

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



كلية التربية  
المجلة التربوية  
\*\*\*

فعالية برنامج ارشادي أسرى لخفض اعراض اضطراب التعلق

الارتكاسي لدي اطفال الروضة المساء معاملتهم

إعداد

د/ علي ثابت إبراهيم حفني

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية بقنا - جامعة جنوب الوادي

أ.د/ خالد سعد سيد القاضي

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية بقنا - جامعة جنوب الوادي

DOI: 10.12816/EDUSOHAG. 2020.

المجلة التربوية. العدد الخامس والسبعون . يوليو ٢٠٢٠م

Print:(ISSN 1687-2649) Online:(ISSN 2536-9091)

## الملخص باللغة العربية :

يشير اضطراب التعلق الارتكاسي إلى قصور في العلاقات الاجتماعية بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي والذي يرجع بصفة أساسية لإساءة معاملة الطفل أو إهمال تلبية احتياجاته الأساسية، لذلك سعت تلك الدراسة لتقديم برنامج إرشادي أسري لخفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة المساء معاملتهم، تكونت عينة الدراسة من ١٧ طفلاً ( ١١ ذكور ، ٦ إناث ) من أطفال رياض الأطفال المساء معاملتهم ويواجهون اضطراب التعلق الارتكاسي بمتوسط عمري ١٢.٦١ شهر وانحراف معياري ٣.٨٩ شهر، بينما تكونت عينة الوالدين من ١٧ فرد ( ٤ آباء ، ١٣ أم ) وهم يمثلون أولياء أمور المجموعة التجريبية، وتم تطبيق الأدوات الآتية: مقياس سوء معاملة طفل الروضة (اعداد الباحثان) ، مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (مصطفى أبو المجد، وعلي ثابت ، ٢٠١٦)، مقياس سلوسون لذكاء الأطفال والكبار (عبد الرقيب البحيري، ومصطفى أبو المجد، ٢٠١١)، البرنامج الإرشادي والذي اشتمل على ٢١ جلسة، وأوضحت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في خفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة المساء معاملتهم.

الكلمات المفتاحية : الإرشاد الاسري، اضطراب التعلق الارتكاسي، إساءة معاملة طفل الروضة.

***Effectiveness of Family Counselling Program in decreasing Reactive Attachment Disorder of Abused Kindergarten children***

**Abstract**

Reactive attachment disorder refers to a deficit in social relationships between a child and caregivers because of child abuse and neglecting his basic needs. This study aimed at providing a family counseling program for decreasing reactive attachment disorder of Abused Kindergarten children. Sample consisted of (17) abused children (11 male and 6 female) with average age (16.12) months and standard deviation (3.89) months, Another sample from parents consisted of 17 (4 fathers and 13 mothers) who represented the parents of experimental group. Instruments of the study were applied: Abused Kindergarten child Scale (prepared by the researchers), Reactive Attachment Disorder Scale (Abu Almagd, M., & Thabet, A., 2016), Slosson Intelligence Test-Revised ( SIT-R ) (El Beheiry, A., & Abu Almagd, M., 2011), and the counseling program which consisted of (21) sessions. Results indicated the effectiveness of family counseling program in decreasing reactive attachment disorder of Abused Kindergarten children.

**Keywords:** *Family Counseling, Reactive Attachment Disorder, Child Abuse.*

## مقدمة :

تعد مرحلة الطفولة من المراحل النمائية الهامة التي يمر بها الفرد، حيث يتحدد فيها مفهوم الإنسان للحياة ونظرته إليها، وبمجرد ولادة الطفل يتعرض الى سيل عارم من المثيرات الداخلية والخارجية، ويكون عاجزاً تماماً عن ترجمة هذه المثيرات أو الاستجابة لها استجابة ملائمة نظراً لضعفه وهشاشته بنيته النفسية، لذلك يكون بحاجة إلى أفراد آخرين يقدمون له الرعاية والاهتمام ويساعدونه على ضمان نمو سليم يسمح بتطوير قدراته وإشباع حاجاته المختلفة.

وبذلك فإن مرحلة الطفولة ليست فقط مجرد مرحلة تجهيز للحياة المستقبلية، بل هي مرحلة هامة من مراحل الحياة يجب أن يستمتع بها الطفل، حيث أن سعادته تتوقف على مدى شعوره بإشباع حاجاته من قبل: والديه وإخوته وأقاربه، وتعتبر الحاجة إلى الأمن والرعاية والحماية من أهم ما يحتاج إليه الطفل لكي ينمو نمواً سويماً (أماني عبد المقصود، ١٩٩٩). ومن هنا يتضح ان الصورة التي تنمو لدى الطفل عن الحياة الأسرية قبل كل شيء هي نتيجة للخبرات التي يمر بها في دائرة أسرته الخاصة، فإذا سادها الانسجام والود وعدم الحرمان فسيساعدوا ذلك في توجيه عواطفه في الاتجاه الصحيح للحياة الانفعالية والعاطفية والسلوكية وهنا تجد ان تركيبة الاسرة لها أثر كبير في تكوين نفسية الطفل وترك أثر عميق في مراحل لاحقة (فوقيه حسن، ١٩٩٧).

كما أن من المتفق عليه هو أحقية الوالدين أو الأوصياء على الطفل في تربيته وتوجيهه وإبعاده عن سلبيات ومخاطر الحياة، إلا أن الأمر الآخر المتفق عليه أيضاً هو إن الإفراط في فهم حقوق الوالدين والأوصياء على الطفل، قد ينجم عنه الإساءة للطفل *Child Abuse*، وهنا ينشأ الخلل في المعادلة بين التأديب والإساءة، مع الاعتراف بأن هناك عدداً من الحالات غير القليلة التي يصل فيها الأمر إلى الإيذاء الشديد للطفل مما يؤثر بصورة واضحة على نموه من الناحية الصحية والعقلية (مؤمن الحديدي وهاني جهشان، ٢٠٠٤).

وتتعدد أشكال إساءة المعاملة التي يتعرض لها الطفل داخل الأسرة ما بين الإهمال والحرمان والإساءة اللفظية بالسخرية والاهانة والشتيم والصراخ إلى الإساءة الجنسية والجسدية البسيطة وصولاً إلى الاعتداء الوحشي كالضرب المبرح فيبدأ الطفل المتعرض للإساءة عادة ما يختزن هذه الخبرات السيئة ثم تتخذ شكل انحراف أو اضطراب في المراحل

التالية، حيث من شأنه أن يعيق نمو الطفل نمواً متكاملًا سواء كان بصورة متعمدة أو غير متعمدة من قبل القائمين على أمر تنشئته، ويتضمن ذلك الإتيان بعمل يترتب عليه إيقاع ضرر مباشر للطفل كالإيذاء البدني أو العمالة المبكرة أو ممارسة سلوكيات أو اتخاذ إجراءات من شأنها أن تحول دون إشباع حاجات الطفل المتنوعة وتوفير الفرص المناسبة لنموه نمواً سليماً (سمر الحاج ، ٢٠٠١ ، ص ٣٦).

ومن جهة أخرى، عند تعرض الطفل لرعاية وأساليب معاملة والدية متسقة غنية بالمشيرات الحسية المنشطة للتفاعل الاجتماعي، ومدى قدرة مقدم الرعاية على توفير احتياجات الطفل الأساسية، ينتج عن ذلك وجود تعلق *Attachment* وارتباط سوي بين الطفل ومقدم الرعاية، ومن هنا تتشكل بما يسمى " القاعدة الآمنة *Secure Base*" لدي الطفل والتي تساعده على التفاعل الاسرى بوجه خاص والتفاعل الاجتماعي بوجه عام (Roelofs, Meesters, ter Huurne, Bamelis, & Muris, 2006).

لهذا يرى Bowlby(1969) ان التعلق عبارة عن نظام بيولوجي سلوكي هدفه التنسيق بين البحث عن الامن عن طريق التقرب من الاشخاص ذوى العلاقة في حياة الطفل من جهة، والرغبة في اكتشاف العالم بما فيه من مخاطر من جهة أخرى، أي أن الطفل يسعى الى تحقيق الهدفين معا، وبصيغة أخرى يرى Bowlby أن هناك هدف خارجي للطفل عن طريق تأمين علاقة قوية مع والدته وبالتالي يكون قد حقق الأمان الخارجي، أما الهدف الداخلي فهو الشعور بالأمن، حيث ان التعلق لا ينمو فجأة ولكن ينشأ في سلسلة خطوات ثابتة خلال الفترة (٧-٩) شهور من ولادة الطفل وهي مرحلة التفضيل، فيبدأ الطفل بتكوين صور ثابتة في عقله عن المحيطين به والتي تؤثر على علاقته المستقبلية بهم (p.7).

ونتيجة لتعرض الطفل لإساءة المعاملة من قبل والديه أو القائمين علي رعايته أو إهمال احتياجاته الأساسية، يفقد القاعدة الآمنة للتعلق ويصبح الارتباط غير سوي مع مقدم الرعاية، وهذا ما أكده Tharner et al. (2012) بأن عدم توفير الاحتياجات الانفعالية الأساسية للطفل كالحب والاهتمام يؤدي الى إحداث تغييرات في دماغ الطفل التي تؤثر سلباً على قدرته في تنظيم أنماط التعلق الأولية بوالديه، ويظهر ذلك جلياً في عدم القدرة على ضبط النفس، والشعور بانعدام الأمن ، والانسحاب الاجتماعي، وصعوبة تكوين ردود أفعال مناسبة في المواقف الاجتماعية التي يصاحبها طابع المزاج المتقلب. ونتيجة لذلك يظهر لدي الطفل

اضطراب في التعلق *Attachment Disorder* ، والتي من بينها اضطراب التعلق الارتكاسي *Reactive Attachment Disorder (RAD)*.

ويشير اضطراب التعلق الارتكاسي إلى عجز في قدرة الطفل علي اظهار التفاعل الاجتماعي المناسب تجاه الآخرين ويشمل الحذر في التعامل مع الأقران بالإضافة إلى فرط التفاعل الاجتماعي مع الغريباء ( Roelofs et al.,2006). وهذا ما أوضحه Vega, Cole and Hill (2019) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي عبارة عن حالة تصيب الرضع والأطفال الصغار الذين لم ينشأ لديهم تعلق صحي مع مقدم الرعاية الأساسي وعدم اشباع احتياجاتهم الأساسية أو عدم شعورهم بالموودة والمحبة معهم، وينتشر بين الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة سواء الجسدية أو الانفعالية أو الجنسية أو الرفض والإهمال.

كما أوضح Bartholomew and Horowitz (1991) بأن الأطفال ذوي تاريخ إساءة المعاملة يواجهوا اضطراب التعلق الارتكاسي والذي يؤدي بدوره إلى علاقات اجتماعية غير مناسبة مع مقدم الرعاية. وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة كل من (Cort, 2007 ؛ Tobin, Wardi-Zonna & Yezzi-Shareef , 2007 ؛ Minnis et al., 2009) بأن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين سوء معاملة الطفل وإهماله واضطراب التعلق الارتكاسي.

ومن هذا المنطلق يتضح أهمية دور البرامج الإرشادية في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي والتي من بينها الارشاد الأسري *Family Counselling*، حيث من خلال الارشاد الاسري يأخذ في الحسبان الأهمية القصوى لأولياء الأمور من خلال مشاركتهم الايجابية في برامج التوجيه النفسي التي تخص أطفالهم، فتحقيق المشاركة الايجابية لأولياء الأمور في أي برنامج للتوجيه النفسي يجب أن يتوفر التعاون التكامل بين المنزل حيث يقع العبء الأكبر على الأسرة في غرس التعاون والفهم السليم لصالح الأطفال، عن طريق توفير الاتزان النفسي والثبات الوجداني للوالدين ، والذي ينعكس بدوره على أطفالهم فيدعم تقدمهم ونموهم (طه عبد العظيم، ٢٠٠٤، ص ٧٦).

وفي هذا السياق، أوضح Drisko (2018) أن خفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي يتطلب مشاركة الوالدين أو مقدمي الرعاية والذين يتم تدريبهم من خلال العاملين في مجال الصحة النفسية ومجال رعاية الطفل علي كيفية إقامة علاقات اجتماعية جيدة مع أطفالهم للوصول إلى قاعدة التعلق الآمن والصحي. وهذا ما أشار إليه Hale (2019) بأن

اضطراب التعلق الارتكاسي قد ينشأ عن سوء معاملة الطفل وإهماله مما قد يصاحبه العديد من المشكلات السلوكية والتي تعيق نمو الطفل الاجتماعي، لذا يجب تدريب الوالدين وارشادهم وتوجيههم لاستخدام أساليب التنشئة الوالدية السوية والبعد عن الخاطئة كالإهمال والقسوة.

ويتضح من العرض السابق، أن الأطفال المساء معاملتهم يتعرضوا لاضطرابات التعلق بصفة عامة و اضطراب التعلق الارتكاسي بصفة خاصة نتيجة اهمال اشباع احتياجاتهم الاساسية مما يترتب عليه فقدان الروابط العاطفية بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي (غالباً والديه)، لهذا سعت تلك الدراسة إلى تقديم برنامج أسري لوالدي أطفال الروضة المساء معاملتهم من أجل تخفيف أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لديهم.

### مشكلة الدراسة :

يمكن تحديد مشكلة الدراسة من خلال ثلاث محاور أساسية: المحور الاول: نسب انتشار اضطراب التعلق الارتكاسي، اما المحور الثاني: الآثار السلبية الناجمة عن وجود اضطراب التعلق الارتكاسي، وفيما يخص المحور الثالث: ندرة الدراسات التي تناولت برامج ارشادية لخفض اضطراب التعلق الارتكاسي في البيئة العربية.

بالنسبة للمحور الاول: نسب انتشار اضطراب التعلق الارتكاسي: اختلفت نسب انتشار اضطراب التعلق الارتكاسي بين الدراسات المختلفة، فأوضحت نتائج دراسة Stinehart, (Scott and Barfield 2012) بأن ما بين ٣٨-٤٠٪ من الأطفال ذوي إساءة المعاملة يواجهوا أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي. كما اوضحت نتائج دراسة Kay and Green (2013) بأن ٥٨٪ من المراهقين والذين تعرضوا لخبرات إساءة المعاملة في مرحلة الطفولة تظهر عليهم اعراض النمط غير المثبط من اضطراب التعلق الارتكاسي وهي نسبة مرتفعة نسبيا وقد يرجع ذلك الى الفروق في العمر وعمليات القياس. في حين توصلت نتائج دراسة Minnis et al. (2013) بأن (٢٣) طفل من أصل عينة قوامها ١٦٤٦ طفل تعرضوا للإهمال والحرمان الأسري تراوحت أعمارهم ما بين (٦-٨) سنوات يواجهوا اضطراب التعلق الارتكاسي. كما أجريت دراسة Scheper et al. (2016) على عينة قدرها (٢٠٠) طفل (١٤١) طفل يتم رعايتهم بالمنزل مع والديهم، ٥٩ طفل تم تبنيهم) تراوحت أعمارهم ما بين ٧,٩-٢ سنة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن النمط المثبط *Inhibited* ينتشر بنسبة ٩٪

بين الأطفال الذين يتم رعايتهم بالمنزل، ٢٧٪ بين الأطفال الذين تم تبنيهم، أما النمط غير المثبط *Disinhibited* ينتشر بنسبة ٤٢٪ لدى كل من المجموعتين.

وفي دراسة تحليل بعدي لـ (Vasileva and Petermann 2016) للتعرف على نسب انتشار التعلق والنمو والصحة النفسية للأطفال ما قبل المدرسة والمعرضين للإهمال وسوء المعاملة، حيث استخدمت تلك الدراسة (٢٥) دراسة بواقع عدد (٤٠٣٣) طفل لدراسات النمو، (٧٢٦) طفل لدراسات الصحة النفسية، (٢٥٥) طفل لدراسات التعلق، وخلصت نتائج الدراسة إلى أن ٤٣.١٪ من حجم عينة دراسات التعلق تواجه اضطرابات التعلق غير الآمن، في حين أن اضطراب التعلق غير المنظم (المشوش) *Disorganized attachment* بلغت نسبة انتشاره ٢١.٩٪.

كما توصلت نتائج دراسة (Mayes, Calhoun, Waschbusch, Breaux and Baweja 2017) التي طبقت على عينة قدرها (٢٠) طفل ومراهق تراوحت أعمارهم ما بين ٤-١٧ سنة، أن ٢٥٪ من حجم العينة يواجهون النمط غير المثبط بدون النمط المثبط، في حين أن ٧٥٪ من حجم العينة يواجهون النمطين معاً. وفي دراسة أخرى لـ (Bruce et al. 2018) أجريت على عينة قوامها (١٠٠) طفل أسكتلندي تعرضوا لإساءة المعاملة تراوحت أعمارهم ما بين (١٢-٦٢) شهر، أوضحت نتائجها بأن ٥٪ منهم يواجهون اضطراب التعلق الارتكاسي.

كما أوضحت نتائج دراسة (Seim, Jozefiak, Wichstrøm and Kayed 2019) أن اضطراب التعلق الارتكاسي لا يقتصر انتشاره فقط بين الأطفال بل قد يمتد إلى المراهقين، حيث طبقت تلك الدراسة على عينة قوامها (٣٨١) مراهق تراوحت أعمارهم ما بين (١٢-٢٠) سنة، وأشارت إلى أن نسبة انتشار المثبط بلغت ٩٪، في حين أن النمط غير المثبط بلغت نسبة انتشاره ٨٪. وفي هذا الصدد، ذكر (Jung et al. 2020) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي يرتبط بقوة بسوء معاملة الأطفال ويؤثر على حوالي ١٪ من عموم المجتمع السكاني.



اما فيما يخص المحور الثاني: الآثار السلبية الناجمة عن وجود اضطراب التعلق الارتكاسي: أشار (Fearon and Belsky (2011 بأن اضطراب التعلق التجنبي (المقابل للنمط المثبط في اضطراب التعلق الارتكاسي) واضطراب التعلق المشوش منبئان جيدان لمستويات مرتفعة من المشكلات الخارجية *Externalizing Problems* كالعدوان والمشكلات المسلكية. وهذا ما أكدته (Hultez (2011 بأن اضطراب التعلق الارتكاسي يرتبط بقوة بالمشكلات المسلكية والسلوك الجانح والسلوك العدواني. وفي هذا السياق، أشار (Pasalich, Dadds, Hawes and Brennan (2012 بأن هناك ارتباط بين اضطراب التعلق الارتكاسي والمشكلات السلوكية والانفعالية كالقلق والاكتئاب والسلوك المضاد للمجتمع وإيذاء الذات وفرط النشاط والانتحار واضطراب العناد المتحدي وقصور الانتباه والسلوكيات العدائية وصعوبة التواصل مع الآخرين واضطرابات الأكل.

وفي هذا الصدد، أوضحت نتائج دراسة (Lehmann, Breivik, Heiervang, Havik and Havik (2015 التي أجريت على عينة قوامها (١٢٢) طفل ذو اضطراب تعلق ارتكاسي تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٠) سنوات، واستخدمت استبيان الصعوبات والقوة *Strengths and Difficulties Questionnaire* ومقياس اضطراب التعلق الارتكاسي *The DAWBA RAD Scale*، بأن اضطراب التعلق الارتكاسي يرتبط بالقلق وفرط النشاط ومشكلات الأقران. ومن جهة أخرى، أوضح (Rose and Parker (2014 بأن الطفل ذو اضطراب التعلق الارتكاسي يواجه بعض المشكلات الانفعالية الأخرى كالقلق، بالإضافة إلى وجود بعض السلوكيات غير المقبولة كالسلوك الفوضوي وحب التملك والانسحاب والسلوك التخريبي والعدواني. كما أشار (Storebø, Rasmussen and Simonsen (2016 بأن هناك ارتباط قوي بين اضطرابات التعلق غير الآمن واضطراب نقص الانتباه /فرط النشاط.

ولقد أوضحت نتائج دراسة مصطفى أبو المجد وعلي ثابت (٢٠١٦) التي أجريت على عينة قوامها (٣٧) تلميذ من الصفين الرابع والخامس الابتدائي متوسط أعمارهم (٩.٤ سنة)، وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين درجات التلاميذ المساء معاملتهم علي مقياس اساءة المعاملة ودرجاتهم علي مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالد والمعلم) ، ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين درجات التلاميذ المساء معاملتهم علي

مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالد والمعلم) ودرجاتهم علي مقياس كونرز للتقدير بصورتيه الوالد والمعلم (القلق - فرط النشاط- المشكلات السلوكية).

