الجلسة ٦٥ دقيقة

الجلسة العشرون : عدد الأعضاء ١٢

استمر الباحث في "تأييد التغييرات Supporting Changes التي حدثت وتحققت لكل جماعة من الجماعتين التجريبتين ، وبدأ الباحث في مناقشة الأعضاء ، عضواً ، عضواً ماذا يري في نفسه الآن؟

وكان هدف الباحث من هذا السؤال لكل عضو ، هو جعل إجابات الأعضاء نوعاً من الإلتزام تجاه المستقبل ، ووضح الباحث للأعضاء أن سبب إمتناعه عن التدخل المباشر في الكثير من الجلسات ، ساعد علي تحمل الأعضاء المسؤولية عن الشفاء ، والقرب من الهنا - والآن وأن المستقبل ليس سوي ما يخططه الفرد في الحاضر - المستقبل يصنع في الحاضر - كما أوضح الباحث أن عدم التماثل بين أي جلسة وسابقتها أو لاحقها ، شيء مقصود في البرنامج ، يهدف الي التغيير المستمر ، وأن يجد كل عضو ما يرتاح له نفسياً من الفنيات العلاجية العديدة التي شملها البرنامج لتحقيق وتحسين النمو الذاتي ، وعدم الوقوف كثيراً في مرحلة من مراحل نمو الجماعة أكثر من اللازم ، لتحقيق النضج النفسي والإجتماعي المأمول ، وساد الجماعة روح التفاؤل .

الزمن : ٩٠ دقيقة

الختام : عدد الحاضرين ١٢ في كل مجموعة

طلب الباحث ان يذكر كل عضو ما أستفاده من خبرة المرور بالبرنامج وما إستفاده بعض زملائه أيضاً لتدعيم وتحقيق التدعيم المتبادل والوقوف علي رؤية الذات الجديدة كما يراها هو ، وكما يراها الآخرين ، وبعدها طلب الباحث من الأعضاء أن يلتزم كل منهم بالأهداف التي وضعها لنفسه بعد إنهاء عمل الجماعة .

وعلق أحد الأعضاء (ي) أننا تعلمنا كيف نعيش في المستقبل بدونك ، كما تعلمنا كيف نقيم علاقة مع الآخرين ، مثلما تعلمنا كيف نقيم علاقة ودوده معاك ، وبعدها قال الباحث ، ربما يكون هذا هو شعورك الشخصي فقط ، وعلي الفور علق الأعضاء بصوت جماعي بأن هذا هو شعورهم فعلاً ، ثم تحدث عضو آخر (أ) قائلاً لاحظت أن سيادتك لم تعلق علي حديث زميلي أنه تحدث باسم الجماعة - وأعتقد أن هذا يشير إلي أننا أصبحنا في حالة طبيعية ، وأعتقد أن هذا رأيك ، وواقفه الباحث علي هذا الرأي وهذا التفسير .

ثم تحدثت العضو (م) قائلاً : منذ ثلاث جلسات مضت ، تحدثنا مع بعض في شعورنا أنك تمهد في وقتها لإنهاء البرنامج ، وأنا فعلاً أشعر بتحسن كبير .
ثم طبق الباحث القياس البعدي ، وبعد إنتهاء التطبيق حدد الباحث موعداً بعد ثمانية أسابيع للقاء ، قائلاً - في هذا اللقاء إن شاء الله سيكون لديكم الكثير مما نقولونه ، وكان هذا الوعد باللقاء ، والتأكيد على مواعده ، سمح بإعطاء صيغة تفاولية ، مما جعل الأعضاء يهتمون بالقاء في جو يسوده المرح والتفاؤل ، وتلاشت مشاعر القلق والشعور بالوحدة ، وكما إتضح من نتائج القياسات البعدية .

تحليل البرنامج العلاجي من خلال مراحل تطور الجماعة العلاجية

سار تطور الجماعة وفق المراحل التالية :

المرحلة الأولى : في الجلسات الاستهلالية لوحظ ما يلي :

العجز : حيث ساد الشعور بالعجز وعدم التمكن من السيطرة على السلوك والرغبات ، وأفتقاد الشعور بالذات الإيجابية ، وفقدان الشعور بالتلقائية .

التشويش : أفراد الجماعة كما لو كانوا أشياء يتعاملون مع الآخرين بوصفهم أشياء بدون مشاعر ، وأنه لا جذور تربطهم بواقعهم الجديد في الحياة الأيوائية ، وبالأخرين .

اللامعنى : حيث لو حظ أن أغلب الأعضاء يرون أن الحياة لا معنى لها ، ولاجدي من البقاء مع الجماعة .

اللامبالاه : حيث عدم الأهتمام بالأهداف أو الغاية من الحياة .

اللاهدف : يشعرون بأن حياتهم في المؤسسة تمضي رتيبه ومملة ، وبدون هدف .

الاعتمادية : تراودهم الأوهام بشأن الشفاء ، والهروب من التواصل الإنساني ، والإعتماد على الباحث .

عدم النظام : يتحدث الأعضاء في وقت واحد دون تنظيم

المرحلة الثانية : ميل بعض الأعضاء إلى استخدام أحدهم كبش فداء وإسقاط رغبتهم عليه

، تجنب إقامة العلاقات الحميمة مع الآخرين ، ويرون فيها خطورة وتهديداً للذات

- ذكر الشاعر بوصفها موضوعات في الماضي .

- التعبير عن الذات بتعبيرات متناقضة .

- يدركون أن لديهم مشكلات ومعاناه دون إحساس بالمسئولية تجاه

الحلول لتلك المشكلات .

- تجنب مواجهة الذات .

المرحلة الثالثة : إتسمت هذه المرحلة :

- بداية ظهور العلاقات الثنائية ، وظهور التماسك الزانف والتزواج
- Pairing ظاهرة ملحوظة .
- مازال الأعضاء يصفون مشاعرهم بلغة الماضي .
- تدفق أكثر في التعبير الإنفعالي وإدراك أن مشكلاتهم ومعاناتهم موجودة بداخلهم .

المرحلة الرابعة : من المراحل التي وقف فيها الجماعة وقتاً أطول وأتسمت بـ

- بدأت العلاقات الحميمة مع الآخرين في الظهور .
- بداية مواجهة الذات ، وإرتفاع مظاهر القلق الجسمية مثل غزارة العرق ، إضطراب التنفس نتيجة المواجهة مع الذات .
- محاولات ملحوظة للحصول على الحماية والسند من الباحث ، وعوده إلي الحديث باسم الجماعة .
- بالرغم من وصول الجماعة إلي علاقات الود الحميمة بين الأعضاء ، ولكن ظهرت مشاعر تأرجح الجماعة بين الكر والفر تجاه مؤسسات التنشئة . الأسرة - المدرسة - المؤسسة ، وهذا أمر توقعه الباحث ، كما هو أمر متوقع في مراحل نمو أي جماعة علاجية ، ونظراً لأن مواجهة الذات من الموضوعات التي تثير القلق ، لذلك قام الباحث بامتصاص قلق الجماعة وتنفيذ "فنيات الاسترجاء التدريجي" ثم ناقش مع الأعضاء تفسيراته لهذه المشاعر لإزالة الغموض ، وتحقيق التساند الإنساني في ضوء مباديء الفكر الوجودي في العلاج الجماعي .

المرحلة الخامسة : إدراك الأعضاء ان الخوف هو الوجه الآخر للرغبة ، وأن المواجهه

مع الواقع هي طريق للتواصل الإنساني .

- ظهرت الفروق الفردية بين الأعضاء في درجة الإقتراب من الواقع ، وأدراك الأعضاء لهذه الفروق ساعد علي إنتشار العدوي الإجتماعية بينهم للإقتراب من الواقع ، وأن استبصار الواقع في ضوء هنا - والآن ، جعل أهداف الأعضاء واقعية وممكنة التحقيق

- أنهى التسارع بين الأعضاء للجلوس بجوار الباحث ، بعد أن أدرك الأعضاء انه تسارع من أجل طلب الحماية والأحاساس بالأمن والسند ، وانه مطلب طفولي ثم أبتعائه في الهنا - والآن .

- أن تعري الباحث نفسياً ساعد الأعضاء علي التعري النفسي ، وتحقيق الأختيار الذي يعني مسئولية كل عضو في الجماعة عن شفائه .

- أن صمت المعالج لأكثر من نصف الجلسة ، وتلقائية التفاعل بين الأعضاء وبدون الاشارة اليه ، دليل علي نضج الجماعة وتحول الأعضاء من الإعتمادية الي الاستقلالية .

- ان التجريب في مواقف حيه خلال البرنامج ، ساعد علي رؤية الذات ، ورؤية الآخرين بموضوعية رغم الشعور بالمعاناة الناشيء عن مواجهة الذات .

- حرص الأعضاء علي حضور الجلسات ، والتسابق بينهم في إعداد مقر اللقاء هو دليل علي شعورهم باشباع الجماعة لاحتياجاتهم النفسية والاجتماعية ، وهو مؤشر إيجابي علي الرغبة في مواجهة الذات ، وتحقيق الإستبصار والوعي الثري ، ومن ثم الوقوف علي طريق الشفاء وإدراك ان الجماعة هي مجتمع مصغر ، إستطاع فيه الأعضاء اكتساب أساليب جديده للحياة ، والتفاعلي الإيجابي مع الاخرين بصورة أكثر فاعلية .

المرحلة السادسة والأخيرة في تطور الجماعة

- أدرك اعضاء الجماعة أن كل عضو منهم كان مانحاً للمساعدة ومتلقي لها في نفس الوقت .

- الإدراك المتنوع الفسيخ للقيم الي تم إستدماجها من خلال المرور بخبرة الجماعة العلاجية التي هيأت المناخ لكي يحقق إختيارته والتعبير عنها ، كما أتاحت وسطاً فعالاً لتعزيز تقديرات الذات وأستحداث المسئولية الفردية .

- إستشراق المستقبل في الحاضر دون خوف او قلق كما كان سابقاً .

- التلقي الفوري للخبرة التي يتحدد مدلولها كخبرة حاضرة ، ولا يتم تأويلها كبنيان ماضي ، والشعور بالأرتياح في ظل التدفق المتجدد لما يتلقاه من خبرة ، ومن ثم إزدياد الثقة بالنفس .

- أدراك الأعضاء ان الإختلاف بينهم في مستوي التحسن العلاجي راجع الي طبيعة كل عضو ، وعلى مدي قدرته على العري النفسي في حضور الآخرين ، ومدي تعزيزه للمكاسب العلاجية من خلال التغذية المرتدة .

- إن الإبتعاث الإنفعالي من جديد لخبرة ماضية مخيفة ، أمر يمكن تحقيقه ومواجهته في حضور الآخرين الذين يحققون التساند الإنساني حتي يتم الاستبصار ، وتحقيق الوعي الثري ، والفهم الصحيح .

- الشعور الجماعي بالحاجة القوية إلي تجريب الذات الجديده ، مع التفاوت بين الأعضاء علي متصل الخوف - المواجهة ، تلك المشاعر التي سرعان ما تتلاشي بالمتابعه والرعاية النفسية اللاحقه - الشعور الجماعي بان البرنامج العلاجي أصبح علي وشك الإنتهاء وعند إنتهاء البرنامج لم تظهر أي دلائل علي الشعور بالخوف او القلق .

- أدراك الاعضاء اثناء القياس البعدي أن مقولة السواء المطلق امر مستحيل ، وهو خرافة تسعى إليها البشرية ، وأن السواء هو عملية نسبية ، يكفي أن يصل الإعضاء إلي الشعور بالرضا عن الذاتي المكتسبه وعن الآخرين وتجاه مؤسسات التنشئة بعد أن كان السخط عليها سابقاً شيئاً ملحوظاً .

- ان الباحث ليس حكيماً ، وليس فيلسوفاً ، ولا يملك عصا سحرية يخفف بها آلام الآخرين ، وإنما هو مثل سائر البشر ، ولكنه اكتسب الخبرة ، وهو علي أفضل الأحوال عامل بشري إنساني يساعد في عملية الإبراء الذاتي ، ووضع المريض ودفعه إلي بداية الطريق الذي يستطيع فيه الاعتماد علي نفسه ، علي أستثاره طاقاته وقدراته الخلاقه من خلال العلاقة العلاجية وبفضل قوة الجماعة العلاجية . وأخيراً مغادرة اللقاء والإجتماع الأخير ، وتوديع الباحث وهم في حالة من السرور والإرتياح .

سادساً : الأساليب الإحصائية المستخدمة

المتوسط - الإنحراف المعياري - قانون ت لمتوسطين مرتبطين

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها.

محتوي الفصل الخامس :

تمهيد :

أولاً : التحقق الإحصائي لفروض الدراسة وتفسيرها.

١- نتائج الفرض الأول.

تفسير نتائج الفرض الأول.

٢- نتائج الفرض الثاني.

تفسير نتائج الفرض الثاني.

٣- نتائج الفرض الثالث.

تفسير نتائج الفرض الثالث.

ثانياً : التحقق من فروض الدراسة باستخدام دراسة الحالة والتغيرات العلاجية

الحاصلة لإحدى حالات عينة الدراسة.

ثالثاً : أهم إسهامات الدراسة.

رابعاً : مقترحات لبحوث تالية.

خامساً : توصيات الدراسة.

سادساً : مراجع الدراسة.

أ- المراجع العربية.

ب- المراجع الأجنبية.

ملاحق الدراسة :

١- مقياس قلق الانفصال.....

- ٢- إختبار الشعور بالوحدة النفسية.....
- ٣- مقياس التحسن العلاجي.....
- ٤- بطاقة تعارف
- ٥- صور عينة الدراسة.....

سابعاً : ملخص الدراسة باللغة العربية.
ثامناً : ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

تمهيد

سنعرض في هذا الفصل نتائج الدراسة وفقاً لترتيب فروض الدراسة مع تفسير النتائج في ضوء الفروض وفي ضوء الدراسات السابقة وفي ضوء نظريات العلاج النفسي الجماعي ومناهجه العلاجية ، يعقب ذلك عرض دراسة حالة Case Study توضح وتعكس التغييرات العلاجية الحاصلة لإحدى حالات عينه الدراسة وتحليل الباحث لمراحل التطور العلاجي لها ، يلي ذلك عرض أهم إسهامات الدراسة ثم المقترحات للبحوث التالية ، وتوصيات الدراسة وملخص الدراسة باللغة العربية والأجنبية ، ثم مراجع الدراسة وملاحظتها علي النحو التالي :

أولاً : التحقق الإحصائي لفروض الدراسة وتفسيرها

١- نتائج الفرض الأول

الفرض : يؤدي العلاج النفسي الجماعي باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور إلي التحسن نحو الشفاء من قلق الانفصال لدي الجماعة ، كما يقيسه مقياس قلق الانفصال ومقياس التحسن العلاجي.

إنتهى الباحث من الدراسة التجريبية لهذا الفرض إلي المعالجات الإحصائية التالية:

جدول رقم (٥) يوضح دلالة الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي

وفقاً لمقياس قلق الانفصال باستخدام إختبار - ت - لمتوسطين مرتبطين

ن=١٢	القياس القبلي س	القياس البعد ص	ف	ح ف	ح ٢ ف
-١	٩٤	٢٦	٦٨	٢٥,٠٠	٠,٦٢٥
-٢	٩٦	٢٦	٧٠	١,٧٥	٣,٠٦٢
-٣	٩٤	٢٠	٧٤	٥,٧٥	٣٣,٠٦٠
-٤	٩٢	٢٣	٦٩	٠,٧٥	٠,٥٦٢
-٥	٩٤	٣٠	٦٤	٤,٢٥	١٨,٠٦٢
-٦	٨٦	١٦	٧٠	١,٧٥	٣,٠٦٢
-٧	٩٤	٣٠	٦٤	٤,٢٥	١٨,٠٦٢
-٨	٩١	٢٤	٦٧	١,٢٥	١,٥٦٢
-٩	٩٥	٢٦	٦٩	٠,٧٥	٠,٥٦٢
-١٠	٩٤	٣٠	٦٤	٤,٢٥	١٨,٠٦٢
-١١	٩٦	٢٦	٧٠	١,٧٥	٣,٠٦٢
-١٢	٩٤	٢٤	٧٠	١,٧٥	٣,٠٦٢
			مج=٨١٩		مج=١٠٢,٨٠٥

وبتطبيق القانون

$$ت = \frac{م ف}{\sqrt{\frac{م-ح ف}{ن(ن-1)}}}$$

$$٧٧,٣٨ = ٦٨,٢٥ = \frac{٨١٩}{١٢} =$$

بالكشف عن درجة حرية ١١ ، دالة عند مستوي ٠,٠٠١ (فواد البهي ١٩٧٩ ص ٣٠٦ ، محمد أبو النيل ١٩٨٠).

وتؤكد هذه النتيجة فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في الدراسة التجريبية ، حيث الفروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي ، وبالنظر للدرجات الخام في القياسين تؤكد هذه الفاعلية قبل التحقق لإحصائي باستخدام مقاييس الدلالة.

والجدول التالي رقم (٦) يوضح دلالة الفروق بين نتائج التطبيق للقياس

القبلي والبعدي لمجموعة قلق الانفصال وفقاً لمقياس التحسن العلاجي

بأستخدام إختبار ت لمتوسطين مرتبطين ، ن = ١٢

ن	القياس القبلي س	القياس البعدي ص	ف	ح ف	ح ٢ ف
-١	١	٩	٨ +	١,٣٤	١,٨٠
-٢	صفر	٨	٨	١,٣٤	١,٨٠
-٣	٢	٨	٦	٠,٦٦	٠,٤٣
-٤	١	٩	٨	١,٣٤	١,٨٠
-٥	٣	٨	٥	١,٦٦	٢,٧٥
-٦	١	٨	٧	٠,٣٤	٠,١١
-٧	١	٨	٧	٠,٣٤	٠,١١
-٨	٢	٧	٥	١,٦٦	٢,٧٥
-٩	٣	٩	٦	٠,٦٦	٠,٤٣
-١٠	صفر	٧	٧	٠,٣٤	٠,١١
-١١	٢	٨	٦	٠,٦٦	٠,٤٣
-١٢	١	٨	٧	٠,٣٤	٠,١١
			مجم = ٨٠		مجم = ١٢,٦٣

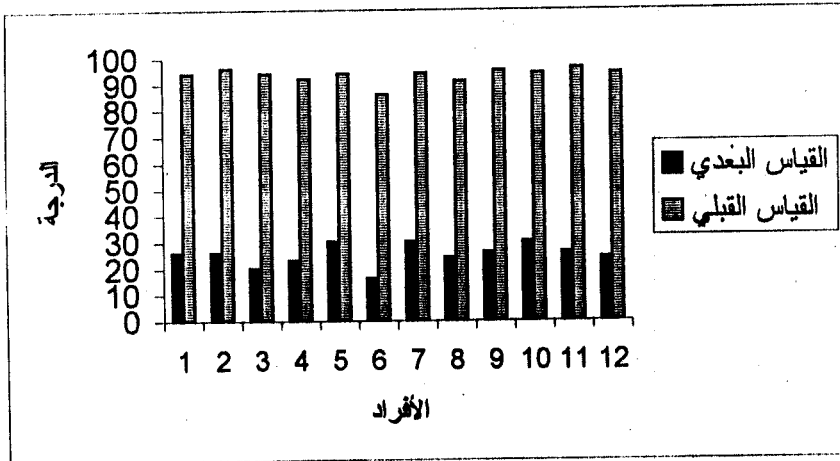
$$م ف = \frac{١٢}{٨٠} ، ت = ٢١,٥٥ دالة عند مستوي ٠,٠٠١$$

وهذه الفروق الجوهرية تؤكد فاعلية العلاج النفسي الجماعي باستخدام البرنامج العلاجي في التحسن نحو الشفاء من قلق الانفصال للمجموعة التجريبية الأولى وبذلك يتحقق صحة وصدق الفرض الأول للدراسة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من : نبيل حافظ ١٩٨١ ، Lighner ، 1976 ، Raben 1976 ، Lev & Elise 1983 ، Mayer 1981 ، Decar Ful & Piper ، 1988 ، Mathews Borkovec 1988 ، Braaten 1989 ، Palmer & Sally 1990 ، Stahr & Mayer 1991 ، Carter 1990 .

