فعالية الدراما النفسية فى خفض أعراض الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم

د . شادي محمد السيد أبو السعود
أستاذ التربية الخاصة والصحة النفسية المساعد
كلية التربية – جامعة الطائف

ملخص البحث:

استهدف البحث الكشف عن معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، وتصميم برنامج دراما نفسية واختبار فعاليته في خفض أعراض الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية، وقد تكونت العينة الكلية للبحث من (١٢٠) تلميذًا من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من التلاميذ الملتحقين ببرنامج صعوبات التعلم بمدارس التربية والتعليم بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية في حين تكونت العينة الخاصة بالدراسة التطبيقية من (٢٠) تلميذًا من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الملتحقين ببرنامج صعوبات التعلم بمدرسة الملك فيصل الابتدائية، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية من (٩– ١١) عامًا، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة قوام كل منها (١٠) تلاميذ، وقد تم تطبيق الأدوات الآتية: الطبعة الثانية من قائمة كوفاكس (2011) Kovacs لاكتئاب الصغار التقرير الذاتي المطول: تعريب وإعداد الباحث، مقياس ستانفورد بينيه العرب للذكاء (الطبعة الرابعة): إعداد حنورة (٢٠٠١)، مقياس صعوبات التعلم: إعداد السرطاوي (١٩٩٥)، استمارة تقدير الوضع الاجتماعي الثقافي للأسرة في البيئة السعودية: إعداد/ منسي وأحمد، تقنين الشربيني وأبو السعود (٢٠١٣)، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الآتية: ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، وجود فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، وجود فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي.

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب– – ذوو صعوبات التعلم– الدراما النفسية.

The Effectiveness Of Psychodrama In Reducing Depression Symptoms For Students With Learning Disabilities

Dr. Shady Mohammed Al Sayed Abo El Soad
Assistant professor of special education and mental health
Faculty of Education – Taif University

The study aimed at investigating prevalence rates of depression among students with learning disabilities, Examine the effectiveness of Psychodrama in reducing depression symptoms for students with learning disabilities in Taif governorate – Saudi Arabia Kingdom.

The total sample of the study consisted of 120 students with learning disabilities from schools of Taif governorate – Saudi Arabia Kingdom, The sample of experimental study consisted of 20 students with learning disabilities from King Faisal primary school in Taif governorate – Saudi Arabia Kingdom, Ages ranged from (9– 11) years. The sample was divided into two groups: Experimental group (10 students) and control group (10 students). The study included the following Instruments: Full Length CDI 2:SR scale preparation and arabization by investigator**,** The learning disabilities scale was prepared by Al– Saratawi (1995), Stanford– Binet Intelligence scale, Fourth edition was prepared by Hanora (2001) , The socio– cultural situation scale for family in Saudi environment , prepared by Mansy and Ahmed ,Standardization by Al– Sherbeny and Abo– Alsoad (2013). The results of the study demonstrated that: High prevalence rates of depression among students with learning disabilities, There were significant differences between ranks scores of the experimental group students and the control group students in post measurement of the depression scale in favor of experimental group. There were significant differences between ranks scores of the experimental

group students in pre and post measurement of depression scale in favor of post measurement. There were no significant differences between ranks scores of the experimental group students in post and follow– up measurement of the depression scale.

.***Keywords***: Psychodrama – Depression – Learning disabilities

مقدمة:

ينتشر الاكتئاب في جميع المجتمعات، ويتواجد في جميع المراحل العمرية كما يصيب الذكور والإناث، ويبلغ عدد الأشخاص الذين يؤثر عليهم الاكتئاب حول العالم حوالي (٣٥٠) مليون شخص، ويوضح المسح الصحي لمنظمة الصحة العالمية الذي تم إجراؤه على (١٧) دولة أن هناك (١) من كل (٢٠) شخصًا يعانون من الاكتئاب، وغالبًا ما يبدأ الاكتئاب في مرحلة مبكرة من العمر (World Health Organization, 2012).

وبالرغم من تواجد الاكتئاب في جميع المجتمعات؛ إلا أن هناك العديد من الفئات تكون أكثر عرضة لارتفاع مستويات الاكتئاب لديها عن الفئات الأخرى، ويعد ذوو صعوبات التعلم من ضمن هذه الفئات، وهذا ما يؤكده الباحثون، فيتفق كل من Nelson & Harwood (2011); Feurer & Andrews (٢٠٠٩) أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من أكثر الفئات عرضة لخطر الاكتئاب نظرًا لشدة الضغوط النفسية والحياتية التي يتعرضون لها، وتشير نتائج دراسة Koulopoulou (2010) إلى ارتفاع أعراض الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بشكل كبير حيث كان ٢٢,١٪ من التلاميذ ذوي صعوبات يعانون من الاكتئاب، ٢١,٦٪ يعانون من الغضب، ٢٠,٩٪ يعانون من السلوك المضطرب.

ويتفق كل من Gallegos, Langley, & Villegas (2012); Hall & Hawes (1989)، أن مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أكثر ارتفاعًا عن مستوى الاكتئاب لدى أقرانهم العاديين.

ولا شك أن مشكلة الاكتئاب تعد من أخطر المشكلات النفسية التي يتعرض لها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم نظرًا لما ينتج عن هذه المشكلة من آثار سيئة تؤثر تأثيرًا سلبيًا عليهم، فالاكتئاب يعد من أشد الاضطرابات النفسية التي تؤثر في حياة ذوي صعوبات التعلم وتهدد سعادتهم وتسلبهم القدرة على الاستمتاع بالحياة، وهذا ما يؤكده العديد من الباحثين، فيتفق كل من Beer & Beer (1992); Bender, Huntington & Bender (1993); Rosenkrans & Crane (1999)، أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الذين يعانون من الاكتئاب يفتقدون القدرة على الاستمتاع بالحياة، ومن ثم فهم يفكرون في الانتحار، والتخلص من حياتهم.

كما أن الاكتئاب يؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للتلاميذ كما يؤثر على أدائهم الأكاديمي، فتؤكد البحوث أن هناك علاقة وثيقة بين الاكتئاب وضعف التحصيل الدراسي لدى التلاميذ (Waheid, 2002).

ومن ثم يتضح أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في أمس الحاجة إلى المساعدة وتقديم يد العون إليهم، وإتباع الطرق العلاجية والإرشادية وأساليب التدخل المختلفة التي يمكن من خلالها الحد من مستوى الاكتئاب لديهم.

وتعد الدراما النفسية من ضمن الأساليب العلاجية الفعالة التي تستخدم في خفض مستويات الاكتئاب حيث أنها تتيح للفرد فرصة التنفيس الانفعالي، والتعبير عن المشكلات والمكبوتات الموجودة لديه في مستوى اللاوعي وإخراجها إلى مستوى الوعي مما يخفض من مستوى الضغوط الحياتية التي يشعر بها.

وفي هذا الصدد يؤكد Kalkan and Osman (2005) أن الدراما النفسية تعد علاجًا فعالاً في خفض مستويات الاكتئاب نظرًا لأنها تتيح للفرد أداء مشكلاته أمام الجمهور مما يسهم في الكشف عن هذه المشكلات، وإيجاد حلول لها.

مشكلة البحث:

تنبع مشكلة البحث الحالي مما أكدته العديد من الدراسات السابقة أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من أكثر الفئات عرضة لخطر الاكتئاب (Heath &Wiener, 1996; Newcomer, Barenbaum & Pearson 1995; Schraufnagel, 2003), كما لاحظ الباحث من خلال تواصله المستمر مع التلاميذ ذوي صعوبات التعلم ومعلميهم بمحافظة الطائف أثناء إشرافه على طلاب التربية الميداني بقسم التربية الخاصة أن هناك الكثير من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الذين تظهر لديهم بعض الأعراض الاكتئابية.

ولا شك أن الاكتئاب يمثل مشكلة بالغة الخطورة بالنسبة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم حيث أنه يؤثر سلبًا على توافقهم النفسي والاجتماعي،ويسبب لهم العديد من المخاطر التي قد تؤدي إلى محاولتهم الانتحار والتخلص من حياتهم، وهذا يستدعي ضرورة التدخل المبكر للحد من مشكلة الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

خاصة أن أساليب التدخل المختلفة أثبتت فعاليتها في الحد من مستويات الاكتئاب لدى التلاميذ في سن المدرسة(Eckshtain & Gaynor ,2012; Kovacs, Sherrill, George, Pollock, & Tumuluru,2006; Zareapour, Khoshknab , Kashaninia, Biglarian, & Babashahabi,2009)

وتعد الدراما النفسية أحد أساليب التدخل الفعالة التي أثبتت جدواها في خفض مستويات الاكتئاب كما أكدت العديد من نتائج الدراسات السابقة (Beli, Rahgoien & Rahgozar ,2012; Hamamci,2006 ;Kalkan & Osman , 2005)

ومن ثم يسعى البحث الحالي إلى التعرف على معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، وتصميم برنامج دراما نفسية واختبار فعاليته في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بمحافظة الطائف في مرحلة الطفولة قبل أن تتفاقم مشكلة الاكتئاب لديهم ويتعاظم آثارها مستقبلاً عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة والشباب. ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في الأسئلة الآتية:

(١) ما معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم؟.
(٢) ما أثر برنامج الدراما النفسية في خفض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم؟.
(٣) ما مدى استمرارية أثر برنامج الدراما النفسية في خفض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم خلال فترة المتابعة؟.