كما أنه عند تعرض الأطفال المساء معاملتهم لاضطراب التعلق الارتكاسي والذي يؤدي إلى ضعف في العلاقات الاجتماعية مع مقدم الرعاية، بالإضافة إلى تعرضهم للمشكلات الداخلية *Internalizing Problems* كالانسحاب ومشكلات خارجية كفرط النشاط (Atkinson, 2018). وفي دراسة لـ Zimmermann and Iwanski (2018) طبقت أدواتها استبيان مشكلات العلاقات *The Relationship Problem Questionnaire*، ومقياس تقدير الذات *Self-concept scale* على عينة قدرها (٦٤) طفل تراوحت أعمارهم ما بين (٥-١٠) سنوات، حيث أوضحت نتائجها بأن اضطراب التعلق الارتكاسي يرتبط بتقدير الذات المنخفض وضعف العلاقات الاجتماعية مع مقدمي الرعاية. وهذا ما أوضحه Boxley (2018) بأن اضطرابات التعلق منبئ جيد لكل من المشكلات الداخلية كالاكتئاب وتقدير الذات المنخفض وضعف العلاقات البين شخصية، والمشكلات الخارجية كالسلوك العدائي الجسدي واللفظي والعنف وتدمير الممتلكات وايداء الذات ونوبات الغضب والاتجاه نحو السلوك المضاد للمجتمع.

أما فيما يتعلق بالمحور الثالث: ندرة الدراسات التي تناولت برامج ارشادية لخفض اضطراب التعلق الارتكاسي في البيئة العربية: علي الرغم من نسب انتشار اضطراب التعلق الارتكاسي بين الأطفال المساء معاملتهم وما يرتبط به من مشكلات داخلية وخارجية تؤثر علي النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل بشكل سوي، بالإضافة إلى وجود بعض البرامج العلاجية والارشادية لأعراض هذا الاضطراب في المجتمعات الأخرى، إلا أن هناك ندرة في دراسات وأبحاث البيئة العربية- في حدود علم الباحثان- التي عكفت علي خفض أعراض ذلك الاضطراب وما قد يصاحبه من مشكلات أخرى، وللتأكد من ذلك قام الباحثان بالبحث من خلال قواعد بيانات اتحاد المكتبات المصرية ودار المنظومة والمنهل وغيرها من قواعد البيانات العربية، فلم يتم إيجاد دراسات ارشادية سواء للأسرة أو للأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي.

وبناءً على ما سبق، ونتيجة تعدد نسب انتشار اضطراب التعلق الارتكاسي وما يترتب عليه من آثار سلبية متمثلة في المشكلات الخارجية كفرط النشاط والعدوان والمشكلات المسلكية أو مشكلات داخلية كالقلق والاكتئاب والانسحاب مما يترتب على ذلك ضعف العلاقات الاجتماعية بين الطفل وبين مقدمي الرعاية له من ذويه وأسرته وتباطؤ النمو الاجتماعي والانفعالي لهم، بالإضافة إلى ندرة الدراسات العربية التي تناولت برامج ارشادية في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي، قام الباحثان بوضع برنامج ارشادي اسري لخفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي أطفال الروضة المساء معاملتهم والتحقق من فعاليته، وبذلك يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الآتي :

ما فعالية برنامج ارشادي أسري لخفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي اطفال الروضة المساء معاملتهم؟

#### أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية برنامج ارشادي أسري لخفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي اطفال الروضة المساء معاملتهم.

#### أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

١ - القاء الضوء على اضطراب التعلق الارتكاسي والذي يمثل عاملاً قوياً في قصور الروابط الاجتماعية بين الطفل وبين مقدم الرعاية الأساسي (والده/ والدته/ اخوته/ أحد أقاربه..).

٢ - القاء الضوء على ظاهرة إساءة معاملة الأطفال وإهمال تلبية احتياجاتهم الأساسية مما قد ينشأ عن ذلك العديد من الاضطرابات النفسية ومن بينها اضطرابات التعلق.

٣ - تمثل تلك الدراسة تدخلاً ارشادياً مبكراً لخفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي أطفال الروضة المساء معاملتهم، حيث أن خفض أعراض ذلك الاضطراب يحسن من قوة العلاقات الاجتماعية بين الطفل وذويه ومن ثم يجنبه الوقوع في العديد من المشكلات السلوكية والانفعالية المصاحبة لذلك الاضطراب.

٤- تقديم أداة لتشخيص إساءة معاملة الأطفال وهو (مقياس سوء معاملة طفل الروضة) والذي يمكن الاستعانة به من قبل المهتمين والعاملين في مجال رعاية الأطفال والإرشاد النفسي والصحة النفسية.

### مصطلحات ومفاهيم الدراسة :

#### الارشاد الاسرى.. Family Counselling

يقصد به ارشاد الوالدين او أعضاء الاسرة الاخرين عن طريق الأخصائيين النفسيين او العاملين في المجال الاجتماعي او المرشدين النفسيين والذين يقوموا بتقديم معلومات ودعم انفعالي وتوجيهات عملية نحو مشكلة تواجه الاسرة كالمشكلات المصاحبة للطفل ذو الإعاقة او أساليب التنشئة الخاطئة او مشكلة سوء استخدام العقاقير ( American Psychological Association (APA), 2015, p.410).

#### اضطراب التعلق الارتكاسي ... Reactive Attachment Disorder

يعرفه الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية " الطبعة الرابعة " (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” DSM-IV”) بأنه اضطراب طفولي يتميز بوجود قصور ملحوظ وغير مناسب في العلاقات الاجتماعية خلال التفاعلات الاجتماعية المختلفة التي تحدث في معظم المواقف والبيئات وتكون البداية قبل سن خمس سنوات. ( American Psychiatric Association “APA” , 2000 ) (p.116).

ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطفل علي مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) المستخدم في الدراسة الحالية.

#### إساءة معاملة الأطفال ... Child Abuse

يعرفها Mather, Lager & Harris (2007, p.35) بأنها أي فعل يقوم به الوالدين أو القائم على رعاية الطفل ينتج عنه إصابة الطفل أو تعرضه للخطر ويشمل الإهمال والأذى الجسدي والانفعالي والجنسي.

ويشار إليها إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطفل علي مقياس سوء معاملة طفل الروضة المستخدم في الدراسة الحالية.

### الإطار النظري والدراسات السابقة :

أولاً: اضطراب التعلق الارتكاسي.. *Reactive Attachment Disorder* :

١ - نظرية التعلق.. *Attachment Theory* :

في عام ١٩٦٠ قام *John Bowlby* بوضع نظريته عن التعلق والتي تقترح أنه إذا فشل الطفل في التعلق بالمربي فإن ذلك يكون له أثر سلبي علي الطفل في المستقبل والتي تمتد إلي مرحلة المراهقة، وذلك نظراً لأهمية التعلق كمظهر مؤثر وفعال من مظاهر النمو النفسي، ولكونه مصدر حيوي من مصادر تكوين شخصية الفرد مستقبلاً، كما ان تحقيق الحاجات إلي الأمن والحماية والرعاية من قبل مقدم الرعاية يساعد في تنمية التعلق بينهما والذي يشار إليه بأنه العلاقة العاطفية التي تعمل علي حفظ وتعزيز التقارب بين الطفل ومقدم الرعاية المسؤول عن راحته ودعمه ورعايته وحمايته وبذلك يصبح التعلق آمناً لدي الطفل (Breidenstine, Bailey, Zeanah & Larrieu, 2011). ولهذا تفترض نظرية التعلق أن الطفل يتعلق بمقدم الرعاية بصفة غريزية بهدف البقاء من جهة، ولأسباب جوهرية ووراثية من جهة أخرى مثل التطور الجسمي والاجتماعي والانفعالي، حيث أن الهدف البيولوجي هو البقاء والهدف النفسي هو الأمان (Harrist & Waugh, 2002).

ولهذا ذكرت إجلال إسماعيل (١٩٩٩) بأن التعلق يعد مظهراً من مظاهر السلوك الانفعالي والاجتماعي عند الأطفال في المراحل الأولى من العمر وبذلك لا توجد عملية أخرى أشد تأثيراً وأقوى فعالية وأكثر أهمية من التعلق بالنسبة للنمو في المراحل المقبلة ويتمثل هذا النمط السلوكي في تعلق الطفل بشخص حاضنه الذي يحتل لديه المكانة الأولى وخاصة لو كان الشخص أمه (ص ١٥١). وهذا ما أكدته دراسة أنس محمد شحادة ورياض العاسمي (٢٠١٦) التي كانت تحاول الكشف عن العلاقة بين التعلق بالأقران والتعاطف الوجداني لدى طلبة الماجستير، حيث تكونت عينة الدراسة من (٦٢) طالب وطالبة تراوحت أعمارهم ما بين ٢٣-٢٧ سنة، وتم استخدام مقياس التعلق بالأقران ومقياس التعاطف الوجداني، وتوصلت نتائج الدراسة الي وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التعلق بالأقران والتعاطف الوجداني.

وفى هذا الصدد ذكر (Berger 1987) بأن بداية ظهور التعلق تبدأ في ابتماسة الرضيع لوالدته بصورة أكثر من الغرياء، وهذا غالباً ما يحدث في عمر الثلاثة شهور الاولي، وبعد أشهر قليلة يفضل البقاء بجوارها (p.39). وبذلك فإن التعلق حدث نمائي هام في حياة الطفل المبكرة، ولذلك يعرف التعلق الامن بقدرة الطفل علي التفاعل والاندماج مع مقدم الرعاية الاساسي، أما اضطراب التعلق ينتج من التغير في الشكل الصحيح والصحي لهذه العلاقة والتي تنتج عن عدم تلبية المتطلبات الأساسية للطفل من قبل مقدم الرعاية أو اهماله وإساءة معاملته (Allen, 2011).

ولقد وضع (Howe 2005) تصنيفاً لأنماط التعلق التي يظهرها الطفل: (١) التعلق الآمن: وفيها يعتبر الأطفال أمهاتهم قاعدة امان لهم ورغبة الطفل في التقصي والبحث والتفاعل ضئيلة جداً في عدم وجود الأم ولكنها ترتفع بوجودها، كما تتميز علاقة الطفل ذو التعلق الامن مع مقدم الرعاية بالمحبة والتعاطف، ومن هنا يلاحظ ان مقدم الرعاية يشعره بالسكينة والطمأنينة. (٢) مجموعة القلق التجنبي: وتظهر اعراض هذا النمط علي الطفل من خلال حيرته وتردده بين القرب والبعد عن مقدم الرعاية. ومن خصائص الأطفال أصحاب هذا النمط: انخفاض تقديرهم لذواتهم وشعورهم بالرفض من الاخرين، حيث يعتقدوا بأن مقدم الرعاية لا يحبهم وانه عدائي مما يفضلوا عدم التفاعل معه، كما ينتابهم الشعور بالخوف (يقابل هذا النمط من التعلق النمط المثبط لاضطراب التعلق الارتكاسي). (٣) مجموعة القلق / المقاومة: في هذا النمط لا يظهر الطفل أي سلوك للتعلق، حيث لا يعبر عن قلقه عند انفصاله عن الأم وعند عودة الأم له لا يسعى للتقرب منها، في حين ان مقدم الرعاية يقدم كل ما لديه لتلبية الاحتياجات الأساسية للطفل ولكن الطفل لا يعطي أي اهتمام لتلك المحاولات (يقابل هذا النمط من التعلق النمط غير المثبط لاضطراب التعلق الارتكاسي).

وهناك نوعاً رابعاً من التعلق وهو التعلق المشوش (غير المنظم) *Disorganized Attachment* ويحدث هذا النمط لدي فئة الأطفال الذين يقوم على رعايتهم مقدم رعاية متذبذب في المعاملة، ففي بعض الأحيان تكون معاملة مقدم الرعاية مليئة بالدفاء والمودة والانتباه وفي مرات أخرى يصرخ في وجوههم وربما يصفعهم، وبناء على ذلك لا يستطيع الأطفال التحكم في انفعالاتهم ولا يثقوا في الآخرين ويصبحوا أكثر عصبية وتنتابهم الحيرة في التعامل مع مقدم الرعاية (Levendosky, Huth-Bocks, & Bogat, 2011).

## ٢ - تعريف اضطراب التعلق الارتكاسي:

عرفه (Lisa, Ann and Gunilla (2012 بأنه اضطراب اجتماعي يحدث نتيجة فشل الطفل في تأسيس تعلق آمن مع مقدم الرعاية الأساسي في مرحلة الطفولة المبكرة والذي لم يقدم رعاية مناسبة له أو أساء معاملته وهو ما يتمثل في عدم تلبية احتياجاته الانفعالية الأساسية من الشعور بالراحة والطمأنينة والعطف. كما عرفه (Shi (2014 بأنه اضطراب يحدث في مرحلة الطفولة ويسبب عجزا واضحا في العلاقات الاجتماعية للطفل مع مقدم الرعاية. وأوضح (Taft, Ramsay and Schlein (2015 بأن اضطراب التعلق الارتكاسي عبارة عن اضطراب يظهره الطفل عندما يفشل في التعلق الآمن مع مقدم الرعاية الأساسي. ولقد عرفه قاموس علم النفس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه اضطراب يحدث في مرحلة الطفولة يتميز بسلوكيات اجتماعية غير مناسبة تجاه مقدم الرعاية والتي لا ترجع إلى الإعاقة الفكرية أو الاضطرابات النمائية الأخرى ( American Psychological Association (APA), 2015, p.884).

في حين عرفه (Hornor (2019 بأنه غياب سلوك التعلق الموجه نحو مقدم الرعاية المفضل وفشل الطفل في طلب المساعدة للشعور بالراحة عند التعرض لضغط معين ووجود قصور في التفاعل الاجتماعي والانفعالي وعدم قدرته على التواصل مع الآخرين وفشله في تنظيم انفعالاته كالخوف غير المبرر والتوتر حتى عند التعامل مع البالغين المألوفين له. وعرفه (Guyon-Harris, Humphreys, Fox, Nelson and Zeanah (2019 بأنه اضطراب طفولي يظهر فيه الطفل عدم التعاون مع مقدم الرعاية ورفضه له والتنمر عليه نتيجة عدم قدرته على الضبط الذاتي لانفعالاته.

## ٣ - أنماط اضطراب التعلق الارتكاسي:

أشار (Steele and Steele (2014 بأن اضطراب التعلق الارتكاسي له نمطان: (١) النمط المثبط *Inhibited*: يتشكل هذا النمط من خلال علاقة الطفل مع مقدم الرعاية الأساسي كوالدين ويظهر في تردد الطفل بين القرب والبعد عن مقدم الرعاية لاعتقاده ان مقدم الرعاية سوف يرفضه ولا يقبله ولا يود التعامل معه وينتابهم نتيجة لذلك الخوف من مقدم الرعاية. (٢) النمط غير المثبط *Disinhibited*: يتشكل هذا النمط من خلا علاقة الطفل مع الأفراد البالغين غير المؤلفين له، ومن صفات الأطفال ذوي ذلك النمط الاقتراب من

الأفراد الغرباء وعدم الخوف في التواصل معهم عن قرب وقد يذهب معه إلى أماكن مختلفة، ولا يخشى من التلامس الجسدي مع الفرد غير المألوف.

وهذا ما أكدته كلٌّ من (Zeanah et al., 2015) و Zeanah and Gleason (2016) إلى أن اضطراب التعلق الارتكاسي يتكون من نمطين: (١) النمط المثبط *Inhibited*: ويتميز بعلاقات اجتماعية غير مناسبة في معظم المواقف والتي تظهر من خلال الحذر والحيطة المفرطة في التفاعل الاجتماعي مع مقدمي الرعاية، (٢) النمط غير المثبط *Disinhibited*: ويظهر من خلال عمليات تعلق متنوعة ومنتشرة مع الغرباء وعدم القدرة على إظهار تعلق مناسب ومنتقي.

وفي هذا السياق، هدفت دراسة (Kliwer-Neumann et al. 2018) إلى تقييم أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى الأطفال ذوي التبنى، حيث تكونت عينة الدراسة من (٥٥) طفل ألماني معرضين للإهمال وإساءة المعاملة تراوحت أعمارهم ما بين (١٢-٨٢) شهر، واستخدمت الدراسة مقياس تقدير اندماج الطفل مع الشخص غير المألوف *Rating for Infant-Stranger Engagement (RISE)* واستبيان اضطراب التعلق الارتكاسي *Reactive Attachment Disorder Questionnaire* ، وأوضحت نتائج الدراسة ما يلي: ١١٪ من حجم العينة يقوموا بطلب العطف والتلامس الجسدي مع الشخص غير المألوف، كما أن ٥٨.٢٪ من حجم العينة وافقوا علي الخروج مع الشخص غير المألوف لهم، ٣٠.٩٪ تواصل مع مقدم الرعاية شفهيّاً بدون الاقتراب منه أو من خلال التواصل البصري والإشارة، وبذلك فإن ٥.٥٪ لديهم أعراض النمط المثبط، في المقابل ٣٠.٩٪ لديهم أعراض النمط غير المثبط.

وفي هذا السياق أوضح (Mikic and Terradas 2014) بأن الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) أبقت علي النمط المثبط *Inhibited* والذي يشير إلي أخذ الحيطة والحذر في التعامل مع الأفراد الأقارب أو مقدمي الرعاية الأساسيين ولكنها قامت باستبدال النمط غير المثبط *Disinhibited* بمصطلح آخر وهو اضطراب الاندماج الاجتماعي غير المثبط *Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED)* ويشير إلي تفاعل مفرط مع الأشخاص البالغين غير المؤلفين له والذي يظهر من خلال : تحفظ ضئيل جداً أو يكاد يكون غير موجود عند تعامله مع الفرد



غير المألوف ، التلامس الجسدي أو اللفظي مع الفرد غير المألوف ، رغبته في الذهاب مع الفرد غير المألوف بدون خوف ، رفضه الذهاب مع مقدم الرعاية الأساسي إلى الأماكن المألوفة له وغير المألوفة ، وتتفق الطبعة الخامسة مع الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في أن كل من النمط المثبط واضطراب السلوك الجامح في المشاركة الاجتماعية يرجعان إلى الإهمال وعدم الرعاية الكافية أو واحدة علي الأقل من الشروط الآتية : الإهمال أو الحرمان الاجتماعي ، التغييرات المتكررة لمقدم الرعاية ما يترتب عليه عدم توفير تعلق مستقر وآمن، أو النشأة في بيئات لا توفر الحد الأدنى من التعلق الصحي الآمن.

وهذا ما أكدته دراسة Lehmann et al. (2018) التي هدفت إلى إعداد مقياس لتقييم وفحص كل من اضطراب التعلق الارتكاسي *RAD* (النمط المثبط) واضطراب الاندماج الاجتماعي غير المثبط *DSED*، حيث تكونت عينة الدراسة من (٣٢٠) طفل تراوحت أعمارهم ما بين (١١-١٧) سنة، واعتمدت الدراسة علي الصدق العاملي التوكيدي والصدق التمييزي للتحقق من صدق الأداة، وأوضحت نتائج الدراسة بأن المقياس يضم عاملان رئيسان هما: عامل اضطراب الاندماج الاجتماعي غير المثبط ويضم عبارات تشير إلي سلوك التعامل المفرط مع الغرياء، النمط المثبط ويشمل عدم القدرة علي طلب المساعدة من الأهل والأقارب، والانسحاب/الحذر والحيلة المفرطة.

#### ٤ - العوامل الأسرية المرتبطة باضطراب التعلق الارتكاسي :

أوضح Green, Stanley and Peters (2007) انه من بين العوامل الأسرية المؤدية لاضطراب التعلق الارتكاسي: القسوة في التعامل مع الطفل، واستخدام العقاب الجسدي من قبل الوالدين او مقدمي الرعاية، وحجز الطفل بالمنزل وعدم السماح له بتشكيل أي علاقات اجتماعية أو صداقات مع الأقران، وتكليفه بأعمال شاقة أو أعمال روتينية متكررة عديمة الفائدة على مدار اليوم، وإلزامه بالجلوس دون حركة لفترات زمنية طويلة، والتحكم في أنواع الطعام والشراب التي يتناولها.

كما ذكر (Shaw and Pàez (2007 بأنه من أسباب حدوث اضطراب التعلق الارتكاسي لدي الأطفال إهمال رعاية الطفل من قِبل مقدم الرعاية الأساسي كالوالدين والمتمثلة في عدم تلبية احتياجات الطفل الأساسية كاحتياجات العاطفية (التشجيع والمحبة بين الطفل ومقدم الرعاية والاتصال البدني) والاحتياجات المادية (كالطعام والشراب)، أضف إلي ذلك التغيير المتكرر لمقدم الرعاية الأساسي( كالتغيير المتكرر لدور الرعاية أو التبديل بين الوالدين) مما يترتب عليه عدم تشكيل تعلق مستقر، بالإضافة إلي عدم امتلاك الأم لمهارات التعامل مع الطفل وانفصال الوالدين. ولقد ذكر (Shi (2014 أنه من العوامل الأسرية المؤدية لاضطراب التعلق الارتكاسي عنف الوالدين تجاه طفلها وسوء المعاملة ورفض الطفل. كما أشار (Rose and Parker (2014 بأنه من العوامل المسببة لاضطراب التعلق الارتكاسي: انخفاض المستوي الاقتصادي للأسرة (الفقر) وعدم تمتع الوالدين بالصحة النفسية وإهمال ورفض الطفل وحرمان الطفل من احتياجاته الأساسية والتبديل المتكرر بين مدرسة وأخري أو بين منزل وآخر.