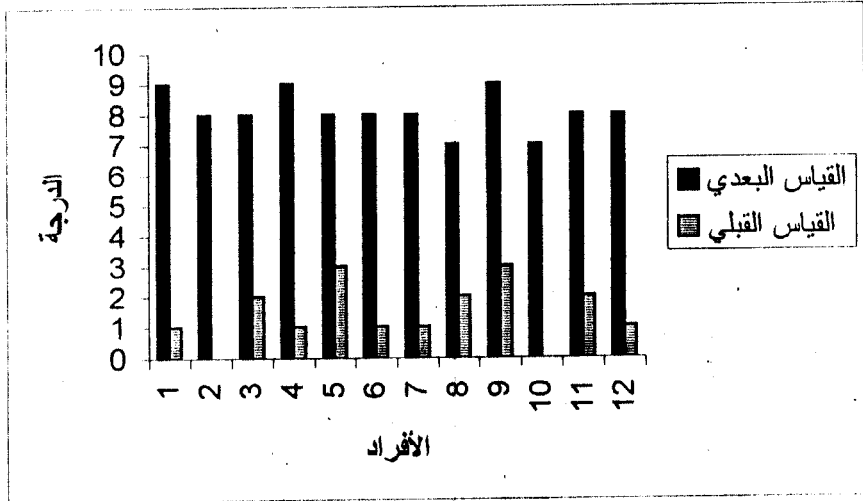
حيث أكدت نتائج هذه الدراسات على فاعلية العلاج النفسي الجماعي في الدراسات التي تم تطبيقه بمفرده ، أو في الدراسات التي تمت فيها مقارنته بمناهج علاجية مغايرة ، كذلك إتفقت نتيجة هذا الفرض مع نتائج الدراسات التي قارنت بين العلاج الجماعي قصير المدى / أو طويل المدة ، أو تلك التي قارنت بين العلاج النفسي الفردي ، والعلاج النفسي الجماعي ، حيث أسفرت نتائجها إما إلى تفوق العلاج النفسي الجماعي على العلاج النفسي الفردي أو تعادل تأثيرها بمستوي دلالة جوهرية أو بدون فروق بينهما .

شكل رقم (١) يوضح الفروق بين نتائج التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لمقياس قلق الانفصال بصورة توضح فاعلية العلاج النفسي الجماعي



يوضح الرسم فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج قلق الانفصال.

شكل رقم (٢) يوضح الفروق بين نتائج التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لمجموعة قلق الانفصال وفقاً لمقياس التحسن العلاجي بصورة توضح فاعلية العلاج النفسي الجماعي



يوضح الرسم فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج قلق الانفصال.

٢- تفسير نتائج الفرض الأول

ترجع هذه النتيجة إلى أن فنيات البرنامج العلاجي الجماعي - في هذه الدراسة التي جمعت بين إنسانية العلاج الوجودي ، ودينامية الجماعة في العلاج الجماعي القائم على معطيات التحليل النفسي ، وتجريبية العلاج السلوكي والعلاج الجشتالتي ، وخبرويه العلاج الوجودي ، ساعد بالوصول بالجماعة العلاجية الي تصور جديد لكل عضو ، كوحدة متكاملة واعية ، وقادرة على تغيير وتنمية ذاتها ، وهو ما يفسر تحقيق المكاسب العلاجية كما إتضح من القياس البعدي ، ساعد على ذلك عدم إستعجال الباحث لنمو الجماعة والإلتزام بالجهد الدعوب لتنفيذ جميع فنيات البرنامج ، مما أعطي وهياً الفرصة لجميع الأعضاء للنمو والتخلص من أعراض قلق الانفصال - الإنفعالية ، والمعرفية ، والجسمية - تلك اللغات الثلاث التي يعبر بها قلق الانفصال عن نفسه ، كما ساعدت الفنيات العلاجية المستمدة من العلاج الجشتالتي الجماعي أعضاء الجماعة على إعادة التكامل - الأصالة - المرونة والمسئولية حيث إزداد لدي الأعضاء عملية تكوين الجشتالت التي تعبر عن أشباع حاجاتهم ، بعد أن أعاقها الإضطراب ، كما إزداد لديهم توازنهم الحيوي ، ونمت شخصياتهم بتأثير تطبيق هذه الفنيات الجشتالتيه في إطار العملية العلاجية ، حيث ركز الباحث في بداية الجلسات على تعبئة الطاقة الحيوية للأعضاء ، بعد الجلسات الاستهلاكية -

تلك الطاقة التي حبس الكف او الكبت جزءاً منها في الصراع الذي ينشأ داخل الشخصية ، وساعد علي ذلك أيضاً تركيز الباحث في الجلسات علي الحاضر ، عن طريق متصل الوعي ، الذي يضع يد عضو الجماعة علي أبعاد ذاته ، وأبعاد المجال الذي يعيش فيه والعلاقة المتبادلة بينهما ، ثم شرع الباحث في تحمل العضو مسئولية عن تغيير أساليب الإتصال غير المشبعة لحاجاته ، التي إعتاد عليها ، وذلك عن طريق التجريب في مواقف حيه لأساليب جديدة تحل محلها .

كما ساعد في تعظيم فاعلية العلاج الجماعي في التحسن نحو الشفاء من قلق الانفصال ، فنيات البرنامج العلاجي المتدرجة في الخروج من مظاهر التبددين (درع البدن - أو درع الشخصية) وتخلص الأعضاء من طبقات الزيف Phony ، الخوف Phobic ، والمأزق Impesse ، التعجز الداخلي Implosiv Layer ، والتماس السبل لتحرير طاقاتهم الإنفعالية المكبوتة .

وساعدت تمارين الاسترخاء التدريجي الجماعي عن طريق التنفس العميق وتدلّيك الجسم الثباتي بالرقيب - تحت شحمه الإذن - علي إختبار ثقة العضو في قدرته علي مواجهة الأعراض الجسمية لقلق الانفصال ، والتركيز علي فك عقال التبددين ، ومواجهة البعد الفسيولوجي لقلق الانفصال ، مما عظم من إختيار طريق الجحيم (سارتر) ، لكي يستخلص كل عضو في الجماعة جوهر ذاته ، ويراهما علي طبيعتها بعيداً عن أساليب المقاومة ، والهروب من مواجهة الذات ، أو الاستمرار في الانسحاب الإجتماعي .

كما أفادت تطبيق ، فنيات رحلة الأحلام وإرسال الرسائل الشفهية ، في إنبعاث أجزاء الحلم بإعتبارها تمثّل جوانب من حياة العضو المختلفة ، وإجراء الحوار معها في حضور الجماعة ، حتي يعي العضو دلالتها بنفسه أو عن طريق زملائه في الجماعة فيسهل علي العضو تمثيلها ، وإرجاعها كأجزاء ليست غريبة عنه (الذات) فيعود إليها التكامل بعد التفكك الذي ألم بشخصية العضو ، وكانت أغلب أحلام الأعضاء تدور حول عودة الغائب ، أو الخروج من المؤسسة ، فأدرك أن الأحلام هي تحقيق رغبات مكبوتة .

وساعدت فنيات التفعيل والتجريب في مواقف حيه علي استكشاف الذات ، والعمل علي تغيير أساليبها في الإتصال بالمجال الذي يعيش فيه ، وليس التعلق المرضي بالماضي هذا التغيير مثل نوعاً من التعبئة الأمانة ، لأنها وإن كانت تناولت مواقف سبق أن هددت العضو . إلا أنها من خلال التجريب في مواقف حيه في موقف علاجي يضم نفس الأشخاص الذين سببوا له الإضطراب فيما مضى .

فالدكريات عند إستعادتها في الحاضر لا يكون لها نفس المعني ونفس الدلالة التي كانت في الماضي . (كاميليا عبد الفتاح ١٩٩١ ص ٢٨) هذا التجريب والتفعيل للمشاعر

والرغبات ساعدت علي اكتشاف أساليب جديدة ، زادتهم وعيا بذاتهم ، ودعمت قدراتهم علي مواجهة مشكلاتهم الحاضرة ، وكان نوعاً من العلاج الذاتي الصامت *Silent self therapy* ، حيث يعي كل عضو أبعاد ذاته من ملاحظته لما يجري أمامه بين الباحث وأحد أعضاء الجماعة أو بين عضو الجماعة وباقي أفرادها في القيام بالجولات *Making Round* ، التي ساعدت علي إزالة معوقات نمو الذات ، والذي يعتبر حجر الأساس في علاج مشاعر القلق أو التخفيف عنها .

وكانت للفنيات التي تهتم بالعلاقات البينشخصية دوراً في التخفيف من مشاعر الإغتراب ، والاستمتاع بالآخر أنساً إليه ، وإستتناساً به ، بعد الخروج من شرنقة الماضي ، وإجتياز معوقات الحاضر المؤلم ، وإستثمار ما يقدمه المجتمع (المؤسسة الإيوائية) للوصول إلي طريق آمن يحقق حياه مستقره ويشير (روجرز) في هذا الشأن "إلي أن المساعدة المتبادله بين الأعضاء ، يمكن أن تتخذ أشكالاً عديدة ، وتستمر حتي خارج نطاق الجماعة" (Rogers: 1976 P. 5309) كما يؤكد علي أنه "يمكن الاستفاده من القوة العلاجية للجماعة في تحقيق أعلى درجة من الفعالية العلاجية" (Rogers : 1970 P. 58) .

وكان لمناقشة الأعضاء خلال الجلسات عن مدي ما تحقق من مكاسب مثل نوعا من التغذية المرتده ، وأزدياد الإستبصار للتوفيق بين نبيغيات المجتمع ، وإشباع حاجات الذات للشعور بالأمن والرضا عن الذات الجديده المكتسبه ، وأنتقال الجماعة من مرحلة الهوية والإعتداد بالذات الي مرحلة التأثير والمواجهة بين الأعضاء ، الي مرحلة الألفة والإعتماد المتبادل أو التساند الإنساني ، ولهذا كان دور الجماعة علاجي / إنمائي / إجتماعي ، كما ساعد علي تعظيم الفعالية حرص الباحث علي أن يتسم بالدفع العاطفي ، والصدق والأصالة ، والتقبل غير المشروط ، حتي يساعد الأعضاء علي التعبير الصادق المتدفق عن مشاعرهم في جو يتسم بالخلو النسبي من مثيرات الخوف والقلق .

وساعد تكامل وتوازن الاهتمام بين العلاقة العلاجية والفنيات المكونة للبرنامج العلاجي ، ساعد علي جعل البرنامج يتسم بالفاعلية في تحقيق الأهداف المأموله ، فضلاً عن تنوع الفنيّات ، وعدم تكرارها - وعدم الوقوف طويلاً عند أي مرحلة من مراحل نمو الجماعة مما حقق للأعضاء النشاط والحيوية ، كما ساعد ذلك علي عدم التترّب من البرنامج العلاجي حتي نهايته .

وحققت تدخلات الباحث بين الحين والآخر علي تخلي الأعضاء عن النظرة التشاؤمية وإستشراف المستقبل ، ومعايشة الحاضر بفضل وتأثير الفنيات المستمده من العلاج المعرفي وفنيات (روجرز) وتحقيق الشروط المسهلة للفعالية العلاجية ، مما ساعد علي مواجهة البعد السيكولوجي لقلق الإنفصال ، المتمثل في عدم إشباع الحاجة إلي

الإتصال المشبع والأمن مع الآخرين ، بعد تعديل محتوى الأفكار ، حيث يؤكد (باترسون Patterson) "أن التغيير العلاجي يعتمد في الأساس على إدراك العميل للعملية العلاجية ككل فضلاً عن إدراكه للذات" (Patterson : 1986 P: 344) ويقرر (باترسون) "أن العملاء يتباينون من حيث المشاعر التي تتنبأهم إزاء عدم استجابته المعالج بالرد على تساؤلاتهم فمنهم من يشعر بالوحدة ، ومنهم من يشعر بالكدر Annoyance أو الغضب ، ومنهم من يشعر بأهمية تحمله المسئولية بصدق وكما ينبغي لأنها مفتاح الفهم العميق لذاته" (op- at. P : 394) لذلك حرص الباحث على التعامل مع الأعضاء وفقاً لإستجاباتهم ، ودفع العضو ، بعد إشعاره بالطمأنينه وتقبل وتعاطف الباحث - إلى تحمل مسئوليته واستبصار ما بداخله ، والتوافق مع الحاضر المعاش ، وعدم التعلق بالماضي ، مما ساعد في تعظيم الفاعليه للبرنامج وتحقيق هذه النتائج الجوهرية .

٢- نتائج الفرض الثاني

نص الفرض : يؤدي العلاج النفسي الجماعي باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المجاور الى التحسن نحو الشفاء من الشعور بالوحدة النفسية لدي الجماعة كما يقيسه إختبار الشعور بالوحدة النفسية ومقياس التحسن العلاجي .

ويوضح الجدولين التاليين دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدي .

أ- جدول رقم (٧) يوضح دلالة الفروق بين نتائج التطبيق القبلي والبعدي

للمجموعة التجريبية الثانية وفقاً لاختبار الشعور بالوحدة النفسية

باستخدام إختبار (ت) لمتوسطين مرتبطين

ن-١٢	التطبيق القبلي س	التطبيق البعدي ص	ف	ح ف	ح ٢ ف
-١	١٢٣	٤٤	٧٩	١٠-	١٠٠
-٢	١٣٤'	٤٢	٩٢	٢٣	٥٢٩
-٣	١١٧	٤٠	٧٧	٨	٦٤
-٤	١٠٣	٤٦	٥٧	١٢	١٤٤
-٥	١٢٣	٤٦	٧٧	٨	٦٤
-٦	١٠٨	٥٠	٥٨	١١	١٢١
-٧	٩٨	٥٠	٤٨	٢١	٤٤١
-٨	١٣٤	٤٠	٩٤	٢٥	٦٢٥

ن=١٢	التطبيق القبلي س	التطبيق البعدي ص	ف	ح ف	ح ٢ ف
-٩	١١٤	٥١	٦٣	٦	٣٦
-١٠	١٢١	٥٥	٦٦	٣	٩
-١١	١١٠	٥٠	٦٠	٩	٨١
-١٢	١٠٩	٥٢	٥٧	١٢	١٤٤
			مج=٨٢٨		مج=٣٥٨

م. الفروق = $\frac{١٢}{٨٢٨} = ٦٩$ ، ت = ١٦,٣٥ ، دالة عند مستوي ٠,٠٠١

مما يؤكد فاعلية العلاج النفسي الجماعي في التحسن نحو الشفاء من الشعور بالوحدة النفسية ويشير إلى صدق الفرض الثاني للدراسة.

ب- نتائج مقياس التحسن العلاجي

يوضح الجدول التالي نتائج إختبار الفرض الثاني وفقاً لمقياس التحسن العلاجي قبل تطبيق البرنامج وبعده.

جدول رقم (٨) يوضح دلالة الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي علي مقياس التحسن العلاجي للمجموعة التجريبية الثانية وفقاً لمقياس التحسن العلاجي ، باستخدام إختبار (ت) لمتوسطين مرتبطين

ن=١٢	التطبيق القبلي س	التطبيق البعدي ص	ف	ح ف	ح ٢ ف
-١	٣	٨	٥	١,١٦	١,٣٤٦
-٢	١	٧	٦	٠,١٦	٠,٠٢٦
-٣	٢	٨	٦	٠,١٦	٠,٠٢٦
-٤	١	٨	٧	٠,٨٤	٠,٧٠٦
-٥	٢	٩	٧	٠,٨٤	٠,٧٠٦
-٦	١	٨	٧	٠,٨٤	٠,٧٠٦
-٧	٢	٩	٧	٠,٨٤	٠,٧٠٦
-٨	٢	٩	٧	٠,٨٤	٠,٧٠٦
-٩	٣	٨	٥	١,١٦	١,٣٤٦

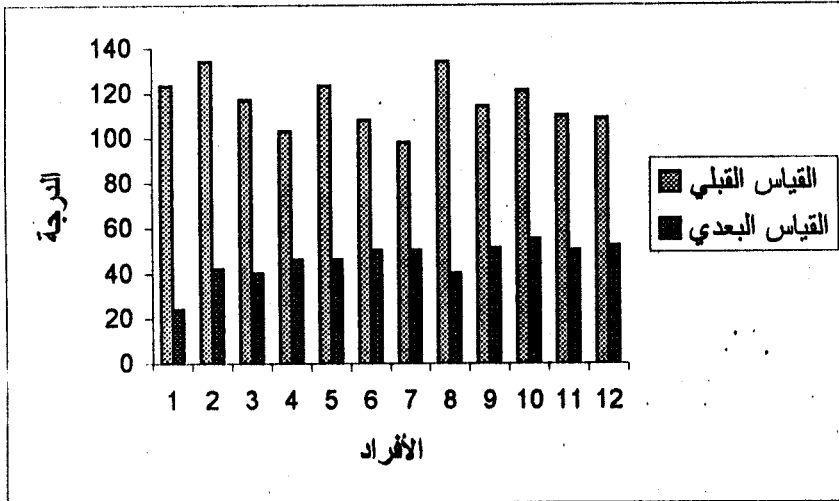
ن=١٢	التطبيق القبلي س	التطبيق البعدي ص	ف	ح ف	ح ٢ ف
-١٠	٢	٩	٧	٠,٨٤	٠,٧٠٦
-١١	٣	٨	٥	١,١٦	١,٣٤٦
-١٢	٣	٨	٥	١,١٦	١,٣٤٦
				مج = ٧٤	مج = ٩,٦٧٢

$$م ف = \frac{٧٤}{١٢} = ٦,١٦ ، ت = ٢٢,٧٦٤ ، دالة عند مستوي ٠,٠٠١$$

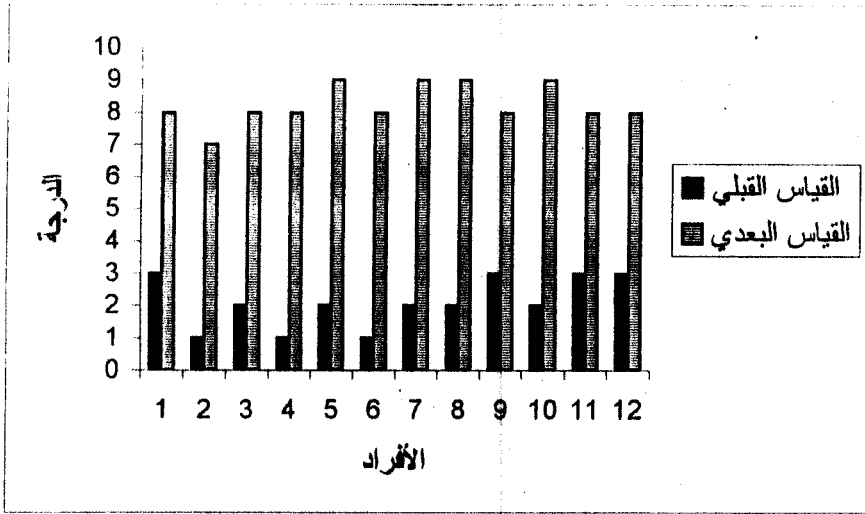
وهذه النتيجة تؤكد أيضاً فاعلية العلاج النفسي الجماعي في التحسن نحو الشفاء من الشعور بالوحدة النفسية لدى المجموعة التجريبية الثانية وبذلك يتحقق الفرض الثاني للدراسة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من : أماني عبد الوهاب ١٩٩١ ، أسامة الراضي ومحمد المهدي ١٩٩٤ ، Pitman 1976 ، Sara Janson - et al., 1985 ، Brough & Marjorie Bufton & Brian 1994 ، Anthony et - al., 1988-Budman

ويوضح الشكل رقم ٣ ، ٤ نتائج التحقيق من الفرض الثاني باستخدام الرسم البياني



يوضح الرسم فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج الوحدة النفسية



يوضح الرسم فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج الشعور بالوحدة النفسية

ب- تفسير نتائج الفرض الثاني :

تتفق نتيجة التحقق الإحصائي لهذا الفرض مع ما يقرره (ليدرمان - caderman 1980 P. 393) "من أن العلاج النفسي الجماعي يعتبر حلاً أكيداً لمشكلات الوحدة النفسية ، كما يتفق ونتائج الدراسات التي أجراها (روك وبيلاو Rook & Peplou 1982) والتي أسفرت عن التأثير الموجب للجماعات في حفز الأفراد ودفعهم إلى تكوين علاقات إجتماعية ، والتخلص من العزلة ، كما تتفق مع مايراه (روجرز 1984) في "أنه لم يعد هناك مجال للشك في إمكانية شفاء المرضى من حالات الشعور بالغبية ، والعزلة ، ونقص العلاقات الاجتماعية ، من خلال إشتراكهم في هذه المجموعات ، كما تتفق مع مايراه (روجرز 1984 ص 129) "أن الجماعات العلاجية تعتبر أفضل الوسائل التي عرفها - علي حد تعبيره - لتحقيق الشفاء من الوحدة النفسية التي يعاني منها الكثير من الناس" ويقرر (روجرز) أيضاً في هذا الشأن "أن العملية التي تتم بها تكوين الخبرة لدي الشخص الوحيد نفسياً ، الذي يشترك في الجماعة العلاجية ، تكمن في تعرفه علي وحدته النفسية ، وشعوره بها ، وأختبارها بأقصى درجة ممكنه ، بحيث أصبحت لديه قدره علي الإنفتاح علي الآخرين ، وإخبارهم بما يدور في نفسه ، كما يخبر درجة تقبلهم له ، ولذاته الحقيقيه ، وفي نفس الوقت يبدأ في تكوين ذات حقيقية أخرى غير التي كانت لديه ، هذه المواجهة النفسية والاجتماعية تعني حل مشكلة الوحدة النفسية التي يعاني منها الفرد" (علي سليمان : 1989 ص 23).