أهداف البحث:

استهدف البحث الحالي الكشف عن معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، وتصميم برنامج دراما نفسية واختبار فعاليته في خفض أعراض الاكتئاب لديهم.

أهمية البحث:

أولاً الأهمية النظرية للبحث:

(١) دراسة الاكتئاب لدى فئة ذوي صعوبات التعلم خاصة أن معظم الدراسات العربية التي تناولت الاكتئاب – في حدود علم الباحث– تركزت بشكل كبير على فئة العاديين (التركيت، ٢٠١٥؛ الربيعي، ٢٠١٤؛ ضمرة ونصار، ٢٠١٤؛ عباس وملحم، ٢٠١٥؛ ؛ المصري، ٢٠١٤؛ مويسي ،وبو عبد الله ،وأحمد، ٢٠١٥) ، بالرغم من تأكيد العديد من الدراسات الأجنبية أن معدلات انتشار الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم تفوق معدلات انتشار الاكتئاب لدى أقرانهم العاديين (Dalley, Bolocofsky, Alcorn, & Baker,1992 Gallegos et al.,2012; Newcomer et al.,1995)؛ مما يؤكد أننا في

أمس الحاجة إلى المزيد من الدراسات في مجال الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم.

(٢) التعرف على معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في محافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية خاصة أنه لا يوجد – في حدود علم الباحث – إحصائيات علمية دقيقة توضح معدلات انتشار الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم داخل المملكة العربية السعودية.

ثانيًا الأهمية التطبيقية للبحث:

(١) تعريب الطبعة الثانية من قائمة كوفاكس لاكتئاب الصغار التقرير الذاتي المطول (Kovacs ,2011)، وتقنينها على عينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم والتلاميذ العاديين بالمملكة العربية السعودية ؛ مما قد يفيد في الاستعانة بها في المزيد من الدراسات الأخرى خاصة أن الطبعة الثانية من قائمة كوفاكس لاكتئاب الصغار تعد من أحدث المقاييس التي أعدت لقياس الاكتئاب لدى الصغار، وقد روعى في إعدادها مواكبة أحدث ما توصل إليه العلم في مجال تشخيص الاكتئاب لدى الصغار.

(٢) تصميم برنامج دراما نفسية ودراسة فعاليته في خفض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم وهم مازالوا في مرحلة الطفولة قبل أن تتفاقم لديهم مشكلة الاكتئاب وتزداد آثارها السيئة عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة والشباب.

(٣) قد يلفت البحث الحالي – بما يخرج به من توصيات – أنظار الباحثين إلى تصميم المزيد من البرامج العلاجية والإرشادية لدى ذوي صعوبات التعلم .

(٤) وتكمن أهميتها أيضًا فيما قد تسفر عنه من نتائج في مجال الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم، وفي مجال استخدام الدراما النفسية كأسلوب علاجي لدى هذه الفئة.

مصطلحات البحث:

١- الاكتئاب Depression

يعرف الاكتئاب بأنه اضطراب عقلي شائع من أعراضه: المزاج المكتئب، وفقدان الاهتمام، أو المتعة، وانخفاض الطاقة، ومشاعر الذنب، وانخفاض قيمة الذات، واضطراب النوم، أو الشهية، انخفاض التركيز، وعلاوة على ذلك كثيرًا

ما يصاحب الاكتئاب أعراض القلق، وهذه المشكلات قد تصبح مزمنة، أو متكررة، وتؤدي إلى ضعف قدرة الفرد على القيام بمسئولياته اليومية، وفي أسوأ حالاته قد يؤدي الاكتئاب إلى الانتحار(World Health Organization, 2012).

ويعرف الاكتئاب في البحث الحالي إجرائيًا بأنه: الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم على مقياس الاكتئاب المستخدم في البحث الحالي.

٢- صعوبات التعلم Learning Disabilities

يعرف القانون الفيدرالي المعروف باسم قانون تنمية تعليم الأفراد ذوي الإعاقات Individuals with Disabilities Education Improvement Act (IDEA) لعام (٢٠٠٤) صعوبات التعلم بأنها: "اضطراب في واحدة، أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية اللازمة سواء لفهم، أو استخدام اللغة المنطوقة، أو المكتوبة والتي تظهر بذاتها في قصور القدرة على الاستماع، التفكير، النطق، القراءة، الكتابة، التهجي، العمليات الرياضية، ومن أمثلة ذلك: الصعوبات الإدراكية، التلف الدماغي، الخلل الوظيفي البسيط في الدماغ، عسر القراءة، أو حُبسة الكلام النمائية، وهذا المصطلح لا يشتمل على مشكلات تعليمية تنتج عن أي صعوبات حركية، أو سمعية، أو بصرية متعلقة بالإعاقة الفكرية، أو الاضطراب العاطفي، أو الحرمان البيئي، أو الثقافي، أو الاقتصادي" (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, ,2004)

٣- الدراما النفسية Psychodrama

تعرف الدراما النفسية بأنها تقنية علاجية غالبًا ما تستخدم لعب الدور الجمعي Group role playing، والعرض الذاتي الدرامي Dramatic self presentation، والدراما العفوية Spontaneous dramatization، لاكتساب نظرة ثاقبة حول حياة المسترشدين ؛ويقوم أعضاء الفريق فيها بالتعاون مع المسترشد في أداء مشاهد من حياته لمساعدته في إيجاد حلول لمشكلاته (Udoka & Akinsola, 2013, p.247).

٤- برنامج الدراما النفسية Program Psychodrama

يعرف الباحث برنامج الدراما النفسية في البحث الحالي إجرائيًا: بأنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء مجموعة من الأسس العلمية قائم على أسلوب الدراما النفسية في العلاج النفسي الذي أسسه ليفي مورينو Moreno، ويستخدم

مجموعة من الفنيات ،وهي: فنية لعب الدورRole playing، فنية عكس الدور Role Reversal، فنية مناجاة النفس Soliloquy، فنية الكرسي الخالي Empty Chair، فنية المرآة Mirror technique، فنية المتجر السحري Magic shop technique، فنية المناقشة Discussion ؛ بهدف خفض مستوى أعراض الاكتئاب لدى مجموعة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

إطار نظري ودراسات سابقة

أولاً: الدراما النفسية

تعد الدراما النفسية إحدى أساليب العلاج النفسي التي تجعل من المسرحية الدرامية الموجهة Directed dramatic play وسيلة للكشف عن المشكلات والقضايا التي يعيشها الفرد، وتعود هذه الطريقة إلى مؤسسها يعقوب ليفي مورينو Jacob Levy Moreno الذي يعد والد الدراما النفسية ومؤسسها الأول حيث قام بمساعدة من زوجته زيركا مورينو Moreno Zerka باستخدام هذه الطريقة في العلاج النفسي، وقد كان مورينو يعمل طبيبًا نفسيًا وفي ذات الوقت يعشق التمثيل والأداء المسرحي مما مكنه من الجمع بين التمثيل وأساليب العلاج النفسي في هذه الطريقة العلاجية (Apter, 2003; Karp, Holmes, & Tauvon,2005).

وقد اعتقد مورينو أن استخدام اللغة ولعب الدور وحركات الجسم (الإيماءات، وتعبيرات الوجه، والتواصل غير اللفظي)، بالإضافة إلى التفاعل بين أعضاء الفريق وسيلة أساسية يمكن من خلالها التعرف على الصعوبات والمشكلات التي يعيشها المسترشد، ومن ثم فهذا النهج العلاجي يعتمد على الإبداع والعفوية Creativity and Spontaneity، فالإبداع والعفوية هنا يعدان جزءً من الشفاء حيث يقوم المسترشد بأداء المشكلات التي يعاني منها بصورة حية من خلال الدراما والأداء الحركي وكأنها تحدث في نفس اللحظة، ومن ثم يتمكن المسترشد بمساعدة المعالج من الاستبصار بمشكلته وإيجاد حلول لها (Blatner, 2000; Kellermann,1992; Parrish, 2001).

ومن مميزات الدراما النفسية أنها تتيح للفرد مساحة للتنفيس Catharsis وذلك من خلال إتاحة الفرصة له لأداء بعض المشاهد مثل مشاهد الحياة الواقعيةReal life scenes التي عاشها في الحاضر، أو الماضي، أو الأشياء التي رآها في أحلامه، وكذلك الأحداث المستقبلية المتوقع، أو المأمول حدوثها (Dayton, 2005;Djuric, 2006).