وفي هذا الصدد، هدفت دراسة (Upadhyaya et al. (2018 إلي التعرف علي بعض العوامل الأسرية المسببة لاضطراب التعلق الارتكاسي، حيث تكونت عينة الدراسة من ٦١٤ حالة ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي تراوحت أعمارهم ما بين (٦-٢٣) سنة واعتمدت في تشخيصهم علي المعايير الموضوعية من قبل ICD-10 كود F94.1، واستخدمت الدراسة استمارة العوامل الديموغرافية والتي ضمت عمر الوالدين ومستوي المعيشة والحالة الزوجية والمستوي التعليمي والمهني، بالإضافة إلي استمارة العوامل المرتبطة بأسلوب الحياة كالتدخين، ومعلومات تم الحصول عليها من مركز تسجيل الرعاية Care Register عن الاضطرابات النفسية لدي الوالدين، وأوضحت نتائج الدراسة إلي أنه من بين تلك العوامل: تدخين الأم أثناء فترة الحمل ووجود بعض الاضطرابات النفسية للوالدين كالاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية وسوء استخدام العقاقير وارتفاع عمر الوالدين ( $\leq 40$ ).

كما هدفت دراسة Upadhyaya et al. (2020) التعرف علي بعض العوامل المتعلقة بالولادة المؤدية لاضطراب التعلق الارتكاسي، حيث تكونت عينة الدراسة من (٦١٤) طفل فنلندي تراوحت أعمارهم ما بين (حديث الولادة- ٧ سنوات)، واستخدمت الدراسة المعايير التشخيصية الموضوعة من قبل ICD-10 كود F94.1، كما تمت الاستعانة بالأخصائيين النفسيين والاجتماعيين للحصول علي معلومات عن حالة الطفل الجسدية والنفسية والاجتماعية، وكيفية تعامل مقدم الرعاية مع الطفل، وأوضحت نتائج الدراسة إلى أن انخفاض وزن الوليد إلى (≥٢٥٠٠ جرام) ينبئ بتعرضه لاضطراب التعلق الارتكاسي، وكلما ارتفع الوزن ما بين (٤٠٠٠-٤٤٩٩ جرام) انخفض ذلك الاحتمال، كما أن عمر الحمل (>٣٢ أسبوع) ينبئ بتعرضه لاضطراب التعلق الارتكاسي.

## ثانياً: إساءة معاملة الأطفال .. Child Abuse:

### ١ - تعريف إساءة معاملة الطفل:

عرفها (David 2009) بأنها أي سلوك يلحق الضرر بالطفل سواء ضرر جسدي أو عقلي أو جنسي عن طريق القائم برعاية الطفل (p.105). ومن جانب اخر، عرفها (Norman et al. 2012) بأنها أي فعل يكون عن عمد تجاه الطفل يمثل له إلحاق ضرر عن طريق القائم على رعايته. في حين عرفها قاموس علم النفس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنها إلحاق الضرر بالطفل عن طريق الوالدين أو القائم برعايته وهذا الضرر قد يكون جسدي (عنف) أو جنسي (انتهاك أو استغلال جنسي) أو نفسي أو إهمال (ال فشل في تلبية الاحتياجات الأساسية) ( American Psychological Association ) (APA), 2015, p.884.

### ٢ - انماط إساءة معاملة الطفل:

أوضح قاموس علم النفس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2015) بان إساءة معاملة الطفل قد تأخذ الأشكال الآتية:

١- الإساءة الجسدية *Physical Abuse*: يقصد بها الاعتداء الجسدي المتعمد او سلوك عنيف من قبل مقدم الرعاية تجاه الطفل ويشمل الضرب والركل والعض والخنق والحرق والتي في بعض الاحيان تؤدي الى اضرار جسدية جسيمة (p.795).

٢- الإساءة الانفعالية *Emotional Abuse*: ويقصد به الاعتداء النفسي المتكرر والمتعمد من قبل مقدم الرعاية تجاه الطفل كالاعتداء اللفظي والتخويف والترجيع والاذلال والمضايقة والرفض وعدم التعاطف معه وعزله وفرط السيطرة (-362 pp. (363).

٣- الإساءة الجنسية *Sexual Abuse*: ويقصد به الضغط من قبل مقدم الرعاية علي الطفل للقيام بممارسات جنسية كالاتصال الجنسي الجسدي او اجباره على مشاهدة المواد الإباحية (p.972).

٤- الإهمال *Neglect*: يقصد به حرمان الطفل من الرعاية والاهتمام والعطف والالذنان يعتبران ضروريان للنمو الجسمي والانفعالي ونمو القدرات العقلية للطفل وعادة ما ترتبط باللامبالاة وتجاهل مقدم الرعاية (p.180).

### ٣ - إساءة معاملة الطفل واضطراب التعلق الارتكاسي:

ذكر Carrion and Steiner (2000) أن استخدام الوالدين لأسلوب تنشئة والدية خاطئة كالعسوة مع الطفل يؤثر على العلاقة الاجتماعية القائمة بينهما ويهدد بتعرض الطفل للعيش في بيئة غير آمنة ومضطربة. كما أوضح Schore (2001) أن تعرض الطفل لسوء المعاملة الجسدية والانفعالية من قبل مقدم الرعاية يؤدي إلى عدم قدرته على تكوين علاقة صحية وقوية بينه وبين مقدم الرعاية وهو ما يعرف باضطراب التعلق الارتكاسي. ولقد أشار Chaffin et al. (2006) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي يظهر نتيجة عدم وجود علاقات اجتماعية أو روابط إيجابية بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي وذلك بسبب تعرض الطفل للإساءة أو الإهمال في تلبية احتياجاته الأساسية الجسمية والانفعالية أو نتيجة تواجده بدار أيتام.

وفي هذا السياق، أشارت نتائج دراسة كل من (Cort, 2007؛ Tobin, Wardi- Minnis et al., 2009؛ Zonna & Yezzi-Shareef, 2007) بأن هناك علاقة إيجابية بين سوء معاملة طفل الروضة واعراض اضطراب التعلق الارتكاسي فكلما كان ارتفاعت إساءة معاملة الطفل ارتفعت معها اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي. وهذا ما أوضحته أوضحت Balbernie (2010) بأن الطفل المعرض لسوء المعاملة من قبل مقدم الرعاية

(كالوالدين) لا يفضل تكوين علاقات اجتماعية جيدة مع أعضاء أسرته وبمرور الوقت يصبح عدائياً سواء تجاه أسرته أو الآخرين في مراحل حياته المستقبلية.

ومن بين الدراسات التي اهتمت بدراسة العلاقة بين إساءة المعاملة واضطرابات التعلق، دراسة (Cort 2007) التي هدفت الى التحقق من العلاقة بين إساءة المعاملة واضطرابات التعلق، حيث تكونت عينة الدراسة من (٢٠٨) أم بواقع (١٠٤) أم مسيئة ، ١٠٤ أم تقدم الرعاية)، واستخدمت الدراسة استبيان الصدمات في مرحلة الطفولة، ومقياس تصنيف إساءة المعاملة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن سوء معاملة الأم لطفلها يؤدي إلى اضطراب في العلاقة بين الطفل ووالديه ويؤثر على التعلق الآمن والصحي للطفل. وفي دراسة تتبعيه لـ (Thorella et al. 2012) لمدة عام هدفت إلى معرفة أثر العوامل الاسرية على أنماط التعلق للطفل، حيث تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) (٥٥ أنثى، ٤٥ ذكر) تراوحت أعمارهم ما بين (٥-١١) سنة، واستخدمت الدراسة مقياس تصنيف انماط التعلق والذي قدم للوالدين، واستبيان الصدمات في مرحلة الطفولة والذي قدم للأطفال من خلال المعلمات، وأوضحت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين سوء العلاقة بين الوالدين والطفل واضطرابات التعلق.

ولقد أشار (Ellis and Saadabadi 2020) بأن الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية "الطبعة الخامسة" صنف اضطراب التعلق الارتكاسي كحالة مرتبطة بالخبرات الصادمة في مرحلة الطفولة بسبب الإهمال وإساءة معاملة الطفل، حيث يواجه الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي صعوبة في تشكيل تعلق انفعالي آمن مع مقدمي الرعاية وانخفاض قدرتهم على إظهار المشاعر الإيجابية تجاههم ولا يرغبوا في اجراء التقارب الجسمي أو العاطفي وقد تكون ردود أفعالهم عنيفة عند الإمساك بهم.

ثالثاً: الإرشاد الأسري.. *Family Counselling*:

١- تعريف الإرشاد الأسري:

عرفه سامي محمد (٢٠٠٧) بأنه عبارة عن عملية يقوم بها المرشد النفسي من أجل تقديم المساعدة للأسرة بما فيها الوالدان والأبناء للتغلب على المشكلات التي تواجههم، ويقوم الارشاد الاسري على أساس الوحدة الديناميكية المتكاملة للأسرة وما تحويه من عناصر تتفاعل فيما بينها ككيان مستقل (ص ٣٩١).

والارشاد الأسري هو شكل من أشكال الارشاد النفسي يعمل علي تحسين العلاقات الأسرية والأنماط السلوكية بين أعضاء الأسرة أي أنه يتعامل مع الأسرة كوحدة واحدة (American Psychological Association, 2008, p.188). كما عرفه Bahtia (2009) بأنه مدخل ارشادي يركز على الوالدين داخل الأسرة أكثر من التركيز علي العميل نفسه، حيث يساعد أعضاء الأسرة على تنظيم علاقاتهم فيما بينهم من أجل الوصول إلى حل المشكلة التي تواجههم (p.152). وفي هذا الصدد، أشار (2012) VandenBos بأن الارشاد الأسري يقصد به ارشاد الوالدين أو أعضاء آخرين من الأسرة من قبل أخصائيين نفسيين أو مرشدين نفسيين مدربين يقوموا بتقديم معلومات ودعم نفسي وتوجيهات عملية لمساعدة أعضاء الأسرة في حل المشكلات التي تواجههم، كتدريبهم على كيفية التعامل مع طفل ذو إعاقة سمعية أو بصرية أو الحد من سوء استخدام العقاقير أو تنظيم الأسرة (p.229).

## ٢ - أهداف الارشاد الاسرى:

حددت فاطمة عبد الرحيم (٢٠١٣) مجموعة من أهداف الارشاد الأسري تتمثل في الآتي: (١) تدعيم قنوات الاتصال والتواصل بين أعضاء الأسرة الواحدة سواء كان ذلك لفظيا أو غير لفظي. (٢) تعديل بعض القيم والاتجاهات السلبية لدي أفراد الأسرة. (٣) تعديل نمط العلاقات القائمة بين جميع أعضاء الأسرة والكشف عن اساليب التفاعل الخاطئة بين أفرادها. (٤) تعليم الابناء كيفية المشاركة وتحمل مسؤولية اتخاذ القرارات داخل الاسرة. (٥) زيادة درجات التماسك بين اعضاء الاسرة وتحقيق الاستقرار في الحياة الاسرية. (٦) مساعدة الاسرة في التعرف على نواحي الخلل الوظيفي في العلاقات الاسرية. (٧) مساعدة الاسرة في مواجهة المشكلات التي تقف عائقا امام تحقيق السعادة والوئام بين اعضاءها (ص ٥١).

### ٣ - فنيات الارشاد الأسري:

أوضح (Rivett, Buchmüller and Oliver (2018) بأن هناك عدد من الفنيات التي تستخدم في الارشاد الأسري وهي:

١- الحوار والمناقشة *Discussion*: وفيها يستخدم أسلوب المناقشة والحوار بشكل جماعي بغرض التعرف على أفكار واتجاهات أفراد المجموعة الارشادية والعمل على تبادل الآراء المشتركة فيما بينهم بما يساعدهم على مواجهة وحل المشكلات التي تؤرقهم.

٢- المحاضرة *Lectures*: وتشير الي تقديم معلومات كافية حول المشكلة التي تواجه الاسرة عن طريق التعرف عليها وتحديد الأسباب التي أدت اليها وكيفية التغلب عليها.

٣- التمثيل الأسري *Family sculpting*: ويتم فيها قيام أعضاء الأسرة أو الوالدين بتجسيد بعض المواقف التي تواجههم داخل الأسرة وكيفية التصرف حيالها.

٤- التواصل الأسري *Family communication*: وفيها يتم بناء قنوات للتواصل بين أعضاء الأسرة الواحدة من أجل بناء علاقات اجتماعية فعالة وإيجابية بين أعضاء الأسرة مما يساعدها على التميز بالهدوء والاستقرار.

٥- لعب الدور *Role playing*: وفيها يقوم المرشد بالقيام ببعض المهام والمهارات للتعامل مع مشكلة ما ثم يقوم عضو الأسرة بالقيام بالدور ذاته كالمرشد والهدف من ذلك تدريبه على ممارسة تلك التدريبات ليس فقط أثناء الجلسات ولكن نقل أثر هذا التدريب عند التعامل مع باقي أفراد أسرته.

٦- التدعيم أو التعزيز *Reinforcement*: ويقصد بها تقديم مدعّمات إيجابية سواء مادية أو معنوية لعضو الاسرة عند قيامه بالتدريبات والسلوكيات على الوجه الأمثل.

٧- حل المشكلات *Problem solving*: ويقصد بها تدريب أعضاء الاسرة على التعرف على المشكلة وجمع معلومات عنها وتحليلها ووضع بعض الحلول ثم تطبيق الحل الأفضل.

٨- الواجبات المنزلية *Home work*:

٩- التغذية الراجعة *Feedback*: وفيها يقوم المرشد بإجراء تقييم لسلوكيات العميل، فيعزز ويدعم السلوكيات المرغوبة ويقوم بتعديل السلوكيات غير المرغوبة من أجل الوصول إلى الهدف المنشود (99-98 pp).

بالإضافة إلى بعض الفنيات التي يمكن استخدامها لتوجيه وتعديل سلوك أطفال الروضة ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي ومنها ما ذكره (2011) Miltenberger:

١- العزل *Time out*: استبعاد حصول الطفل على المعزز الإيجابي لفترة محددة نتيجة ارتكابه للسلوك المشكل. ويشمل نوعان، الأول: العزل عن طريق الاستبعاد *Exclusionary Time-out*: وفيها يتم استبعاد الطفل من الحجرة (البيئة المعززة) نتيجة حدوث السلوك المشكل ويتم نقله إلى حجرة أخرى، الثاني: عزل الإبقاء *Nonexclusionary Time-out*: وفيها يظل الطفل متواجدا بالحجرة مع حرمانه من الحصول على المعزز (344 p).

٢- تكلفة الاستجابة *Response Cost*: إزالة كمية محددة من المعزز وذلك عند حدوث السلوك المشكل (352 p).

٤- الإرشاد الأسري واضطراب التعلق الارتكاسي:

أوضح (2008) Drisko and Zilberstein إلى أن الهدف من الإرشاد الأسري مساعدة الوالدين على تطوير علاقاتهم الاجتماعية مع أطفالهم للوصول إلى التعلق الآمن معهم. وفي هذا الصدد، أوضح (2016) Zilberstein بأن علاج اضطراب التعلق الارتكاسي يكون فعالاً إذا ما ركز على الأقل جزئياً على البيئة الأسرية وعلى العلاقات القائمة بين الطفل ووالديه مع تدريب الوالدين على تحسين تلك العلاقة وتقويتها بشكل إيجابي. كما ذكر (2017) Phelps, Eister, Shulz and Augustyn بأن اضطراب التعلق الارتكاسي معقد ومتشعب ولذلك يجب أن يتضمن العلاج اشراك الأسرة حتى يكون العلاج فعالاً وذلك من خلال تدريب الوالدين على استراتيجيات وفنيات يمكن استخدامها مع الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي، مع ضرورة توجيههم بأن تكون البيئة الأسرية إيجابية وملئمة بالمودة والمحبة والتعاطف والرعاية والأمن والحماية.



إن التدخلات العلاجية المستخدمة مع اضطرابات التعلق لا يجب أن تركز على تعديل سلوك الطفل مباشرة، ولكن بدلاً من ذلك، يجب أن تركز على تغيير أفكار مقدمي الرعاية كوالدين ومحاولة تشكيل استجاباتهم واتجاهاتهم نحو الطفل بشكل إيجابي ( Boris & Renk, 2017). وفي هذا الصدد، أشار (Smith et al. (2019 إلى أن الارشاد الأسري يعد نموذجياً لمشكلات التعلق، حيث يستخدم أنشطة وتدريبات لمساعدة الوالدين وأعضاء الأسرة على فهم اضطرابات التعلق وكيفية مواجهتها.

ويعد التدخل العلاجي ذا فعالية للأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي عندما يتم تدريب مقدم الرعاية على كيفية التعامل الصحيح مع طفله من خلال بناء تعلق امن مع مقدم الرعاية وهو ما يجب العمل عليه لضمان خفض اعراض ذلك الاضطراب، حيث يتم تركيز العلاج على تحسين تعامل مقدم الرعاية مع الطفل مما يترتب عليه نمو شعور داخلي امن لدي الطفل تجاهه، كما يساعد التدريب على مساعدة مقدم الرعاية في التخلص من المشاعر السلبية كالقلق والإحباط والغضب نتيجة صعوبات التواصل الاجتماعي مع الطفل ( Hornor, (2019).

كما أوضح (Turner et al. (2019 بأن طفل ما قبل المدرسة والذي يواجه خطر سوء المعاملة، فإن العلاج الأسري يعد فعالاً في هذه الحالة والذي قد يتضمن جلسات بمدي زمني (٤٥-٦٠) دقيقة أسبوعياً ويقدم في منزل الوالدين من خلال اخصائي مدرب على التدخل العلاجي، حيث يساعد العلاج الاسري على اكتشاف ردود الفعل الانفعالية للوالدين تجاه طفلها بالإضافة إلى التعرف على خبرات الوالدين في التعامل مع أطفالهم.

ولقد أشار (Smith, Robinsson, Saisan and Segal (2019 بأنه إذا كنت أباً لطفل يواجه اضطرابات التعلق، فهناك مجموعة من الخطوات التي يمكن أن تساعدك في بناء تعلق آمن وصحي مع طفلك وتشكيل نموه المستقبلي وهي: (١) وضع الحدود: يجب وضع معايير للسلوك المقبول وغير المقبول، وما هي العواقب الناجمة عن عدم اتباع معايير السلوك السوي، مما يدفعهم ذلك إلى أن يكونوا أكثر تحكماً في سلوكياتهم. (٢) تحمل المسؤولية: كن هادئاً عندما يسيء طفلك التصرف، وتذكر أن "السلوك غير المقبول" الذي قام به طفلك لا يعرف كيفية التعامل معه ويحتاج لمساعدتك، فحافظ على هدوءك وتحكم في غضبك حتى يتشكل لديه الشعور بالأمن. (٣) وضع جدول للروتين اليومي: من خلال وضع

جدول زمني للأعمال المراد الانتهاء منها وكذلك العطلات والرحلات بالاتفاق مع طفلك حتى يشعر طفلك بالراحة وعدم الانزعاج نتيجة تكليفه بأعمال متتالية بدون فاصل.

وهذا ما اوضحه (Ellis and Saadabadi (2020) بأن علاج اضطراب التعلق الارتكاسي يتطلب تدريب الوالدين على استخدام أساليب إيجابية في تعديل سلوكيات أطفالهم دون اللجوء إلى العقاب الجسدي أو اللفظي، بالإضافة إلى تدريبهم على استخدام أساليب التواصل غير اللفظي مع الطفل واللجوء إلى التسامح والتعاطف معه لبناء ثقة متبادلة وبذلك فإن تدريب الوالدين يساعد في بنار ترابط وتعلق صحي آمن مع الطفل.

وفي هذا السياق هدفت دراسة (Drisko and Zilberstein (2008 الى تقديم برنامج علاجي للوالدين لخفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي، حيث تكونت عينة الدراسة من ٩ أطفال (٥ ذكور، ٤ اناث) تراوحت أعمارهم ما بين ٢-١٢ سنة، في حين بلغ عدد الاسر ثماني بواقع والدان لكل اسرة (١٦ ولي امر)، واستخدمت الدراسة المحكات التشخيصية الواردة بالدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية" الطبعة الرابعة" *DSM-IV* الخاصة باضطراب التعلق الارتكاسي، وأوضحت نتائج الدراسة الى فعالية البرنامج الارشادي المقدم للوالدين لخفض اضطراب التعلق الارتكاسي من خلال تدريبهم علي إدارة سلوكياتهم مع أطفالهم ومساعدتهم علي كيفية اشباع الاحتياجات الأساسية لأطفالهم والابتعاد عن إساءة المعاملة والإهمال مما ادي الى تحسن علاقاتهم الاجتماعية بين بعضهم البعض.