ويري (بروهن وزملاؤه ١٩٨٠) في التدليل على مدى أهمية الجماعات العلاجية في تخفيف الوحدة النفسية حيث يقرران أن ٦٩% من الأفراد الذين إشتراكوا معهم في الجماعات العلاجية قرروا أنهم أصبحوا بعد المرور بخبرة الجماعة العلاجية يستطيعون التفاهم مع غيرهم بدرجة أفضل من ذي قبل ، وأن ٦٠% من المشتركين في الجماعات العلاجية مازالت علاقاتهم بالآخرين الذين إشتراكوا معهم مستمرة ، وهم يرون أي ذلك يحقق لهم درجة كبيرة من الرضا والسعادة ، حيث تظهر قيمة هذه العلاقات في المواقف الصعبة ، وفي أوقات الأزمات .

كما تتفق هذه النتيجة مع ما يقرره (وسترمان وزملائها ١٩٨٣) حيث توصلت إلي أن ٧٨% من المشتركين في الجماعات العلاجية قرروا أنهم يستطيعون فهم الآخرين بدرجة أفضل عن ذي قبل ، قبل الاشتراك في الجماعة العلاجية ، وأن ٧١% قرروا أنهم يستطيعون الآن الشعور بالسعادة والرضا عن النفس (علي سليمان ١٩٨٩ ص ٢٤) .

وساعد علي تحقيق الفاعلية للعلاج الجماعي ، السمة المميزة للجماعات العلاجية ، وهي الخلو النسبي من القلق أو الخوف ، والتقبل المتبادل ، وتحقيق المواجهة الحقيقية مع الآخرين أُنسباً إليهم وإستتناساً بهم ، بما يحقق المواجهة مع النفس في إطار الجماعة ، ويشجع الشخص الوحيد نفسياً علي أن يقامر بالدخول في مواجهة إنسانية عميقة مع الآخرين ، وفي أن حضورهم يخفف من آثار رحلة الجحيم في الإلتقاء بجوهر الذات ، وأستكشافها علي نحو يحقق الاستبصار والوعي الثري .

بالإضافة إلي عمليات التعلم الاجتماعي في المرور بخبرة الحصول علي مشاعر الاهتمام والحب التي كان العضو محروماً منها ، والتي تمثل لدية حاجات نفسية ضاغطة مجهده نحو إشباع الرغبة في الإلتقاء مع الآخرين ، بما يساعد علي إحلال مشاعر الثقة في الذات وفي الآخرين ، محل مشاعر القلق والخوف والوحدة والشعور بالإهمال .

ونظراً لأن الشعور بالوحدة النفسية هو نتاج إفتقاد الفرد الإتصال والتعلق الإنفعالي أو الاجتماعي ، أي أنها نتاج العزلة الإجتماعية والإنفعاليه ، فجاء البرنامج العلاجي الجماعي مساعداً علي بناء علاقات تتسم بالموهه والألفه في جو من المساندة الإنسانية من الباحث والأعضاء ، والتي من شأنها المساعدة في تخفيف مشاعر الوحدة النفسية ، وهو ما أشار اليه (جونز وآخرين ١٩٨١) "إذا ساهم العلاج الجماعي في كشف الذات في حضور الآخرين ، وقلل من الحساسية المفرطة ، يكتسب العضو المهارات الإجتماعية الفعالة التي تساهم في التخلص من المشاعر المؤلمة ، يدعم هذا ما يراه (روبنشتاين وشافر ١٩٨٠) إن مشاعر الوحدة النفسية لدي المراهق ، والناجمة عن خبرات

الإفصال عن الوالدين أو النبذ والإهمال ، يجعل المراهق بطبيعته يبحث عن الإقتراب Proximity من الآخرين" (Peplau : 1982- PP : 319-323).

كما ساعدت فنيات البرنامج العلاجي في أن يسعى أفراد الجماعة الي أن يستبدلوا علاقاتهم المفقودة مع الآخرين الذين كانوا ملتصقين بهم ، الي إستبدال هذه العلاقة الماضية ، بعلاقة حاضرة مع زملائهم داخل الجماعة العلاجية ، والحصول علي التقدير الإجتماعي في هنا - والآن ، والشعور بالإنتماء الي جماعة ، لطبيعة مرحلة النمو للجماعة (مرحلة المراهقة) التي ترتفع فيها حاجة الأبناء الي الإنتماء لجماعة من الأصدقاء ، وتحقيق مكانه إجتماعية بينهم ، لأنها من الحاجات الضرورية في هذه المرحلة العمرية (محمد ربيع : ١٩٩٤) كما ساعد علي تحقيق الفاعلية للبرنامج ، المناخ النفسي للجماعة أثناء التجريب الذي كان يسوده الدفاء والإسترخاء ، والبعد عن النقد ، بطريقة تساعد علي تدعيم مشاعر الثقة ، مما كان له الأثر في تخفيف حده المعاناة ، وإحداث تغيير في شخصياتهم ، كما كان لحرص الباحث في بداية الجلسات علي التخاطب مع الأعضاء بإستخدام الأسم الأول فقط للعضو ، والإنتظار الي الوقت المناسب حتي يقوم كل عضو بالتعبير عن مشاعره الداخلية خلق صبغة إنفعالية جماعية إيجابية إستمرت في علاقاتهم معاً خارج الجلسات العلاجية . حتي أضحي الباحث سنداَ للأنا E90 الضعيف لدي البعض منهم ، الي أن يقوي الأنا تدريجياً بفعل الاستبصار والوعي الثري في هنا - والآن "لأن الماضي وقت العلاج ليس له نفس الدلالة التي كانت من قبل (كاميليا عبد الفتاح ١٩٩١ ، ص٢٩) وهذا يؤكد مقوله أن العلاج النفسي الجماعي هو في جوهره - ومآله عملية تجري بواسطه الأنا ، وعن طريقه ومن أجله ، وحسب هذا الهدف مبرراً لكي يجد العلاج النفسي الجماعي له مكانا مرموقا الي جانب فنيات العلاج النفسي الأخرى ، بل ومكانه تسمو علي ما تتسم به الفنيات الأخرى من تحسن سريع في الأعراض وإستمرار المكاسب العلاجية بفضل التجريب في مواقف حية. "وإتاحة فرصة عاجلة لإكتشاف أساليب جديدة أكثر إرضاءاً للإرتباط بالناس ، ولا يكون ذلك متحققاً في العلاج الفردي" (Rogers : 1976 - P : 339).

كما حقق التنوع الفسيح للقيم التي يتم التعبير عنها تهيئة المناخ الذي يحقق للعضو إختباراته دون قبول أو رفض لتلك أو هذه ، كذلك يمكن للفرد في الشكل العلاجي الجماعي - دون الفردي- أن يكون مانحاً للمساعدة ، بينما هو يتلقى المساعدة في نفس الوقت ، وقد خلق البرنامج وسطاً فعالاً لتقدير الذات ، والإستفادة من تأثير القوة العلاجية للجماعة ، مما دفع (هوبز) أن يستخدم تعبير أعضاء الجماعة كمعالجين ، ليعبر عن مدي ثقته في قوة الجماعة العلاجية" (Rogers : 1976 - P : 309) "وما تحققه الجماعة من النظر لكل عضو تجاه الآخر علي أنه شخص أكثر منه موضوعاً ، ولهذا يكون العضو علاجياً بدرجة أكبر

من كونه عضواً (58 : P - 1970 : Rogers) ويرى (جويس Joyse - 1988) بعد مراجعته للدراسات والبحوث التي أوردها محللون نفسيون ، ومعالجون آخرون ، استخدموا العلاج النفسي الجماعي "أن الأفراد يشعرون داخل الجماعة العلاجية بالأمان ، مما يشجعهم على المخاطرة بعرض ما يدور بداخلهم دون حرج ، نظراً لوحدة وعمومية المعاناة وبما يتيح فرصاً لأنماط من التفاعل تعزز من تقديرات الذات وتحقق الطمأنينة الإنفعالية" (Joyce 1988 - PP : 3-19)

٣- نتائج الفرض الثالث :

يحقق العلاج النفسي الجماعي - باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور - الاستمرارية في المكاسب العلاجية بعد إنتهاء العلاج كما يقينه أدوات الدراسة.

أ- نتائج مقياس قلق الانفصال بعد المقارنة بين القياسين ، القبلي وبعد البعدي التتبعي بعد إنتهاء البرنامج بشهرين ، كما يوضحها الجدول التالي :

جدول رقم (٩) يوضح دلالة الفروق بين نتائج القياسين القبلي وبعد البعدي على مقياس قلق الانفصال باستخدام قانون ت لمتوسطين مرتبطين للمجموعة التجريبية الأولى

ن = ١٢	القياس القبلي س	القياس بعد البعدي ص	ف	ح ف	ح ^٢ ف
-١	٩٤	٢٠	٧٤	٢,١٧	٤,٧٠٩
-٢	٩٦	٢٤	٧٢	٠,١٧	٠,٠٢٩
-٣	٩٤	٢٠	٧٤	٢,١٧	٤,٧٠٩
-٤	٩٢	٢٠	٧٢	٠,١٧	٠,٠٢٩
-٥	٩٤	٢٤	٧٠	١,٨٣	٣,٣٤٨
-٦	٨٦	٢٠	٦٦	٥,٨٣	٣٣,٩٨٩
-٧	٩٤	٢٤	٧٠	١,٨٣	٣,٣٤٨
-٨	٩١	٢٠	٧١	٠,٨٣	٠,٦٨٨
-٩	٩٥	٢٠	٧٥	٣,١٧	١٠,٠٤٨
-١٠	٩٤	٢٤	٧٠	١,٨١	٣,٣٤٨
-١١	٩٦	٢٠	٧٦	٤,١٧	١٧,٣٨٨

٠,٠٢٩	٠,١٧	٧٢	٢٢	٩٤	-١٢
مج = ٨١,٦٦٢		مج = ٦٨٢			

م ف = ٧١,٨٣ ، ت = ٩١,٣٨٦ ، دالة عند مستوي ٠,٠٠١
وتؤكد هذه النتيجة صدق الفرض الثالث للدراسة في أن العلاج النفسي الجماعي يحقق
الاستمرارية في المكاسب العلاجية وفقاً لمقياس قلق الانفصال للمجموعة التجريبية الأولى.

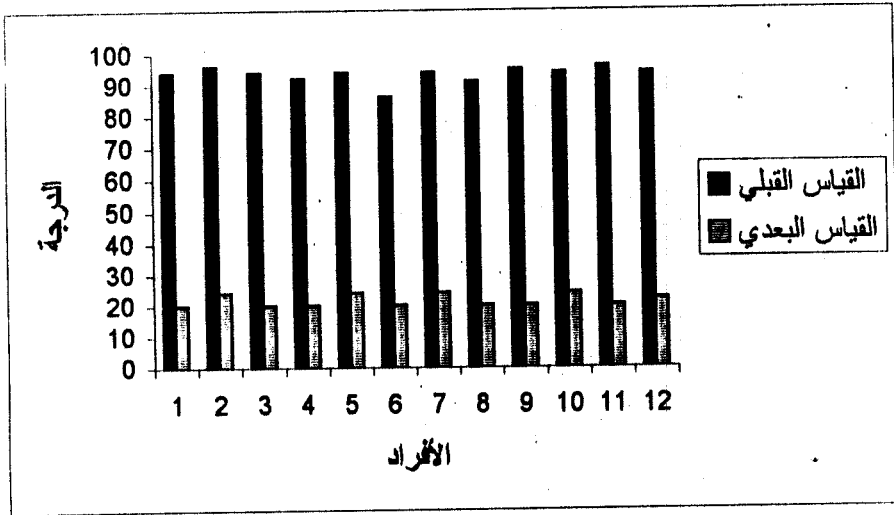
ب- والجدول التالي رقم (١٠) يوضح دلالة الفروق بين نتائج القياسين القبلي وبعد -
البعدي وفقاً لمقياس التحسن العلاجي للمجموعة التجريبية الأولى (مجموعة قلق
الانفصال باستخدام قانون ت لمتوسطين مرتبطين).

ن = ١٢	القياس القبلي س	القياس بعد البعدي ص	ف	ح ف	ح ^٢ ف
-١	١	٩	٨	١,٥	٢,٢٥
-٢	صفر	٨	٨	١,٥	٢,٢٥
-٣	٢	٧	٥	١,٥	٢,٢٥
-٤	١	٩	٨	١,٥	٢,٢٥
-٥	٣	٧	٣	٢,٥	٦,٢٥
-٦	١	٨	٧	٠,٥	٠,٢٥
-٧	١	٨	٧	٠,٥	٠,٢٥
-٨	٢	٨	٦	٠,٥	٠,٢٥
-٩	٣	٧	٤	٢,٥	٦,٢٥
-١٠	صفر	٧	٧	٠,٥	٠,٢٥
-١١	٢	٨	٦	٠,٥	٠,٢٥
-١٢	١	٩	٨	١,٥	٢,٢٥
			مج = ٧٨		مج = ٢٥

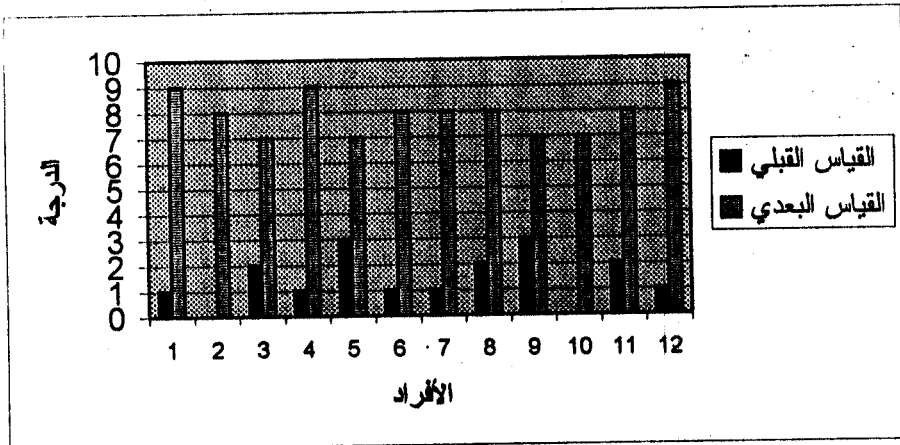
م ف = ٦,٥ ، ت = ١٤,٩٤ ، دالة عند مستوي ٠,٠٠١

وتؤكد هذه الدلالة الجوهرية المرتفعة علي أن العلاج النفسي الجماعي يؤدي إلى استمرار المكاسب العلاجية بعد إنتهاء البرنامج وفترة المتابعة للمجموعة التجريبية الأولى (مجموعة قلق الانفصال) مما يؤكد صدق الفرض الثالث للدراسة.

يوضح الشكل رقم ٥ ، ٦ نتائج التحقيق من الفرض الثالث باستخدام الرسم البياني للمجموعة التجريبية الأولى



يوضح الرسم فاعلية العلاج النفسي الجماعي في الحفاظ علي المكاسب العلاجية.



يوضح الرسم فاعلية العلاج النفسي الجماعي مع استمرار المكاسب العلاجية

الجدول التالي رقم (١١) يوضح دلالة الفروق بين نتائج القياس القبلي ، والقياس - بعد البعدي ، وفقاً لإختبار الشعور بالوحدة النفسية للمجموعة التجريبية الثانية ، باستخدام قانون (ت) لتموسطين مرتبطين

ح ^٢ ف	ح ف	ف	القياس بعد البعدي ص	القياس القبلي س	ن = ١٢
١٣٦,١٩	١١,٦٧	٨٣	٤٠	١٢٣	-١
٢٧٧,١٥	١٦,٦٧	٨٨	٤٦	١٣٤	-٢
٣٢,١٥	٥,٦٧	٧٧	٤٠	١١٧	-٣
٢٦٦,٦٦	١٦,٣٣	٥٥	٤٨	١٠٣	-٤
٣٢,١٥	٥,٦٧	٧٧	٤٦	١٢٣	-٥
١٢٨,٣٦	١١,٣٣	٦٠	٤٨	١٠٨	-٦
٥٤٤,٢٨	٢٣,٣٣	٤٨	٥٠	٩٨	-٧
٥١٣,٩٢	٢٢,٦٧	٩٤	٤٠	١٣٤	-٨
٥٣,٧٣	٧,٣٣	٦٤	٥٠	١١٤	-٩
٩٣,٥٠	٩,٦٧	٨١	٤٠	١٢١	-١٠
١٢٨,٣٧	١١,٣٣	٦٠	٥٠	١١٠	-١١
٥,٤٣	٢,٣٣	٦٩	٤٠	١٠٩	-١٢
مج = ٢٢١٢,٦٢		مج = ٨٥٦			

م ف = ٧١,٣٣ ، ت = ١٧,٤٤ ، دالة عند مستوي ٠,٠٠١ (الهامي ١٩٨٩ ، ص ١٩٣)

وتؤكد هذه الدلالة الجوهرية المرتفعة، استمرار المكاسب العلاجية بعد إنتهاء البرنامج العلاجي وفترة المتابعة للمجموعة التجريبية الثانية. مما يشير إلى صدق الفرض الثالث للدراسة.

والجدول التالي رقم (١٢) يوضح دلالة الفروق بين نتائج القياسين القبلي وبعدي - البعدي وفقاً لمقياس التحسن العلاجي للمجموعة التجريبية الثانية باستخدام قانون ت لموسطين مرتبطين.