وبالإضافة إلى ذلك تصلح الدراما النفسية للتطبيق مع جميع المراحل العمرية حيث تصلح للاستخدام مع الأطفال (Akinsola & Udoka , 2013)، والمراهقين(Karatas & Gokcakan , 2009) ، وكذلك مع الراشدين (Bailey,2012).

وأيضًا تعمل الدراما النفسية على الحد من الشعور بالوصمة المرتبطة بالمرض النفسي خاصة أنها تتيح للمسترشد الانخراط مع مجموعة من المسترشدين الذين تتشابه مشكلاتهم معه، ومن ثم يقوم المسترشد في هذه الطريقة بالتعبير عن المشكلات التي يعاني منها بصورة عفوية من خلال قيامه بتأدية الدور وأداء المشكلات التي يعاني منها أمام الجمهور؛ مما يسهم في نقل تصورات وأفكار المسترشد إلى الجمهور ،ومن ثم يتيح ذلك الكشف عن المشاعر والمشكلات التي يعاني منها المسترشد أمام الآخرين في مساحة آمنة بدلاً من المواجهة في العزلة ؛ مما يسهم بشكل كبير في حل المشكلات التي يعاني منها (Blatner, 2007; Blatner & Shaughnessy, 2003; Corey, 2012)

ويلخص كوري (2012) Corey مبادئ الدراما النفسية على النحو الآتي:

(١) الانخراط جسديًا في أداء القصة بدلاً من الاكتفاء برواية القصة.
(٢) تفاعل الأعضاء مع بعضهم البعض في تقديم القصص الخاصة بهم.
(٣) تقديم الأبطال درامتهم بشكل ملموس قدر الإمكان.
(٤) تزايد الكشف الصادق عن الذات.

عناصر ومراحل الدراما النفسية:

تتعدد عناصر الدراما النفسية ومن أهم هذه العناصر: المخرج، بطل الرواية، الأنا المساعدة، الجمهور.

المخرج Director: ويتمثل عادة في المعالج النفسي، وهو الذي يقوم بتوجيه العمل واختيار فنيات الدراما النفسية المناسبة التي تتناسب مع طبيعة المشكلة، ولا يقتصر دور المخرج على ذلك بل تتعدد أدواره، فهو المنتج Producer، والمحفز Catalyst، والملاحظ النفسي Psychological observer، والمحللAnalyzer، والمدرب الداعم Supportive coach الذي يقدم الدعم لبطل الرواية وفريق العمل (Kellermann,1992; Djuric, 2006).

بطل الرواية Protagonist وهو عضو في فريق العمل الذي يتطوع في الغالب للمشاركة في بعض الأعمال العلاجية حيث يقوم بأداء المشاهد الدرامية كما لو كانت تحدث في اللحظة الراهنة (In Gladding, 2003) the current moment.

الأنـوات المسـاعدة Auxiliary egos وهـم أعضـاء المجموعـة الآخـرون الذيـن يشاركـون في الدرامـا النفسية، ويقوم مخرج العمل، أو بطل الرواية باختيارهم حيث يقومون بأداء أدوار الشخصيات الهامة في حياة بطل الرواية .(Djuric, 2006)

الجمهـور Audienceوهـم بقيـة أعضـاء المجموعـة الذيـن يقومـون بمتابعـة أداء مشاهد الدراما النفسية، ومتابعة العمل الفني (Jacobs., 2002) .

وتنقسـم جلسـات الدرامـا النفسـية إلى ثـلاث مراحل أساسـية: وهـي مرحلـة الإحماء Warm– up، ومرحلـة الأداء Action، ومرحلـة المناقشـة Discussion، وتهـدف مرحلـة الإحمـاء إلى زيـادة النشـاط العقلـي والبـدني لأفـراد المجموعـة، وتنميـة الوئـام وروح المشاركـة بينهم كما أن هـذه المرحلة تمهد للمرحلـة التي تليها (Blomkvist & Reutzel, 2000; Kipper & Hundal,2003)

أما مرحلة الأداء phase Action فيتم فيها – من خلال لعب الأدوار – أداء مواقف الصـراع Conflictual situations والمشكـلات التـي عاشهـا المسترشد في الماضي، أو التـي يعيشهـا في الحاضـر، أو تلـك المتوقـع حدوثهـا في المستقبـل، وذلـك بهـدف إخـراج المشكـلات الكامنة والصراعـات الداخلية لدى المسترشـد وجعلها تطفو على السطـح Surface حتـى يكون أكـثر إدراكًا لها ووعيًا بها، وتجـرى هذه المرحلة على خشبـة المسـرح Stage، أو في غرفـة مخصصة لذلك، أما الجمهـور فيقوم في الغالب بالجلوس علـى شكـل نصـف دائـرة Semi– circle لمشاهـدة الدرامـا النفسية (Dayton, 2005; Kipper & Ritchie, 2003)

وتعـد مرحلـة المناقشـة Discussion phase، الوقـت المناسب للتنفيـس والتكامل Catharsis and Integration حيـث يتـم دعـوة أعضاء المجموعـة العلاجية مرة أخـرى ليـس لإصـدار أحكـام Non– judgmental بـل لتبـادل الآراء والخـبرات والتحـدث عـن أنفسهـم، وعـن الخـبرات التـي تم اكتسابهـا مـن خـلال المشاركـة، أو المشاهدة، ومن ثم يسأل المخرج هنا أفراد المجموعة: كيف أثر عليهم المشهد شخصيًا How the scene affected them personally ؟، وماذا اكتشفوا حول أنفسهم What they discovered about themselves ؟، ومـن ثـم يتـم تبـادل الآراء هنـا والتعرف علـى وجهة نظرهم الشخصية (Blatner, 2007; Casson,2004; Leveton, 2001).

فنيات الدراما النفسية

تستخدم العديد من الفنيات في مجال الدراما النفسية وسيركز الباحث هنا على الفنيات التي استخدمها في البحث الحالي موضحًا سبب اختياره لها، وهي:

فنية لعب الدور Role playing: يعد لعب الدور فنية أساسية يمكن من خلالها التعرف على المشكلات التي يعاني منها المسترشد (بطل الرواية) حيث رأى مورينو أن المسترشدين سيستفيدون كثيرًا من أدائهم لمشكلاتهم أكثر من الحديث عن أنفسهم، ويتطلب ذلك أن يقوم بطل الرواية (المسترشد) بأداء المشكلة التي يعاني منها، وذلك بمشاركة الأنوات المساعدة Auxiliary egos الذين يؤدون أدوار الأشخاص الآخرين في حياة بطل الرواية، وهنا يقوم بطل الرواية باختيار حدث ما من حياته Protagonist selects an event from his life ،ويوفر المعلومات اللازمة عنه ثم يقوم بأدائه في حين يقوم المخرج (المعالج) بمساعدة بطل الرواية في تنظيم المشهد ويقدم الدعم العاطفي له Emotional support، وغالبًا ما يسبق ذلك فترة الإحماء Warmup period حيث تهدف إلى إعداد جميع المشاركين للتجربة، وبعد الانتهاء من لعب الدور يتم مناقشة المشكلة واقتراح حلول لها ; (Baim, Burmeister, & Maciel, ,2007; Casson,2004 Farmer,1995)

ويرجع الباحث استخدامه لهذه الفنية في البحث الحالي نظرًا لأهميتها في تشخيص المشكلات المسببة للاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، حيث سيطلب الباحث من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من خلال لعب الدور إعادة أداء المشكلات التي تؤرقهم في حياتهم وتسبب لهم الاكتئاب؛ مما يفيد في تشخيص حالاتهم والتعرف على مشكلاتهم، ثم يقوم بمناقشتهم فيها واقتراح حلول لها.

فنية عكس الدور Role Reversal: تستخدم هذه الطريقة عندما يقوم بطل الرواية بلعب دور شخص آخر غير دوره الأساسي كدور بعض الأشخاص المؤثرين في حياة البطل مثل: الأب، أو المعلم، أو غيرهم، ومن ثم يستطيع البطل من خلال هذه الطريقة أن يتعرف على وجهات نظر الآخرين حوله، حيث يرى البطل نفسه من خلال أعين الآخرين Through the eyes of another كما تسهم هذه الطريقة في خروج المكبوتات الموجودة لدى البطل من مستوى اللاوعي Unconscious إلى مستوى الإدراك الواعي Conscious awareness (Farmer,1995 .;Fonseca., 2004)

ويرجع الباحث استخدامه لفنية عكس الدور في البحث الحالي نظرًا لأهميتها في التخلص من المعتقدات الخاطئة التي قد يحملها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم تجاه الآخرين مثل آبائهم ومعلميهم وأقرانهم؛ فعندما يؤدي التلميذ ذو صعوبات التعلم دور المعلم على سبيل المثال سيرى مشكلته هنا بأعين المعلم مما قد يؤدي في تغيير اتجاهاته نحو معلمه، ومن ثم قد يسهم ذلك في مساعدة التلميذ ذي صعوبات التعلم في التخلص من المعتقدات الخاطئة الموجودة لديه وتسبب له الاكتئاب.