كما هدفت دراسة (Buckner, Lopez, Dunkel and Joiner (2008 إلى التحقق من فعالية برنامج لتعديل السلوك في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي، حيث تكونت عينة الدراسة من طفلة تبلغ من العمر (٧) سنوات وتقيم مع أجدادها، واستخدمت الدراسة استمارة المقابلة الإكلينيكية (Sheehan et al.,1998) *Clinical Interview* ومقاييس كونرز لتقدير الوالدين (Conners, 1997) *'Conners' Parent Rating Scales* ومقياس تقدير السلوك الفوضوي للوالدين *Disruptive Behavior Disorders Rating Scale- Parent (Barkely, 1997)*، والبرنامج العلاجي المكون من (١٢) جلسة بواقع (٥٠ دقيقة) للجلسة موجهة لمقدم الرعاية ، حيث شملت الآتي: الجلسة(١): مناقشة عامة عن العوامل المسهمة في ظهور السلوكيات غير المرغوبة. الجلسة (٢): تتضمن التدريب على تخصيص وقت محدد (٢٠ دقيقة مثلاً) لمشاركة الطفل أنشطته والاهتمام به والتعليق

على السلوكيات السوية أثناء اللعب. الجلسة (٣): التدريب على استراتيجيات لمساعدة مقدم الرعاية على إعطاء أوامر فعالة. الجلسة (٤): التدريب على استخدام التعزيز الإيجابي مع الطفلة بعد انتهاءها المهمة المكلفة بها. الجلسة (٥): التدريب على استخدام طرق للمقاب (كتكلفة الاستجابة والعزل) للحد من السلوكيات غير السوية. الجلسات (٦ : ١١): التدريب على كيفية تعديل السلوك في الأماكن العامة بما فيها المدرسة كإثناء بطاقة متابعة يومية للطفلة من قبل المدرسة والمنزل. الجلسة (١٢): مراجعة وتقديم تغذية راجعة وإعطاء واجبات منزلية للتعرف على مدي اتقان تلك التدريبات. وأوضحت نتائج تلك الدراسة فعالية البرنامج التدريبي لتعديل السلوك في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي الطفلة.

وطبقت دراسة (Becker-Weidman (2008 استبيان راندولف لاضطراب التعلق "الطبعة الثالثة" *The Randolph Attachment Disorder Questionnaire* (Randolph, 2000) على عينة مكونة من ٤٤ طفل ذو اضطراب تعلق ارتكاسي (٢٤ طفل كمجموعة تجريبية بمتوسط عمري ٣,٩ سنة، ٢٠ طفل كمجموعة ضابطة بمتوسط عمري ٣,٣ سنة)، للتحقق من فعالية برنامج علاجي نمائي ثنائي (للوالدين والطفل) لخفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي الثنائي في خفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي.

كما هدفت دراسة (Wimmer, Vonk and Bordnick (2009 الى التحقق من فعالية برنامج ارشادي للوالدين قائم علي نظرية التعلق لخفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي، حيث تكونت عينة الدراسة من ٢٤ طفل (١١ ذكر، ١٣ انثي) بمتوسط عمري ٥.٤ سنوات، في حين بلغ عدد أولياء امورهم ١٤ ولي امر، واستخدمت الدراسة استبيان راندولف لاضطراب التعلق "الطبعة الثالثة" *The Randolph Attachment Disorder Questionnaire* (Randolph, 2000) بالإضافة الى البرنامج الارشادي المقدم للوالدين والذي تكون من ٢٧ جلسة بواقع ثلاث جلسات في الشهر، حيث اشتمل البرنامج تدريب الوالدين علي نظرية التعلق من خلال تعريفهم بالمشكلات الناجمة عن سوء المعاملة والإهمال والتدريب علي المهارات الوالدية، وتوصلت نتائج الدراسة غلي انخفاض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي عينة الدراسة وتحسن المهارات الاجتماعية لديهم.

وفي هذا الصدد، سعت دراسة Moss et al. (2011) للتحقق من فعالية برنامج باستخدام الزيارات المنزلية لتحسين التعلق والسلوكيات والحساسية الوالدية لدى الأطفال المساء معاملتهم، وتكونت عينة الدراسة من (٦٧) مقدم رعاية (٣٥ مجموعة تجريبية، ٣٢ مجموعة ضابطة) لأطفال مساء معاملتهم تراوحت أعمارهم ما بين (١-٥ سنوات)، واستخدمت الدراسة قائمة فحص سلوك الطفل *Child Behavior Checklist Inventory* (Achenbach & Rescorla, 2000)، ومقياس الموقف غير المألوف *Strange Situation Procedure* (Ainsworth, 1978)، والبرنامج التدريبي المكون من (٨) جلسات بواقع (٩٠ دقيقة) للزيارة، تم تقسيمها كآآتي: (٢٠ دقيقة) مناقشة عامة حول موضوع يختاره مقدم الرعاية كالقضايا المتعلقة بالطفل، (١٠-١٥ دقيقة) عرض فيديو تسجيلي لمقدم رعاية يتعامل مع طفل آخر مع تقديم بعض الألعاب للطفل وذلك لتشجيعه علي متابعة طفله، (٢٠ دقيقة) تغذية راجعة لتقييم سلوكياته في تعامله مع الطفل، (١٠-١٥ دقيقة) اختتام الجلسة والقاء الضوء علي ما تم إنجازه وتشجيعه علي ممارسة الأنشطة نفسها الأسبوع المقبل، وأوضحت نتائج الدراسة إلي وجود فروق في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية مما يشير إلي تحسن في التعلق الآمن وانخفاض اضطرابات التعلق، كما أن الأطفال الأكبر عمراً أظهروا مستويات منخفضة من المشكلات الداخلية والخارجية بعد انتهاء البرنامج.

كما خلّصت نتائج دراسة Cassidy, Woodhouse, Sherman, Stupica and Lejuez (2011) إلي فعالية البرنامج التدريبي باستخدام الزيارات المنزلية في تحسين التعلق الآمن بين الطفل ومقدم الرعاية، حيث أجريت تلك الدراسة علي عينة قوامها (١٦٩) أم (٨٥ مجموعة تجريبية، ٨٤ مجموعة ضابطة) تراوحت أعمارهم ما بين (١٨-٣٩ سنة) لأطفال بلغت أعمارهم ما بين (٦-٩ أشهر)، واستخدمت الدراسة مقياس الموقف غير المألوف *Strange Situation Procedure* (Ainsworth, 1978)، والبرنامج التدريبي المكون من (٦) جلسات بواقع (٦٠ دقيقة) للزيارة، واعتمد البرنامج علي فنية المناقشة والنمذجة بالفيديو والتغذية الراجعة والتعزيز والواجبات المنزلية.

كما جاءت دراسة Bernard et al.(2012) للتحقق من فعالية برنامج تدريبي (الوالدين - الطفل) لخفض اضطرابات التعلق وتحسين التعلق الآمن لدي الأطفال المساء معاملتهم، وذلك لعينة قوامها (١٢٠) طفل تراوحت أعمارهم ما بين (١١.٧ - ٣١.٩ شهر)، (١١٣) ولي أمر، واستخدمت الدراسة بعض الأدوات منها مقياس الموقف غير المؤلف (Strange Situation Procedure (Ainsworth, 1978) ، والبرنامج المكون من (١٠) جلسات تدريبية باستخدام فنية التغذية الراجعة والمناقشة والواجبات المنزلية وذلك لتدريبهم علي بعض المهام منها: القيام ببعض الأنشطة المحببة للطفل كصنع الحلوى واللعب بالدمي وتوضيح دوره كرب للأسرة، وأوضحت نتائج الدراسة إلي التدخل العلاجي أظهر انخفاضاً في اضطرابات التعلق بنسبة (٣٢٪) وارتفاع معدلات التعلق الآمن (٥٢٪).

ولقد هدفت دراسة Sadler et al.(2013) إلي التحقق من فعالية برنامج تدريبي باستخدام الزيارات المنزلية للوالدين في تحسين التعلق الآمن لأطفالهم، وتكونت عينة الدراسة من ١٠٥ أسرة (٦٠ أسرة كمجموعة تجريبية، ٤٥ أسرة كمجموعة ضابطة) تراوحت أعمارهم ما بين (١٤-٢٥) سنة ولديهم طفلهم الأول، واستخدمت الدراسة بعض المقاييس منها مقياس الموقف غير المؤلف (Strange Situation Procedure (Ainsworth, 1978)، ومقياس الرابطة الوالدية (Parental Bonding Scale (Parker et al.,1979)، والبرنامج التدريبي المكون من (٩٦) جلسة بواقع (٤٥-٩٠ دقيقة) للجلسة، وضم محتوى البرنامج معلومات عن: صحة الطفل ونموه (١٠٪)، الصحة النفسية للأم (١٨٪)، أساليب التنشئة الوالدية (١٥٪)، الدعم الاجتماعي (١٢٪)، تدريب الأم علي المهارات الحياتية (١٢٪)، صحة الأم (١٠٪)، الصحة النفسية للطفل (١٠٪)، البيئة والسلامة (٤٪)، وأوضحت نتائج الدراسة إلي فعالية البرنامج في تحسين التعلق الآمن وخفض أعراض اضطراب التعلق.

ومن جانب آخر، هدفت دراسة Shi (2014) الي التحقق من فعالية برنامج تدريبي للأم لخفض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي طفلها، حيث تكونت عينة الدراسة من طفل يبلغ من العمر (٤) سنوات ويواجه إساءة معاملة من قبل والدته، واستخدمت الدراسة المحكات التشخيصية لاضطراب التعلق الارتكاسي الواردة بالدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية" الطبعة الرابعة" DSM-IV، والبرنامج التدريبي المكون من (١٦) جلسة موزعة علي ثلاث مراحل: المرحلة الأولى (الجلسات ١-٣): وفيها تم وضع الطفل في حجرة ألعاب وجعله

يختار الألعاب المفضلة لديه بدون شرط وذلك لتنمية الشعور بالأمان لديه وذلك بمساعدة المرشد النفسي، أما المرحلة الثانية (الجلسات ٤-٩): وتم فيها تسهيل التفاعل بين الأم والطفل من خلال استدعاء الأم لمشاركة الطفل في أعباءه لمدة (١٠ دقائق) مع وجود المرشد النفسي، وأخيراً المرحلة الثالثة (الجلسات ١٠-١٦): وتم فيها تقوية التفاعل بين الطفل والأم من خلال انسحاب المرشد النفسي ودوره فقط انحصر في الملاحظة ومشاركة الأم طفلها الألعاب المختلفة علي مدار الجلسة، ولقد أوضحت نتائج الدراسة إلي فعالية البرنامج التدريبي للأم في خفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي طفلها وتحسين التفاعل الاجتماعي والتعلق بينهما.

كما هدفت دراسة Tereno et al. (2016) إلى التحقق من برنامج تدريبي للوالدين في خفض اضطرابات التعلق لدي الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (١١٧) أم لمجموعة من الأطفال تراوحت أعمارهم ما بين (١٢-١٦ شهر)، واستخدمت بعض الأدوات منها مقياس الموقف غير المؤلف *Strange Situation Procedure (Ainsworth, 1978)* ، والبرنامج التدريبي المكون من (٢٩) جلسة واعتمدت علي فنية المناقشة والنمذجة والتغذية الراجعة، كما تم توزيع كتيب علي أفراد المجموعة التجريبية أعده المرشدين النفسيين يوضح بعض الأمور المتعلقة بالنمو الانفعالي للطفل، وكيفية زيادة التعلق بين مقدم الرعاية والطفل، والتدريب علي كيفية تعليم الطفل بعض المهارات الحياتية، ووصلت نتائج الدراس إلى أن (٦٤٪) من أطفال عينة الدراسة ارتفع لديهم التعلق الآمن وانخفض اضطراب التعلق التجنبي لديهم بنسبة (١٥٪).

وأجرى Facompré, Bernard and Waters (2017) دراسة تحليل بعدي لعدد (١٦) دراسة نشرت في الفترة ما بين يناير ١٩٨٩ حتي أغسطس ٢٠١٦ من أجل التعرف علي فعالية البرامج التدخلية لخفض اضطرابات التعلق، حيث بلغ عدد عينة الدراسات السابقة مجتمعة (ن=١٣٦٠) طفل تراوحت أعمارهم ما بين ٢-١٣ سنة ، واعتمدت الدراسة في البحث عن تلك الدراسات من خلال المواقع الالكترونية: *Proquest* ، *MEDLINE* ، *PsychoINFO* ، وأشارت تلك الدراسة إلي أن تلك البرامج استخدمت: تدريب الوالدين، واستخدام الفيديوهات للأطفال، وأوضحت نتائج الدراسة بأن هناك فعالية لتلك البرامج في رفع معدلات التعلق الآمن، بالإضافة إلى أن فعالية تلك البرامج كانت أكثر فعالية لكل من: (١)

الدراسات التي نشرت حديثاً عن الدراسات التي نشرت قديماً، (٢) للأطفال ذوي إساءة المعاملة أكثر من العاديين، وأوصت الدراسة بتقديم برامج ارشادية للأطفال المساء معاملتهم لزيادة التعلق الآمن لديهم.

وفي دراسة أخرى، أجرى Wright et al., (2017) دراسة تحليل بعدي لعدد (٤٠) دراسة نشرت في الفترة ما بين ٢٠١١-٢٠١٦م، من أجل التعرف على فعالية برامج تدريب الوالدين لخفض اضطرابات التعلق، حيث بلغ عدد عينة الدراسات السابقة مجتمعة (ن=٢٠٧٥) طفل تراوحت أعمارهم ما بين ٦ أشهر-١٢ سنة، واعتمدت الدراسة في البحث عن تلك الدراسات من خلال قواعد البيانات: *EMBASE* ، *MEDLINE* ، *Eric* ، *Zetoc* ، *PsychoINFO*، وأوضحت نتائج الدراسة بأن هناك فعالية برامج تدريب الوالدين في خفض اضطرابات التعلق وتحسين التعلق الآمن لدي الأطفال.

وعلى عينة قدرها ٢٢ أسرة لمجموعة من الأطفال تراوحت أعمارهم ما بين ٧-١٣ سنة، أجريت دراسة Wesselmann, Armstrong, Schweitzer, Davidson and Potter (2018) للتحقق من فعالية برنامج تكاملي للعلاج الأسري والتدريب علي تتبع حركة العين لخفض اضطراب التعلق لدي الأطفال، حيث استخدمت قائمة فحص سلوك الطفل *Child Behavior Checklist (Achenbach & Recorla, 2001)* ، واستبيان استبيان راندولف لاضطراب التعلق "الطبعة الثالثة" *RADQ (Randolph, 2000)*، وأوضحت نتائج الراسة إلى وجود تحسن ملحوظ في علاقة الأم بطفلها مما أدى إلى انخفاض اضطراب التعلق لدي الأطفال وما يصاحبها من مشكلات سلوكية، وأوصت الدراسة إلى استخدام ذلك النموذج مع عينات ذات أحجام كبيرة من الأطفال ذوي اضطرابات التعلق وفي ثقافات مختلفة.

كما هدفت دراسة Tarabulsy et al., (2018) إلى التحقق من فعالية استراتيجية للتدخل العلاجي باستخدام الفيديو لتحسين التعلق الآمن بين أم وطفلها (دراسة حالة)، حيث طبقت الدراسة علي أم لطفل يبلغ من العمر ٦ أشهر، واستخدمت الدراسة استمارة المقابلة مع الحالة ووالديها لجمع أكبر قدر من المعلومات عن الحالة منذ طفولتها، بالإضافة إلى استراتيجية التدخل العلاجي والذي ضمت ثمان لقاءات بواقع ٩٠ دقيقة للقاء الواحد، وأوضحت نتائج الدراسة إلى فعالية الاستراتيجية باستخدام الفيديو في تحسين التعلق الآمن لدي الطفل واكسابها بعض المهارات في التعامل الجيد لتحقيق الاحتياجات الأساسية لطفلها.

وفي دراسة أخرى لـ (Knafo, Murphy, Steele and Steele (2018) أجريت علي أم لطفل يبلغ من العمر عامان وتعيش مع والدها ووالدتها وأختها، للتحقق من فعالية برنامج تدريبي قائم على نظرية التعلق لخفض اضطراب التعلق لدي طفلها، حيث استخدمت الدراسة استمارة المقابلة مع الحالة ووالديها واختها لجمع أكبر قدر من المعلومات عن الحالة، وأوضحت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي في خفض اعراض اضطراب التعلق لدي الطفل واسبابها اتجاهاً ايجابياً في التعامل مع طفلها.

### تعقيب على الإطار النظري والدراسات السابقة..

يتضح من العرض السابق للإطار النظري والدراسات السابقة اتفاق هذه الدراسات على أن اضطراب التعلق الارتكاسي ينشأ نتيجة أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة كالإهمال والقسوة وإساءة معاملة الطفل مما يترتب عليه قصور في العلاقات الاجتماعية بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي وقد يصاحب ذلك العديد من المشكلات الداخلية أو الخارجية بما يؤثر علي النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل والذي قد يمتد معه لمراحل النمو اللاحقة، مما تتطلب ذلك وضع برنامج ارشادي أسرى في خفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي أطفال الروضة المعرضين لإساءة المعاملة، ولقد تم الاستفادة من هذه الدراسات في عدة أوجه أهمها:

العينة: تراوح العمر الزمني لعينات تلك الدراسات ما بين (حديث الولادة- ٢٣ سنة) والتي من أهمها دراسة كل من (Facompré et al. (2017) ; Kanfo et al. (2018) ; Wesselmann et al. (2018) ; Upadhyaya et al. (2016) وبناءً ذلك تم تحديد العمر الزمني لعينة الدراسة الحالية وهو (٤-٦) سنوات ويمثلوا من أطفال رياض الأطفال ببعض رياض أطفال ادارة قنا التعليمية.

الأدوات : تم استخدام العديد من الأدوات في هذه الدراسات لتشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي ، حيث استخدمت دراسة (Cort (2007 استبيان الصدمات في مرحلة الطفولة، بينما استخدمت دراسة (Becker-Weidman (2008 استبيان راندولف لاضطرابات التعلق، في حين استخدمت دراسة (Thorella et al.(2012 مقياس تصنيف أنماط التعلق، كما استخدمت دراسة مصطفى أبو المجد وعلي ثابت (٢٠١٦) مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي "*Reactive Attachment Disorder Scale*" الذي وضعه



(2009) Minnis , Rabe-Hesketh and Wolkind وترجمه الباحثان، واستخدمت دراسة (2018) Kliwer-Neumann et al. استبيان اضطراب التعلق الارتكاسي، وبناءً عليه وقع الاختيار علي مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي المترجم بدراسة مصطفى أبو المجد وعلي ثابت (٢٠١٦)، بالإضافة إلي إعداد مقياس سوء معاملة طفل الروضة من قبل الباحثان لتشخيص الأطفال المعرضين للإساءة.

فنيات الارشاد الأسري: بناءً علي الإطار النظري والدراسات السابقة فقد أشارت نتائج تلك الدراسات إلي فعالية الفنيات الارشادية المستخدمة في الارشاد الاسري في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي، ومن بينها فنية المحاضرة والحوار والمناقشة والتعزيز والتغذية الراجعة والواجبات المنزلية وتكلفة الاستجابة والعزل وحل المشكلات والنمذجة بالفيديو وذلك كما جاء في دراسة كل من (2008) ten-Drisko and Zilberstein ; Buckner et al. (2008) ; Wimmer et al. (2009) ; Facompré et al. (2017)، وفي ضوء ذلك تم تحديد الفنيات المستخدمة في البرنامج المعد في الدراسة الحالية (المحاضرة- الحوار والمناقشة- حل المشكلات- لعب الدور- تكلفة الاستجابة- العزل - الواجبات المنزلية- التمثيل الأسري- التواصل الأسري).

### فروض الدراسة:

بعد الاطلاع على الأدبيات النظرية والدراسات السابقة لمتغيرات الدراسة، يمكن صياغة فروض الدراسة كالتالي:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل.
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الارشادي بفترة زمنية محددة (شهران).

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة وأبعاده في القياسين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى في الاتجاه الأفضل.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة وأبعاده في القياسين البعدى والتتبعية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الارشادي بفترة زمنية محددة (شهران).

## ٥ - إجراءات الدراسة:

### ١ - منهج الدراسة

أعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي حيث هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج ارشادي أسري لخفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي اطفال الروضة المساء معاملتهم.

### ٢ - عينة الدراسة

#### أ - عينة الدراسة الاستطلاعية:

بلغ عدد عينة الدراسة الاستطلاعية ١٠٠ طفل (٤٠ ذكور ، ٦٠ إناث) بمتوسط عمري ٦١.٢٧ شهر وانحراف معياري ٤.٦٣ شهر من أطفال رياض الأطفال ببعض رياض أطفال ادارة قنا التعليمية وذلك بغرض التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية.