ح ^٢ ف	ح ف	ف	القياس بعد البعدي ص	القياس القبلي س	ن = ١٢
٢,٤٩٦	١,٥٨	٥	٨	٣	-١
٢,٠١٦	١,٤٢	٨	٩	١	-٢

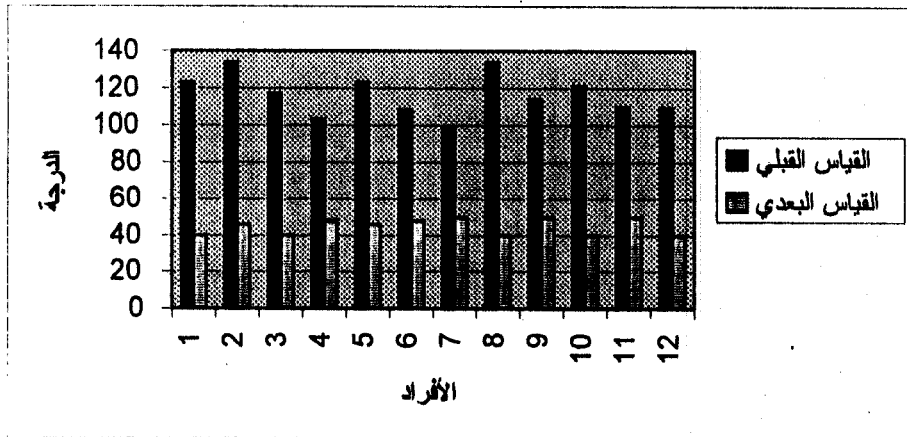
ن = ١٢	القياس القبلي س	القياس بعد البعدي ص	ف	ح ف	ح ^٢ ف
-٣	٢	٩	٧	٠,٤٢	٠,١٧٦
-٤	١	٨	٧	٠,٤٢	٠,١٧٦
-٥	٢	٩	٧	٠,٤٢	٠,١٧٦
-٦	١	٩	٨	١,٤٢	٢,٠١٦
-٧	٢	٩	٧	٠,٤٢	٠,١٧٦
-٨	٢	٩	٧	٠,٤٢	٠,١٧٦
-٩	٣	٨	٥	١,٥٨	٢,٤٩٦
-١٠	٢	٩	٧	٠,٤٢	٠,١٧٦
-١١	٣	٩	٦	٠,٥٨	٠,٢٣٦
-١٢	٣	٨	٥	١,٥٨	٢,٤٩٦
			مجـ = ٧٩		مجـ = ١٢,٩١٢

م ف = ٦,٥٨ ، ت = ٢١,٠٢٢ ، دالة عند مستوي ٠,٠٠١

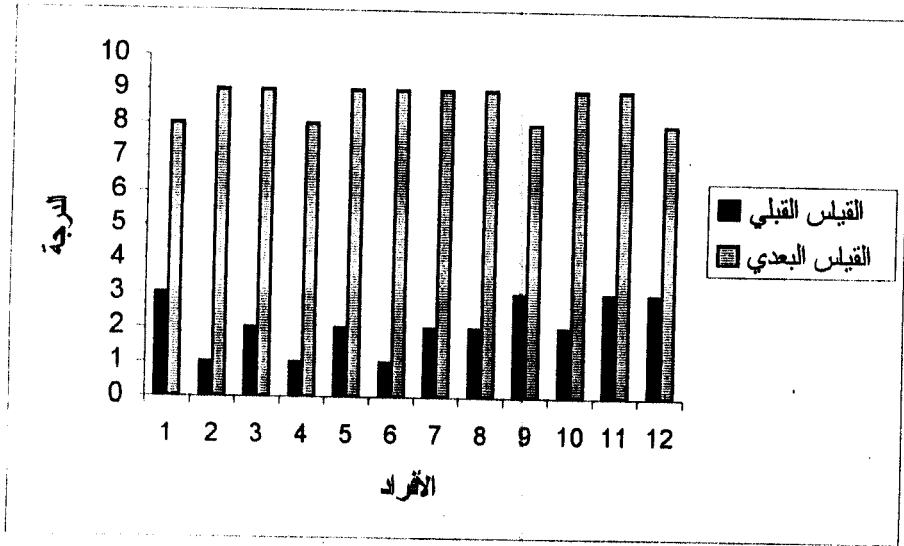
وتؤكد نتائج الجداول السابقة ١٢,١١,١٠,٩ استمرار المكاسب العلاجية بعد فترة المتابعة مما يؤكد فاعلية العلاج النفسي الجماعي في استمرار المكاسب العلاجية لدى المجموعتين التجريبيتين وبذلك يتحقق صدق الفرض الثالث للدراسة.

يوضح الشكل رقم ٧ ، ٨ نتيجة التحقق من الفرض الثالث

باستخدام الرسم البياني للمجموعة التجريبية الثانية



يوضح الرسم فاعلية العلاج النفسي الجماعي في إستمرار المكاسب العلاجية للمجموعة التجريبية الثانية.



يوضح الرسم فاعلية العلاج النفسي الجماعي في إستمرار المكاسب العلاجية.

تفسير نتائج الفرض الثالث :

تؤكد نتائج التحقق الإحصائي السابقة صحة الفرض الثالث الذي يشير إلى أن العلاج النفسي الجماعي يؤدي إلى إستمرار المكاسب العلاجية بعد توقف العلاج ، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج كل من : أماني عبد الوهاب ١٩٣٣ ، علي سليمان ١٩٨٩ ، بيدمان ١٩٨٨ ، بوركوفيك وماتيسوس ١٩٨٠ ، وخاصة بعد مزاجتهم في برنامجيهما بين العلاج الروجريزي والإسترخاء التدريجي ، وتمارين التنفس العميق ، وهو يتفق تقريباً مع بعض المحاور المتعددة لبرنامج الدراسة الحالية ، كما تتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسات (بروهن وزملاؤه ١٩٨٠ ، وبيتمان ١٩٧٦) (الذي أوصى في نتائج دراسته علي ضرورة الجمع بين فنيات العلاج السلوكي الجماعي والجشنتالي والبيشخصي لتعظيم فاعلية العلاج الجماعي أما بقية الدراسات التي تم عرضها في الفصل الثالث للدراسة ، لم تكن لها قياسات متابعه .

وأختلفت نتيجة هذا الفرض مع نتائج دراسة (ماير Mayer - ١٩٨٧) التي توصلت إلى إختفاء المكاسب العلاجية بعد تسعة شهور من المتابعه ، نظراً لإعتماد برنامجها العلاجي علي منهج علاجي أحادي البعد. أي برنامج علاجي يعتمد علي منهج علاجي واحد فقط وتفسير إستمرار المكاسب العلاجية لمجموعتي الدراسة يرجع إلي مايلي:

١- اعتماد البرنامج على عدة محاور إضافة إلى المحور الرئيسي الذي يعتمد على استراتيجيات (روجرز) حيث يجمع البرنامج بين ديناميات العلاج الجماعي الذي يعتمد على معطيات التحليل النفسي ، وتجريبية العلاج الجماعي السلوكي والجشثالتي ، وإنسانية العلاج الروجري وخبروية العلاج الوجودي ، لذلك استمرت العلاقات بين أعضاء الجماعتين التجريبتين التي إتسمتا من خلال فلسفة ومسلمات العلاج الجماعي بأنها جماعة علاجية/ إنمائية / إنسانية ، ذات علاقات دائمة بين الأعضاء ، كما يري فيها (روجرز ، بتمان ، وبروهن) نظراً للإنتتاح على الذات والآخرين ، أنها علميات تحدث بطريقة تلقائياً نتيجة لوجود عضو الجماعة مع آخرين تجمعهم وحدة المعاناه - ومعهم يخبر الشخص الوحيد نفسياً أو الذي يعاني من قلق الإنفصال أن أفكاره عن نفسه وعن الآخرين قد تعدلت بصورة إيجابية ، وأن خبرة المرور بالجماعة العلاجية قربت المسافة النفسية بينه وبين الآخرين ، حيث يري فيهم وعوضاً عما فقدوه في الماضي وأن يري كل أعضاء الجماعة أنفسهم في مرآه تجلو لهم خفايا شعورهم ، وكوامن أحاسيسهم وأنهم ليسوا وحيدين في محنتهم ، وإنما يشاركونهم آخرون يتألمون نفسياً مثلهم . (أن يمسسكم فرح ، فقد مس القوم فرح مثله) آل عمران آيه ١٤٠ وهذه إحدى مزايا العلاج النفسي الجماعي .

٢- ساعدت الفنيات المتعدده للبرنامج العلاجي في أن يجد كل عضو فرصته في الإرتياح ،إلى المشاركة في أكثر من فنية علاجية ، بحيث أصبح التغيير الإيجابي الذي حدث في شخصياتهم ، ليس في السلوك الظاهر فقط ، ولكنه تعدي إلى تغيير أبنية الشخصية وجوهرها ، وأصبحوا أكثر تقديراً لذواتهم ، وأكثر توافقاً مع الآخرين .

٣- إذا كان شعار العلاج النفسي الفردي هو : أن أفضل علاج للمريض هو المعالج نفسه ، The Best Therapy to the patient is the therapist Him .self حيث إهتمام بالعلاقة الروحية أياً كان نوع الفنيات العلاجية ، في مقابل ذلك نجد في العلاج النفسي الجماعي ما يقابلها (أن أفضل علاج للمريض هو المريض نفسه The patient himself) حيث المسئولية على الشخص نفسه للتخلص من معاناته ، وتحسن فرص النمو النفسي والإجتماعي ، وأزدياد تقدير الذات بعد مواجهتها في حضور الآخرين .

٤- أن البرنامج العلاجي في هذه الدراسة خاطب اللغات الثلاثة التي يعبر بها كل من قلق الإنفصال ، والوحدة النفسية عن نفسه : وهي اللغة الإنفعالية ، واللغة المعرفية ، ولغة الجسد ، كل ذلك حتى يتكامل البرنامج العلاجي ، ويتفق مع النظرة للعوامل المكونة لإضطراب النفسي في جو الجماعة العلاجية التي يري فيها (روجرز ١٩٨٤) أنها أفضل الأساليب العلاجية التي عرفها (علي سليمان ١٩٨٩ ص ٢٢) "حيث تتعدد الزوايا التي يمكن النظر فيها لموضوع الذات ، بتعدد الأفراد الذين تتألف منهم الجماعة العلاجية ، مثل هذا التعدد يفضي إلى توسيع المجال النفسي لدي الفرد مصحوباً بالقدرة علي تقييم الأمور ، وعدم التقيد بوجهة نظر واحده تشل حركته ، وتعطل قواه" (سامي علي ١٩٦٤ ص ١١٧) .

٥- كما ساعد علي إستمرار المكاسب العلاجية التي تعد أحد المحكات الرئيسية للحكم علي فاعلية أي منهج علاجي ، ساعد علي تحقيق العلاقة الروحية العلاجية المأمولة وتطورها تدريجياً ، وكما يقول (صلاح مخيمر ١٩٧٧) أن القلق هو هروب من مرهوب يحتاج إلي معالج محبوب" ، وكما لا يتصور أما تغذي طفلها ، كما لو كان شيئاً غريباً عنها ، كذلك لا تتصور معالجا نفسياً ذا فاعليه أياً كان توجهة النظري ، يمكن أن يستمر محايداً تجاه مرضاه ، بل يخلق ظروف ميسرة وليست محبطة ، ولا يهدأ المعالج الجمعي حتى يصل بفنياته ، وبقوة الجماعة العلاجية ، وبتقبله وتعاطفه إلي تحقيق الشفاء طويل الأمد .

٦- تركيز بعض فنيات البرنامج علي الخبرة الفينومولوجية في المكان ، وفي الزمان الحاضرين ، مع الإهتمام بتدعيم تقدير الذات ، والأصالة والتكامل وإطلاق كوامن الأعضاء ، وتحقيق الإستبصار والوعي الثري في جو من التعاطف الإنساني أنا - وأنت - هنا - والآن ، وإشعارهم أنهم يملكون حرية الإختيار والمسئولية عن تحقيق الشفاء وإستمراره ، مما ساعد علي إرتقاء الإستقلال الشخصي للأعضاء ، والتخفيف من المعاناه الذاتية ، والسلوك اللاتواؤمي ، وازدياد القدرة علي مواجهة ضغوط الحياة .

٧- الإهتمام بالجماعة وليس الفرد ، ساعد علي تقليل الخوف والحساسية لدي الأعضاء ، كما ساعدت فنيات التدعيم اللفظي ، والاحتكاكات البصرية ، والأهمية المعطاه للخبرات خارج الجماعة مع الإرتقاء التدريجي المحسوب

للعلاقة العلاجية ، ساعد علي إزدياد مهارات الإتصال ، والعلاقات بالآخرين في الحياة اليومية في مواقف حيه ، عظم تفعيل المكاسب وإستمرارها .

٨- تدعيم الخبرات الناجحة ، ساعد علي إزدياد إرادة الأمل وإستشراق المستقبل ، بعد أن إستبصر الأعضاء بالتمكن ، والشعور بالكفاءة في مواجهة ضغوط الحياة .

٩- إهتمام البرنامج بالتجريب في مواقف حيه علي كيفية مواجهة الإحباطات ، عظم من تحقيق المكاسب العلاجية المأمولة وإستمرارها علي المدى البعيد ، حيث وصل مستوي الدلالة الي ٠,٠٠١ ، ونظراً لإحتواء البرنامج علي مدي فسيح ومتنوع من الفنيات العلاجية ، وعدم التقيد بمنهج واحد بعينه إتفاقاً مع (ثورن Thorne في العلاج التوفيقي) ودايموند وزملاؤه ، بما يمهّد مستقبلاً الوصول الي إطار نظري وعلاجي مصري يسمح بالمرونة في عملية تفريد العلاج دون أن يحرم المعالج من إستفاده من معطيات وفنيات المناهج العلاجية الأخرى ويتفق هذا مع مايراه (لويس ملكية ١٩٩٠ ص ٤١٩) من أن المنهج التوفيقي ربما يكون أنسب المناهج تعبيراً عن المستوي الحاضر للمعرفة السيكولوجية ، وأنه الأسلوب الملائم للممارسة الكلينيكية .

وأخيراً يأمل الباحث أن يرشدنا هذا البرنامج العلاجي المطبق في هذه الدراسة بعد تطبيقه في دراسات قادمة علي عينات مغايرة ، وعلي إضطرابات نفسية أخرى ، للوصول إلي التطبيق الآمن للعلاج النفسي الجماعي لمواجهة هموم البشر المتزايدة بفعل ضغوط العصر ، علي أن تهتم هذه الدراسات بالمتابعة علي المدى الطويل .
يمثل هذه النظرة المستقبلية المتفائلة ، تستطيع أن نواجه معاناه الأبناء بصفة عامة - وأبناء المؤسسات الإيوائية بصفه خاصة ، وبما يحقق لهم طريق النمو الآمن في الحياة .

ثانياً : التحقق من فروض الدراسة باستخدام دراسة الحالة والتغييرات العلاجية الحاصلة

لإحدى حالات عينة الدراسة

(عرض دراسة حالة)

البيانات الأولية

الاسم: رامي السن : ١٥ سنة الصف الدراسي : الأول الثانوي

- مصدر الحالة : جمعية إنقاذ الطفولة .

أدوات دراسة الحالة

١- المقابلات النفسية المفتوحة .

- ٢- مقياس قلق الانفصال : إعداد الباحث .
 - ٣- مقياس التحسن العلاجي : إعداد الباحث .
 - ٤- الملاحظة المباشرة أثناء الجلسات .
 - ٥- إختبار الذكاء المصور : إعداد : أحمد زكي صالح
- المظهر العام : النمو الجسماني يتناسب مع العمر الزمني - شعور بالإعياء - إنسحاب إجتماعي - يميل إلى التوقف والصمت في بداية المقابلات - تبدو عليه مشاعر القلق (غزارة عرق - رعشة في اليدين - إضطراب التنفس - خالي من عيوب النطق والكلام) .

الشكوى على لسان المفحوص

- أخاف عندما تنقطع الكهرباء ليلاً .
 - أشعر بأنني أقل سعادة من زملائي .
 - حاسس أنني ضايع .
 - أشعر بالخوف والتردد عند الذهاب إلى المدرسة أو عند أي مشوار بعيداً عن المؤسسة وأحاول العوده بسرعه .
 - أشعر بالفزع عند حدوث مشاجرة بين من أحبهم .
 - وجودي في المؤسسة ليس له معنى .
 - أسرح كثيراً في الفصل أو عند المذاكرة .
 - أفكر كثيراً في الأهل والأصدقاء .
 - لا أستطيع إكمال أي شيء أقوم به .
 - أخاف من المواقف الجديده أو المفاجئة .
 - أخاف من سؤال المدرس لي فجأة وليس عن طريق الدور .
 - أشعر بالوحدة بالرغم من أن المؤسسة فيها كثير في مثل سني ومثل ظروف في
 - أجد صعوبة في النوم ، وأقلق كثيراً في الليل .
 - عندما أكون خارج المؤسسة أشعر بالغربة .
 - لأجيب أحد يتدخل في خصوصياتي .
 - شهيتي للطعام ضعيفة جداً .
 - رجلي ضعيفة مش شايلة جسمي .
 - أشعر بعرق غزير - أو نهجان عندما أحس بالخوف .
 - زملاء الدراسة يعايروني بأنني ابن إصلاحية - ومعدوم الأهل يعني بالبلدي
- فاكرني لقيط .

كانت هذه هي العبارات التي عبر بها العميل عن آلامه ومعاناته بدون تدخل من الباحث ، سوي إشعاره بخصوصية العلاقة المهنية - وفي المقابلة الثالثة عبر عن كل هذه المشاعر بتدفق دون توقف .

موجز التاريخ التطوري :

من خلال المقابلات النفسية المفتوحة التي أجريت مع المفحوص ، وبعد الرجوع إلى ملف المفحوص بالمؤسسة ، أتضح أنه مجهول النسب منذ ولادته ، وتسلمته أسرة بديله من مركز رعاية الطفولة والأمومة وهو رضيع لا يتعدى عمره وقتذاك ثلاثة شهور ، وظل في رعاية هذه الأسرة التي كانت ترعاه كأبن من أبنائها ، ولم يتعرض خلال طفولته لأمراض خطيرة ، وألحقته الأسرة البديلة بالمدرسة الابتدائية وعمره ست سنوات ، وواصل دراسته بتفوق إلى أن وصل إلى الصف الأول الثانوي ، وأضطرت الأسرة البديلة إلى السفر للعمل بإحدى الدول العربية وهو في سن الخامسة عشرة ، ولم تتمكن الأسرة من إصطحابه معها ، لكونه غير مدون بجواز سفر عائل الأسرة البديلة ، ومنذ ذلك الوقت بدأت مأساته (حسب تعبير المفحوص) ثم إهتدت الأسرة إلى إيداعه بالجمعية حماية له من الإنحراف ، وكان الإيداع بالمؤسسة وفاق الأسرة له يمثل صدمة شديده (حسب تعبير المفحوص) وظهر عليه الأعراض المرضية السابق عرضها ، وقام المسئولين بالجمعية بعرضه على الباحث ، حيث تمت معه خمس مقابلات ، وعرض عليه الباحث الإنضمام إلى الجماعة العلاجية ، حيث وافق بعد تردد وتفكير طويل ، ثم أبدى رغبة ملحة للمرور بهذه الخبرة الجماعية ، وكانت توقعاته إيجابية ، ولكنها مغلقة بالترقب والخوف رغم تعبيراته التي تتضمن إعتقاده في أنه سيجد حلاً لآلامه ومشكلاته والتي تمثلت في الإنسحاب الإجتماعي - مشاعر متبلده تجاه الآخرين صعوبة في التركيز ، مشاعر عدوانية تجاه المشرفين ، وعندما يدفعونه للذهاب إلى المدرسة أو إلى النوم على سريره ، يجد صعوبة في الدخول إلى النوم ، ولايستطيع النوم إلا إذا كان قريباً من حجرة المشرف الليلي ، يعاني من بعض الكوابيس الليلية (ملاحظة المشرف الليلي) يستيقظ منها مذعوراً ، خوف دائم من البقاء وحيداً ، إنشغال دائم بالوالدين (الأسرة البديلة) حيث يعتقد أنهم سافروا ولن يعودوا إليه مره أخرى ويخشى عليهم من حوادث السفر .