فنية الكرسي الخالي Empty Chair: يتخيل البطل في هذه الطريقة أنه يتحدث إلى أحد الأشخاص يجلس على كرس خال، وقد يكون هذا الشخص على قيد الحياة، أو متوفي alive or deceased، وتسهم هذه الطريقة في التعرف على مشاعر ومعتقدات البطل تجاه الآخرين، واستكشاف الصراعات Conflict التي لم يتم حلها، كما تسهم هذه الطريقة إلى التنفيس Catharsis عن المكبوتات الموجودة داخل البطل (Corey, 2012; Leveton, 2001).

ويرجع الباحث استخدامه لهذه الفنية في البحث الحالي نظرًا لأهميتها في التعرف على الصراعات الداخلية الموجودة داخل ذوي صعوبات التعلم مما قد يسهم في اقتراح حلول لها وبالتالي خفض مستوى الاكتئاب لديهم.

فنية مناجاة النفس Soliloquy: يقوم البطل في هذه الفنية بالتحدث إلى ذاته بصوت مرتفع أمام الجمهور – مثل مناجاة هاملت لذاته في مسرحية شكسبير– واصفًا المشاعر التي بداخله مثل الشعور بالحزن Sadness، أو الألم Pain، أو الوحدة Loneliness، أو الشعور بالفراغ Emptiness، معبرًا عن الأفكار والمعتقدات التي تدور بذهنه والأشياء التي تشغله في الحياة، ومن ثم تساعد هذه الفنية المسترشد على إبراز مشاعره وأفكاره الدفينة وجعلها تطفو إلى السطح Surface؛ مما يتيح معرفة الصراعات الداخلية التي تتواجد داخل المسترشد ويساعد في حل مشكلاته (Sokoloff, 2007, p.28).

ويرجع الباحث استخدامه لهذه الفنية نظرًا لأهميتها في التنفيس عن المكبوتات الموجودة بداخل التلاميذ ذوي صعوبات التعلم حيث يسهم التنفيس الانفعالي هنا في التخلص من المكبوتات الداخلية لديهم وخفض مستوى الضغوط التي يتعرضون لها مما قد يسهم في خفض مستوى الاكتئاب لديهم.

فنية المرآة Mirror technique: يتم استخدام فنية المرآة في الغالب للمرضى الذين يواجهون صعوبة في تقديم أنفسهم حيث يقوم هنا أحد أفراد الأنا المساعدة

Auxiliary ego بالتطوع وأداء دور بطل الرواية في حين يقوم البطل بمشاهدته ،وكأن البطل هنا يرى نفسه في مرآة حيث يشاهد بنفسه من يؤدي دوره ويجسد شخصيته في مواقف معينة متعلقة بحياته، في حين يقوم بعض الأنوات المساعدة الآخرين بأداء أدوار الأشخاص ذوي الصلة بالبطل مثل الأب، أو الأم، ومن ثم تعكس المسرحية هنا حياة البطل، ويقوم البطل بين الحين والآخر بالتعقيب على أداء الأنا المساعد الذي يجسد شخصيته، فمثلاً يقول: أنا حقًا أتصرف مثل هذا، أو ليس هذا ما شعرت به، ومن ثم تساعد هذه الفنية المريض في الحصول على نظرة جديدة حول سلوكه، والتعرف على مشكلاته الخاصة مما قد يسهم في إيجاد حلول لها (Baim et al. ,2007; Fonseca, 2004; Moreno,1994)

ويرجع الباحث استخدامه لهذه الفنية نظرًا لأهميتها في زيادة استبصار المسترشد بذاته ومساعدته في الكشف عن مشكلاته حيث يرى المسترشد نفسه هنا بصورة أكثر وضوحًا وكأنه ينظر في مرآة مما قد يسهم في مساعدته في التخلص من المشكلات التي يعاني منها وتسبب له الاكتئاب بعد أن أصبح أكثر استبصارًا بها.

فنية المتجر السحري Magic shop technique: المتجر السحري هو متجر يقوم المخرج بفتحه، أو أحد أعضاء الفريق تحت إشراف المخرج، وفيه يستطيع أعضاء الفريق شراء بعض الصفات النفسية Psychological qualities، أو الخصائص Characteristics التي يشعرون أنهم يفتقرون إليها مثل الجرأة Audacity، أو التعاطف Empathy، أو غيرهما من الصفات الأخرى، ويتم التفاوض بخصوص طريقة البيع والشراء حيث يمكن للمشتري أن يحصل على الصفة التي يحتاجها ويدفع مقابل لها صفة أخرى يمتلكها، وتبدأ الجلسة التي تتضمن فنية المتجر السحري بالإحماء Warming– up، ثم يقوم صاحب المتجر بوصف المتجر والدعاية له قائلاً على سبيل المثال: أنا صاحب المتجر السحري حيث ألتقي هنا بزبائني ، وتستطيع هنا أن ترى جميع السلع الجذابة حيث يحتوي المتجر على العديد من الصفات والخصائص الطيبة ومن يريد الشراء عليه أن يدخل المتجر ويختار الصفة التي يحتاجها، ثم بعد ذلك يدخل الزبون المتجر ويبحث عن النوعية المناسبة له، ثم تبدأ مرحلة التفاوض Negotiation بخصوص الصفة التي يختارها الزبون، فيسأله مثلاً صاحب المتجر: لماذا اخترت هذه الصفة بالتحديد؟، وهل تشعر أنك بالفعل تفتقر إليها؟، وما هي المواقف التي مررت بها وتدل على احتياجك لهذه الخاصية، أو الصفة؟، ثم بعد ذلك يطلب صاحب المتجر من الزبون دفع صفة يمتلكها في مقابل الصفة التي قام بشرائها. (Barbour,1992; Leveton,1992; Rustin & Olsson,1993; Verhofstadt– Deneve,2000)

ويرجع الباحث استخدامه لهذه الفنية نظرًا لأهميتها في التعرف على الصفات والخصائص النفسية التي يحتاجها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم ويفتقرون إليها في حياتهم، ومساعدتهم على اكتسابها مما قد يسهم في تدعيم شخصيتهم وتقويتها، وبالتالي قد يسهم ذلك في زيادة مقاومتهم للضغوط النفسية التي يتعرضون لها وتسبب الاكتئاب لهم.

فنية المناقشة Discussion: تستخدم فنية المناقشة في الدراما النفسية في الغالب بعد قيام بطل الرواية بلعب الدور وأداء المشكلة الخاصة به حيث يتم إجراء حوار ومناقشة بين المخرج وبطل الرواية وبقية أعضاء الفريق من أجل إبداء الرأي في المشكلة الخاصة بالبطل وتبادل الخبرات واقتراح حلول لها، ومن ثم يمكن من خلال فنية المناقشة التركيز على التصرفات والأفكار الخاطئة التي تسهم في زيادة معدلات الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم مما يمكنهم من الوقوف على أخطائهم وانتهاج سبل جديدة في حياتهم، ومن ثم يؤدي ذلك إلى حل الكثير من المشكلات المسببة للاكتئاب لديهم.

ثانيًا: الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم

معدلات الانتشار:

إن مشكلة الاكتئاب لا تقتصر على جنس معين، أو مرحلة عمرية معينة، فهي تتواجد لدى الذكور والإناث، الأطفال والمراهقين والشباب وكبار السن، وتفيد الدراسات أن معدلات انتشار الاكتئاب لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (٦ - ١١) عامًا تتراوح من ٢ ٪ إلى ٣٪ من مجموع السكان، كما أن معدلات انتشار الاكتئاب لدى المراهقين تتراوح من ٦٪ إلى ٨٪ من مجموع السكان (Hammen & Rudolph, 1996)، وتزداد معدلات انتشار الاكتئاب لدى الشباب عنها لدى كبار السن، فيبلغ معدل انتشار الاكتئاب لدى الأفراد في الفئة العمرية من سن (١٨: ٢٩) عامًا ثلاثة أضعاف معدلات انتشار الاكتئاب لدى الأفراد في سن (٦٠) عامًا فما فوق، وكذلك يزداد الاكتئاب لدى الإناث عنه لدى الذكور حيث تبلغ معدلات انتشار الاكتئاب لدى الإناث من (١,٥) ضعف إلى (٣) أضعاف معدلات انتشار الاكتئاب لدى الذكور (American Psychiatric Association,2013, p.165).

أما بالنسبة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم فتشير نتائج العديد من الدراسات أنهم سجلوا مستويات عليا من الاكتئاب والمزاج السلبي ومستويات منخفضة من المزاج الإيجابي (Heath & Ross, 2000; Lackaye et al., 2006; Maag & Reid, 2006; Martinez & Semrud– Clikerman, 2004; Sundheim & Voeller, 2004).