#### ب - عينة الدراسة الأساسية:

#### ١ - عينة الأطفال:

بلغ عدد أطفال العينة الأساسية ١٧ طفل (١١ ذكور ، ٦ إناث) من أطفال رياض الأطفال المساء معاملتهم ويواجهون اضطراب التعلق الارتكاسي بمتوسط عمري ٦١.١٢ شهر وانحراف معياري ٣.٨٩ شهر، تم التوصل إليهم من عينة كلية بلغ قوامها ٢٣٥ طفل (١٠٥ ذكور ، ١٣٠ إناث) من أطفال رياض الأطفال تم اختيارهم من أربع رياض أطفال من بعض مدارس إدارة قنا التعليمية، كما بلغ عدد أفراد أولياء أمور العينة الأساسية ١٧ فرد (٤ آباء، ١٣ أم).

### وتم اجراء الخطوات التالية لاختيار العينة :

١- تمت زيارة بعض رياض لأطفال بالمدارس التابعة لإدارة قنا التعليمية والتي تحتوي على أكبر عدد من أطفال المستويين الأول والثاني وقد وقع الاختيار على أربع مدارس حكومية، حيث بلغ قوام أطفال المستوي الأول (Kg1) فيها (١١٢) طفلاً بواقع (٤٩ ذكور، ٦٣ إناث) موزعين على (٤) فصول وبالمثل بلغ قوام أطفال المستوي الثاني (Kg2) فيها (١٢٣) طفلاً بواقع (٥٦ ذكور ، ٦٧ إناث) موزعين على (٤) فصول.

٢- تم تطبيق اختبار سلوسون المعدل لذكاء الأطفال والكبار *Slosson Intelligence Test - Revised (SIT-R)* (عبد الرقيب أحمد و مصطفى أبو المجد ، ٢٠١١) وذلك على عينة أطفال المستويين الأول والثاني والبالغ عددهم ٢٣٥ طفلاً لاستبعاد الأطفال الذين يحصلون على درجة أقل من المتوسط في الذكاء ( $IQ=90$ ) حتي يتم التأكد من خلو عينة الدراسة الأساسية من انخفاض القدرة العقلية ، فبلغ عدد الأطفال المستبعدين ٦٣ طفل بواقع (٢١ ذكور، ٤٢ إناث) لحصولهم على درجة أقل من ٩٠ وبذلك يصبح عدد الأطفال بعد هذا الاجراء ١٧٢ طفل بواقع ( ٨٤ ذكور ، ٨٨ إناث).

٣- تم تطبيق مقياس سوء معاملة طفل الروضة (إعداد/الباحثان) على عينة الأطفال البالغة ١٧٢ طفل والنتيجة من تطبيق مقياس سلوسون المعدل لذكاء الأطفال والكبار للتعرف على الأطفال المعرضين لإساءة المعاملة، فتم استبعاد ١٣٥ طفل بواقع (٦٥ ذكور ، ٧٠ إناث) وذلك لحصولهم على درجة أقل من درجة القطع ( $م+ع=٨٩$ )، وبذلك أصبح عدد الأطفال بعد هذا الإجراء ٣٧ طفل مساء معاملته (١٩ ذكر ، ١٨ إناث).

٢- وأخيراً تم تطبيق مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي " صورة الوالدين" (مصطفى أبو المجد، علي ثابت ، ٢٠١٦) على عينة التلاميذ المساء معاملتهم والبالغ عددهم ٣٧ تلميذ وذلك للكشف على اضطراب التعلق الارتكاسي لديهم، فبلغ عدد المستبعدين ٢٠ طفل بواقع (٨ ذكور ، ١٢ إناث) وذلك لحصولهم على درجة أقل من درجة القطع (٧)، وبذلك أصبحت عينة الدراسة النهائية ١٧ طفل بواقع (١١

ذكور، ٦ إناث) من أطفال المستويين الأول والثاني برياض الأطفال مساء معاملتهم ويواجهون اضطراب التعلق الارتكاسي.

## ٢ - عينة الوالدين:

تكونت عينة الوالدين من ١٧ فرد (٤ اباء ، ١٣ أم) وهم يمثلون أولياء أمور المجموعة التجريبية. وسوف يقدم لهم البرنامج الارشادي الأسري المعد بهذه الدراسة بهدف توجيههم وإرشادهم على كيفية التعامل مع أطفالهم داخل المنزل.

## ٦ - أدوات الدراسة:

### أ - مقياس سوء معاملة طفل الروضة\*

( إعداد / الباحثان )

تم اعداد مقياس سوء معاملة طفل الروضة المستخدم في الدراسة الحالية كالتالي:

١- الاطلاع على بعض المقاييس التي تناولت إساءة المعاملة مثل مقياس الإساءة للعادين وغير العاديين (٢٠٠٥) من اعداد أمال عبد السميع أباطة، استبانة أساليب المعاملة الوالدية (٢٠٠٥) من إعداد نجاح رمضان محرز، ومقياس سوء معاملة الطفل (١٩٩٨) من إعداد ايمان محمد أبو ضيف، مقياس إساءة معاملة الأطفال (٢٠١٦) من إعداد مصطفى أبو المجد وعلي ثابت.

٢- استطاع الباحثان أن يحصلوا على مجموعة كبيرة من العبارات التي تصف سوء معاملة طفل الروضة ومن خلال ذلك تم صياغة (٤٦) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد وهي الإساءة الجسدية والإساءة الانفعالية والإهمال والتي من خلالها يمكن تحديد الأطفال المعرضين لإساءة المعاملة.

\* ملحق (١)

الكفاءة السيكومترية لمقياس سوء معاملة طفل الروضة المعد في الدراسة الحالية..

١- الثبات:

تم حساب ثبات الاختبار بالطرق التالية:

أ- طريقة إعادة الاختبار.. Test-Retest :

تم حساب الثبات عن طريق إعادة الاختبار وذلك على عينة مكونة من (١٠٠) طفل بفواصل زمني أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الأطفال في التطبيقين الأول والثاني وكانت معاملات الارتباط (الإساءة الجسدية - الإساءة الانفعالية - الإهمال - الدرجة الكلية) مساوية (٠.٦٢٣ - ٠.٦١٠ - ٠.٦٥٤ - ٠.٦٤٧) على الترتيب وهي دالة عند مستوي ٠,٠١.

ب- طريقة التجزئة النصفية... Split Half Method:

أيضاً تم حساب معامل الثبات لمقياس سوء معاملة طفل الروضة وذلك بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة " جتمان " وذلك بحساب معامل ارتباط درجات (١٠٠) طفل وذلك على الأسئلة الفردية والزوجية للمقياس ، فكانت قيم معاملات ثبات (الإساءة الجسدية - الإساءة الانفعالية - الإهمال - الدرجة الكلية) مساوية (٠.٧٠١ - ٠.٦٨٩ - ٠.٦٧٥ - ٠.٧١٢) على الترتيب وهي معاملات ثبات مرتفعة مما يشير إلى ثبات المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

ج- طريقة ألفا كرونباخ.. Alpha Cronbach:

تم حساب معامل الثبات لمقياس سوء معاملة طفل الروضة وذلك بطريقة ألفا كرونباخ على عينة بلغ قوامها (١٠٠) طفل، فكانت قيم معامل الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (الإساءة الجسدية - الإساءة الانفعالية - الإهمال - الدرجة الكلية) مساوية (٠.٧٢٤ - ٠.٧٣١ - ٠.٧١٩ - ٠.٧٣٨) على الترتيب، وهي معاملات ثبات مقبولة مما يدل على ثبات المقياس المستخدم.

٣ - الاتساق الداخلي:

لحساب الاتساق الداخلي للمقياس تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد المنتمية له والدرجة الكلية لمقياس سوء معاملة طفل الروضة وذلك على عينة قوامها (١٠٠) طفل، ويوضح جدول (١) معامل الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد المنتمية له والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (١)

معامل الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد المنتمية له والدرجة الكلية لمقياس سوء معاملة طفل الروضة (ن=١٠٠)

معامل الارتباط مع	البعد	معامل الارتباط (ر)	رقم العبارة	معامل الارتباط (ر)	رقم العبارة	معامل الارتباط (ر)	رقم العبارة
		الدرجة الكلية	الاهمال	الإساءة الكلية	الإساءة الكلية	الإساءة الكلية	الاهمال
٠.٣٥	الإساءة	٠.٢٦٨	٣٠	٠.٢٤١	١٣	٠.١٨٥	١
٠.٣٥*	ة	٠.٢٣٩	٣١	٠.١٩٧	١٤	٠.٢٠٠	٢
٠.٣٠	الحسد	٠.٢٣٣	٣٢	٠.٢١٣	١٥	٠.٢٠٣	٣
٠.٣٠*	الإساءة	٠.٢٦٧	٣٣	٠.١٨٩	١٦	٠.١٨٩	٤
٠.٣٢	الاهمال	٠.٢١٥	٣٤	٠.٢٢٥	١٧	٠.٢٢٣	٥
		٠.٢٦٩	٣٥	٠.١٩٩	١٨	٠.٢٠١	٦
		٠.٢٨٠	٣٦	٠.٢٣٨	١٩	٠.١٨٦	٧
		٠.١٨٥	٣٧	٠.٢٢١	٢٠	٠.١٧٥	٨
		٠.٢٦٥	٣٨	٠.٢٢٢	٢١	٠.٢١٦	٩
		٠.٢٨١	٣٩	٠.٢٤٨	٢٢	٠.١٧٩	١٠
		٠.٢٣٦	٤٠	٠.٢٢٠	٢٣	٠.٢٠٦	١١
		٠.٢٥٤	٤١	٠.١٩٥	٢٤	٠.١٩٠	١٢
		٠.٢٧٨	٤٢	٠.٢٤١	٢٥		
		٠.١٩٥	٤٣	٠.٢٣٤	٢٦		
		٠.١٨٧	٤٤	٠.١٩٢	٢٧		
		٠.٢٣٨	٤٥	٠.٢٣٦	٢٨		
		٠.٢٢٥	٤٦	٠.٢٦٦	٢٩		

\*٠.٠١ تساوي ٠.٢٣٢ \*\*٠.٠٥ تساوي ٠.١٦٥

٢ - الصدق:

أ - الصدق الظاهري:

تم عرض المقياس في صورته الأولية على عدد (٩) من أساتذة علم النفس والصحة النفسية وذلك للتعرف على مدى ملائمة بنود مقياس سوء معاملة طفل الروضة وصلاحيتها للكشف على الأطفال المعرضين لإساءة المعاملة، وبلغت نسبة الاتفاق على جميع بنود المقياس (٩٠٪).

ب - صدق المقارنة الطرفية:

قام الباحثان بإجراء صدق المقارنة الطرفية بين مرتفعي ومنخفضي سوء معاملة طفل الروضة على عينة بلغت (١٠٠) طفل، وذلك بمقارنة درجات أعلي (٢٧٪) بدرجات أدنى (٢٧٪) من أطفال العينة الاستطلاعية، ثم تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات تلك الدرجات عن طريق حساب قيمة (ت) لأبعاد المقياس الثلاثة، وهذا ما يوضحه جدول (٢).

جدول (٢)

دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات العليا والدنيا من أطفال العينة الاستطلاعية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة

مستوي الدلالة	ت*	الدرجات الدنيا ن=٢٧		الدرجات العليا ن=٢٧		البيان الاحصائي أبعاد المقياس
		ع	م	ع	م	
٠.٠١	١٦.٣٤٧	١.٩١	١٦.٧٨	١.٢٦	٢٣.٩٦	الإساءة الجسدية
٠.٠١	٢٢.٢٧٦	٢.٠٨	٢٣.٦٣	٢.٠٥	٣٦.١٥	الإساءة الانفعالية
٠.٠١	١٧.٣٢٥	٢.٠٣	٢٢.٧٠	٣.٢٧	٣٥.٥٦	الإهمال
٠.٠١	١٩.١٥٦	٤.٥٩	٦٦.٦٧	٥.٠٦	٩١.٨٥	الدرجة الكلية

(\* ) علماً بأن قيمة (ت) الجدولية عند درجة حرية (٥٢) ومستوى ٠.٠١ مساوية (٢.٦٦٠).

يتضح من جدول (٢) وجود فروق جوهرية بين ذوي الدرجات العليا والدنيا مما يشير إلى قدرة المقياس في تحديد مرتفعي ومنخفضي سوء المعاملة.

## تصحيح المقياس...

يتكون المقياس في صورته النهائية من (٤٦) بند، ولقد صمم المقياس بحيث يختار المفحوص بديلاً من البدائل الثلاثة (دائماً، أحياناً، أبداً) بحيث يكون التصحيح مقابل الدرجات (٣، ٢، ١) على الترتيب، وبذلك تكون أقل درجة على المقياس هي ٤٦ وأعلى درجة على المقياس ١٣٨، وتعتبر درجة القطع الفاصلة للمقياس هي الدرجة (م+ع) وتساوي (٨٩)، حيث بلغت قيمة المتوسط (٧٨.٦٥) وقيمة الانحراف المعياري (١٠.٣٢).

ب - مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (ترجمة وتقنين /مصطفى أبوالمجد، علي ثابت، ٢٠١٦)

قام بوضع مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي " Reactive Attachment Disorder Scale" في الأصل (Minnis , Rabe-Hesketh & Wolkind 2009) وذلك بغرض الكشف عن اضطراب التعلق الارتكاسي لدي الأطفال والمراهقين حيث يطبق للفئة العمرية (٥-١٧) سنة، ويتكون هذا المقياس من صورتين أساسيتين وهما : صورة الوالدين Parent RADS ويضم (١٠) بنود تقيس نمطي اضطراب التعلق الارتكاسي المثبط Inhibited وتقيسها العبارات (٤، ٥، ٧، ٨، ٩، ١٠) أما النمط غير المثبط Disinhibited تقيسه العبارات (١، ٢، ٣، ٦)، والصورة الأخرى صورة المعلم Teacher RADS ويضم (١٤) بند تقيس نمطي اضطراب التعلق الارتكاسي المثبط Inhibited وتقيسها العبارات (٤، ٥، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢) أما النمط غير المثبط Disinhibited تقيسه العبارات (١، ٢، ٣، ٦، ١٣، ١٤)، ويواجه الطفل اضطراب التعلق الارتكاسي إذا حصل على درجة (٧) فأكثر في كلتا الصورتين. وسوف يتم الاقتصار فقط على الصورة الوالدية في الدراسة الحالية لتناسبها مع البرنامج الإرشادي الأسري.

الكفاءة السيكومترية لمقياس اضطراب التعلق الارتكاسي المستخدم في الدراسة الحالية..

### ١ - الثبات:

تم التحقق من ثبات مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) باستخدام معادلة ألفا كرونباخ وذلك على عينة بلغت (١٠٠) طفل، فوصلت قيمة ثبات معامل ألفا لأبعاد الصورة الوالدية (المثبط - غير المثبط - الدرجة الكلية) على الترتيب (٠.٦٦٦ - ٠.٧٢١-٠.٦٨٩) وهي قيم مقبولة للثبات مما يدل على الثبات المرتفع للصورة الوالدية لمقياس اضطراب التعلق الارتكاسي.



## ٢ - الصدق:

تم استخدام صدق المحك لحساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) والدرجة الكلية لمقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل (عادل عبد الله، ٢٠٠٨) حيث تم التطبيق على عينة قدرها (١٠٠) طفل، وبلغت قيمة معامل الارتباط (٠.٦٥٤) وهي دالة عند مستو (٠.٠١) مما يدل على صدق المقياس.

ج - مقياس سلوسون للذكاء الأطفال والكبار (تعريب وتقنين / عبد الرقيب أحمد، مصطفى ابوالجد، ٢٠١١)

هذا الاختبار أعده "ريتشارد ل . سلوسون Richard L . Slasson ١٩٩٠" وغُدل بواسطة كلا من "تشارلز نيكلسون وتيرى هيشمان Charles Nicholson & Terry ١٩٩٨" ويستخدم هذا الاختبار في المواقف التي يلزم فيها تقدير للقدرة المعرفية العامة ، وصمم هذا الاختبار ليستخدمه المعلمون والمربون ومرشدو التوجيه ومعلمو التربية الخاصة وصعوبات التعلم والأخصائيون النفسانيون وأخصائيو القياس النفسي والباحثون وغيرهم من المسؤولين الذين يلزمهم في الغالب أن يقيموا القدرة العقلية لفرد في عملهم المهني.

يتم تطبيق الاختبار فردياً وذلك لتقدير القدرة العقلية لتلميذ في مدرسة عامة أو طالب جامعي أو مريض عقلي أو معاق ذهنياً، ونظراً لأن هذا الاختبار يعتبر آداة فرز فإنه ينبغي استخدامه في التحديد النهائي للمستوى للقدرة العقلية للفرد.

يستخدم اختبار سلوسون للذكاء مع فئات عمرية مختلفة حيث يبدأ من سن ٤ سنوات حتى ١٨ سنة فأكثر، يحتوي على ١٨٧ عبارة موزعة على المراحل العمرية المختلفة، ويبدأ تطبيق الاختبار من العبارات الملائمة لسن المفحوص بحيث يجتاز المفحوص عشرة أسئلة متتالية فإذا فشل في ذلك يتم الرجوع للمستوى الأقل إلى أن يجيب على عشرة أسئلة متتالية (قاعدة الاختبار) وإذا نجح يتم الانتقال للمستوى الأعلى وهكذا إلى أن يفشل المفحوص في الإجابة على عشرة أسئلة متتالية (سقف الاختبار).

يتم تصحيح الاختبار بإعطاء درجة واحدة للإجابة الصحيحة وصفر للإجابة الخاطئة وتمثل درجة الذكاء الدرجة المعيارية المقابلة للدرجة الخام التي حصل عليها المفحوص في المرحلة.

الكفاءة السيكومترية لاختبار سلوسون لذكاء الأطفال والكبار في الدراسة الحالية...

#### ١ - الثبات:

تم حساب الثبات بإعادة تطبيق الاختبار حيث تم التحقق من ثبات الاختبار على عينة من ١٠٠ طفل من أطفال المستويين الأول والثاني برياض الأطفال بطريقة إعادة التطبيق وذلك بفواصل زمني قدره أسبوعان، وباستخدام معادلة بيرسون، كان معامل الثبات مساوياً ٠,٧٠٥ وهي دالة عند مستوى ٠,٠١.

#### ٢ - الصدق:

تم التحقق من صدق الاختبار عن طريق الصدق المرتبط بالمحك وذلك باستخدام مقياس ومسلر لذكاء الأطفال الصورة الرابعة (عبد الرقيب البحيري، ٢٠١٧) وذلك على عينة بلغ عددها ١٠٠ طفل من أطفال المستويين الأول والثاني برياض الأطفال فكان معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكلا الاختبارين مساوياً ٠,٦٩٨ وهي دالة عند مستوى ٠,٠١.

د - البرنامج الإرشادي الأسري\* : (اعداد/ الباحثان)

#### ١ - أهداف البرنامج الإرشادي:

هدف البرنامج الإرشادي للوالدين إلى خفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى

الأطفال المساء معاملتهم، ويندرج تحت هذا الهدف الأهداف الفرعية التالية:

(١) أن يحدد الوالدين الآثار السلبية للإساءة للأطفال.

(٢) أن يتعرف الوالدين على أهم أساليب التربية الخاطئة والتي تعد من مظاهر الإساءة

للأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي.

(٣) أن يتعرف الوالدين على كيفية بناء نماذج من التفاعلات الإيجابية بينهم وبين أطفالهم.

(٤) أن يمارس الوالدين بعض أساليب العناية بسلوك الطفل الإيجابي وخفض السلوك

السلبي.

(٥) أن يحدد الوالدين أهم الواجبات المتوقعة منهم لرعاية أطفالهم رعاية سليمة.

\* ملحق (٢)

- (٦) أن يتقبل الوالدين أطفالهم ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي.
- (٧) أن يستخدم الوالدين بعض أنواع المعززات في زيادة السلوك الإيجابي لأطفالهم ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي.
- (٨) أن يستخدم الوالدين تكلفة الاستجابة والعزل لخفض السلوكيات غير المرغوبة لدى أطفالهم ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي.

## ٢- الفئة المستهدفة من البرنامج:

البرنامج مقدم إلى والدي الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي المساء معاملتهم، وهم ممن يحملون مؤهل أدناه ثانوي، وأغلاه مؤهل جامعي، بمتوسط عمري ٣٦.٦٠ سنة، وانحراف معياري ٤.٣٢ سنة.

## ٣- الإستراتيجية والفنيات المستخدمة في البرنامج:

قام الباحثان باستقراء للنماذج والفنيات التي تم استخدامها في البرامج الإرشادية والتدريبية للوالدين، وقد استقرا بعد هذا الاستقراء على أن البرنامج الإرشادي تضمن ثلاثة محاور: المحور الأول: تقديم المعلومات التي تزود الوالدين بالحقائق حول حالة الطفل، المحور الثاني: تقديم المساعدة للوالدين للتعامل مع المشكلات التي تواجههم، المحور الثالث: تدريب الوالدين لمساعدتهم على تطوير مهارات فعالة في إدارة سلوك طفلهم، وبذلك فهو يتضمن جانبين هامين أحدهما إرشادي يعتمد على المعلومات وهذا يتناسب مع نقص المعلومات الذي يعاني منه والدي الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي عن طبيعة هذا الاضطراب، والآثار السلبية للإساءة على جوانب النمو المختلفة، والآخر تدريبي وهو ما يتناسب مع نقص مهارات الوالدين في إدارة سلوك الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي.