التشخيص : وفقاً للقياس القبلي :

متوسط الذكاء - قلق إنفصال

في الجلسات الاستهلاية مع الجماعة ، كان يخشى التواصل مع الآخرين .

ويخشى التعبير عن مشاعره في وجود أعضاء الجماعة. بالرغم من تقدمه في التعبير بانسيابية عن مشاعره في مقابلاته الفردية الأخيرة مع الباحث ، يلوذ بالصمت ، كما كان يخشى تكوين علاقات حميمة مع الآخرين ، ويسعى دائماً أن يكون جلوسه بجوار الباحث ، ويبرر (روجرز ١٩٦١ ص ١١) في هذا الشأن "أن العضو يخشى ذلك في بداية الجلسات ولاعتقاده أن العلاقات الحميمة مع الآخرين تمثل خطورة بالنسبة له ، لأنها تساعد في إكتشاف الآخرين لمكوناته".

وباستمرار حضوره الجلسات التي كان يحرص علي مواعيدها ، بدأ يدرك مشكلاته ، ولكن دون إحساس بمسئوليته تجاه التحسن ، ثم بدأ في الممارسة بفاعلية في فنيات البرنامج ، وترتب علي ذلك ، الوعي بأن العلاقات الحميمة مع الآخرين من الأعضاء ليست خطيرة في عمومها ، فبدأ في وصف مشاعره لفظياً من خلال فنية (الكرسي الساخن) خاصة المشاعر الخاصة بحرمانه من الوالدين ، والأنشغال الدائم بهم والسرхан ، ولكن لوحظ أنه كان يصف مشاعره وآلامه بلغة الماضي ، وكانت إدراكاته محرفة ، وغير واقعية وإن كانت متناغمة مع اضطرابه وليس مع الواقع المعاش ، وباستمرار حضوره الجلسات الجماعية ، إزدادت علاقته بالآخرين ، وبدأ يكتشف أن الباحث لا يجبره علي التعبير عن مشاعره ، واكتشف من ملاحظته لزملائه أعضاء الجماعة أن المسئولية تجاه الشفاء أو التحسن تقع علي عاتقه ، ساعد علي ذلك ممارسته "لفنية الكرسي الفارغ" وبعدها بدأ في إثارة وطرح الكثير من التساؤلات ، وكان الباحث يساعده علي تحويل تساؤلاته الي جمل خبرية ، شعر من خلالها باستبصار مبدئي غير واضح ، إستبصاراً راعياً فيه ، وخائفاً منه في آن واحد.

وفي منتصف جلسات البرنامج ظهرت عليه ميكانيزمات المقاومة المتمثلة في التخريف حيناً ، والإسقاط وإلقاء اللوم علي الآخرين ، وتحويل مشاعره علي الأعضاء حيناً آخر ، كان يسقط رغباته في الهروب من المؤسسة بقوله (أعتقد أن الكثيرين ينفكروا في الهروب من المؤسسة - أن الآخرين يرسلون خطابات عاطفية إلي بعض الفتيات) وبمناقشة أعضاء الجماعة أدرك أنها رغباته وسلوكياته هو وليس الآخرين - وعندما ظهر عليه علامات الخجل.

وما أن بدأ في فنيات التجريب وتفعيل المشاعر Acting ، ورحلة الأحلام التي ساعدته في مواجهة ما بداخله ، واكتشاف ذاته ، ونظراً لأن التجريب كان يتم في مواقف حية داخل وخارج الجماعة ، حتي شعر بالأمن ، وأدراك أن تقبل الباحث ورغبته الصادقة في مساعدته ، وكأن يعبر عن مشاعره المؤلمة في رحلة الحجيم (حسب تعبير سارتر) .

رحلة استكشاف الذات - وأستمر في عملية التنفيس المتدرج من المشاعر السطحية إلى المشاعر الكامنة المولمة ، ثم الأكثر إيلاماً لذاته .

وباستمرار استخدام الباحث لإستجابات التعاطف والتقبل ، شعر المفحوص بتقبل الباحث له بعمق ، ورغبة صادقة في مساعدته علي أن يتحمل مسئوليته بنفسه ، وعندئذ استطاع المفحوص ربط مشكلاته ومعاناته ببعضها وفقاً لتسلسلها ، وأسباب حدوثها بإدراك واقعي جديد - بعد أن كان محرفاً في البداية - كما بدأ في تقبل ما كان ينكره سابقاً ، وساعدته الحرية التي بدأ يشعر بها في التعبير الإنسيابي المتدفق ، ساعدته الي التخلي عن النمو الزائف ، والبعد عن الأفعه ، والتبدين (درع الجسد) فظهرت عليه القدرة علي مواجهة ذاته في حضور الآخرين حيث قال (كلنا لينا مآسي واحده) وهنا تدخل الباحث ولفت نظره برفق ألا يتحدث باسم الجماعة ، وأن يصف ما يشعر هو به فقط ، فتقبل المفحوص هذا التوجيه ، ووعد أن يكون حديثه عن نفسه في الجلسات القادمة .

وباستكشافه للذات والمجال الذي يعيش فيه في غضون الجلسات ، بدأ في فحص وأختبار القيم التي إستدمجها ، والمكاسب العلاجية التي حققها ، ولكنه كان يعبر عن التغييرات العلاجية وكأنه غير واثق من فاعليتها في أستمرارها حيث عبر بقوله (أنا خايف بعد الجلسات دي أرجع أتعذب تاني) وكان رد الباحث عليه (لنتنظر حتي نهاية الجلسات وستحدثنا بنفسك في هذا الموضوع) .

وبأستمرار ملاحظته لما يحدث خلال الجلسات الجماعية ، وملاحظته للتغييرات السلوكية الإيجابية لزملائه ، حاول تجريب ذاته الجديده في مواقف مع زملائه داخل الجماعة ، مواقف حيه ، حاول فيها أن يتحقق من مدي قدرته علي مواجهة المواقف والإحباطات اليومية وقرر في مقياس التحسن العلاجي أنه يتقدم نحو الشفاء ، وعبر عن ذلك لفظياً بعد تقديره لمدي التحسن علي المقياس - عبر أمام الآخرين ، ولم يستطع إخفاء مشاعره لهذا التقدم العلاجي وأقترح علي زملائه عمل حفل سمر في المساء علي حسابه الخاص (حيث سبق أن أودعت الأسرة البديلة مبلغ من المال في دفتر توفيره) .

وقبل نهاية البرنامج العلاجي أصبح أكثر قدرة علي تلقي خبرة المشاعر الإنسانية مع الثراء في التفاصيل سواء داخل الجماعة أو خارجها ، وأضحى لا يفسر الخبرات كبنيان ماض ، وأكثر قدره علي بناء العلاقات الحميمه مع الآخرين دون خوف ، وأكثر إدراكا للباحث كشخص باعث علي الرضا ، وقادر علي تقديم المساعدة من خلال إسهاماته في تعميق العلاقة العلاجية ، وتحمل المسئولية بصدق ، وأدرك أن تحمل مسئوليته نحو الشفاء وتحقيقه هو مفتاح الفهم العميق لذاته بما فيها من متناقضات أحياناً وقوي بناءه غالباً ، ولوحظ نذرة استخدامه للحيل الدفاعية مثل الإنكار / الإسقاط / التحويل / التبرير ، وبدأ

يعبر عن إدراكه هو وزملائه أن البرنامج أصبح علي وشك الإنتهاء فأقبل علي دراسته بوعي إيجابي ، وأدرك أن المؤسسة ليست سوي - بيوت منتصف طريق الحياة ، وأن الحياة المستقبلية ستكون أكثر تفاعلاً ، ساعد علي ذلك علاقاته الحميمة المتنوعة التي كونها مع الآخرين أنساً إليهم ، وإستتناساً بهم ، وأنتهت الكوابيس والأحلام التي كانت تتضمن عودة الغائب فازدادت شهيته للطعام ، وساعده أنجازه المدرسي المتفوق في تدعيم وتعزيز المكاسب العلاجية التي حققها .

وفي القياس البعدي حصل في مقياس قلق الانفصال علي درجة = ٢٦ وعلي مقياس التحسن العلاجي درجة = ٩ وهي تمثل فئة تحسن كبير . وفي القياس بعد البعدي (التتبعي بعد شهرين) من إنتهاء البرنامج .

كانت درجاته علي مقياس قلق الانفصال = ٢٤

مقياس التحسن العلاجي = ٩

وهي تعني إستمرار المكاسب العلاجية وتحقيق الشفاء طويل الأمد ، وعدم عودة الأعراض المرضية التي كانت لديه التي عبر عنها في المقابلات التشخيصية السابقة ، دعم ذلك الخبرة المعرفية الصحيحة ، أي إعادة المرور بالخبرات المؤلمة في ضوء الحاضر بتصور وإدراك جديد ، وتحقيق خبرة تصحيحية لمسار حياته ، حققها البرنامج العلاجي وجو الجماعة العلاجية ، والمجمل التركيبي لدراسة الحالة يشير بل ويؤكد أن العلاج النفسي الجماعي من خلال البرنامج المتعدد المحاور ذو تأثير فعال وجوهري كمتغير مستقل ، حقق تحسناً حقيقياً وجوهرياً نحو الشفاء ، وأن مشاعر قلق الانفصال كمتغير تابع قد تحسن جوهرياً بدخول المتغير التجريبي عليها .

وتدعم نتيجة دراسة الحالة نتائج التحقق الإحصائي التي توصلنا إليها ، وثبتت وتدعم صدق فروض الدراسة ، مما يزيد من القناعة بجدوي وفاعليه العلاج النفسي الجماعي ، ولكن تظل لدينا القناعة والإعتقاد في "أنه ليس هناك سواء مطلق ، وأن عملية السواء التام خرافة تسعى إليها البشرية ، وإنما هي عملية نسبية خاصة بطروف البيئة الحامية وإطارها" (محمد عبد الظاهر الطيب - ١٩٧٧ ص ص : ٢٣٧ - ٢٣٨) .

ثالثاً : أهم اسهامات الدراسة :

١- نتيجة للمسوح التي قام بها الباحث بالكمبيوتر في أكثر من جهه ، تعتبر هذه الدراسة هي الدراسة الأولى علي أبناء المؤسسات عن فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج قلق الانفصال والشعور بالوحدة النفسية في الفئة العمرية من ١٤-١٨ سنة ، نظراً لأن الخبرة الإيوائية المؤلمة التي تمثل تحدياً كبيراً

ضد تحقيق فاعلية أي برنامج علاجي جماعي مالم يكن يعتمد على محاور متعددة ، مما يمثل إسهاماً في المجال .

٢- أكدت نتائج الدراسة الحالية صلاحية العلاج النفسي الجماعي - باستخدام البرنامج الحالي - للاستخدام والإستفاده منه في البيئة المصرية ، وخاصة في مؤسسات الأيواء ، مثلما نجح في أمريكا ، وأوربا ، وآسيا ، وجنوب أفريقيا ، بينما لم ينجح في اليابان . (Muroyama : 1988 PP. 399-402)

٣- أكدت نتائج الدراسة الحاجة المجتمعية التي تحتم ضرورة الوصول إلى منهج علاجي يختصر الزمن المطلوب للعلاج مع تحقيق الشفاء طويل الأمد وأن هذا سيظل أملاً يراود كل من المعالجين والمرضى .

٤- أسهمت نتائج الدراسة في التأكيد على مقوله أنه في العلاج الجماعي أفضل علاج للمريض هو المريض نفسه ، حيث تكون المسئولية عليه للتخلص من المعاناه ، أو تحقيق فرض النمو النفسي والاجتماعي السليم في مقابل مقوله العلاج النفسي الفردي الذي يري أن أفضل علاج للمريض هو المعالج .

٥- ألقت الدراسة الضوء على مناهج علاجية جماعية متنوعه ومتعددة ، رئيسية ومساعدته ، ورغم أن هذا التعدد ، وهذا التنوع قد يوحي بأن هناك إختلاف كبير بين هذه المناهج العلاجية الجماعية ، ولكن المنظور النقدي في هذه الدراسة ، في الإطار النظري - أسفر أن هذا التعدد يكمل بعضها البعض - دون تعارض - لأن كل منها ينظر الي النفس الإنسانية في سوانها ومرضاها من زاوية خاصة وفريده وفقاً للتوجه النظري لكل نظرية علاجية ، كما أسهمت الدراسة في الوصول إلي أن المنهج التوفيقي المنفتح على المناهج العلاجية جميعها - خاصة الفنيات العلاجية التي ثبتت فاعليتها إمبريقياً - هو المنهج المناسب للممارسة الكلينيكية الحالية .

٦- أكدت الدراسات في المنظور النقدي للتراث النظري ، وفي تفسير النتائج أنه مهما كان نوع المنهج العلاجي الجماعي المطبق للعلاج ، إلا أن المعالج نفسه مازال يمتلك نصف معادلة العلاج ، ولهذا لا يجب إغفال تأثيره في تحقيق الشفاء طويل الأمد .

٧- كان البرنامج العلاجي في هذه الدراسة ، متعدد المحاور لكي يخاطب المظاهر الإنفعالية والمعرفية والجسدية ، وبما يتوافق مع النظرة التكاملية للعوامل المكونة للإضطراب النفسي ، وهي بداية لم يسبقها محاولات محلية

مماثلة ، نظراً لأن المحاولات التجريبية السابقة كانت تتم لإختيار منهج علاجي معين أو علي أحد فنياته ، مما يمثل إسهماً جديداً في هذا المجال .

رابعاً : مقترحات لبحوث تاليه

أثارت الدراسة العديد من التساؤلات الآتية :

- ١- ضرورة إهتمام الباحثين بتكرار تجريب البرنامج العلاجي المقترح في الدراسة الحالية علي فئات كينيكية أخرى من إضطراب الأطفال والمراهقين في ضوء متغيرات مدة العلاج - عدد الأعضاء في الجماعة - شخصية المعالج - جنس المعالج - المستوى التعليمي .
- ٢- الإهتمام بالدراسات التي تنتشر المستقبل والتعرف علي آلياته ، مع الإلتفاتة الواعية للواقع المعاش خاصة في مجال العلاجي النفسي الجماعي " إذ لا يعد البحث في قضايا مستقبلنا نوع من الترف الذهني ، أو إشباع حب الإنسان الدائم والدائب للإستطلاع والإستكشاف ، وإنما هو مسألة تتعلق ببقائنا" (ألفرين توفلر : ١٩٧٤ ص ١٩٢)
- ٣- ما مدي فاعلية العلاج النفسي الجماعي في تعديل سلوك الجانجين؟
- ٤- ما مدي فاعلية العلاج النفسي الجماعي في التحسن نحو الشفاء من الإدمان لدي المراهقين؟
- ٥- ما مدي فاعلية العلاج النفسي الجماعي إذا تم تدعيمه بالخطوات الاتي عشر لبرنامج المدمن المجهول A.A في علاج الإدمان لدي الأبناء والآباء : دراسة نفسية تجريبية مقارنة .
- ٦- ما مدي فاعلية العلاج النفسي الجماعي في تعديل سلوك الأبناء الذين يتسمون بالتطرف الديني؟
- ٧- ما مدي فاعلية برنامج علاج جماعي قائم علي تصورات إسلامية وعربية في التحسن نحو الشفاء من بعض الإضطرابات النفسية لدي المراهقين من الجنسين - دراسة تجريبية مقارنة؟
- ٨- ما مدي تأثير المواجهة بين العضو ونفسه ، وعضو الجماعة والأخرين علي التحالف العلاجي وتحقيق الشفاء طويل الأمد ، لدي المصابين بإضطرابات سلوكية ؟
- ٩- دراسة تجريبية مقارنة بين العلاج النفسي الجماعي أحادي البعد ، والبرنامج الجماعي متعدد المحاور في علاج القلق والشعور بالوحدة النفسية .

خامساً : توصيات الدراسة

- تشير نتائج الدراسة الحالية العديد من التوصيات التي يمكن طرحها فيما يلي:
- ١- أن يراعى عند تشكيل الجماعة العلاجية ، ألا تقتصر على الأفراد ذوي الإضطراب الشديد فقط ، بل من الأفضل أن يوجد بينهم بعض الحالات ذوي الإضطرابات النفسية الأقل حدة أو حالات سوية تستفيد من تحسين النمو الذاتي ، وتكون عنصراً فعالاً في جذب الحالات الشديده إلى التفاعل والمواجهة مع الذات أو الآخرين ، سواء من خلال التفعيل اللفظي أو التفعيل في مواقف حيه ، بما يساعد على تعظيم الفاعلية .
 - ٢- يراعى ألا تقل عدد الجلسات العلاجية عن (٢٠ عشرون) جلسة في الحالات الشديده الإضطراب ، (١٥ خمسة عشر) جلسة على الأقل للحالات خفيفة الإضطراب ، حتي تتاح الفرصة لكل عضو في الجماعة لإلتفاح على الذات وعلى الآخرين وتحقيق الشفاء طويل الأمد .
 - ٣- أن يتضمن أي برنامج علاجي العديد من الفنيات العلاجية التي تم التحقق من فاعليتها إمبريقياً بما يتواءم مع حاجات المرضى ، وحتى يواجه البرنامج المظاهر المعرفية - والإنفعالية ، والجسمية ، والضغط البيئية ، بما يتفق مع النظرة التكاملية في تكوين الإضطرابات النفسية .
 - ٤- التركيز على إستخدام فنيات أنا - وأنت ، هنا - والآن ، رحلة الأحلام ، تمارين الإسترخاء ، التجريب على مواجهة الإضطراب ، وتحمل إحباطات الحياة بصورة متدرجة - أثناء الجلسات وإخراجها - في مواقف حيه ، بما يحقق ويعظم المزيد من الفاعلية ، يقوم بها باحثون جماعيون مطالبون في مدنية الزمن القادم - وهو ليس ببعيد - أن يكونوا متحررين من الإنحياز في توجهاتهم النظرية والعلاجية ، حتى يكونوا قادرين على إعداد إنسان المستقبل والتكيف مع متطلباته ، تكيف قوة وإرادة ، لا تكيف عجز واستكانه
 - ٥- ألا يندفع المعالج الجماعي بمظاهر الزيف الخادع بأن أعضاء الجماعة أظهروا تحسناً ملموساً ، بل يجب الإهتمام بالتغيير الذي يتعدى السلوك الظاهر إلى تغيير أبنية الشخصية ، وأكتساب ذات جديده حتي يمكن الحفاظ على المكاسب العلاجية وتحقيق الشفاء طويل الأمد .
 - ٦- يجب ألا يزيد عدد أفراد الجماعة عن ثمانية أفراد ، وخاصة عندما يكونوا يعانون من إضطرابات نفسية شديده ، حتي يتاح لكل عضو في الجماعة التعامل مع مظاهر إضطرابه ، ومواجهة ذاته ، وحتى تكتمل العملية

- العلاجية ويزداد فاعليتها ، يجب أن تكون عدد الجلسات مناسبة لإشباع احتياجات الأعضاء ، لتحقيق الأهداف المأمولة من العلاج .
- ٧- أن يضع المعالج في اعتباره أن بعض ذوي الاضطرابات النفسية الشديدة يتوقعون منه القدرة السحرية في علاج اضطراباتهم ، لذا يجب علي المعالج يدعم هذه الفكرة ، ويؤكد علي مسئولية المريض في تحقيق الشفاء .
- ٨- أن تتباعد جلسات العلاج مع قرب إنتهاء البرنامج العلاجي حتي يتم تحقيق الفطام النفسي التدريجي ، وتحقيق الاستقلال النسبي بالتدرج عن المعالج والجماعة العلاجية .
- ٩- الإهتمام بالمهارات الاجتماعية ضمن برامج التنشئة الأسرية والايوانية ، وضمن مقررات الدراسة في التعليم ، لتتمية المهارات وتدعيم الأفكار البناءة عن الذات والآخرين .
- ١٠- يوصي الباحث باستخدام وتجريب البرنامج العلاجي في هذه الدراسة في مراكز وعيادات الصحة النفسية للذين يشكون من القلق بكافة أنواعه ومن يشكون من الوحدة النفسية .
- ١١- يوصي الباحث بأهمية المتابعه والرعاية اللاحقة للحالات بعد أي علاج عن طريق أخصائي نفسي مدرب لتحقيق الحماية من الوقوع فريسة للأنتكاس .
- ١٢- إذا كانت نتائج هذه الدراسة التجريبية أنتهت إلي إثبات فاعلية العلاج النفسي الجماعي ، فأنها ساعدت الباحث أن يتخطي حدود "الطوطم المقدس" لأنصار العلاج الجماعي ، وأن يتجاوز حواجز "التايو المحرم" لخصوم العلاج الجماعي ، ليصل في النهاية إلي أن ظروف كل حالة مرضية ، هي التي تحدد أنسب الفنيات العلاجية الملانمة لها ، شرط مهارة المعالج والباحث في استخدام الانتقائية والتوفيقية بين الفنيات التي تخاطب المكونات والمظاهر الإنفعالية والمعرفية والجسمية والبيئية لإضطرابات الأطفال ، والمراهقين ، وأن البرنامج العلاجي المتعدد المحاور يفتح الطريق أمام تحقيق الأهداف المأمولة للعلاج النفسي طويل الأمد ، دون تحيز لمنهج علاجي بعينه ، وأن النظريات والتوجيهات المتعددة في العلاج النفسي الجماعي ، ما هي إلا زوايا مختلفة لرؤية النفس الإنسانية في سوانها أو اضطرابها ، والاتفاق علي اننا بحاجة إلي النظرية لتأويل كل ما تستطيع كشف النقاب عنه في النفس الإنسانية ، أو الوصول إليه من نتائج أو وقائع ، إننا في بعض الحالات نحتاج الي النظرية كي نخبرنا ما هي تلك الوقائع لما تتسم به النفس البشرية

من التفرد ، الأمر الذي يقودنا إلى ضرورة التأكيد علي وجوب التعددية النظرية ، ومن ثم التعددية في المناهج العلاجية ، وإنتفاء ما يناسب منها حاجات المرضى حسبما تقتضي ضرورات العلاج ، وضرورات البحث في أكثر المناهج أو البرامج فاعلية في تحقيق الشفاء طويل الأمد .