ويشير كولبولو في نتائج دراسته (2010) Koulopoulou التي تضمنت عينة بلغت (٤٢١) طفلاً من الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمعدل (٢٩٢) ذكرًا، و(١٢٩) أنثى تراوحت أعمارهم من (٧) إلى (١٤) سنة إلى ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم حيث كان٢٢,١٪ من الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من الاكتئاب.

كما كانت معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أكثر ارتفاعًا عن معدلات انتشار الاكتئاب لدى أقرانهم العاديين (Maag & Reid,2006 ; Maag et al.,1992; Newcomer et al., 1995; Wright– Stawderman & Watson, 1992)،

وفي هذا الصدد يذهب جاليجوس وآخرون(2012) .Gallegos et al في نتائج دراستهم التي تضمنت (١٣٠) طفلاً من الأطفال ذوي صعوبات التعلم، و(١٣٠) طفلاً من الأطفال العاديين الذين يدرسون بالمدارس المكسيكية إلى ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم مقارنة بالأطفال العاديين حيث بلغت معدلات انتشار الاكتئاب لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم (٣٢٪) مقابل(١٨٪) للأطفال العاديين.

ويتفق ذلك مع نتائج العديد من الدراسات التي تناولت الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم حيث تراوحت معدلات انتشار الاكتئاب لديهم من (٢٦٪ - ٤٠٪) في دراسات (Rock, Fessler, & Church, 1997; Wright– Strawderman & Watson, 1992)

مما سبق يتضح ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم مقارنة بأقرانهم العاديين، ويرجع الباحث ذلك إلى ارتفاع معدلات الضغوط النفسية والاجتماعية المصاحبة لصعوبة التعلم التي يتعرضون لها سواء في المنزل، أو المدرسة، وهذا ما تؤكده الدراسات (Raskind, Goldberg Higgins, & Herman,1999 ; Shaywitz et al., 1999)

أسباب الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم.

يتعرض التلاميذ ذوو صعوبات التعلم للعديد من الضغوط النفسية والحياتية سواء داخل المدرسة، أو خارجها مما يؤثر عليهم بالسلب ويجعلهم أرضًا خصبة للإصابة بالاضطرابات النفسية والاجتماعية، ومن ثم يرى الباحث أن مشكلة الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم لا تعود إلى سبب بعينه ولكنها تعود إلى

مجموعة من الأسباب التي أتحدت فيما بينها وأدت إلى إصابتهم بالاكتئاب، ومن أهم هذه الأسباب:

الأفكار السلبية الموجودة لدى ذوي صعوبات التعلم حيث يعتقد الكثير من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أنهم أشخاص منبوذون، لا قيمة لهم في المجتمع، يتسمون بتدني القدرات العقلية مما يجعلهم يتعرضون لخطر الاكتئاب، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه Heath (1995) من أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم يملكون العديد من الأفكار السلبية عن أنفسهم؛ مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات الاكتئاب لديهم مثل اعتقادهم أنهم أقل من ذويهم العاديين، وأن قدراتهم محدودة، وأن الظروف دائمًا لا تسير كما يتمنون.

كذلك يعد القصور في الكفاءة الاجتماعية Social competence deficitمن ضمن الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، فقد أظهرت الدراسات أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم سجلوا مستويات عليا من القصور في الكفاءة الاجتماعية ومستويات عليا من الشعور بالوحدة النفسية مقارنة بأقرانهم العاديين، كما أنهم يشعرون بالرفض الاجتماعي من قبل أقرانهم العاديين، ويعانون من القصور في المهارات الاجتماعية (Margalit & Effrati, 1996; Kavale & Fomess, 1996; Tur–Kasspa, Weisel, & Segev, 1998)

وفي هذا الصدد يتفق كل من Kistner et al. (1999); Sergin (2000), Shah and Morgan (1996) أن القصور في الكفاءة الاجتماعية والشعور بالرفض الاجتماعي يعدان من ضمن مسببات الاكتئاب حيث يرى التلاميذ المكتئبون أنفسهم مرفوضين اجتماعيًا من قبل أقرانهم العاديين داخل المدرسة، ويعتقدون أنهم غير كفء من الناحية الاجتماعية ويواجهون قصورًا في المهارات الاجتماعية، ويرى معلموهم أنهم أقل مهارة من الناحية الاجتماعية مقارنة بأقرانهم العاديين.

وفي هذا الصدد يؤكد ميرسر Mercer (2004) في نتائج دراسته التي تضمنت عينة بلغت (٨٣) طالبًا من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم تراوحت أعمارهم من (١٣) إلى (١٧) عامًا أن التلاميذ ذوو صعوبات التعلم الأكثر اكتئابًا يرون أنهم أقل كفاءة اجتماعية وعاطفية مقارنة بالتلاميذ ذوي صعوبات التعلم الأقل اكتئابًا، كما أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الأكثر اكتئابًا أقل رضا عن الدعم الاجتماعي المقدم لهم وأكثر معاناة من أحداث الحياة الضاغطة مقارنة بالتلاميذ الأقل اكتئابًا.

وأيضًا يعد الفشل الدراسي Academic failure من ضمن الأسباب التي تؤدي إلى الشعور بالاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم حيث يمر التلاميذ ذوو صعوبات التعلم بالعديد من تجارب الفشل داخل المدرسة مما يسبب لهم الشعور بالاكتئاب وفي أغلب الأحيان يحتلون أدنى ذيل القائمة بين زملائهم مما يؤدي إلى شعورهم بالاكتئاب، ويؤكد ذلك فيرمين وآخرون Firmin, Hwang, Copella, and Clark (2004) حيث يذهبون أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أكثر تعرضًا للفشل داخل المدرسة من أقرانهم العاديين مما يسهم في زيادة مستويات الاكتئاب لديهم.

ويذهب سيدريدز Sideridis (2007) في نتائج دراسته التي حاول فيها التعرف على أسباب الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم والتي قام بتطبيقها على عينة بلغت (١٠٤) تلاميذ من ذوي صعوبات التعلم تم اختيارهم من بين (٩٠٠) طالب من تلاميذ الصفين الخامس والسادس أن الفشل في تحقيق المهام يشكل عامل ضغط قوي على التلاميذ ذوي صعوبات التعلم مما يؤدي إلى زيادة شعورهم بتدني مفهوم الذات وعدم القدرة على الانجاز وبالتالي يؤدي إلى إصابتهم بالاكتئاب.

وبالإضافة إلى ذلك تعد الإساءة تجاه التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من ضمن مسببات الاكتئاب، فيذهب بونس Pons, et al. (2014) أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم كثيرًا ما يتعرضون لسوء المعاملة مما يجعلهم عرضة للإصابة ببعض الاضطرابات السلوكية والنفسية، ويؤكد Govindshenoy and Spencer (2007) أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين سوء المعاملة والاضطرابات النفسية والعاطفية لدى الأفراد ذوي صعوبات التعلم، ويذهب أنتوني Anthony (2000) أنه في كثير من الأحيان يتم إخفاء حالات الإساءة التي يتعرض لها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم داخل المدارس بالرغم من الآثار النفسية السيئة التي تترتب على هذه الإساءات المتكررة، وفي هذا الصدد تؤكد العديد من الدراسات أن الإساءة التي يتعرض لها الفرد في حياته من قبل الآخرين تعد من أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الاكتئاب (Creydt, 2010;Hegarty,2011 ; Goldstein, ,Safaeian, Garrod, Finamore, Kellogg– spadt, 2008; Sen,2009)

أعراض الاكتئاب

لم يعترف الباحثون بإصابة الأطفال، أو المراهقين بالاكتئاب إلا مؤخرًا فقد استبعد الاكلينكيون أن يصاب الأطفال قبل المراهقة بالاكتئاب ولكن الأبحاث التي أجريت بوجه عام منذ العقد السابع من القرن الماضي بينت أن

الأطفال قبل المراهقين يطورون فعلاً الأعراض التي تشكل زملة الاكتئاب (عبد الخالق وعبد الغني، ٢٠١٣، ص ١٠٨).

ويقسم بعض الباحثين أعراض الاكتئاب إلى أعراض نفسية وأعراض نفس جسدية،وتشمل الأعراض النفسية: المزاج المكتئب، الأفكار السلبية عن الذات والآخرين، التشاؤم، التهيج، الانسحاب الاجتماعي، الشعور بالذنب، أفكار الموت، في حين تشمل الأعراض النفس جسدية اضطراب النوم، والشكاوي الجسدية، واضطراب الشهية وتغير الوزن، والتعب عند بذل أي جهد (Brumback & Weinberg, 1990).

وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM –5 (2013) الخصائص المميزة لنوبة الاكتئاب الأساسي في وجود خمسة، أو أكثر من الأعراض الآتية تستمر لأسبوعين بشرط وجود المزاج المكتئب وفقدان الاهتمام بالمتعة.