وبالنسبة لفنيات التي استخدمها الباحثان في البرنامج: اشتمل البرنامج على مجموعتين من الفنيات، المجموعة الأولى: استخدمها الباحثان في إرشاد الوالدين والمجموعة الأخرى قام الباحث بتدريب الوالدين على استخدامها مع أطفالهم، فبالنسبة للفنيات المستخدمة مع الآباء: تضمنت المحاضرة، والمناقشة الجماعية، والتعزيز والنمذجة، ولعب الدور، والواجبات المنزلية.

ومن أجل أن يتعامل الوالدين مع سلوك الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي، تم تدريبهم على عدد من الفنيات السلوكية لاستخدامها في ذلك شملت : التعزيز : حيث قام الباحثان بتدريب الوالدين على كيفية تقديم أنواع مختلفة من التعزيز المادي والمعنوي والاجتماعي والنشاطي، وتكلفة الاستجابة : وهي إجراء سلوكي يشتمل على فقدان الطفل لجزء من المعززات التي يحصل عليها نتيجة لتأديته للسلوك غير المرغوب مما سيؤدي إلى تقليل أو إيقاف ذلك السلوك، والعزل : ويتم من خلاله إبعاد الطفل في مكان أقل تدعيماً بهدف إيقافه عن الاستمرار في أي سلوك غير مرغوب وعادة ما يستغرق هذا الإبعاد فترة تتراوح بين دقيقتين إلى عشر دقائق.

### ٣- محتوى البرنامج الإرشادي للوالدين :

يتألف البرنامج الإرشادي المقدم للوالدين من محتوى يمكن تقسيمه إلى ثلاثة أجزاء: الجزء الأول: يتضمن إمداد الوالدين بأهم المعلومات الأساسية عن طبيعة اضطراب التعلق الارتكاسي (خصائصه، أسبابه، تشخيصه، علاجه)، كما تناول هذا الجزء الإساءة (طبيعتها، أنماطها، آثارها السلبية، كيف يمكن خفضها)، وأسباب إساءة هؤلاء الأطفال للسلوك وإمداد الوالدين بنصائح أساسية في تعاملهم مع هؤلاء الأطفال واستخدام الباحث خلال هذا الجزء المناقشة والمحاضرة والواجبات المنزلية.

الجزء الثاني: ويتم من خلاله تدريب الوالدين على أهم فنيات التعامل مع سلوك أطفالهم ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي، واستخدام الباحثان في عرض هذا الجزء المناقشة والنمذجة ولعب الدور، حيث يقوم الباحثان بعرض نموذج التدريب من قبلهما ويطلبان من الوالدين تمثيل النموذج من قبلهم ويعلق الباحثان في النهاية، إلى جانب استخدام الباحثان الواجبات المنزلية.

الجزء الثالث: ويهدف إلى تعزيز اكتساب الوالدين للسلوكيات والمهارات المستهدفة، من خلال تدريب الوالدين على كيفية تعميم السلوك المكتسب والمحافظة عليه، بالإضافة إلى مناقشة الوالدين وتدريبهم على قيادة سلوك أطفالهم في الأماكن العامة.

بلغ عدد جلسات الجزء الأول ثماني جلسات وبلغ عدد جلسات الجزء الثاني خمس جلسات والجزء الثالث ثلاث جلسات، إضافة إلى ثلاث جلسات لإعادة التدريب، وجلسة تمهيدية، وأخرى ختامية، وبذلك يكون العدد الكلي لجلسات البرنامج ٢١ جلسة.

#### ٤ - تقييم البرنامج الإرشادي للوالدين :

- تم إتباع إستراتيجية ذات أربعة محاور لتقويم البرنامج:
- المحور الأول: التقويم المبدئي: ويتمثل في عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين لإبداء آرائهم وتعديل البرنامج وفق ما تجمع عليه هذه الآراء.
  - المحور الثاني: التقويم البنائي: ويتمثل في التقويم المصاحب لعملية تطبيق البرنامج، والذي يضمن نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه خلال الجلسات وذلك من خلال التقويم الذي كان يتم عقب كل جلسة وكذلك من خلال الواجبات المنزلية.
  - المحور الثالث: التقويم النهائي: ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه للتعرف على فعالية البرنامج في خفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي، وتم ذلك باستخدام مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي.
  - المحور الرابع: التقويم التبعي: ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد شهرين من الانتهاء من تطبيقه للتعرف على مدى استمرار فعالية البرنامج المستخدم في خفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي، وتم ذلك باستخدام مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي.

#### ٦ - إعداد الصورة الأولية والنهائية للبرنامج الإرشادي للوالدين :

- مر إعداد البرنامج الإرشادي للوالدين بالإجراءات التالية:
- (١) تم الاطلاع على الدراسات السابقة والكتب والمراجع التي تناولت إعداد برامج لإرشاد والدي الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي.
  - (٢) في ضوء ما تجمع لدى الباحث من تلك البرامج والدراسات تم تحديد أهم الفنيات الارشادية ومحتوى البرنامج الإرشادي للوالدين ومن ثم تم إعداد الصور الأولية من البرنامج الإرشادي للوالدين.
  - (٤) تم عرض الصور الأولية للبرنامج الإرشادي للوالدين على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم سبعة أعضاء من أساتذة ومدربي علم النفس بالجامعات المصرية، وذلك للتأكد من مدى ملاءمة البرنامج ومحتواه للتطبيق على عينة الدراسة، وهل يحقق هذا المحتوى الهدف الموضوع من أجله.

(٥) تم تعديل الصورة الأولية للبرنامج في ضوء آراء ومقترحات السادة المحكمين، ونتيجة لتلك التعديلات، فقد تكون البرنامج من موضوعات يحتاج اكتسابها إلى ١٦ جلسة بالإضافة إلى ثلاث جلسات مراجعة وإعادة تدريب، وجلسة افتتاحية وجلسة ختامية، وبذلك يصبح مجموع جلسات البرنامج ٢١ جلسة، ويوضح جدول (٣) مكونات الصورة النهائية لبرنامج الآباء.

جدول (٣)  
أبعاد الصورة النهائية للبرنامج الإرشادي للوالدين

م	موضوع البرنامج	عدد الجلسات	زمن الجلسة
١	التهييد للبرنامج.	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
٢	التعريف باضطراب التعلق الارتكاسي.	٣	٩٠-١٢٠ دقيقة
٣	الإساءة الأطفال (أنماطها، مظاهرها، أثارها السلبية).	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
٤	مسئولية الوالدين في حماية أطفالهم من سوء المعاملة.	٢	٩٠-١٢٠ دقيقة
٥	كيف يمكنك بناء علاقة إيجابية بطفلك؟	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
٦	كيف يمكنك مراعاة حاجات طفلك النفسية؟	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
٧	توصيات وإرشادات أساسية للوالدين.	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
٨	مراجعة، وإعادة تدريب.	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
٩	كيف تفقد سلوك طفلك دون إساءته (تحسين السلوك الملائم).	٢	٩٠-١٢٠ دقيقة
١٠	كيف تفقد سلوك طفلك دون إساءته (خفض السلوك غير الملائم).	٣	٩٠-١٢٠ دقيقة
١١	مراجعة وإعادة تدريب.	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
١٢	كيف تشعر بحبك لطفلك، وكيف تعبر عن هذا الحب؟	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
١٣	قيادة سلوك الطفل خارج المنزل وفي الأماكن العامة.	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
١٤	مراجعة وإعادة تدريب.	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
١٥	تقييم وختام البرنامج.	١	٩٠-١٢٠ دقيقة
١٦	المجموع.	٢١	٣١.٥-٤٢ ساعة

استغرق تطبيق البرنامج شهر ونصف، كان يتم تطبيق الجلسات خلالها بواقع جلستين كل أسبوع، حيث كانت تتم اللقاءات بصورة جماعية في حجرة معلمات الروضة.

### خطوات الدراسة:

- ١- اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية للتحقق من الشروط السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية.
- ٢- تطبيق اختبار سلوسون المعدل لذكاء الأطفال والكبار.
- ٣- تطبيق مقياس سوء معاملة طفل الروضة.
- ٤- تطبيق مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين).
- ٥- تحديد عينة الدراسة الأساسية.
- ٦- تطبيق البرنامج الارشادي الأسري على أولياء أمور أطفال المجموعة التجريبية.
- ٧- تم تطبيق مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) بعد تطبيق البرنامج.
- ٨- استخدام الأساليب الاحصائية المناسبة لمعالجة النتائج التي تم الحصول عليها من تطبيق الاختبارات والمقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية باستخدام الحزمة الاحصائية SPSS.

### نتائج الدراسة:

#### ١ - نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

ينص الفرض الأول علي أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي:

تم تطبيق مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) قبل البرنامج وبعده على أطفال المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (١٧) طفل، وتم استخدام اختبار " ولكوكسون " (الحالة الثانية ن < ١٠) " لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (٤) دلالة تلك الفروق.

جدول (٤)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي (ن = ١٧)

البيان الاحصائي أبعاد المقياس	اتجاه الرتب	عدد الحالات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z(*)	مستوي الدلالة	حجم التأثير (**)
	موجبة	١.٠٠	٣.٥٠	٣.٥٠			
المتببط	سالبة	١٦.٠٠	١٤٩.٥٠	٩.٣٤	- ٣.٤٧	٠.٠١	٠.٨٤
	التساوي	٠.٠٠	-	-			
	موجبة	١.٠٠	١.٠٠	١.٠٠			
غير المتببط	سالبة	١٦.٠٠	١٥٢.٠٠	٩.٥٠	- ٣.٥٩	٠.٠١	٠.٨٧
	التساوي	٠.٠٠	-	-			
	موجبة	١.٠٠	١.٠٠	١.٠٠			
الدرجة الكلية	سالبة	١٦.٠٠	١٥٢.٠٠	٩.٥٠	- ٣.٥٨	٠.٠١	٠.٨٧
	التساوي	٠.٠٠	-	-			

(\*) علماً بأن قيمة Z الجدولية عند مستوى ٠.٠١ تساوي (٢,٥٨).

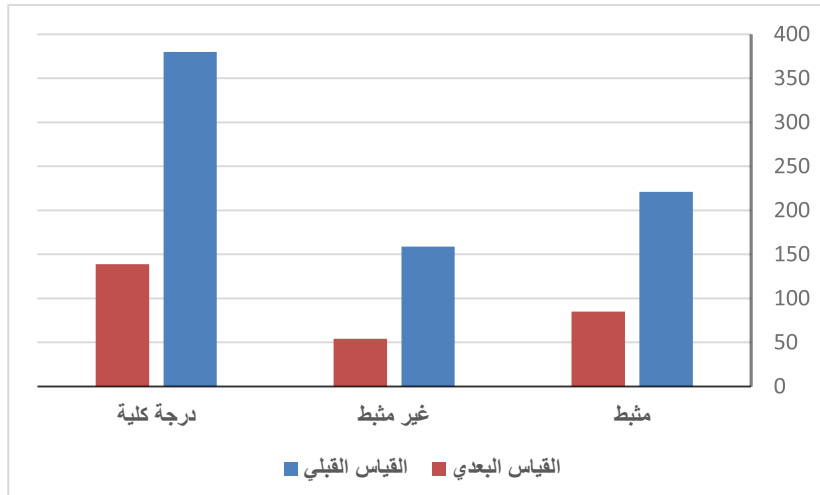
(\*\*) ٠,١ > ٠,٣ = ضعيف ، ٠,٣ > ٠,٥ = متوسط ، ٠,٥ > ٠,٨ = فأكثر = قوي.

يتضح من جدول (٤) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين

متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي(صورة الوالدين) وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج الارشادي الأسري، وبالنظر إلي الجدول السابق يلاحظ أن أحجام التأثير تراوحت بين ٠,٨٤ - ٠,٨٧ لبعدي المقياس والدرجة الكلية وهو أحجام تأثير قوية ، أي انه بلغت نسبة تأثير المتغير المستقل (البرنامج) في المتغير التابع (اضطراب التعلق الارتكاسي) ما بين ٨٤ - ٨٧ ٪ وهي نسبة مرتفعة مما يدل علي الفعالية العالية للبرنامج المقدم لعينة الدراسة في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي لديهم، وبذلك تتحقق صحة الفرض الأول.



وهذا ما يوضحه شكل (١) بأن درجات أطفال المجموعة التجريبية انخفضت على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) في القياس البعدي مقارنة بدرجاتهم التي حصلوا عليها في القياس القبلي وذلك في البعدين (المتبسط - غير المتبسط) بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمقياس وذلك يوضح الدور الذي لعبه البرنامج الارشادي الأسري في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال المستويين الأول والثاني برياض الأطفال المساء معاملتهم.



شكل (١)

الفروق بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي في القياسين القبلي والبعدي

بنظرة عامة على النتائج السابقة، يلاحظ فعالية البرنامج الارشادي الأسري المعد لخفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال المجموعة التجريبية، حيث أن البرنامج الارشادي أدى إلى خفض البعدان لمقياس اضطراب التعلق الارتكاسي والمتمثلان في النمط المتبسط والنمط غير المتبسط والذي بدوره أدى إلى انخفاض الدرجة الكلية للمقياس لدى أطفال المجموعة التجريبية. وتتفق تلك النتائج مع نتائج الدراسات التي استخدمت برامج ارشادية للوالدين في خفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى الأطفال، كدراسة كل من (Becker- Weidman, Drisko & Zilberstein, 2008)؛ (Wimmer et al., 2009؛ Cassidy et al. ؛ Moss et al. (2011)؛

(2011) ؛ Sadler et al. (2013) ؛ Shi (2014) ؛ Wesselmann et al.,2018؛  
(Kanfo et al. (2018).

ويفسر الباحثان هذا الانخفاض لأعراض اضطراب التعلق الارتكاسي في ضوء الدراسات السابقة وما تم عرضه في الإطار النظري فيما يلي:

أولاً: طبيعة الفنيات السلوكية المستخدمة: حيث تنوعت الفنيات التي استخدمها الباحثان في إرشاد الوالدين والتي تضمنت لعب الدور وتبادل هذه الأدوار مع الآباء، حيث تم تشجيع الوالدين على لعب الأدوار المختلفة المتعلقة بكيفية التعامل مع سلوك الطفل ومناقشة بعض المواقف التي تظهر فيها أساليب لا سوية وعرض النماذج الإيجابية التي يجب إتباعها من قبل الباحثين والآباء، ولا تؤدي إلى تعرض الأطفال ذوى اضطراب التعلق الارتكاسي إلى الإساءة، ولهذا كان لاستخدام فنية لعب الدور دوراً هاماً في اكتساب مهارات جديدة حيث سمحت للوالدين بمعايشة سلوك أطفالهم ومشكلاتهم من خلال المواقف التمثيلية وحققت لهم المقدرة على تقديم بدائل أكثر إيجابية وقبولاً للتعامل مع تلك المشكلات. وهذا ما أكدته نتائج دراسة Moss et al. (2011) أنه لاستخدام فنيات كالنمذجة بالفيديو وتقديم التغذية الراجعة وتبادل الأدوار كان لها الأثر الأكبر في خفض اضطرابات التعلق وتحسين التعلق الآمن وخفض المشكلات الداخلية والخارجية. كما ذكر Phelps et al. (2017) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي معقد ومتشعب ولذلك يجب أن يتضمن العلاج اشراك الأسرة حتى يكون العلاج فعالاً وذلك من خلال تدريب الوالدين على استراتيجيات وفنيات يمكن استخدامها مع الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي، مع ضرورة توجيههم بأن تكون البيئة الأسرية إيجابية ومليئة بالموودة والمحبة والتعاطف والرعاية والأمن والحماية.

كما أن التدعيم كان له الأثر الفعال في اكتساب الوالدين للمهارات والسلوكيات التي يتم التدريب عليها خلال الجلسات الإرشادية، حيث استخدم الباحثان التدعيم اللفظي مع أعضاء الجماعة الإرشادية وذلك بإظهار الاستحسان لتقدمهم فيما يتم التدريب عليه وتعزيزهم بما يتناسب وطبيعة الموقف. أما الواجبات المنزلية فقد تنوعت حسب كل جلسة وما تناوله، وتلك الواجبات أتاحت الفرصة أمام أعضاء المجموعة الإرشادية للتطبيق العملي والفعلي لما يتدربون عليه خلال الجلسات الإرشادية، فمن هذه الواجبات التدريبات التي يُطلب من الوالدين تطبيقها على أطفالهم في البيت والتي ساعدت الوالدين على تحسين معاملتهم مع أطفالهم ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي ومن ثم جاءت النتائج على هذا النحو. وهذا ما أكدته نتائج

دراسة (Cassidy et al. 2011) التي أوضحت بأنه عن طريق تضمين فنيات كالتعزيز يساعد في تكرار التصرفات وردود الأفعال المرغوبة من قبل مقدم الرعاية تجاه الطفل مما يساعد في ارتفاع معدلات التعلق الآمن بينهما. كما أشار (Bernard et al. 2012) بأن الواجبات المنزلية تساعد مقدمي الرعاية على تطبيق ما تدربوا عليه من مهارات وسلوكيات في أماكن أخرى كالمنزل والأماكن العامة.

ثانياً: كما أن هذه النتائج تعود إلى عدة أمور تم مراعاتها عند تقديم البرنامج الإرشادي لوالدي

#### الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي أهمها:

١. الاهتمام بالجانب المعرفي للوالدين: حيث تضمن البرنامج معلومات تتعلق بطبيعة اضطراب التعلق الارتكاسي، وخصائصه الأساسية والثانوية، وأسبابه، وطرق التعامل مع الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب، بالإضافة إلى معلومات تتعلق بطبيعة الإساءة للأطفال وأبعادها، وآثارها السلبية على الطفل، وهذا الاهتمام بالجانب المعلوماتي كان له أثر واضح في تحسين أساليب تعامل الوالدين المشاركين في الدراسة مع أبنائهم، وهذا ما أكدته (Sadler et al. 2013) بأن تقديم معلومات عن صحة الطفل ونموه وأساليب التنشئة الوالدية والدعم الاجتماعي وتدريب الأم علي المهارات الحياتية والصحة النفسية للأُم لمقدم الرعاية تساعد في زيادة التفاعلات الاجتماعية بين الطفل ومقدم الرعاية ومن ثم تحسين التعلق الآمن. كما أوضح (Smith et al. 2019) بأن الارشاد الأسري يعد نموذجياً لمشكلات التعلق، حيث يستخدم أنشطة وتدريبات لمساعدة الوالدين وأعضاء الأسرة على فهم اضطرابات التعلق وكيفية مواجهتها. وهذا ما أوضحه أيضاً (Boris & Renk 2017) بأن التدخلات العلاجية المستخدمة مع اضطرابات التعلق لا يجب أن تركز على تعديل سلوك الطفل مباشرة، ولكن بدلاً من ذلك، يجب أن تركز على تغيير أفكار مقدمي الرعاية كالوالدين ومحاولة تشكيل استجاباتهم واتجاهاتهم نحو الطفل بشكل إيجابي.

٢. الاعتماد على أسلوب الإرشاد الجماعي: في تقديم جلسات البرنامج، فأسلوب الإرشاد الجماعي أتاح الفرصة أمام الوالدين المشاركين في البرنامج للالتقاء بأفراد آخرين، يعانون من نفس مشكلاتهم، ويشعرون بنفس الخبرات الشخصية المرتبطة بهم

وبأطفالهم، وليشاركو اهتماماتهم ومشكلاتهم، وليحددوا أهدافهم ويعبروا عن أنفسهم، وليحاولوا اكتساب سلوكيات جديدة في تعاملهم مع أطفالهم.