ويأمل الباحث أن تفتح نتائج الدراسة الأمل أمام ما تطمع فيه الإنسانية في العصر الحالي ، وهو تحقيق الشفاء في أسرع وقت ممكن ، والذي أصبح هدفاً استراتيجياً يسعى إليه كل من المرضى والمعالجين علي اختلاف توجهاتهم النظرية والعلاجية .

مراجع الدراسة

أولاً : المراجع العربية :

١. ابراهيم قشقوش (١٩٨٣) : خبرة الإحساس بالوحدة النفسية - جامعة قطر -
حولية كلية الآداب - العدد الثاني.
٢. ابراهيم قشقوش (١٩٨٣) : دراسة العلاقة بين الإحساس بالوحدة النفسية وعدد
من أبعاد التواد لدي تلاميذ وتلميذات الصف الأول الثانوي.
في دولة قطر - في - دراسات نفسية في المجال المعرفي الإنفعالي -
مركز البحوث التربوية - جامعة قطر - مجلد ١٨.
٣. ابراهيم قشقوش (١٩٨٨) : مقياس الوحدة النفسية - كراسة التعليمات - القاهرة
- مكتبة الأنجلو المصرية.
٤. أحمد خيرى ومجدي حسن (١٩٨٩) : أثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيض
القلق والسلوك العدوانى وإزدياد الثقة بالنفس وقوة الأنا لدي جماعة
عصابية ، دراسة تجريبية - مجلة علم النفس - العدد ١٠ - الهيئة
المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٥. أحمد خيرى ومجدي حسن (١٩٩٠) : أثر العلاج النفسي الجماعي في إزدياد
تأكيد الذات وتقديرها ، وإنخفاض الشعور بالذنب ، وإعدام الطمأنينة
الإنفعالية لدي جماعة عصابية - مجلة علم النفس - العدد ١٤ - الهيئة
المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٦. أحمد عبد الخالق (١٩٨٦) : مقياس القلق الحالة / السمة - كراسة التعليمات ،
دار المعرفة - الإسكندرية ، (ص ٢-٤).
٧. أحمد عبد الخالق (١٩٨٧) : قلق الموت - عالم المعرفة - العدد ١١١ -
المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
٨. أحمد عبد الخالق ، مایسة النیال (١٩٩١) : بناء مقياس قلق الأطفال وعلاقته
ببعدي الإنبساطية والعصابية - مجلة علم النفس - العدد ١٨ ، ١٩
الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٩. أحمد عكاشة (١٩٩٢) : الطب النفسى المعاصر - مكتبة الأنجلو القاهرة.
١٠. أسامة سعد أبو سريع (١٩٩٣) : الصدائة من منظور علم النفس - عالم
المعرفة ، العدد ١٧٩ - المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب -
الكويت.

١١. الجمعية المصرية للطب النفسي (١٩٧٩) : دليل تشخيص الأمراض النفسية -
محمود حمودة ١٩٨٥ : الطب النفسي - دار عطوة للطباعة - ص
ص ٨٥ - ٩٩
١٢. ألفين توفلر (١٩٧٤) : صدمة المستقبل - المتغيرات في عالم الغد ، ترجمة :
محمد علي ناصف - دار نهضة مصر للطبع والنشر - القاهرة.
١٣. القرآن الكريم - سورة آل عمران - آية ١٤٠.
١٤. المتولي ابراهيم ابراهيم (١٩٩٣) : دراسة لأساليب الرعاية المقدمة لأطفال
المؤسسات الإيوائية وقرى الأطفال ، وعلاقتها بمستوى القلق لديهم -
رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.
١٥. إلهامي عبد العزيز إمام (١٩٨٩) : مقدمة في الإحصاء - دار الحكيم للطباعة
والنشر - القاهرة.
١٦. أماني عبد المقصود عبد الوهاب (١٩٩٣) : مدي فاعلية برنامج إرشادي في
خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين مكفوفي البصر ،
رسالة ماجستير - تخصص صحة نفسية - كلية التربية - جامعة عين
شمس.
١٧. أمينة كاظم (١٩٨٥) : قائمة / حالة - سمة القلق ، دار القلم للنشر والتوزيع -
الكويت.
١٨. أنطوني ستور (١٩٩١) : فن العلاج النفسي ، ترجمة : لطفي فطيم - مكتبة
النهضة المصرية - القاهرة.
١٩. آيزنك (١٩٦٩) : الحقيقة والوهم في علم النفس ، ترجمة قدرى حفني ، رءوف
نظمي. دار المعارف - القاهرة
٢٠. جابر عبد الحميد ومحمود عمر (١٩٨٩) : الحساسية الاجتماعية لدى عينة من
تلاميذ المدارس الابتدائية والاعدادية بدولة قطر ، وعلاقتها بكل من
الوحدة النفسية - والتحصيل الدراسي - دراسة نفسية ، مركز البحوث
التربوية - جامعة قطر - المجلد ٢٦.
٢١. جوليان روتر (١٩٧٦) : علم النفس الإكلينيكي - ترجمة : عطية هنا - دار
الشروق - القاهرة.
٢٢. جون ماكوري (١٩٨٣) : الوجودية ترجمة : إمام عبد الفتاح إمام ، عالم المعرفة
، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - العدد : ٥٨ الكويت.

٢٣. حامد زهران (١٩٩٢) : التوجيه والارشاد النفسي - مكتبة النهضة العربية - القاهرة.
٢٤. حسام الدين عزت (١٩٨١) : العلاج السلوكي الحديث - تعديل السلوك - أسسه النظرية ، تطبيقاته العلاجية والتربوية ، رسالة دكتوراة - كلية التربية - جامعة عين شمس.
٢٥. دافيد شيهان (١٩٨٦) : مرض القلق : ترجمة : عزت سفلان (١٩٨٨) ، عالم المعرفة - العدد : ١٢٤ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
٢٦. سامي محمود علي (١٩٦٤) : دراسة في الجماعات العلاجية - دار المعارف - القاهرة.
٢٧. سامية عباس القطان (١٩٧٤) : دراسة مقارنة لمستوي القلق عند المراهقات الكفيفات والمبصرات - رسالة ماجستير - في - سمية فهمي : ١٩٧٥ ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية - الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٢٨. سبيلرجر وآخرون : قائمة القلق - الحالة والسمة - تعريب أمينة كاظم (١٩٧٠) دار القلم - الكويت.
٢٩. سبيلبرجر (١٩٨٤) : قائمة القلق - كراسة التعليمات ، ترجمة وإعداد : أحمد محمد عبد الخالق - دار المعرفة بالإسكندرية.
٣٠. سعد المغربي (١٩٧٦) : الإغتراب في حياة الإنسان - في - الكتاب السنوي الثالث - الجمعية المصرية للدراسات النفسية - الهيئة العامة للكتاب - القاهرة.
٣١. سميجموند فرويد : القلق : ترجمة : عثمان نجاتي (١٩٦٢) مكتبة دار النهضة المصرية - القاهرة.
٣٢. سيد خير الله (١٩٧٦) : سلوك الإنسان - أسسه النظرية والتجريبية - مكتبة الأنجلو - القاهرة.
٣٣. سيلفانو أريني (١٩٩١) : الفصامي - كيف نفهمه ونساعده ، ترجمة : عاطف أحمد - عالم المعرفة - العدد ١٥٦ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
٣٤. صلاح الدين عبد الغني عبود (١٩٩١) : مدي فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة السلوك العدوانى لدى طلاب الحلقة الثانية من التعليم الأساسى -

- رسالة ماجستير - تخصص صحة نفسية - كلية التربية بأسوان -
جامعة أسيوط.
٣٥. صلاح مخيمر (١٩٧٧) : تناول جديد في تصنيف الأعصاب والعلاجات النفسية -
مكتبة الأنجلو - القاهرة.
٣٦. عباس عوض ، مدحت عبد اللطيف (١٩٩٠) : قلق الانفصال لدي الأطفال -
مجلة الجمعية المصرية للدراسات النفسية - الجزء الأول - الهيئة
العامة للكتاب - القاهرة.
٣٧. عبد الستار ابراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، رضوي ابراهيم (١٩٩٣) : العلاج
السلوكي لطفل : أساليبه ونماذج من حالاته ، عالم المعرفة ، العدد
١٨٠ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
٣٨. عبد الستار ابراهيم (١٩٩٤) : العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث -
أساليبه وميادين تطبيقه - دار الفجر للنشر والتوزيع - القاهرة.
٣٩. عبد الستار ابراهيم (١٩٩٨) : الإكتئاب - عالم المعرفة ، المجلس الوطني
للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
٤٠. عبلة حنفي عثمان (١٩٨٢) : دراسة الرسم بإعتباره وسيلة تنفسية مع بيان أثر
هذه القيمة التربوية في إتزان شخصية التلاميذ في أعمار مختلفة ،
رسالة ماجستير - كلية التربية الفنية - جامعة حلوان.
٤١. عزيزة السيد (١٩٩٠) : الواقعية في الحياة ومستويات الالتزام - دار المعرفة -
القاهرة.
٤٢. عصام اللباد (١٩٧٨) : العلاج النفسي بالفن - الإنسان والتطور - دار المقطم
للصحة النفسية ، العدد ٣٢ ، القاهرة.
٤٣. علي السيد سليمان (١٩٨٩) : مدي فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجمعي غير
الموجة في تخفيف معاناة الوحدة النفسية في بحوث المؤتمر الخاص -
علم النفس في مصر من ٢٢-٢٣ يناير ١٩٨٩ - الجمعية المصرية
للدراسات النفسية - القاهرة.
٤٤. عيسى عبد الله جابر (١٩٨٩) : دراسة ميدانية لبناء برنامج إرشادي لعلاج
أطفال مضطربين سلوكياً - رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا
للطفولة - جامعة عين شمس.
٤٥. فؤاد البهي (١٩٧٩) : علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري - دار الفكر
العربي - القاهرة. ط ٣.

٤٦. كالفين هول ، جاردر لندزي (١٩٧٨) : نظريات الشخصية - ترجمة : فرج أحمد فرج وآخرون ، دار الشايح للنشر - القاهرة.
٤٧. كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٤) : مستوى الطموح والشخصية - دار النهضة العربية - القاهرة.
٤٨. كاميليا عبد الفتاح (١٩٩٢) : العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب - مكتبة النهضة المصرية - القاهرة.
٤٩. كاميليا عبد الفتاح (١٩٩٣) : كلمة التحرير ، مجلة علم النفس ، العدد ٢٦ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٥٠. لطفي فطيم (١٩٩٤) : العلاج النفسي الجمعي - مكتبة الأنجلو المصرية - القاهرة.
٥١. لويس كامل مليكة (١٩٩٠) : العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، مكتبة النهضة العربية - القاهرة.
٥٢. لويس كامل مليكة (١٩٩١) : التحليل النفسي والمنهج الإنساني في العلاج النفسي : مكتبة النهضة العربية - القاهرة.
٥٣. مايسة أحمد النبال (١٩٩٣) : بناء مقياس الوحدة النفسية ومدى إنتشارها لدي مجموعات عمرية متباينة من أطفال المدارس بدولة قطر - مجلة علم النفس ، العدد ٢٥ - الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٥٤. محمد أحمد أبو غالي ، رجاء محمد أبو غلام (١٩٨٣) : القلق وأمراض الجسم - جهة النشر : المؤلفان.
٥٥. محمد بيومي حسن (١٩٩٠) : الشعور بالوحدة لدي الأطفال الذين يفنقرون الي أصدقاء - مجلة علم النفس العدد ١٥ - الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٥٦. محمد بيومي خليل (١٩٩٦) : المساندة النفسية والاجتماعية ، وإرادة الحياة ومستوي الألم لدي المرضى بمرض يفضي الي الموت - مجلة علم النفس العدد - ٣٧ - الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٥٧. محمد ربيع عبد الرحيم الخميسي (١٩٩٤) : الحاجات النفسية والاجتماعية لدي المراهق المصري - دراسة نفسية مقارنة بين الريف والحضر - رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.
٥٨. محمد شعلان (١٩٧٩) : الإضطرابات النفسية عند الأطفال - الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية ج ٢ - القاهرة.

٥٩. محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٧٧) : العصاب القهري وتشخيصه باستخدام اختبار تفهم الموضوع - مكتبة سماح - طنطا.
٦٠. محمد عبد المؤمن حسين ، منى راشد الزياتي (١٩٩٤) : الشعور بالوحدة النفسية لدى الشباب في مرحلة التعليم الجامعي - مجلة علم النفس العدد ٣٠ - الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٦١. محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٦) : الأطفال مرآة المجتمع - عالم المعرفة العدد ٩٩ - المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
٦٢. محمد مصطفى الشيخ (١٩٨٧) : مقياس القلق لدى التلاميذ - مكتبة النهضة المصرية - القاهرة.
٦٣. محمود البسيوني (١٩٨٣) : الستريية الفنية والتحليل النفسي - عالم الكتب - القاهرة.
٦٤. محمود السيد أبو النيل (١٩٨٠) : الإحصاء النفسي والاجتماعي (بحوث ميدانية تطبيقية) ط ٣ - مكتبة الخانجي - القاهرة.
٦٥. محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٠) : النفس - أسرارها وأمراضها - مكتبة الفجالة - القاهرة.
٦٦. محمود عبد الرحمن حموده (١٩٩١) : الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية والعلاج - الناشر : المؤلف - القاهرة.
٦٧. محمود عبد الرحمن حموده - إلهامي عبد العزيز إمام (١٩٩٤) : مقياس الحالة النفسية الراهنة - مجلة علم النفس - العدد ٣١ - الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٦٨. مصطفى زيور (١٩٦٨) : جدل الانسان بين الوجود والإغتراب - مجلة الفكر المعاصر - العدد ٤٦.
٦٩. مصطفى زيور (١٩٨٢) : في النفس - بحوث مجمعة في التحليل النفسي - دار النهضة العربية - بيروت.
٧٠. نبيل عبد الفتاح حافظ (١٩٨١) : مدي فاعلية العلاجي الجشتالتني في تخفيف القلق لدى طلاب المرحلة الثانوية - رسالة دكتوراة - كلية التربية - جامعة عين شمس.
٧١. نعيمة جمال شيمي رفاعي (١٩٨٧) : دراسة لمدي فاعلية أسلوب مجموعات المواجهة في تحقيق الذات لدى طالبات الجامعة - رسالة دكتوراة - كلية التربية - جامعة عين شمس.

٧٢. نيفين مصطفى زيور (١٩٨٩) : دراسة كـلـينـيـكـيـة لآثر فقـدان الموضوع علي الحياة النفسـيـة للطفـل - مجلة علم النفس العدد ١٢ - الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٧٣. هاربر : التحليل النفسي والعلاج النفسي : ترجمة : سعد جلال (١٩٧٤) - الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.
٧٤. يوسف الحجاجي (١٩٨٦) : تصدع الشخصية في نظريات علم النفس - الهيئة المصرية العامة للكتاب - القاهرة.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- 74.
75. Adems, Gerald. R, Openshaw, DK.M, Bennion, Layne, Mills, Tom-et-al. (1989) : Loneliness in late adolescence, A social skills training study : jo - of adolescent research - Vol. : 3 (1).
76. American Psychiatric Association D.S.M : III (1978) . PP. 199-217
77. American Psychiatric Association D.S.M : IX (1994) . PP. 75-76
78. Amess, R. et-al (1999) : children's causal a scription for positive and negative interpersonal outcomes : psychological reports. Vol, 41, P.598.
79. Argyle. (Ed) (1991) Social behavior in : M, Herber : psychology for social workers (2-d-ed) London Methuen.
80. Ashers, Hymeels & Renschew (1984) Loneliness in children's : child development : 55.
81. Ashers, Wheeler, R (1985) children's loneliness - A Comparison of rejected neglected peer status. Jo-of counseling and clinical psychology : 53.
82. Basowitz, H-J (1985) Anxiety and stress, N-G- , Mc-Grow-Hill
83. Beck, A.T. (1985) cognitive therapy in - Kaplan & Sadoch (Ed) comprehensive text book of psychiatry. N.Y. William & Wilkins.
84. Beraten. IJ (1989) : The Effects of person - centered Grouptherapy - person centered review. Vol. (4) - (2).
85. Borkovec. T.O & Metheus, H.M (1988) Treatment of non phobic Anxiety disorder : A comparison of non directive. Cognitive and coping desensitization - Therap. J. of counseling clinied psychology. Vol. : 56 (6).
86. Brokovec, T.D, et-al (1991) Effiancy of non directive therapy applied relaxation and combined cognitive therapy for generalized anxiety disorder - paper presented at the 15th - Annual convention of association for the advancement of behavior. N.Y.
87. Bowlby. J (1956) Child care - the growth of love. 2nd - ed - N.y - penguin books
في : محمد ربيع عبد الرحيم الخميسي (١٩٩٤) مرجع سابق
88. Bowlby. J (1960) Separation Anxiety. International. J. of psycho analysis. Vol. : 41.