(١) مزاج مكتئب أغلب اليوم تقريبًا يستدل عليه من خلال التقرير الذاتي مثل (أشعر بالحزن)، أو من خلال ملاحظة الآخرين مثل (يبدو عليه البكاء).

(٢) نقص واضح في الشعور بالمتعة والسرور في كل، أو أغلب الأنشطة (كما تبينها التقارير الذاتية، أو ملاحظة الآخرين).

(٣) انخفاض واضح في الوزن بدون رجيم، أو زيادة في الوزن (تغير أكثر من ٥٪ من وزن الجسم في الشهر، أو نقص، أو زيادة في الشهية تقريبًا كل يوم).

(٤) الأرق تقريبًا كل يوم.

(٥) تأخر حركي نفسي يلاحظه الآخرون ولا يقتصر هذا التأخر على مجرد مشاعر ذاتية بعدم الاستقرار .

(٦) الشعور بالتعب وفقدان الطاقة يوميًا تقريبًا.

(٧) الشعور بعدم الأهمية والشعور المبالغ فيه بالذنب ويستمر هذا الشعور يوميًا تقريبًا وليس مجرد الشعور بتوبيخ الذات، أو الشعور بالتأثر لأنه مريض.

(٨) انخفاض القدرة على التركيز، أو التفكير مع فقدان المقدرة على اتخاذ القرار تقريبًا كل يوم (يستدل على ذلك من خلال التقرير الذاتي، أو ملاحظة الآخرين).

(٩) التفكير في الموت، أو الانتحار بدون خطة محددة للتنفيذ.

(١٠) الأعراض لا تناظر محكات النوبة المختلطة.

(١١) لا تسبب الأعراض أسى إكلينيكي جوهري، أو انخفاض في الأداء الاجتماعي، أو المهني، أو غيرها من مجالات أداء المهمات.

(١٢) لا تعود هذه الأعراض إلى تناول مادة، أو عقار يساء استخدامه، أو لحالة مرضية عامة مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية.

(١٣) لا تعود هذه الأعراض بسبب فقدان شخص عزيز بسبب الموت مثلاً، أو تتسم بضعف وظيفي واضح مثل أعراض الذهان، أو التأخر النفس حركي(American Psychiatric Association.,2013)

في حين تذكر منظمة الصحة العالمية World Health Organization (2012) أن أعراض الاكتئاب تتمثل في الآتي: المزاج المكتئب، فقدان الاهتمام، أو المتعة، انخفاض الطاقة، مشاعر الذنب، انخفاض قيمة الذات، اضطراب النوم، أو الشهية، انخفاض التركيز، التفكير في الانتحار.

ويقصد بالأعراض الاكتئابية في البحث الحالي تلك الأعراض التي يقيسها مقياس كوفاكس لاكتئاب الصغار في طبعته الثانية Full Length CDI 2:SR Kovacs (2011) حيث تضمن هذا المقياس معظم الأعراض التي وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي، وكذلك الأعراض التي وردت في تعريف منظمة الصحة العالمية، وتمثلت الأعراض التي يقيسها المقياس في الآتي: المزاج المكتئب ،فقدان الشعور بالمتعة، الأرق، التشاؤم، انخفاض قيمة الذات، مشاعر الذنب، التفكير في الانتحار، انخفاض التركيز،العزلة والشعور بالوحدة، إهمال الواجبات المنزلية، الشعور بالتعب وفقدان الطاقة، اضطرابات الشهية، الشعور بالآلام الجسدية، ضعف المشاركات المدرسية، سوء الأداء الدراسي، صعوبة التذكر، وقد تم توزيع هذه الأعراض على أربعة أعراض رئيسة هي: عدم الفعالية، المشكلات البينشخصية، التقدير السلبي للذات، المزاج السلبي والأعراض الجسمية.

خطورة الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم:

لقد نادى العديد من الباحثين إلى ضرورة تحسين مستوى الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم نظرًا للخطورة التي تشكلها مشكلة الاكتئاب لدى هذه الفئة. ; (Atkinson ,2015; Conway,2004; Gallegos,2008 Holladay,2007; Lewis, Bell, and Gillanders,2007; Mackay and Wilson,2007)

فيعد الاكتئاب من أخطر المشكلات التي يعاني منها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم فهو يعد من الأسباب الرئيسة التي تؤدي إلى الانتحار (Fleischmann, Bertolote, Belfer, & Beautrais, 2005)

وفي ها الصدد يتفق كل من Daniel et al. (2006); Lewinsohn, Rohde and Seeley (1993) على أن التلاميذ الذين يعانون من مشكلات أكاديمية أكثر عرضة لخطر الانتحار من أقرانهم الذين لا يعانون من نفس المشكلات.

ويؤكد ذلك McBride and Siegel (1997) حيث يذهبا أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أكثر عرضة لخطر الانتحار من أقرانهم العاديين، ولذلك فإن علماء النفس المدرسي ينادون بضرورة فهم الأعراض الاكتئابية لدى ذوي صعوبات التعلم في مرحلة مبكرة من العمر والعمل على علاج هذه الأعراض لوقايتهم من خطر الانتحار (Miller & Eckert,2009)

وتشير الإحصائيات الحكومية الصادرة في الولايات المتحدة الأمريكية لعام (٢٠٠٠) أن الاكتئاب هو أكثر الأسباب شيوعًا التي تؤدي إلى الانتحار بين الأطفال والمراهقين حيث بلغت معدلات الانتحار الناتجة عن الاكتئاب في الولايات المتحدة الأمريكية بين الأطفال والمراهقين الذين تراوحت أعمارهم من (١٠- ١٨) عامًا (١٨٣٣) حالة انتحار (Anderson,2002).

وبالإضافة إلى ذلك يشكل الاكتئاب تأثيرًا سلبيًا على الأداء المعرفي لدى التلاميذ Cognitive functioning، فتشير الدراسات أن الاكتئاب يؤثر على الذاكرة تأثيرًا سلبيًا (Burt, Zembar & Niederehe, 1995)، ويؤدي إلى إبطاء سرعة معالجة المعلومات (Calhoun & Mayes,2005). ويؤثر على الذاكرة طويلة المدى long– term memory (King & Caine, 1996). كما يعوق القدرة على التعلم والانجاز لدى ذوي صعوبات التعلم (Nelson & Harwood,2011) .

كما أن الاكتئاب يسهم في زيادة معدلات التغيب عن الدراسة، ويؤدي إلى فقدان الدافعية نحو التعلم، وزيادة مستويات العدوان لدى التلاميذ، وزيادة معدلات السلوك التخريبي داخل الصف الدراسي (Bell– Dolan, Reaven & Peterson, 1993; Speirer, Sherak, Hirsch & Cantwell, 1995) .

وبالإضافة إلى ذلك يؤثر الاكتئاب تأثيرًا سلبيًا على الأداء المدرسي للتلاميذ كما يؤثر على العلاقات بالأقران والعلاقات الأسرية ويسهم في ضعف التحصيل الدراسي، وفي كثير من الأحيان يؤدي إلى التسرب من التعليم (Bhatia & Bhatia, 2007).

مما سبق يتضح أن الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم يحمل العديد من المخاطر تجاه التلاميذ ذوي صعوبات التعلم حيث يؤثر سلبيًا على أدائهم الأكاديمي، كما يؤثر عليهم من النواحي المعرفية، والسلوكية، والانفعالية، والاجتماعية مما يستدعي التوسع في خدمات التدخل المبكر التي تقدم لهم من أجل الحد من مستويات الاكتئاب لديهم.

أساليب علاج الاكتئاب

نظرًا لتزايد مشكلة الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم مقارنة بأقرانهم العاديين حاول الكثير من الباحثين خفض مستويات الاكتئاب لدى هذه الفئة، وقد تعددت الأساليب والطرق العلاجية التي حاول الباحثون من خلالها خفض مستويات الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم، ولا شك أن الباحث في مجال علاج الاكتئاب لدى فئة ذوي صعوبات التعلم يجب أن يكون ملمًا بهذه الطرق العلاجية على اختلاف موضوعاتها وضروبها حتى يكون واعيًا ومتشبعًا بأهم الطرق العلاجية التي تستخدم في علاج الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم، ومن بين الطرق التي أثبتت فعاليتها في خفض مستوى الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم:

العلاج المعرفي السلوكي، وفي هذا الصدد قام اتكينسون(Atkinson (2015 بدراسة موضوعها: العلاج المعرفي والسلوكي، هدفت الدراسة إلى خفض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، وقد تكونت عينة الدراسة من (٧٠) طالبًا من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات علاجية: مجموعة تلقت العلاج السلوكي، والمجموعة الأخرى تلقت العلاج المعرفي، أما المجموعة الثالثة تلقت برنامج للعلاج المعرفي السلوكي، وقد أسفرت الدراسة عن العديد من النتائج من أهمها: فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

كما قامت هولاداي (Holladay (2007 بدراسة موضوعها العلاج المعرفي السلوكي الجمعي لدى الأفراد ذوي صعوبات التعلم المعرفية، هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في خفض كل من الغضب والاكتئاب

والقلق، وتحسين جودة الحياة لدى عينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم المعرفية، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٧) تلميذًا وتلميذة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم المعرفية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة علاجية تكونت من (٨) تلاميذ من ذوي صعوبات التعلم المعرفية بمعدل (٢ ذكور، و٦ إناث)، ومجموعة المقارنة واشتملت على (٩) تلاميذ من ذوي صعوبات التعلم المعرفية، وقد تلقى أفراد المجموعة العلاجية برنامج معرفي سلوكي جمعي استمر لمدة (٩) جلسات، وقد أسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج من أهمها: فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في خفض مستوى الاكتئاب والقلق لدى تلاميذ المجموعة العلاجية.