٣. **التدريبات التي تلقاها الوالدين وتتعلق بضبط سلوك الأطفال ذوى اضطراب التعلق الارتكاسي،** فمن خلال إجراءات الإرشاد المقدم للوالدين تم تدريب الوالدين لتطبيق بنّيات وانتظام عدد من الفنيات السلوكية من أجل مساعدتهم على التعامل مع سلوك أطفالهم ذوى اضطراب التعلق الارتكاسي بفاعلية، تضمنت التعزيز، العزل، تكلفة الاستجابة، فقد تم من خلال جلسات البرنامج تدريب الوالدين على كيفية استخدام أنواع التعزيز المختلفة في تحسين السلوك الايجابي، وأسلوب العزل وتكلفة الاستجابة في خفض السلوك السلبي، وهذه التدريبات كان لها أثر واضح في تحسين سلوك الأطفال ذوى اضطراب التعلق الارتكاسي، ومن ثم خفض ما يتعرضون له من أشكال القسوة والإهمال، وهذا ما أكدته Bukner et al.(2008) من أن العديد من أنماط الإساءة التي يتعرض لها الأطفال ذوى اضطراب التعلق الارتكاسي تأتي من عدم الطاعة من جانب الطفل وعدم قدرته على ضبط نفسه، ومن ثم فإن تدريب الوالدين أو أحدهما على كيفية إعطاء أوامر بالطريقة الصحيحة يعمل على الحد من العناد وعدم الطاعة من جانب الطفل، ويساعده بالتالي على تعلم ضبط النفس، وخفض ما يتعرض له من إساءة من قبل والديه، فالوالدان يجب أن يكافئا الطفل على سلوكه الملائم وأن يعملوا على الحد من سلوكياته غير المناسبة، كما يجب أن يتعلموا التعامل مع ثورات غضب الطفل وأن يدعموا السلوكيات الإيجابية من جانب الطفل، وهو الأمر الذي توافر إلى حد كبير في البرنامج الإرشادي الحالي. كما أشار Turner et al. (2019) بأن طفل ما قبل المدرسة والذي يواجه خطر سوء المعاملة، فإن العلاج الأسري يعد فعالاً في هذه الحالة والذي قد يتضمن جلسات بمدي زمني (٤٥-٦٠) دقيقة أسبوعياً ويقدم في منزل الوالدين من خلال اخصائي مدرب على التدخل العلاجي، حيث يساعد العلاج الاسري على اكتشاف ردود الفعل الاتفاعلية للوالدين تجاه طفلها بالإضافة إلى التعرف على خبرات الوالدين في التعامل مع أطفالهم.

**ثالثاً: هناك عامل آخر لا يقل أهمية عن العوامل السابقة** ساهم في الحصول على هذه النتائج وهو إيجابية الوالدين المشاركين في البرنامج والذين تم اختيارهم بعد إجراء مقابلة معهم تضمنت عرضاً لأهم أبعاد البرنامج الإرشادي المقدم لهم وأدوارهم المختلفة ومن ثم كان لهم مطلق الحرية في الاشتراك في البرنامج، وظهرت هذه الإيجابية في انتظامهم في حضور الجلسات وكذلك في حرصهم الدائم على تطبيق ما يتم التدريب عليه في الجلسات، وكذلك اشتراكهم الدائم في المناقشات التي كانت تتم في الجلسات وتتعلق بطبيعة المشكلات التي تظهر أثناء تطبيقهم لمحتوى البرنامج الإرشادي، إن هذه الإيجابية ساعدت على تحقيق أفضل استفادة من البرنامج الإرشادي ومن ثم ساعدت في الانتظام في تطبيق الفنيات السلوكية التي تم التدريب عليها وتعميمها في مواقف الحياة المشابهة للمواقف التي تم التدريب عليها.

## ٢ - نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

ينص الفرض الأول على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي بفترة زمنية محددة (شهران) " .

### للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي:

تم تطبيق مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بفترة زمنية بلغت شهرين على أطفال المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (١٧) طفلاً، وتم استخدام اختبار " ولكوكسون " (الحالة الثانية ن < ١٠) " لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (٥) دلالة تلك الفروق.

جدول (٥)

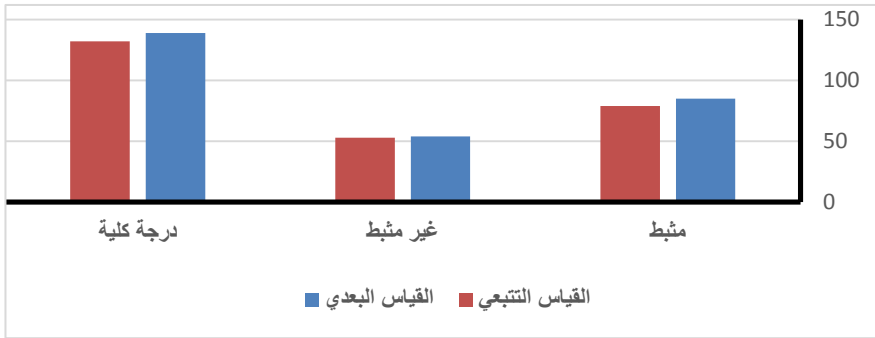
دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي (ن = ١٧)

أبعاد المقياس	اتجاه الرتب	عدد الحالات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	متوسط $Z^{(*)}$	مستوي الدلالة
	موجبة	٧.٠٠	٣٦.٠٠	٥.١٤		
المتببط	سالبة	٢.٠٠	٩.٠٠	٤.٥٠	-١.٧٣	غير دالة
	التساوي	٨.٠٠	-	-		
	موجبة	٥.٠٠	٢٥.٠٠	٥.٠٠		
غير المتببط	سالبة	٤.٠٠	٢٠.٠٠	٥.٠٠	-٠.٣٣	غير دالة
	التساوي	٨.٠٠	-	-		
	موجبة	٥.٠٠	١٨.٥٠	٣.٧٠		
الدرجة الكلية	سالبة	١.٠٠	٢.٥٠	٢.٥٠	-١.٧٣	غير دالة
	التساوي	١١.٠٠	-	-		

(\*) علماً بأن قيمة  $Z$  الجدولية عند مستوي ٠.٠١، ٠.٠٥ تساوي (٢,٥٨، ١.٩٦) على الترتيب.

يتضح من جدول (٥) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي، وبذلك تتحقق صحة الفرض الثاني.

وهذا ما يوضحه شكل (٢) بأن درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين) في القياس البعدي مساوية تقريباً لدرجاتهم في القياس التتبعي وذلك في البعدين (المتببط - غير المتببط) بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمقياس وذلك يؤكد استمرارية فعالية البرنامج الارشادي الأسري في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي أطفال المستويين الأول والثاني برياض الأطفال المساء معاملتهم حتى بعد الانتهاء من تطبيقه بفترة زمنية (شهران).



فيمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء وظيفية المعلومات والتدريبات التي تلقاها الآباء، بمعنى أن تلك المعلومات والتدريبات تمثل مجالات يحتاج الوالدين للتدريب عليها، كما أنها تمثل جوانب ضعف في سلوكهم تجاه أطفالهم ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي، مما مكنهم من تطبيقها في مواقف حياتهم الطبيعية، بل والاستمرار في ممارسة ما تم التدريب عليه خلال فترة المتابعة والتي مكنتهم من إتقان ما تم التدريب عليه.

يضاف إلى ذلك أن التدريب كان يتم من خلال عرض نماذج للسلوك تحدث في البيئة الطبيعية، مما سهل على الوالدين تعميم السلوكيات والمهارات المكتسبة، كذلك فإن جلسات المراجعة وإعادة تدريب الوالدين على السلوكيات المستهدفة كان له دوراً مهماً في الوصول إلى تلك النتائج، حيث أدت إلى تثبيت السلوك المستهدف، حيث احتفظ الوالدين بالسلوكيات المستهدفة بعد انتهاء فترة التدريب.

### ٣ - نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

ينص الفرض الثالث علي أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي:

تم تطبيق مقياس سوء معاملة طفل الروضة قبل البرنامج وبعده على أطفال المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (١٧) طفل، وتم استخدام اختبار " ولكوكسون " (الحالة الثانية ن < ١٠) " لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (٦) دلالة تلك الفروق.

جدول (٦)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي  
(ن = ١٧)

البيان الاحصائي أبعاد المقياس	اتجاه الرتب	عدد الحالات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z(*)	مستوي الدلالة	حجم التأثير(**)
الإساءة الجسدية	موجبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	سالبة	١٦.٠٠	١٣٦.٠٠	٨.٥٠	-٣.٥٢	٠.٠١	٠.٨٥
	التساوي	١.٠٠	-	-			
الإساءة الانفعالية	موجبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	سالبة	١٥.٠٠	١٢٠.٠٠	٨.٠٠	-٣.٤١	٠.٠١	٠.٨٣
	التساوي	٢.٠٠	-	-			
الاهمال	موجبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	سالبة	١٤.٠٠	١٠٥.٠٠	٧.٥٠	-٣.٣١	٠.٠١	٠.٨٠
	التساوي	٣.٠٠	-	-			
الدرجة الكلية	موجبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	سالبة	١٧.٠٠	١٥٣.٠٠	٩.٠٠	-٣.٦٢	٠.٠١	٠.٨٨
	التساوي	٠.٠٠	-	-			

(\*) علماً بأن قيمة Z الجدولية عند مستوى ٠.٠١ تساوي (٢,٥٨).

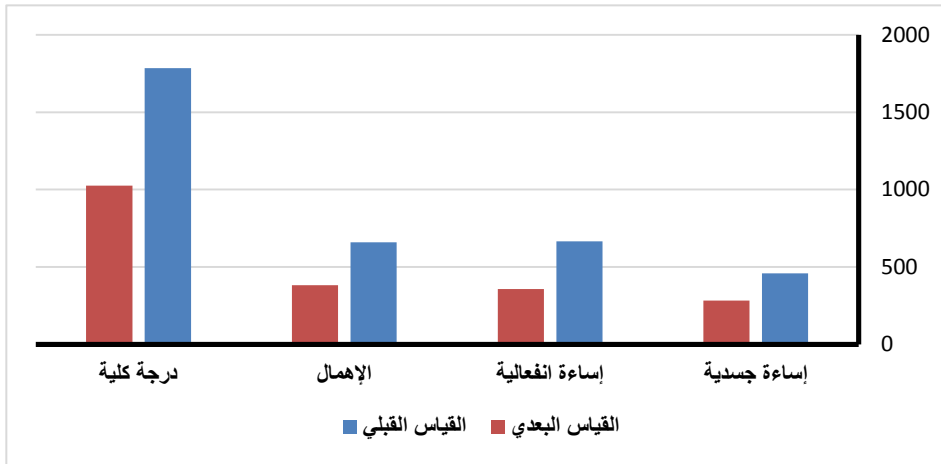
(\*\*) ٠,١ > ٠,٣ = ضعيف ، ٠,٣ > ٠,٥ : متوسط ، ٠,٥ > ٠,٨ : فأكثر = قوي.

يتضح من جدول (٦) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج الارشادي الأسري، وبالنظر إلى الجدول السابق يلاحظ أن أحجام التأثير تراوحت بين ٠,٨٠ - ٠,٨٨ لأبعاد المقياس والدرجة الكلية وهي أحجام تأثير قوية ، أي انه بلغت نسبة تأثير البرنامج في إساءة معاملة طفل الروضة ما بين ٨٠ - ٨٨ ٪ وهي نسبة مرتفعة مما يدل على



الفعالية العالية للبرنامج المقدم لعينة الدراسة في خفض الإساءة الموجهة نحو طفل الروضة، وبذلك تتحقق صحة الفرض الثالث.

وهذا ما يوضحه شكل (٣) بأن درجات أطفال المجموعة التجريبية انخفضت على مقياس سوء معاملة طفل الروضة في القياس البعدي مقارنة بدرجاتهم التي حصلوا عليها في القياس القبلي وذلك في الأبعاد (الإساءة الجسدية - الإساءة الانفعالية- الإهمال) بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمقياس وذلك يوضح الدور الذي لعبه البرنامج الارشادي الأسري في خفض الإساءة الموجهة نحو أطفال المستويين الأول والثاني برياض الأطفال من قبل والديهم.



شكل (٣)  
الفروق بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي

بنظرة عامة على تلك النتائج يتضح الدور الذي لعبه البرنامج الارشادي الاسري في خفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدي أطفال الروضة، والذي نتج ذلك عن تعريف الوالدين بالإساءة للأطفال وانماطها ومظاهرها واثارها السلبية وتدريبهم على تحمل المسؤولية في حماية أطفالهم من سوء المعاملة وتتفق تلك النتائج مع نتائج دراسة كل من (Tereno et al., Bernard et al., 2012 ؛ Buckner et al., 2008) من (Steele & Steele 2016؛ Tarabulsy, 2018). ويتفق ذلك أيضاً مع ما ذكره (Tarabulsy, 2018؛ Steele & Steele 2016) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي هو فئة مميزة من مشكلات التوافق والذي يسبب

عجزاً واضحاً في النمو النفسي والاجتماعي ويحدث على وجه التحديد للأطفال الذين نشأوا في مؤسسات أو بيئات أسرية تنتهج معهم سوء المعاملة والإهمال (p.11).

وطبقاً لذلك يمكن تفسير تلك النتائج ، حيث أنه بالعمل علي خفض أنماط إساءة معاملة طفل الروضة سوف ينخفض معها اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي وفقاً لطبيعة العلاقة الإيجابية التي بينهما، وحيث أنه تم العمل من خلال البرنامج الإرشادي الأسري المعد في الدراسة الحالية علي خفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي من خلال الاستعانة ببعض الفنيات الإرشادية كالمناقشة والحوار من أجل تكوين علاقات اجتماعية جيدة تجاه الطفل وتقبله والاهتمام بتوفير احتياجاته الأساسية والذي يعد ذلك نقبضاً لأنماط إساءة المعاملة والاهمال، كما كان لفنية حل المشكلات دوراً فعالاً في تدريب الوالدين علي كيفية إدارة سلوك الطفل غير الملائم من خلال التعرف عليه وجمع بيانات ومعلومات عن هذا السلوك وما الدافع وراء القيام به ومن ثم وضع الحلول المناسبة لتعديله دون اللجوء المباشر للغضب والعنف والقسوة في خفض هذا السلوك والذي يعد ذلك ابرز مظاهر إساءة معاملة الطفل، ومن جهة أخرى كان لفنية النمذجة دوراً هاماً من خلال تقديم بعد الفيديوها توضح الطريقة الصحيحة لتعامل الوالدين مع أطفالهم في مجتمعات وثقافات أخرى وكيفية الاستفادة منها في بناء علاقة إيجابية مع الطفل والتعامل مع سلوكيات الطفل الملائمة وغير الملائمة سواء داخل المنزل او خارجه وكيفية تقديم العطف والود والمحبة تجاه الطفل والابتعاد عن أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة كالإهمال والقسوة وغيرها، كل ما سبق ادي إلي خفض أنماط الإساءة والإهمال لدي الوالدين مما ترتب عليه زيادة التعلق الآمن والصحي وتكوين رابطة قوية وإيجابية مع أطفالهم. وهذا ما اوضحه (Hale, 2019) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي قد ينشأ عن سوء معاملة الطفل وإهماله مما قد يصاحبه العديد من المشكلات السلوكية والتي تعيق نمو الطفل الاجتماعي، لذا يجب تدريب الوالدين وارشادهم وتوجيههم لاستخدام أساليب التنشئة الوالدية السوية والبعد عن الخاطئة كالإهمال والقسوة. وأكد ذلك نتائج دراسة كل (Cort, 2007) ؛ (Tobin, Wardi-Zonna & Yezzi-Shareef, 2007) ؛ (Minnis et al., 2009). كما ان هناك علاقة ايجابية بين سوء معاملة طفل الروضة

واعراض اضطراب التعلق الارتكاسي فكلما كان ارتفاعت إساءة معاملة الطفل ارتفعت معها اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي.

#### ٤ - نتائج الفرض الرابع وتفسيرها:

ينص الفرض الرابع على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الارشادي بفترة زمنية محددة (شهران) ".  
 للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي:

تم تطبيق مقياس سوء معاملة طفل الروضة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بفترة زمنية بلغت شهرين على أطفال المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (١٧) طفل، وتم استخدام اختبار " ولكوكسون " (الحالة الثانية ن < ١٠) " لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (٧) دلالة تلك الفروق.

#### جدول (٧)

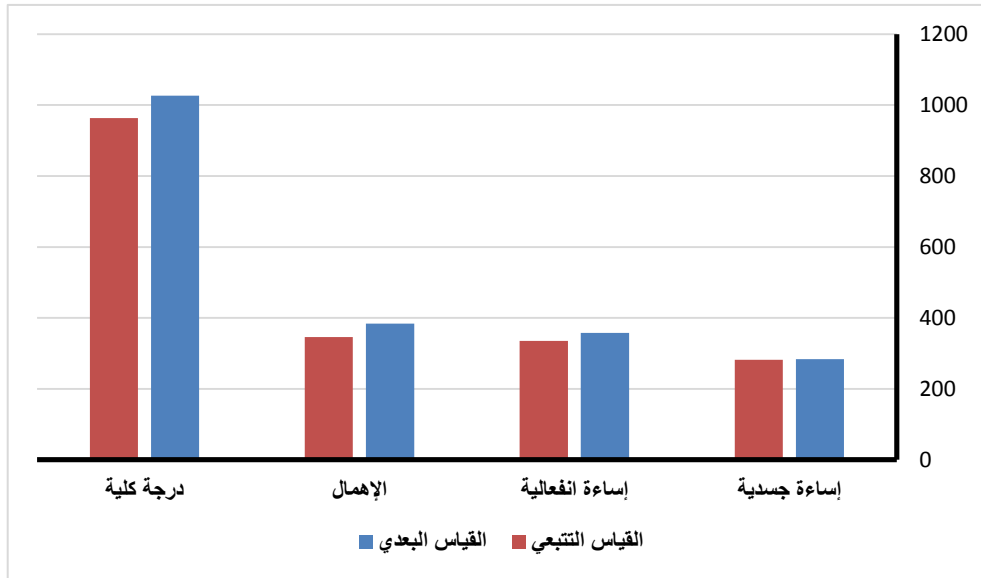
دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي  
 (ن = ١٧)

البيان الاحصائي أبعاد المقياس	اتجاه الرتب	عدد الحالات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z(*)	مستوي الدلالة
	موجبة	٢.٠٠	٧.٠٠	٣.٥٠		
الإساءة الجسدية	سالبة	٤.٠٠	١٤.٠٠	٣.٥٠	-٠.٨٢	غير دالة
	التساوي	١١.٠٠	-	-		
	موجبة	٢.٠٠	٨.٠٠	٤.٠٠		
الإساءة الانفعالية	سالبة	٥.٠٠	٢٠.٠٠	٤.٠٠	-١.٠٢	غير دالة
	التساوي	١٠.٠٠	-	-		
	موجبة	٤.٠٠	١٥.٠٠	٣.٧٥		
الاهمال	سالبة	٤.٠٠	٢١.٠٠	٥.٢٥	-٠.٤٣	غير دالة
	التساوي	٩.٠٠	-	-		
	موجبة	٥.٠٠	٢٦.٠٠	٥.٢٠		
الدرجة الكلية	سالبة	٨.٠٠	٦٥.٠٠	٨.١٢	-١.٣٩	غير دالة
	التساوي	٤.٠٠	-	-		

(\*) علماً بأن قيمة Z الجدولية عند مستوي ٠.٠١، ٠.٠٥ تساوي (٢.٥٨، ١.٩٦) على الترتيب.

يتضح من جدول (٧) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي، وبذلك تتحقق صحة الفرض الرابع.

وهذا ما يوضحه شكل (٤) بأن درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة في القياس البعدي مساوية تقريباً لدرجاتهم في القياس التتبعي وذلك في الأبعاد (الإساءة الجسدية - الإساءة الانفعالية - الإهمال) بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمقياس وذلك يؤكد استمرارية فعالية البرنامج الارشادي الأسري في خفض الإساءة الموجهة نحو أطفال المستويين الأول والثاني برياض الأطفال حتى بعد الانتهاء من تطبيقه بفترة زمنية (شهران).



شكل (٤)

الفروق بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس سوء معاملة طفل الروضة وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي

ويمكن تفسير استمرارية فعالية البرنامج الارشادي الأسري إلى استفادة أعضاء المجموعة الارشادية (الوالدين) من التدريبات والمهارات التي تم اكتسابها خلال الجلسات الارشادية ومن ثم نقلها إلى بيئاتهم سواء داخل الأسرة أو خارجها، بالإضافة إلى الاستفادة من التوصيات والارشادات الأساسية التي تم تقديمها خلال الجلسات، كما يمكن تفسير النتائج السابقة من خلال الفنيات المستخدمة في الجلسات الارشادية كفنية حل المشكلات والتي ساعدتهم على كيفية استخدام الأسلوب العلمي في حل المشكلات عند قيام الطفل باي سلوك خاطئ او غير مقبول وتقديم الدعم الكاف له في تعديل هذا السلوك ليس فقط بالنسبة لسلوك الطفل ولكن تجاه أي مشكلة قد يتعرض لها الطفل ومساعدته في حلها حتى يشعر بالأمان وعدم الخوف وتزداد علاقته الإيجابية مع والديه، وفنية التدعيم والتعزيز وتدريبهم على استخدامها عند قيام الطفل بسلوك ملائم حتى يتكرر ظهوره مره أخرى في المرات القادمة ويتخذه الطفل نمطاً اساسياً له.