89. **Bowlby, J (1983)** Attachment and loss, sadness and Depression. N.y. basic book : in geerber - et - al (1990) : Attachment in pre-school years, theory research and interaction - Chicago Uni. - of Chicago - P.H. 27.
90. **Bragg, M (1979)** A comparative study of loneliness and depression : dissertation abstract international. Vol : 39 - B(12) P. 6109.
91. **Brough, marjorie F. (1994)** Alleviation of loneliness, Evaluation of an Alder - based group therapy program. J. of alderian - theory research and practice. Vol : 50 (1).
92. **Budman, Simon, Demby, Annette, Redano, Jose, P (1988)** Comparative outcome in time - limited individual and group psychotherapy internation. J. of group psychotherapy : Vol : 38(1).
93. **Carter, J.S (1990)** : The use of Rogers person - ce - tered Approach to increase the Self-Esteem of Adults in Educational situations : Disseration abstracts international : Vol : 50 (11-A).
94. **Corsine (Ed) (1973)** : Current psychotherapies. Etasco. III.F.G. peacock.
95. **Daimond, R.E, Harens, R.A & Jones, A (1978)** A concept pre scriptive Eclecticism in psychotherapy : American psychotogist. Vol. : 48.
96. **Decarful, F.L & Piper, W.E (1989)** Group psychotherapy of individual psychotherapy : patient characteristics as predictive Factors. Inte-j of group psychotherapy. Apr : Vol : 38 (2).
في أحمد خيرى حافظ ، ومجدى حسين . ١٩٩٠ . مرجع سابق .
97. **Dick, Barbara, M, Woolf & Kete (1986)** An evaluation of a time - limited program of dynamic group psychotherapy. British, J. of psychiatry. Vol. : 148.
98. **Dies, R. R. (1992)** The future of group therapy. J.of psychotherapy. No. : 29.
99. **Diloreto, (1990)** : A comparison of the relative effectiveness of client - centered group psychotherapy systematic desensitization and retional - emotive the reduction of inter personal anxiety interoverts and extroverts. Disseration abstracts international, Vol. : 130 (12-A).
100. **Dufton, Brian, D (1986)** Will you be my friend ? Group psychotherapy with lonely people : Clinpsyc databasse copyright (1987). American psychological As. Vol : 2 (3).

101. **Elizebeth, P.C (1983)** : Comparison of psychoanalytic and client - centered - group treatment model on measures of anxiety and self-actualization. J. of counseling Vol. : 30 (3).
102. **Field, schanberg, Karen (1998)** : adolescents benefit from Massage therapy. J. of interpersonal violence, V.J, P.555.
103. **Fromme, E (1994)** : Escape From Freedom. N.Y. Rnehart.
104. **Gendlin, ET. (1978)** : Experimental psychotherapy in R. corsina (Ed) current psychotherapies : H. itasco, III, F.G peacock.
105. **Greenberg, mark. T,Dante, Mark (1990)** Attachment in the pre-school years : Theory, Research and intervention. Chicago Uni. of Chicago press.
106. **Gunther : Marianne, crandles, swain, Margaret (1978)** : Group psychotherapy for Adolescents of parents, chills welfare, Vol. 77, P. 251. N.Y.
107. **Herbert, M. (1981)** : behavior treatment of children with problems a practice manual. London, Academic press.
108. **Herman, Juditb, schotzow & Emity (1984)** Time - limited grouptherapy for women with a history of incest, inter - J- of grouptherapy, Vol. : 34 (4).
109. **Herman, R.I (1988)** : Gestalt Grouptherapy in S. lang (Ed) : Six group therapless. N.y. plenum press.
110. **Hollander, M & Kazaoko, K (1988)** behavior therapy, groups in, s, long (Ed).
111. **Ingersoll, B (1988)** : Your Hyper active child. N.Y Doubled day.
112. **John Dyer (1985)** : Want for your children ? N.Y. Avon press.
في أحمد عبد الخالق (١٩٨٤) قائمة القلق - مرجع سابق.
113. **Jones. Et-al (1982)** : Loneliness and social skill deficits. J - of personality and social psychology, Vol. 42, No. : 4.
114. **Jones, W.H, Hinsson, R.O & Cutron (1983)** : Helping the lonely in Duck (Ed) : Personal relationship - repairing personal. Relationship, London - Academic press.
115. **Joyce, Azim, Hassan & Hillary (1988)** : Brief grisis group psychotherapy versus the intial session of long term group psychotherapy - Anexplatory comparson group, Spt., Vol. : 12 (1).
116. **Kaplan, H.J & Sadock (Eds) (1985)** : Comprehensive Textet Book of Psychiatry. N.Y. William & Wilking.

117. Kaplan, H.J. (1993) : Anxiety disorder of childhood or Adolescents in synopsis of psychiatry. B the Edition : Williams & Wilkens Baltimore.
118. Korchin (1976) : Modern psychology. N.Y. Harper & Row.
في لويس ماريكا ١٩٩١ (العلاج السلوكي وتعديل السلوك - مرجع سابق).
119. Ketchum gregary (1983) : The relationship between childhood separation of parents and Adult. Self-acceptance and anxiety proneness, disserlation, abstracts international. Vol. 41.
120. Lader, M.H. & Marks, L.M (1971) : Clinical Anxiety, London - Heinemaun.
121. Langs. (1988) : Six group therapies. N.Y. plenum press.
122. Laser, W. & Zunin, L.M (1973) : Reality therapy, in R-Corisini (1973), Op-Cit.
123. Leiderman, P.H. (1980) : Pathological loneliness a psychodynamic inteprtion in Hartog. J.R (Eds) The Anatomy of loneliness. N.Y. inter-Uni. Press.
124. Lev, Elise, (1983) : An activity therapy group with children in patient psychiatric setting, Clin - Psc. N.Y. Vol. : 55 (1)
125. Marchal, W.L. Bryce, P. Hudson & M. ward (1996) : The enhancment of intimacy and the reduction a loneliness among child molesters J- of family - Violence : Sep., Vol. : 11 (3).
126. Marcoen, A & Caess (1998) : Loneliness in late adolescence - J. of youth and adolescence : Vol. 16.
127. Marks L.M. (1978) : Living with fear N.Y. -Mc- Grow-Hill.
128. Marks. L.M. (1981) : Care of the neuroses : N.Y. -Mc-Grow-Hill.
129. Matter, D. & Matter, R.M (1985) : Children who are lonely and shy action steps the counsler. Elementary school. Guidance and counseling : 20.
130. Mayer, A.E (1987) : Some Methodological Recommendation from the Hamburg - short psychotherapy - Comparson - Experiment -in- Daly & Sand (1987) psychological treatment of mental illness, spring - verlage - Berlin - Heidelberg.
131. Meichenbaum, D.A (1991):Cognitive behavior modification. N.Y. - Plenum - press.
132. Morayama s et al (1988) : person centered group in Japan - A selective Review- of the literature person - centered-review, Vol. : 3(4) - pp 472- 492.
133. Mussen, Ph (1963) : The influence of father - son relationship and attitudes - J. of child psychology : 4.

في : محمد ربيع عبد الرحيم الخميسي ١٩٩٤ ، مرجع سابق.

134. Mussen, P. HI(1987) : Hand Book of Research Methods in – child development john Wiley.
135. Nevils, R. (1978) : A study of loneliness selected interpersonal, historical, situational and experiential aspects : disseration abstract international. Vol. : 39-13.
136. New comb, et-al (1986) : Loneliness and social support a conifitatory hierachical analysis. Bulletin. Vol. : H12 – No. 4.
137. Oleary, K.D & Johnson, B (1986) : Assessment and Assessment of change –in- Quay, E.H.& Werry T.s (Eds) : Psycho pathological disotder of childhood, 3rd (Eds) Willy & sons. N.Y.
138. Osama El Radi & M. Mahdy (1997) : integrative psychiatry – current psychiatry , Ain shams Uni., Vol. : 10 (3).
139. Palmer, Sallg, E (1990) : Group treatment of foster children to Reduse separation conflicts associated with plasment breakdown : Child – welfare. Vol. : 69.
140. Patterson, C.H. (1986) : Theories of counseling and psychotherapy : Harper & Row, publisher N.G.
141. Peplau, A. & Perlman, D (Eds) (1982) : Loneliness a source book of current theory, research and therapy.
142. Rabin, M.C (1976) : The Relative Efficiency of three short term therapy analogues in the reduction of anxiety, disseration abstracts
في محمد عبد المؤمن حسن ، منى راشد الزياتي (١٩٩٤) م مرجع سابق.
143. Rabin, M.C., Nevil, E (1983) : The psychology of human being. N.Y, Harper & Row (3-rd) edition.
144. Reynolds, C.R & Richmond, B.O (1978) : what I think and feel, a revised of children manifest anxiety, J. of abnormal child psychology, Vol. : 6 (2).
145. Rogers, C (1959) : Client – centered therapy, in Kaplan & Sadock (1985) Compirhensive text book of psychialry. N.Y.
146. Rogers, (1965) : Dealing with psychological tensions : journal of applied behavioral science, Vol. (1), PP. 6-24.
147. Rogers, (1970) : En countor group. N.Y. Harpet & Row.
148. Rogers, (1986) : Carl Rogers on the development of the person centered approach. Person – cented review, Vol. : 1(3).
149. Rook. Kis (1984) : promoting social bonding strategies for helping the lonely and socially isolated. American psychologist, 39.

150. **Rubenstein, C.M & Shaver, P (1980)** : Loneliness in two North eastern in hartog. J. the anatomy of loneliness : N.Y. inter-unpres.
في : جابر عبد الحميد - ومحمود عمر (١٩٨٩) ، مرجع سابق.
151. **Rubenstein, C.M Shaver. P (1982)** : The experience of loneliness in L, A peplau & D, Perlman (Eds) Loneliness. A source book of current theory research and therapy. N.Y. Willey inter science.
في : محمد عبد المؤمن حسن ، ومنى راشد الزياتي (١٩٩٤) ، مرجع سابق.
152. **Rubenstein, C.M - et-al (1982)** : Second order effects of pearson mother toddler interactions infant behavior and development, 5.
في : محمد عبد المؤمن حسن ، ومنى راشد الزياتي (١٩٩٤) ، مرجع سابق.
153. **Sadock, B.J (1985)** : Group psychotherapy.
في مليكة (١٩٩٠) ، مرجع سابق.
154. **Sullivan, H.S (1966)** : The interpersonal theory of psychiatry : N.Y Norton press.
155. **Scalise, J, Gintor, E. & Gefstein, L (1984)** : A much dimensional loneliness measure, the loneliness Kating scale (IPS) J. of personality assessment : 48.
156. **Slavson, S.R (1945)** : Analytic group psychotherapy. The practice of Group Therapy - P-3.
في : كاميليا عبد الفتاح (١٩٩١) ، مرجع سابق.
157. **Shapiro, J. (1978)** : Methods of group psycherapy and enconter : peacock publich et, U.S.A.
158. **Snaith, R.P (1990)** : Measurment in psychiatry. B J. of psychiatry, N. 159.
159. **Spitzer, R.L & endicot H.J (1985)** : psyehiatric Rating Scales. In Kaplan & Sadock (1985) -Op-Cit.
160. **Sppington, A (1989)** : Adjustment Theory, Research and personal application, California. Brooks, Cole publishing Company.
161. **Stokes, J (1985)** : The relation of social network and individual difference variables to loneliness. Jo of personality and social psychology, Vol. : 48, PP : 981-990.
162. **Stuhr, U & Maye, A.E (1991)** : University of Hamborg - Hamborg Short - Term psychotherapy Comparisom Study, in Beutlef, & Cargo, M (1991) : psychotherapy Research. An international review progromatic studies : sh : 25. Libraty of Congeress in publication Ddate, U.S.A.
163. **Sundberg, N.D, Taplen, .S & Tayler, L.E. (1983)** : introduction to clinical psychology, N.Y. prentic - Hall.

164. Thorn, fc(1973) : Elctic Psychotherapy. In, R. Corsini (1973)
-Op-Cit.
165. Tyler, P, Henderson, f. & Dermott (1993) : Validation of
Rating Scales in Psuchiary. J. of Hospital Medicine,
Vol. : 49, No. : 6.
166. Ulmen, Elinow & Penn (1996) : Art therapy in Theory &
practice. US. Illinois North Magnolia street - Chicago.
P. 580.
167. Vandell, D.L. (1979) : Effects of a play Group Experience on
Mother-Son and Father-son interaction. Developmental
psychology : 4.
168. Yalom, I (1985) : The Theory and Practice of Group
Psychotherapy : (3rd - ed Basic Books).
169. Yarrow - et - al (1973) : Learing Concern for Others :
Developmental psychology, Vol. 8. —
170. Zeig & Minnon (Eds) (1990) : What is psychotherapy. Josey
- Basss.

الملاحق

ملحق رقم (١)

مقياس قلق الانفصال

إعداد / محمد ربيع عبد الرحيم الخميسي

بيانات أولية :

الإسم : النوع : (ذكر أنثى)
الصف الدراسي : تاريخ الميلاد / /
وظيفة الأب : وظيفة الأم
عدد الأخوة الترتيب بين الأخوة
عنوان الإقامة
تاريخ التطبيق : / /

تعليمات

- تعرض عليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن يشعر بها أي إنسان في مواقف الحياة ، وتوجد أمام كل عبارة أربع خانات هي : (دائماً - أحياناً - نادراً - لا) والمطلوب أن تقرأ كل عبارة بدقة ثم تضع علامة (√) أمام كل عبارة تزي أنها تعبر عن مشاعرك.
- رجاء عدم ترك أي عبارة بدون إجابة.
- لاحظ أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعتبر صحيحة عندما تنطبق عليك وتزي أنها تعبر عن مشاعرك تجاه كل عبارة.

شكراً لتعاونك ،

لا	نادراً	أحياناً	دائماً

م	العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً	لا
١	أقلق كثيراً علي مستقبلي.				
٢	عندي قلق أكثر من الآخرين.				
٣	عندما أسير في الشارع أخاف أن أضل الطريق.				
٤	أشعر بالقلق علي صحة أبي وأمي.				
٥	أخاف من الرحلات أو السفر الطويل.				
٦	أجد صعوبة في تركيز الإنتباه.				
٧	أخاف أن يفصل والدي عن والدتي.				
٨	أشعر بالفرح عند إنقطاع الكهرباء ليلاً.				
٩	لا أستطيع الوصول الي قرار بمفردي.				
١٠	ليس عندي ثقة في نفسي.				
١١	أشعر أنني وحيد رغم وجود من حولي.				
١٢	أشعر أن الحياة ليست سعيدة.				
١٣	لا أضحك كثيراً مثل الآخرين.				
١٤	أكره الرحلات بدون أبي أو أمي.				
١٥	أشعر أن أرجلي ضعيفة لا تتحمل جسمي.				
١٦	أعاني من الفزع ليلاً عند حدوث مشاجرة بين أبي وأمي.				
١٧	أشعر بضربات سريعة في القلب عندما أكون بمفردي.				
١٨	أخاف أن أعيش وحيداً في الحياة.				
١٩	أجد صعوبة في الدخول الي النوم.				

م	العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً	لا
٢٠	لا يوجد من يحبني أو يهتم بي.				
٢١	لا أحب زيارة الأقارب بمفردي.				
٢٢	أكره المبيت خارج المنزل.				
٢٣	أشعر بعدم الاستقرار.				
٢٤	أخشى أن تؤثر خلافات الوالدين علي حياتي.				
٢٥	ضغوط الحياة أكثر من طاقتي.				
٢٦	أشعر بالمرض عند سفر والدي أو أمي.				
٢٧	أعاني من الصداع دائماً.				
٢٨	أشعر بالقلق عند إنتظار شخص أحبه.				
٢٩	ذهني دائماً مشغول بالتفكير.				
٣٠	أعاني من القئى في السفر.				
٣١	أشعر بالقلق عندما أكون خارج المنزل.				
٣٢	أشعر أن حياتي ليست لها فائدة.				
٣٣	عندما أسمع عن وفاة شخص أشعر بالخوف علي أبي وأمي.				
٣٤	أنا حساس أكثر من الآخرين.				
٣٥	أشعر بعرق غزير حتي في فصل الشتاء.				
٣٦	ابكي عندما أكون بعيداً عن أهلي.				
٣٧	ليست عندي شهية للطعام.				
٣٨	أحلامي في الليل دائماً عن الفراق.				

ملحق (٢)

إختبار الشعور بالوحدة النفسية

إعداد الأستاذ الدكتور / إبراهيم زكي قشقوش

بيانات أولية :

الإسم : النوع : (ذكر أنثى)
المدرسة / الكلية : السنة الدراسية :
القسم / الشعبة : تاريخ الميلاد / /
الحالة الصحية : زمن فقد الإبصار
تاريخ إجراء القياس :

تعليمات

- يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي يمكن أن يشعر بها أي منا في مواقف الحياة اليومية ، ويوجد أمام كل عبارة من هذه العبارات أربع فئات هي : (أ) ، (ب) ، (ج) ، (د).

- المرجو منك أن تقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة ، ثم تبدي رأيك فيها بوضع علامة (ض) في الخانة التي تري أنها تعبر عن رأيك - وذلك من بين الخانات الأربع التي توجد أمام كل عبارة ، مع ملاحظة أن :

الخانة (أ) تشير الي أنك تشعر بما تنطوي عليه العبارة في معظم الأحيان . غالباً

الخانة (ب) تشير الي أنك تشعر بما تنطوي عليه العبارة في بعض الأحيان . أحياناً

الخانة (ج) تشير الي أنك تشعر بما تنطوي عليه العبارة نادراً . نادراً

الخانة (د) تشير الي أنك لا تشعر علي الإطلاق بما تنطوي عليه العبارة . لا

- لاحظ أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعتبر صحيحة فقط- عندما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة.

وشكراً على تعاونك ،

م	العبارة	أ غالباً	ب أحياناً	ج نادراً	د لا
١	أشعر أنني غير قادر علي الإنتماء لناد أو جماعة ما.				
٢	أشعر انه لا يوجد الإنسان الذي يهتم فعلاً بمشاكل الآخرين.				
٣	أشعر أن الآخرين يعتمدون إقصائي عنهم ووضع العراقيل في سبيل وجودي بينهم.				
٤	أنتظر دائماً أن يحدثني الآخرون أو يكتبوا لي.				
٥	أشعر أنني في حاجة الي الحب أكثر من حاجتي الي أي شئ آخر.				
٦	لا يوجد في حياتي حتي الآن شخص أستطيع أن أنتمنه علي مشاكلي.				
٧	أشعر أنه لا يوجد من بين المحيطين بي من يشاركني آرائي أو تتفق ميوله مع ميولي.				
٨	يصعب علي تكوين الصداقات.				
٩	نادراً ما أشعر بالحب من جانب المحيطين بي.				
١٠	أشعر بالملل والإجهاد في كثير من الأحيان.				
١١	أشعر أن الآخرين يتجنبونني.				
١٢	أشعر أنني لا أستطيع أن أصارح شخصاً ما بما يدور في ذهني.				
١٣	أعتقد أن الحب الصادق / الحقيقي قد أصبح عملة نادرة في هذه الأيام.				
١٤	كثيراً ما أستغرق في أحلام اليقظة.				
١٥	لا أجد من أستطيع أن أتحدث معه في أسراري / مشاكلي الخاصة .				
١٦	أشعر أنني أفقد الحب من جانب معظم الذين يعرفونني.				
١٧	أجد صعوبة كبيرة في أن أركز ذهني في عمل معين.				