وقام لويس وآخرون Lewis, Bell, and Gillanders (2007) بدراسة موضوعها: إدارة الألم المزمن لدى الأفراد ذوي صعوبات التعلم، هدفت الدراسة إلى خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى سيدة من ذوي صعوبات التعلم، وتحسين جودة الحياة لديها، وكانت السيدة تبلغ من العمر (٣٢) عامًا، وتعاني من القلق والاكتئاب، وآلام جسدية مزمنة استمرت لمدة (١٦) شهرًا، وقد تم تعريض السيدة لمجموعة من الجلسات العلاجية استخدم فيها العلاج المعرفي السلوكي حيث استمر العلاج لمدة (٤) أشهر بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، وقد أسفرت الدراسة عن العديد من النتائج من أهمها: انخفاض أعراض القلق والاكتئاب، والآلام الجسدية لدى السيدة .

وبالإضافة إلى العلاج المعرفي السلوكي استخدم بعض الباحثين العلاج الاجتماعي الانفعالي، فقامت غاليغوس Gallegos (2008) بدراسة موضوعها: منع قلق واكتئاب الطفولة: اختبار فعالية برنامج مدرسي في المكسيك، هدفت الدراسة إلى التدخل المبكر لتحسين أعراض القلق والاكتئاب لدى مجموعة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم والتلاميذ العاديين ،وقد تكونت عينة الدراسة من (١٠٣٠) تلميذًا وتلميذة من التلاميذ الملتحقين بمدارس شمال المكسيك بمعدل (١٣١) طالبًا وطالبة من ذوي صعوبات التعلم في حين كان بقية أفراد العينة من الأفراد العاديين، وتراوح أعمار أفراد العينة من (٩: ١١) عامًا، وقد تم تعريض أفراد العينة لبرنامج اجتماعي انفعالي استخدم فيه فنيات: الاسترخاء، التعامل مع الصعوبات، التفكير الإيجابي، مهارات التعامل مع الآخرين، وقد تم تطبيق البرنامج في ثمان مدارس، واشترك في التطبيق (١٦) معلمًا، وأجريت المتابعة بعد ستة أشهر من التطبيق، وقد أسفرت الدراسة عن العديد من النتائج من أهمها: فعالية البرنامج الاجتماعي الانفعالي في خفض مستويات الاكتئاب والقلق لدى كل من التلاميذ العاديين وذوي صعوبات التعلم.

وبالإضافة إلى ذلك استخدم بعض الباحثين التدريب على المهارات الاجتماعية لخفض مستويات الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم، فقام كونواي Conway(2004) بدراسة موضوعها: تقييم التدريب على المهارات الاجتماعية للشباب ذوي صعوبات التعلم. هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج تدريبي للمهارات الاجتماعية في تحسين المهارات الاجتماعية وخفض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، وقد تكونت عينة الدراسة من (٥٣) تلميذًا وتلميذة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم (١٩ من الإناث، ٣٤ من الذكور) بلغ متوسط أعمارهم (١٦,٥٤) عامًا، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها (٤٣) تلميذًا، ومجموعة ضابطة قوامها (١٠) تلاميذ حيث تم تعريض أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج Walker للتدريب على المهارات الاجتماعية، وقد أسفرت الدراسة عن العديد من النتائج من أهمها: فعالية البرنامج التدريبي في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأفراد ذوي صعوبات التعلم.

كما حاول بعض الباحثين الجمع بين أكثر من طريقة علاجية لخفض مستويات الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم، وفي هذا الصدد قامت ماكاي وويلسون Mackay and Wilson (2007) بدراسة موضوعها: نجاح العلاج متعدد التخصصات لشخص ذي صعوبات تعلم يعاني من اضطراب الاكتئاب العام، هدفت الدراسة إلى خفض اضطراب الاكتئاب العام لدى سيدة من ذوي صعوبات التعلم، وكانت السيدة تدعى جانيت Janette في العشرينات من عمرها تعاني من اضطراب الاكتئاب العام، وتملك تاريخي عائلي من الإصابة بالاكتئاب حيث كان والدها يعاني من الاكتئاب بالإضافة إلى بعض أفراد أسرتها، وبالإضافة إلى معاناة جانيت من الاكتئاب كانت مصابة بالشلل الدماغي، وتسير على عكازين، وقد تلقت جانيت برنامج علاجي مركز متعدد المحاور جمع بين العديد من الطرق العلاجية: العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بالفن، والعلاج بالصدمات الكهربائية بالإضافة إلى العلاج الاجتماعي الذي ركز على رؤية الأصدقاء القدامى والتفاعل مع الآخرين، والتنزه مع أفراد العائلة، وقد أسفرت الدراسة عن: نجاح البرنامج العلاجي في خفض مستوى الاكتئاب لدى السيدة.

الدراما النفسية كأسلوب علاجي للاكتئاب:

تعد الدراما النفسية إحدى الطرق الفعالة في علاج الاكتئاب نظرًا لأنها تتيح للفرد فرصة التنفيس الانفعالي والتعبير عن المشكلات والمكبوتات الموجودة لديه في مستوى اللاوعي وإخراجها إلى مستوى الوعي.

ويأخذ التنفيس العديد من الأشكال فقد يكون في صورة بكاء Crying، أو في صورة ضحك حقيقي وطويل الأمد Genuine and prolonged laughter، وهكذا تعد الدراما النفسية طريقة يمكن من خلالها مساعدة الفرد في التخلص من الضغوط التي يشعر بها عن طريق مساعدته في التعبير عما يجيش بداخله من مشاعر، أو مشكلات (Fisher, 2007).

ويؤكد Karataş (2014) في هذا الصدد أن الدراما النفسية تعد إحدى الطرق العلاجية الفعالة التي يمكن من خلالها تطهير الفرد نفسيًا، وتعديل سلوكه إلى الأفضل ومساعدته على التخلص من الأفكار والمشاعر السلبية، وتطوير الأفكار المنطقية لديه، وإتاحة الفرصة له لإعادة أداء المشكلات التي يعاني منها بدلاً من الاقتصار على الحديث عنها فقط.

ومن ثم يستطيع الفرد من خلال الدراما النفسية إعادة أداء المشكلات التي تسبب له الاكتئاب بصورة حية أمام المعالج النفسي وأمام جمهور الحاضرين مما يساعده في الاستبصار بهذه المشكلات ويسهم في حلها وبالتالي يؤدي ذلك إلى التخلص من الأعراض الاكتئابية التي يشعر بها.

ونظرًا لأهمية الدراما النفسية في علاج الاكتئاب استخدمها العديد من الباحثين فقام كل من Beli, Rahgoien and Rahgozar (2012) بدراسة موضوعها: آثار الدراما النفسية على الاكتئاب بين سيدات ذوات اضطراب عقلي مزمن، هدفت الدراسة إلى خفض مستويات الاكتئاب بين مجموعة من السيدات، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٠) سيدة مصابة بالاكتئاب تم تقسيمهن إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، حيث تم تعريض أفراد المجموعة التجريبية من السيدات لبرنامج دراما نفسية اشتمل على (١٢) جلسة، وقد استمر البرنامج لمدة ستة أسابيع بمعدل جلستين في الأسبوع الواحد، وقد أسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج من أهمها: فعالية الدراما النفسية في خفض مستويات الاكتئاب لدى سيدات المجموعة التجريبية.

وقامت Hamamci (2006) بدراسة موضوعها: الجمع بين الدراما النفسية والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب البسيط، هدفت الدراسة إلى المقارنة بين الدراما النفسية والعلاج المعرفي السلوكي في خفض مستويات الاكتئاب، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣١) طالبًا من طلاب الجامعات تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات: مجموعة العلاج بالدراما النفسية، ومجموعة العلاج المعرفي

السلوكي، ومجموعة ضابطة: وقد أسفرت الدراسة عن فعالية كل من الدراما النفسية والعلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب، ولم توجد فروق دالة إحصائيًا بين الطريقتين في خفض الاكتئاب مما يدل على تمتعهما بنفس الفعالية.