بالإضافة إلى ما سبق تم تقديم بطاقات لأعضاء المجموعة الارشادية مدون عليها بعض التوصيات والارشادات التي يمكن اللجوء اليها من حين لآخر عند التعامل مع أطفالهم في ضوء الخطوات التي وضعها (Smith et al. (2019) والمتمثلة في: (١) وضع الحدود: يجب وضع معايير للسلوك المقبول وغير المقبول، وما هي العواقب الناجمة عن عدم اتباع معايير السلوك السوي، مما يدفعهم ذلك إلى أن يكونوا أكثر تحكماً في سلوكياتهم. (٢) تحمل المسؤولية: كن هادئاً عندما يسئ طفلك التصرف، وتذكر أن "السلوك غير المقبول" الذي قام به طفلك لا يعرف كيفية التعامل معه ويحتاج لمساعدتك، فحافظ على هدوءك وتحكم في غضبك حتى يتشكل لديه الشعور بالأمن. (٣) وضع جدول للروتين اليومي: من خلال وضع جدول زمني للأعمال المراد الانتهاء منها وكذلك العطلات والرحلات بالاتفاق مع طفلك حتى يشعر طفلك بالراحة وعدم الانزعاج نتيجة تكليفه بأعمال متتالية بدون فاصل.

## توصيات الدراسة :

- في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة، يمكن استخلاص بعض التوصيات:
- 1- تنظيم ندوات توعية موجهة للأسر لتوعيتهم باضطراب التعلق الارتكاسي ومظاهره وأنواعه وكيفية نشأته وما يترتب عليه من مشكلات سلوكية وانفعالية تعيق نمو الطفل اجتماعياً وانفعالياً.
  - 2- تنظيم ندوات توعية للوالدين لتعريفهم بأساليب التنشئة الوالدية الخاطئة كالإهمال والقسوة والتفرقة وغيرها وكيفية استبدالها بأساليب صحيحة وسليمة تساعد على تكوين روابط إيجابية بين الطفل وبين مقدم الرعاية.
  - 3- تعريف الأسر والمجتمع من خلال المؤتمرات ووسائل الاعلام بأنواعها المختلفة بأنماط إساءة المعاملة ومظاهرها وما ينتج عنها من عواقب سلبية كاضطرابات التعلق بأنواعها المختلفة.
  - 4- إمداد العاملين في مجال رعاية الطفولة بكتيبات ارشادية عن إساءة المعاملة واضطرابات التعلق وكيفية الوقاية منها أو مواجهتها والتقليل منها.
  - 5- تقديم برامج ارشادية متكاملة للوالدين والمعلمين والأطفال معاً للحد من أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي والمشكلات السلوكية المصاحبة له.

## دراسات مقترحة :

- في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة، يمكن وضع بعض الدراسات المقترحة:
- 1- بعض العوامل النفسية الكامنة وراء اضطراب التعلق الارتكاسي لدى الأطفال.
  - 2- فعالية برنامج ارشادي باللعب في خفض اعراض اضطراب التعلق الارتكاسي.
  - 3- اضطراب التعلق الارتكاسي وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

## المراجع

### أولاً: المراجع العربية:

- اجلال اسماعيل حلمي (١٩٩٩). *العنف الاسرى*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- أمال عبد السميع أباطة (٢٠٠٥). *مقياس الإساءة والإهمال للأطفال العاديين وغير العاديين*. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- اماني عبد المقصود عبد الوهاب (١٩٩٩). *الشعور بالأمن النفسي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية*. المؤتمر السادس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، الفترة من ١٠-١٢ نوفمبر ١٩٩٩، ص ص ٦٩١ - ٧٦٠.
- أنس محمد شحادة، ورياض العاسمي (٢٠١٦). *التعلق بالأقران وعلاقته بالتعاطف الوجداني لدى عينة من طلبة الماجستير في كلية التربية بجامعة دمشق*. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، ٣ (١)، ١٧٠ - ١٩٥.
- ايمان محمد أبو ضيف (١٩٩٨). *سوء معاملة الطفل وعلاقتها ببعض الاضطرابات السلوكية " دراسة تشخيصية علاجية" (رسالة دكتوراه)*. كلية التربية بسوهاج، جامعة جنوب الوادي.
- سامي محمد ملحم (٢٠٠٧). *مبادئ التوجيه والارشاد النفسي*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- سمر حسن الحاج (٢٠٠١). *اساءة معاملة الطفل*. عمان: مؤسسة نهر الاردن.
- طه عبد العظيم حسين (٢٠١٥). *الارشاد النفسي: النظرية - التطبيق - التكنولوجيا (ط٧)*. عمان: دار الفكر.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٨). *مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل (الأطفال العاديين ونزو الاحتياجات الخاصة)*. القاهرة، دار الرشاد.
- عبد الرقيب أحمد البحيري (٢٠١٧). *مقياس وكسلر لنكاء الأطفال " الطبعة الرابعة"*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فاطمة عبد الرحيم النوايسة (٢٠١٣). *الإرشاد النفسي والتربوي*. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- فوقيه حسن عبد الحميد (١٩٩٧). *مدة وفاة أحد الوالدين وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدي الأبناء" دراسة كLINيكية"*. *مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس*، ج (١)، ع (٢١)، ٩ - ٥٦.
- مصطفى أبو المجد، وعلي ثابت (٢٠١٦). *اضطراب التعلق الارتكاسي وعلاقته بفرط النشاط والقلق والمشكلات السلوكية لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية المساء معاملتهم*. *المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية*، ٢٦ (٩٢)، ٣١ - ٩٥.

مؤمن الحديدي، وهاني جهشان (٢٠٠٤). أشكال وعواقب العنف ضد الأطفال . ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العربي الأول للوقاية من إساءة معاملة الأطفال، الأردن، الفترة من ٢٣-٢٥ فبراير ٢٠٠٤ ، ص ص ١- ٣٧ .

نجاح رمضان محرز (٢٠٠٥). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بتوافق الطفل الاجتماعي والشخصي في رياض الأطفال. مجلة جامعة دمشق، ١٢(١) ، ٢٨٥-٣٢٤ .

### ثانياً: المراجع الاجنبية:

Allen, B. (2011). The use of attachment theory in clinical practice with maltreated children, part II: treatment, trauma. *Violence & Abuse Journal*, 12(1), 13-22. <https://doi.org/10.1177/1524838010386974>

American Psychological Association (2008). *APA concise dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychological Association (2015). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Atkinson, L. (2018). Reactive attachment disorder and attachment theory from infancy to adolescence: review, integration, and expansion. *Attachment & Human Development*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1499214>

Bahita, M. S. (2009). *Dictionary of psychology and allied science*. New Delhi: New Age International (P) Ltd., Publishers.

Balbernie, R. (2010). Reactive attachment disorder as an evolutionary adaptation. *Attachment & Human Development Journal*, 12(3), 265-281. <https://doi.org/10.1080/14616734.2010.482223>

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>

Becker-Weidman, A. (2008). Treatment for children with reactive attachment disorder: dyadic developmental psychotherapy. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(1), 52-59. <http://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00428.x>

Berger, C. R. (1987). Communicating under uncertainty. In M. E. Roloff & G. R. Miller (Eds), *Inter-personal processes: New directions in communication research* (pp. 39-62). Newbury Park, CA. Sage.



- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O., & Carlson, E. (2012). Enhancing attachment organization among maltreated children: results of a randomized clinical trial. *Child Development*, 83(2), 623–636. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01712.x>
- Boris, N. W., & Renk, K. (2017). Beyond reactive attachment disorder: how might attachment research inform child psychiatry practice? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 455–476. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2017.03.003>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Boxley, B. (2018). Child attachment style as a predictive factor for internalization and externalization of witnessing community violence. *Psychology*, 9, 578-587. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.94036>
- Breidenstine, A.S., Bailey, L.O., Zeanah, C. H., & Larrieu, J. A. (2011). Attachment and trauma in early childhood: a review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 274–290. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.609155>
- Bruce, M., Young, D., Turnbull, S., Rooksby, M., Chadwick, G., Oates, C.,... Minnis, H. (2018). Reactive attachment disorder in maltreated young children in foster care. *Attachment & Human Development*, <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1499211>
- Buckner, J. D., Lopez, C., Dunkel, S., & Joiner, T. E. (2008). Behavior Management Training for the Treatment of Reactive Attachment Disorder. *Child Maltreatment*, 13(3), 289–297. <https://doi.org/10.1177/1077559508318396>
- Carrion, V.G., & Steiner, H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 353-359. <https://doi.org/10.1097/00004583-200003000-00018>
- Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Sherman, L. J., Stupica, B., & Lejuez, C. W. (2011). Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Development and Psychopathology*, 23(01), 131–148. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000696>
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B. E, Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C., ... Miller-Perrin, C. (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment

problems. *Child Maltreatment Journal*, 11(1), 76-89.  
<https://doi.org/10.1177/1077559505283699>

- Cort, N. (2007). Processes underlying maternal intergenerational transmission of child maltreatment: the role of attachment insecurity, intimate partner violence victimization and psychological distress (*Doctor of Philosophy*). The College Arts & Sciences, University of Rochester.
- David, M. (2009). *The Cambridge Dictionary of Psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Drisko, J. W. (2018). Ongoing challenges in conceptualizing and treating reactive attachment disorder. *Child and Adolescent Social Work Journal*. <http://doi.org/10.1007/s10560-018-0548-2>
- Drisko, J. W., & Zilberstein, K. (2008). What Works in Treating Reactive Attachment Disorder: Parents' Perspectives. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 89(3), 476–486. <http://doi.org/10.1606/1044-3894.3773>
- Ellis, E.E., & Saadabadi, A. (2020, January 24). *Reactive attachment disorder*. Time website: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537155/>
- Facompré, C. R., Bernard, K., & Waters, T. E. A. (2017). Effectiveness of interventions in preventing disorganized attachment: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 30(01), 1–11. <http://doi.org/10.1017/s0954579417000426>.
- Fearon, P. R. M., & Belsky, J. (2011). Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 782–791. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02350.x>
- Green, J., Stanley, C., & Peters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment & Human Development*, 9(3), 207–222. <https://doi.org/10.1080/14616730701453820>
- Guyon-Harris, K. L., Humphreys, K. L., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2019). Signs of attachment disorders and social functioning among early adolescents with a history of institutional care. *Child Abuse & Neglect*, 88, 96–106. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.005>
- Hale, C. (2019). Reactive attachment disorder: the need for emotionally available nurturance. *BAOJ Medical and Nursing*, 5(1), 1-7.

- Harrist, A. W., & Waugh, R. M. (2002). Dyadic synchrony: Its structure and function in children's development. *Developmental Review*, 22(4), 555–592. [https://doi.org/10.1016/s0273-2297\(02\)00500-2](https://doi.org/10.1016/s0273-2297(02)00500-2)
- Hornor, G. (2019). Attachment disorders. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(5), 612–622. <http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.04.017>
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: attachment, development and intervention*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hultez, G. (2011). Gender and Age Differences in the Presentation and Diagnosis of Children with Reactive Attachment Disorder Based on Custodial Adult's Report (*Doctor of Philosophy*). Harold Abel School of Social and Behavioral Sciences, Capella University.
- Jung, M., Takiguchi, S., Hamamura, S., Mizuno, Y., Kosaka, H., & Tomoda, A. (2020). Thalamic volume is related to increased anterior thalamic radiations in children with reactive attachment disorder. *Cerebral Cortex*, 1–8. <http://doi.org/10.1093/cercor/bhaa051>
- Kay, C., & Green, J. (2013). Reactive attachment disorder following early maltreatment: Systematic evidence beyond the institution. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 571–581. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9705-9>
- Kliewer-Neumann, J. D., Zimmermann, J., Bovenschen, I., Gabler, S., Lang, K., Spangler, G., & Nowacki, K. (2018). Assessment of attachment disorder symptoms in foster children: comparing diagnostic assessment tools. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(43), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0250-3>
- Knafo, H., Murphy, A., Steele, H., & Steele, M. (2018). Treating disorganized attachment in the group attachment-based intervention (GABI©): a case study. *Journal of Clinical Psychology*, 74(8), 1370–1382. <http://doi.org/10.1002/jclp.22647>
- Lehmann, S., Breivik, K., Heiervang, E. R., Havik, T., & Havik, O. E. (2015). Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder in School-Aged Foster Children - A Confirmatory Approach to Dimensional Measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 445–457. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0045-4>
- Lehmann, S., Monette, S., Egger, H., Breivik, K., Young, D., Davidson, C., & Minnis, H. (2018). Development and Examination of the Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder

Assessment Interview. Assessment, 1-17.  
<https://doi.org/10.1177/1073191118797422>

- Levendosky, A., Huth-Bocks, A. C., & Bogat, G.A. (2011). The influence of domestic violence on the development of attachment relationship between mother and young child. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 512-527. <https://doi.org/10.1037/a0024561>
- Mather, J., Lager, P., & Harris, J. (2007). *Child welfare: policies and best practices*. Belmont: CA Brooks/Cole.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Waschbusch, D. A., Breaux, R. P., & Baweja, R. (2017). Reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Callous-unemotional traits and comorbid disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 28–37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2017.02.012>
- Miltenberger, R.G. (2011). *Behavior Modification: Principles and Procedures* (5<sup>th</sup> ed.). Belmont: Wadsworth.
- Mikic, N., & Terradas, M. M. (2014). Mentalization and attachment representations: a theoretical contribution to the understanding of reactive attachment disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1), 34–56. <https://doi.org/10.1521/bumc.2014.78.1.34>.
- Minnis, H., Green, J., O'Connor, T., Liew, A., Glaser., Taylor., Follan, M., Young, D., Barnes, J., Gillberg, C., Pelosi, A., Arthur, J., Burston, A., Connolly, B., & Sadiq, F. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(8), 931–942. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02075.x>
- Minnis, H., Macmillan, S., Pritchett, R., Young, D., Wallace, B., Butcher, J.,... Gillberg, C. (2013). Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 342-346. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.114074>
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(01), 195–210. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000738>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long- term health consequences of child physical abuse, emotional

abuse and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), 1-31. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

Pasalich, D. S., Dadds, M. R., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Attachment and callous-unemotional traits in children with early-onset conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(8), 838-845. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02544.x>

Phelps, R., Eisert, D., Schulz, S., & Augustyn, M. (2012). Attached to a diagnosis: the quandary of social deficits and reactive attachment disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(1), 84–86. <http://doi.org/10.1097/dbp.0b013e31823ff33e>.

Rivett, M., Buchmüller, J., & Oliver, K. (2018). *Family therapy skills and techniques in action*. New York: Routledge.

Roelofs, J., Meesters, C., ter Huurne, M., Bamelis, L., & Muris, P. (2006). On the Links Between Attachment Style, Parental Rearing Behaviors, and Internalizing and Externalizing Problems in Non-Clinical Children. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 319–332. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9025-1>

Rose, J., & Parker, R. (2014). New resources focusing on attachment issues in school. *British Journal of School Nursing*, 9 (4), 195-196. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2014.9.4.195>

Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the baby: enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home-visiting program. *Infant Mental Health Journal*, 34(5), 391–405. <https://doi.org/10.1002/imhj.21406>

Scheper, F. Y., Abrahamse, M. E., Jonkman, C. S., Schuengel, C., Lindauer, R. J. L., de Vries, A. L. C., ... Jansen, L. M. C. (2016). Inhibited attachment behaviour and disinhibited social engagement behaviour as relevant concepts in referred home reared children. *Child: Care, Health and Development*, 42(4), 544–552. <https://doi.org/10.1111/cch.12319>

Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201–269. <https://doi.org/10.1002/1097-0355>

Seim, A. R., Jozefiak, T., Wichstrøm, L., & Kaye, N. S. (2019). Validity of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01456-9>

- Shaw, S. R., & Pàez, D. (2007). Reactive attachment disorder: recognition, action, and considerations for school social workers. *Journal of Children & School*, 29(2), 70-74. <https://doi.org/10.1093/cs/29.2.69>
- Shi, L. (2014). Treatment of reactive attachment disorder in young children: importance of understanding emotional dynamics. *The American Journal of Family Therapy*, 42, 1-13. <https://doi.org/10.1080/01926187.2013.763513>
- Smith, M., Robinson, L., Saisan, J., & Segal, J. (2019, December 10). *Reactive Attachment Disorder (RAD) and Other Attachment Issues*. Time website: <https://www.helpguide.org/articles/parenting-family/attachment-issues-and-reactive-attachment-disorders.htm>
- Steele, H., & Steele, M. (2014). Attachment Disorders: Theory, research and treatment considerations. In M. Lewis & K. Rudolph (3<sup>rd</sup> eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 357-370). New York: Springer.
- Stinehart, M. A., Scott, D. A., & Barfield, H. G. (2012). Reactive attachment disorder in adopted and foster care children: implications for mental health professionals. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples & Families*, 20(4), 335-360. <https://doi.org/10.1177/1066480712451229>
- Storebø, O. J., Rasmussen, P. D., & Simonsen, E. (2016). Association between Insecure attachment & ADHD: environmental mediating factors. *Journal of Attention Disorders*, 20(2), 187-196. <https://doi.org/10.1177/1087054713501079>
- Taft, R. J., Ramsay, C. M., & Schlein, C. (2015). Home and school experiences of caring for children with reactive attachment disorder. *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, 9, 237-246.
- Tarabulsky, G. M., Dubois-Comtois, K., Baudry, C., Moss, E., Roberge, A., Laura-Emilie Savage, L.,... Bernier, A. (2018). A case study illustrating the use of an attachment video-feedback intervention strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 74,1358-1369. <https://doi.org/10.1002/jclp.22646>
- Tereno, S., Guedeney, N., Dugravier, R., Greacen, T., Saïas, T., Tubach, F., ... Guédeney, A. (2016). Sécurité de l'attachement des jeunes enfants dans une population française vulnérable. *L'Encéphale*, 43(2), 99-103. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.11.006>
- Tharner, A., Luijk, M. P. C. M., van IJendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., ... Tiemeier, H.

(2012). Infant Attachment, Parenting Stress, and Child Emotional and Behavioral Problems at Age 3 Years. *Parenting*, 12(4), 261–281. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.709150>

Thorell, L., Rydell, A., & Bohlin, G. (2012). Parent–child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment & Human Development Journal*, 14(5), 517–532. <https://doi.org/10.1080/14616734.2012.706396>

Tobin, D., Wardi-Zonna, K., & Yezzi-Shareef, A. (2007). Early recollections of children and adolescents diagnosed with reactive attachment disorder. *The Journal of Individual Psychology*, 63(1), 86-95.

Turner, M., Beckwith, H., Duschinsky, R., Pal, S., Forslund, T., Schuengel, P. C.,...Coughlan, B. (2019). Attachment difficulties and disorders. *InnovAiT*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1177/1755738018823817>.

Upadhyaya, S., Chudal, R., Luntamo, T., Hinkka- Yli- Salomäki, S., Sucksdorff, M., Lehtonen, L., & Sourander, A. (2020). Perinatal risk factors and reactive attachment disorder: a nationwide population-based study. *Acta Paediatrica*. <https://doi.org/10.1111/apa.15156>

Upadhyaya, S., Chudal, R., Luntamo, T., Sinkkonen, J., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Kaneko, H., & Sourander, A. (2018). Parental Risk Factors among Children with Reactive Attachment Disorder Referred to Specialized Services: A Nationwide Population-Based Study. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-00861-6>

VandenBos, G. R. (2012). *APA dictionary of clinical psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Vasileva, M., & Petermann, F. (2016). Attachment, Development, and Mental Health in Abused and Neglected Preschool Children in Foster Care. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-16. <https://doi.org/10.1177/1524838016669503>

Vega, H., Cole, K., & Hill, K. (2019). Interventions for children with reactive attachment disorder. *Nursing*, 49(6), 50–55. <http://doi.org/10.1097/01.nurse.0000554615.92598.b2>

Wesselmann, D., Armstrong, S., Schweitzer, C., Davidson, M., & Potter, A. (2018). An integrative EMDR and family therapy model for treating attachment trauma in children: a case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4), 196-207. <http://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.196>

- Wimmer, J. S., Vonk, E. M., & Bordnick, P. (2009). A preliminary investigation of the effectiveness of attachment therapy for adopted children with reactive attachment disorder. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26, 351–360. <http://doi.org/10.1007/s10560-009-0179-8>
- Wright, B., Hackney, L., Hughes, E., Barry, M., Glaser, D., Prior, V., ... McMillan, D. (2017). Decreasing rates of disorganized attachment in infants and young children, who are at risk of developing, or who already have disorganized attachment. A systematic review and meta-analysis of early parenting interventions. *PLOS ONE*, 12(7), e0180858. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0180858>
- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207–222. <http://doi.org/10.1111/icpp.12347>
- Zeanah, C. H., Cheshier, T., Boris, N. W., Walter, H. J., Bukstein, O. G., Bellonci, C., ... Stock, S. (2016). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 990–1003. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.08.004>
- Zilberstein, K. (2016). Reactive Attachment Disorder. In R.J.R. Levesque (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp.1-8). Switzerland: Springer International Publishing.
- Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2018). Attachment disorder behavior in early and middle childhood: associations with children's self-concept and observed signs of negative internal working models. *Attachment & Human Development*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1499212>