م	العبارة	أ غالباً	ب أحياناً	ج نادراً	د لا
١٨	أشعر أن علاقتي الإجتماعية علاقات سطحية.				
١٩	أشعر أنني غريب عن حولي.				
٢٠	أشعر بعدم وجود شيء ما يربطني بالآخرين.				
٢١	أشعر أنني أفنقد الصداقة الحقه.				
٢٢	أستقبل أيام العطلات بفتور شديد.				
٢٣	أشعر أن حياتي الحالية غير ذات قيمة أو هدف.				
٢٤	أشعر أنني وحيد دائماً				
٢٥	أجد صعوبة كبيرة في الإندماج مع الآخرين.				
٢٦	أشعر بعدم قدرتي علي فهم المحيطين بي أو التفاهم معهم.				
٢٧	أجد صعوبة كبيرة في شغل وقت فراغي أو استثماره في أمور مفيدة.				
٢٨	أشعر أنني منعزل عن حولي.				
٢٩	لم ألتق حتي الآن بإنسان أستطيع أن أثق فيه.				
٣٠	أشعر أن كل إنسان يهتم الآن بمصالحه الخاصة فقط.				
٣١	أشعر أنني لست علي علاقة وثيقة بأحد.				
٣٢	أشعر بالعزلة عن حولي رغم وجودي بينهم.				
٣٣	أشعر أنني وحيد رغم كثرة معارفي.				
٣٤	أشعر أنه لا يوجد من أستطيع أن أتجه اليه عندما أريد.				

الدرجة النهائية :

د لا	ج نادراً	ب أحياناً	أ غالباً

القائم بعملية التقدير :

وظيفته :

مقياس التحسن العلاجي

إعداد / محمد ربيع عبد الرحيم الخميسي

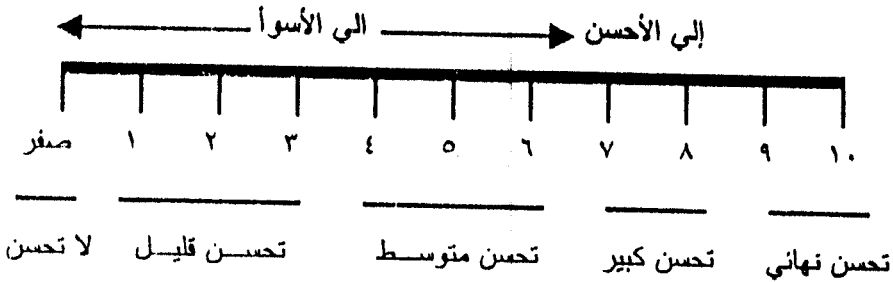
بيانات أولية :

الإسم : النوع : (ذكر - أنثى)
تاريخ الميلاد / / ١٩ السنة الدراسية أو الموئل
العنوان تاريخ إجراء المقياس / /

تعليمات

- فيما يلي خمسة مستويات للشعور بالتحسن العلاجي وهي :
- لا تحسن : وتقابلها الدرجة صفر .
 - تحسن قليل : وتقابلها الدرجة من ١ : ٣
 - تحسن متوسط : وتقابلها الدرجة من ٤ : ٦
 - تحسن كبير : وتقابلها الدرجة من ٧ : ٨
 - تحسن نهائي : تقابلها الدرجة من ٩ : ١٠

المرجو وضع دائرة ○ أو علامة (√) حول الرقم الذي ترى أنه يعبر بصدق عن مستوى التحسن الذي شعر به الآن.



بطاقة تعارف

إعداد / محمد ربيع عبد الرحيم الخميسي

الاسم :
الترتيبات الأسرة :
مهنة الأب :
الصف الدراسي :
أعاني من :
السن :
مهنة الام :
تاريخ المرور بخبرة التفصال / /

.....
.....
.....

أكمل الجمل الناقصة الآتية :

١- ما لم يفهمه الآخرون عني هو

.....
.....

٢- اختلف عن الآخرين في

.....
.....

٣- اكثر ما يؤلمني هو

.....
.....

٤- السلوك الذي أحب أن أغيره هو

.....
.....

تاريخ التطبيق / /

ملخص الدراسة باللغة العربية

فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج قلق الانفصال والشعور
بالوحدة النفسية لدي جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية

"دراسة تجريبية"

مدخل إلى الدراسة : يكاد يتفق المعالجون النفسيون على اختلاف توجهاتهم وإنتماءاتهم الفكرية ، على أن العلاج النفسي الجماعي Group psychothevapy ، هو صورة نشطة ومتطورة من العلاج النفسي" (شعلان ١٩٧٨ ، Lubin 1979 في - أحمد خيرى ١٩٨٩) .

وذلك لما يتيح العلاج النفسي الجماعي من مزايا لا تتوفر في العلاج النفسي الفردي وأهمها هو "شعور الفرد بتعدد الزوايا التي يمكن النظر منها لموضوع الذات ، يتعدد الأفراد الذين تتألف منهم الجماعة العلاجية ، مثل هذا التعدد يفضي إلى توسيع المجال النفسي لدى الفرد ، ويكون هذا التوسيع مصحوباً بزيادة في قدرة الفرد على تقييم الأمور ، وعدم التقييد بوجهه نظر واحده تشل حركته وتعطل قواه" (سامي على ١٩٦٤ ص ١١٧)

مقدمة الدراسة :

نفيد الدراسة الحالية محاولة تجريبية للوقوف على مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج قلق الانفصال والشعور بالوحدة النفسية لدي جماعتين من أبناء المؤسسات الإيوائية ، الذين تعرضوا لخبرة الانفصال عن الوالدين ، والإيداع في أحد المؤسسات الإيوائية ، وقد لاحظ الباحث بحكم عمله في وزارة الشؤون الاجتماعية ، أن القلق والشعور بالوحدة النفسية يكاد يمثل مشكلة صعبة تواجه القائمين على تربية ورعاية هؤلاء الأبناء ، كما لاحظ الباحث ندرة هذا النوع من الدراسات التجريبية في الفئة العمرية من ١٤ - ١٨ سنة من أبناء المؤسسات الإيوائية الذين يعانون - بلا شك - من عدم توفير أسس الصحة النفسية نتيجة إنفصالهم عن أسرهم ، وفي هذه الشأن يقرر (بولي Bowlby) "أن أسس الصحة النفسية للطفل ، هو أن يجد علاقة حاره وحميمه ودائمة بأمه أو بأم بديله لها باستمرار" (Bowlby 1959, P57)

- أهمية الدراسة :

- ترجع أهمية الدراسة ومبرراتها الي الجوانب النظرية والتطبيقية التاليه :
- ١- تتناول الدراسة من خلال التصميم التجريبي فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج القلق والشعور بالوحدة النفسية - في المؤسسات الإيوائية - "حيث ينتشر القلق" (المتولي ابراهيم ١٩٩٣ ص ١٢٩) .
 - ٢- أن الدراسات التي إهتمت بدراسة علاج قلق الانفصال عند المراهقين تعد قليلة بالمقارنة الي تلك الدراسات التي إهتمت بدراسة وعلاج القلق عند الراشدين .
 - ٣- أن القلق يعتبر المفهوم المركزي في علم النفس المرضي ، بل والعرض المشترك في كل أنواع العصاب وأمراض عضوية عديده .
 - ٤- أن الشعور بالوحدة النفسية من الظواهر الاجتماعية الهامة التي تنتشر بين الأطفال وحتى الراشدين (جابر عبد الحميد ومحمود عمر ١٩٨٩) .

- أهداف الدراسة :

- ١- تهدف الدراسة الحالية إلي التعرف علي مدي فاعلية العلاج النفسي الجماعي ومدي ما يحققه من تحسن نحو الشفاء لعينه الدراسة التي تعاني من قلق الانفصال ، والوحدة النفسية .
- ٢- كما تهدف الي الوقوف علي مدي مواءمة هذا النوع من العلاج النفسي للبيئة المصرية بعد أن ثبت فاعليته في أمريكا بلد المنشأ ، وفي أوروبا ، وآسيا ، وجنوب أفريقيا ، ولكنه لم ينجح في بلد مثل اليابان (Moreyama : 1983 PP : 379-402)
- ٣- الاجابة علي تساؤلات الدراسة

- مشكلة الدراسة

- تكمن مشكلة الدراسة في الاجابة علي التساؤلات الاتيه :
- س١ : هل يؤدي العلاج النفسي الجماعي باعتباره متغيراً مستقلاً في تخفيف الشعور بقلق الانفصال لدي جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية .
 - س٢ : هل يؤدي العلاج النفس الجماعي باعتباره متغيراً مستقلاً في تخفيف الشعور بالوحده النفسية لدي جماعة من أبناء المؤسسات الإيوائية؟

س٣ : هل يؤدي العلاج النفسي الجماعي الي استمرار المكاسب العلاجية بعد انتهاء البرنامج العلاجي؟

فروض الدراسة

تطرح الدراسة الفروض التاليه

الفرض الأول : يؤدي العلاج النفسي الجماعي - باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور - الي التحسن نحو الشفاء من قلق الانفصال لدي الجماعة ، كما يقيسه مقياس قلق الانفصال ومقياس التحسن العلاجي.

الفرض الثاني : يؤدي العلاج النفسي الجماعي - باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور - الي التحسن نحو الشفاء من الشعور بالوحدة النفسية ، كما يقيسه مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس التحسن العلاجي.

الفرض الثالث : يحقق العلاج النفسي الجماعي - باستخدام البرنامج العلاجي متعدد المحاور - الإستمرارية في المكاسب العلاجية بعد إنتهاء البرنامج العلاجي كما يقيسه أدوات الدراسة.

عينة الدراسة

طبقت الدراسة علي مجموعتين تجريبتين ، قوام كل مجموعة (١٢) مفحوصاً من المراهقين الذكور) بعد أن تسرب عدد ٣ (ثلاثة مفحوصين) لخروجهم من المؤسسة الي الأهل دون عوده ، وتم إختيارهم بناء علي رغباتهم ، وممن تم تشخيصهم بقلق الانفصال للمجموعة التجريبية الأولى ، والوحدة النفسية للمجموعة التجريبية الثانية ، وأستخدم الباحث التصميم التجريبي ذات القياس القبلي / البعدي / بعد البعدي / وتم تطبيق البرنامج العلاجي متعدد المحاور لمدة عشرون جلسة ، مدة كل جلسة ساعة وربع الي ساعة ونصف ما عدا الجلسة الأولى والأخيرة كانت ساعتان تخللها فترة راحة ، وطبق البرنامج العلاجي لكل مجموعة علي حده ، بمعدل ثلاث جلسات في الأسبوع ، وتم تطبيق القياس التتبعي بعد شهرين من توقف البرنامج للوقوف علي مدي استمرار المكاسب العلاجية .

- أدوات الدراسة :

استخدم الباحث المقاييس والأدوات الآتية :

- ١- مقياس قلق الانفصال للإطفال إعداد : الباحث
- ٢- إختبار الشعور بالوحدة النفسية إعداد : إبراهيم قشقوش

إعداد : الباحث	٣- مقياس التحسن العلاجي
إعداد الباحث	٤- بطاقة تعريف
إعداد الباحث	٥- دراسة حالة

- نتائج الدراسة
أنتهت الدراسة الي صحة الفروض الثلاثة ، حيث ثبت فاعلية العلاج النفسي الجماعي من خلال برنامج متعدد المحاور في علاج قلق الانفصال ، والشعور بالوحدة النفسية ، وكذلك استمرار المكاسب العلاجية بمستوي جوهري ٠,٠٠١ لصالح البرنامج العلاجي مستخدماً المتوسط الحسابي للفروق وأختبار T.Test للوقوف علي الفروق بين القياسات القبليّة ، والبعديّة وبعد - البعديّة ، وتحقق من دلالتها الجوهريّة . كما تم عرض دراسة حالة Case Study لأختبار صحة فروض الدراسة الثلاثة باستخدام دراسة الحالة وموضحاً فيها التغيرات العلاجية الحاصلة ، وكذلك تم عرض تحليلي لمراحل نمو الجماعة العلاجية منذ بداية جلسات البرنامج حتي انتهائه ، وقد فسر الباحث نتائج الدراسة في ضوء الفروض ، وفي ضوء الدراسات والبحوث السابقة ، حيث إتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج اغلب الدراسات السابقة ، والتي تشير الي فاعلية العلاج النفسي الجماعي واستمرار المكاسب العلاجية بعد فترة المتابعه ، وأخيراً تم التفسير في ضوء الفروض والنظريات وفتيات العلاج النفسي الجماعي والموروثات الثقافية للمجتمع المصري ، ثم عرض الباحث لمجموعة من النتائج لم تكن ضمن فروض الدراسة من خلال الملاحظة المباشرة للباحث ومدير المؤسسة ، وأنتهي الباحث بمجموعة المقترحات التي أثارها الدراسة ، وعرض مدي إسهام الدراسة في هذا المجال كما عرض مجموعة من التوصيات .

والمجمل التركيبي لصورة نتائج هذه الدراسة توضح أن العلاج النفسي الجماعي باستخدام البرنامج المتعدد المحاور ذو تأثير فعال في علاج قلق الانفصال ، والشعور بالوحدة النفسية لدي عينتي الدراسة ، وانتهت الدراسة إلي أن العلاج النفسي الجماعي يصلح للإستفادة منه في المجتمع المصري خاصة في مجال المؤسسات الإيوائية ، مثلما نجح في أمريكا ، وأوروبا ، وآسيا ، وجنوب افريقيا ، بالرغم من عدم نجاحه في دول مثل اليابان . (Morayama : 1988 P:379-404)

أي أن عملية العلاج النفسي الجماعي كمتغير مستقل قد حققت تحسناً جوهرياً وتطوراً نحو الشفاء ، وأن جميع المتغيرات التابعة (قلق الانفصال - الوحدة النفسية) قد تحسنت بدخول المتغير المستقل (العلاج النفسي الجماعي) عليها ، واستمرت المكاسب العلاجية بعد توقف العلاج وتحققت عند مستوي دلالة جوهريّة ٠,٠٠١

SUMMARY OF THE STUDY

The effectiveness of group psychotherapy in curing separation anxiety and feeling psychological loneliness for a group of care institutions' sons.

Experimental Study

Psychotherapists who have different tendencies and ideologies almost agree that group-psychotherapy is an active and developed type of psychotherapy (Lubin 1973, Sha'alan 1978). That is due to its advantages which individual psychotherapy does not provide. One of its most important advantages is the individual feeling of the different angles from which one can look at the "self subject" according to the number of individuals constituting the group receiving the treatment. It will, also, lead to broadening the psychological area of the individual, with an increase in the individual capabilities to evaluate things. Moreover, the individual will not be limited to one point of view which paralyzes his actions and impedes his powers (Samy Ali : 1964 P. 117).

Introduction:

This study is an experimental attempt to evaluate the effectiveness of group psychotherapy in treating separation anxiety and feeling of psychological loneliness within those sons living in care institutions; who experienced parental separation.

The researcher has noticed, because of his work at the Ministry of Social Affairs, that anxiety and the feeling of loneliness almost represent a difficult problem facing the people who are responsible for those sons.

The researcher also noticed that it is rare to find this type of experimental studies on institutions' sons of 14-18 years old whose psychological health suffers as a result of their separation from their families.

In this respect, (BOWLBY, 1959) states that the principals of child's psychological health is to find a warm, close and permanent relation with his mother or with a permanent substitute mother. (*Bowlby up – cit.*)

The importance of the study :

- 1- This study, through experimental design, deals with the effectiveness of group psychotherapy in care institutions where anxiety spreads (EL METWALLY IBRAHIM 1993).
- 2- The studies and research which concentrated on studying the treatment of adolescent's separation anxiety is less in number compared to those studies that concentrated on the same subject among adults.
- 3- Anxiety is considered not only a central conception in psychopathology but also the common symptom in all kinds of neurosis and other organic diseases.
- 4- The feeling of psychological loneliness is an important social phenomenon, which spreads among children and even among adults.

The goals of the study:

- 1- This study aim at investigating the effectiveness of group psychotherapy and what it achieves, in regard to the advancement and improvement of the sample towards being cured.
- 2- The study also aims at investigating whether or not this kind of psychotherapy will be suitable to the Egyptian environment after it was proved effective in the United States of America, the home country of this kind of therapy, Europe, Asia and South Africa. However, it did not succeed in countries like Japan. (MORAYAMA, 1988)
- 3- Answering the questions of the study.

The problem of the study :

The problem is to find the answers of the following questions :

1. Does group psychotherapy, as an independent variable, lead to the release of the feeling of separation anxiety among a group of care institutions' sons?
2. Does group psychotherapy, as an independent variable, lead to the improvement of the feeling of psychological loneliness among a group of care institutions' sons?
3. Does group psychotherapy, through the proposed multi -dimension therapeutic program, lead to the continuation of the therapeutic benefits?

Hypotheses:

- Group psychotherapy, by applying the multi-dimension therapeutic program, leads to the improvement towards recovering from separation anxiety according to separation anxiety and therapeutic improvement scales.
- Group psychotherapy, by applying the multi-dimension therapeutic program, leads to the improvement towards recovering from psychological loneliness according to psychological loneliness and therapeutic improvement scales.
- Group psychotherapy, by applying the multi-dimension therapeutic program, achieves the continuation of therapeutic benefits after ending the therapeutic program and measured by the study tools.

Sample:

This study has been applied to 2 groups, each consisting of (12) male cases. The first group was diagnosed with separation anxiety, while the other group was diagnosed with psychological loneliness. The researcher used the experimental design before and after applying the multi-dimension therapeutic program to the two groups during twenty sessions. Each session lasted for 75:90 minutes, except for the first and final sessions, which lasted for 120 minutes each. The therapeutic program consisted of three sessions a week and was applied to each group alone.

-The follow up measurement was applied after 2 months to investigate the continuation of the therapeutic benefits.

Tools:

- 1- Scale of separation anxiety of children prepared by the researcher.
- 2- Test on psychological loneliness prepared by Ibrahim Kashkoush.
- 3- Scale of therapeutic improvements prepared by the researcher.
- 4- Case study prepared by the researcher.
- 5- Identification card prepared by the researcher.

Results:

- The study showed that the previous three hypotheses were proven correct. The group psychotherapy was effective using the therapeutic multi-dimension program in treating separation anxiety and psychological loneliness as well as keeping the therapeutic benefits at a significant level ($p > 0.001$) by using the average and T. test. The study offered a case study showing the therapeutic developments and the analytical emphasis of all stages of the therapeutic group. From the beginning of the first session to the twentieth and final session, in the light of the given hypotheses and the studies related, the researcher found out that the results concluded are in line with the results of most of the previous studies on group psychotherapy which indicate its effectiveness, as well as, the continuation of the therapeutic benefits after the period of the follow up. The emphasis was completed in the light of the theories, hypotheses and techniques of the group psychotherapy, and the cultural heritage of the Egyptian community. The researcher also concludes some proposals and important recommendations resulting from the study.
- The comprehensive structural image of the results of the study shows that group psychotherapy is effective in treating separation anxiety and the feeling of psychological loneliness within the two samples of the study. The group psychotherapy can be used successfully in Egypt, especially in care institutions, as in the U.S.A, Europe, Asia and South Africa however, unsuccessful in countries like Japan.
- The study proved the continuation of the therapeutic benefits for the two samples, and concludes, also,

that group psychotherapy - as an independent variable- achieved fundamental improvement towards recovering, and that all dependent variables (separation anxiety - psychological loneliness) were improved by the independent variable (group psychotherapy) and therapeutic benefits continued after the end of the therapy and were all realized at the level of ($p < 0.001$).



*Ain Shams University
Institute of Post Graduate
Childhood Studies*

*The Effectiveness of Group
Psychotherapy in Curing Separation Anxiety
And Feeling Psychological Loneliness for
A Group Of Care Institutions Sons
Experimental Study.*

For Ph.D., Degree in Childhood Studies

*From
The department of psycho-social studies*

*By
Mohamed Rabia Abdel-Rehim El-Khemisy*

Supervisor

*Faiza Youssif
Professor of Psychology
Ain Shams University*

*Layla Ahmed Karam El-Deen
Professor of Psychology
Ain Shams University*

*Elhamy Emam
Professor of Psychology
Ain Shams University*

Dr Faiza Youssif

2001

LK

El