كما قام Kalkan and Osman (2005) بدراسة موضوعها: المسنون ودور التمريض ورحلات الحياة: دراسة الدراما النفسية الجماعية، هدفت الدراسة إلى خفض مستويات الاكتئاب والقلق لدى مجموعة من كبار السن، وقد تكونت عينة الدراسة من (١١) متطوعًا من الأشخاص كبار السن الذين يعانون من الاكتئاب والقلق ويعيشون في إحدى دور رعاية المسنين، وقد تم تعريضهم ل (١٨) جلسة دراما نفسية جماعية بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، وقد أسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج من أهمها: فعالية الدراما النفسية في خفض مستويات الاكتئاب والقلق لدى أفراد العينة.

مما سبق يتضح من خلال ما تم عرضه من إطار نظري ودراسات سابقة ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم (Gallegos et al.,2012; Koulopoulou,2010 ;Mammarella et al.,2014)

كما يتضح تنوع الطرق والأساليب العلاجية التي استخدمت في خفض مستويات الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم، حيث استخدمت بعض الدراسات العلاج المعرفي السلوكي (Atkinson ,2015)، واستخدمت بعض الدراسات العلاج الاجتماعي الانفعالي(Gallegos,2008)، واستخدمت بعض الدراسات التدريب على المهارات الاجتماعية (Conway,2004)، واستخدمت بعض الدراسات العلاج متعدد المحاور الذي جمع بين أكثر من طريقة علاجية (Mackay & Wilson,2007).

ويتضح أيضًا أن الدراما النفسية تعد إحدى الطرق العلاجية الفعالة التي تستخدم في خفض مستوى الاكتئاب (Beli, Rahgoien & Rahgozar ,2012; Hamamci,2006 ;Kalkan & Osman , 2005)

ونظرًا لفعالية الدراما النفسية في خفض مستويات الاكتئاب، وصلاحيتها للاستخدام مع الأفراد في سن المدرسة (Akinsola & Udoka , 2013) استخدمها الباحث في البحث الحالي.

فروض البحث:

ثم صاغ الباحث فروض البحث على النحو التالي:

(١) ترتفع معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

(٢) توجد فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

(٣) توجد فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل.

(٤) لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي.

إجراءات البحث:

تضمن البحث الإجراءات الآتية:

أولاً المنهج المستخدم:

هو المنهج التجريبي الذي يختبر فعالية برنامج الدراما النفسية (متغير مستقل) في خفض أعراض الاكتئاب (متغير تابع) لدى عينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

ثانيًا عينة البحث:

تكونت العينة الكلية للدراسة من (١٢٠) تلميذًا من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الملتحقين ببرنامج صعوبات التعلم بمدارس التربية والتعليم بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية، وكانت هذه المدارس هي: عبادة بن الصامت، أبي بن كعب، البحر الأحمر، الملك فيصل، الأحنف بن قيس، الثقافة، قيس بن عاصم، حنين، حراء، أبوسفيان الثقفي، عبد الله بن العباس، الجاحظ، العزيزية، وج ،الملك عبد العزيز، محمد بن عبد الوهاب،مجمع الأمير محمد،المغيرة بن شعبة، الحسن بن الهيثم،همام بن الحارث.

في حين تكونت العينة الخاصة بالبحث التطبيقية من (٢٠) تلميذًا من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الملتحقين ببرنامج صعوبات التعلم بمدرسة الملك

فيصل الابتدائية وقد تراوحت أعمارهم الزمنية من (٩– ١١) عامًا، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين: تجريبية وضابطة بحيث تكونت كل مجموعة من (١٠) تلاميذ من ذوي صعوبات التعلم،وفقًا للشروط الآتية.

(١) أن يكون أفراد العينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.
(٢) أن يكون مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة مرتفع.
(٣) ألا يكونوا قد تلقوا أي برامج إرشادية، أو علاجية.

وقد تم استخدام اختبار مان وتني Mann Whitney لمجانسة أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث المتغيرات الآتية:

(١) **العمر الزمني**: تراوحت الأعمار الزمنية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من (٩: ١١) عامًا، وبلغت قيمة (Z) بين رتب أعمار أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (– ٠,١٨٣) وهي غير دالة مما يدل على تجانسهم في هذا المتغير.

(٢) **مغامل الذكاء**: بلغت قيمة (Z) بين رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الذكاء (– ٠,٢١٥) على مقياس ستانفورد بينيه العرب للذكاء (الطبعة الرابعة): إعداد حنوره (٢٠٠١)، وهي غير دالة مما يدل على تجانسهم في هذا المتغير.

(٣) **مستوى صعوبات التعلم**: بلغت قيمة (Z) بين رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (– ٠,٢٣٢) على مقياس صعوبات التعلم: إعداد السرطاوي (١٩٩٥)، وهي غير دالة مما يدل على تجانسهم في هذا المتغير.

(٤) **المستوى الاجتماعي الثقافي للأسرة**: بلغت قيمة (Z) بين رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (– ٠,١٤٢) على استمارة تقدير الوضع الاجتماعي الثقافي للأسرة في البيئة السعودية: إعداد/ منسي وأحمد، تقنين الشربيني وأبو السعود (٢٠١٣)، وهي غير دالة مما يدل على تجانسهم في هذا المتغير.

(٥) **مستوى الاكتئاب**: تم مجانسة التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الاكتئاب قبل التطبيق – من خلال الطبعة الثانية من قائمة كوفاكس Kovacs (2011) لاكتئاب الصغار التقرير الذاتي المطول: تعريب وإعداد الباحث – حتى يمكن رد أي تغيرات في الفروق بعد التطبيق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

في مستوى الاكتئاب إلى المتغير المستقل (برنامج الدراما النفسية)، والجدول الآتي يوضح قيمة (Z) ومستوى الدلالة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعتين: التجريبية، والضابطة على مقياس الاكتئاب قبل التطبيق.

جدول (١)

قيمة (Z) ومستوى الدلالة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعتين التجريبية، والضابطة على مقياس الاكتئاب قبل التطبيق، حيث (ن= ٢٠)

الأبعاد	المجموعة	العدد	متوسطات الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
عدم الفعالية	الضابطة	١٠	١٠,٣٥	١٠٣,٥٠	ـ ٠,١١٦	٠,٩١٢ غير دالة
	التجريبية	١٠	١٠,٦٥	١٠٦,٥٠		
المشكلات البينشخصية	الضابطة	١٠	١١,٣٠	١١٣	ـ ٠,٦٣١	٠,٥٧٩ غير دالة
	التجريبية	١٠	٩,٧٠	٩٧		
المشكلات الوظيفية	الضابطة	١٠	١٠,٧٠	١٠٧	ـ ٠,١٥٣	٠,٨٧٨ غير دالة
	التجريبية	١٠	١٠,٣٠	١٠٣		
التقدير السلبي للذات	الضابطة	١٠	٩,٧٠	٩٧	ـ ٠,٦٣٣	٠,٥٢٧ غير دالة
	التجريبية	١٠	١١,٣٠	١١٣		
المزاج السلبي	الضابطة	١٠	١٠	١٠٠	ـ ٠,٣٩٢	٠,٦٩٥ غير دالة
	التجريبية	١٠	١١	١١٠		
المشكلات الانفعالية	الضابطة	١٠	٩,٦٠	٩٦	ـ ٠,٦٩٣	٠,٤٨٨ غير دالة
	التجريبية	١٠	١١,٤٠	١١٤		
الدرجة الكلية	الضابطة	١٠	١٠,٣٥	١٠٣,٥٠	ـ ٠,١١٤	٠,٩٠٩ غير دالة
	التجريبية	١٠	١٠,٦٥	١٠٦,٥٠		

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب بأبعاده في القياس القبلي مما يدل على تجانسهم في مستوى الاكتئاب قبل التطبيق.

ثالثًا: أدوات البحث:

١ـ **الطبعة الثانية من قائمة كوفاكس لاكتئاب الصغار** Kovacs (2011) **(التقرير الذاتي المطول) Full Length CDI 2:SR / تعريب وإعداد الباحث:**

أولاً الصورة الأصلية من المقياس:

أرادت ماريا كوفاكس من إعداد الطبعة الثانية من قائمة كوفاكس لاكتئاب الصغار (CDI– 2) Children's Depression Inventory 2 مواكبة أحدث ما توصل إليه العلم في مجال قياس الاكتئاب، وتصلح الطبعة الثانية من قائمة كوفاكس لاكتئاب الصغار(CDI– 2) للتطبيق على الأطفال والمراهقين بدءًا من عمر(٧- ١٧) عامًا.

وتعد الطبعة الثانية من قائمة كوفاكس (CDI–2) صورة مطورة من قائمة اكتئاب الصغار الأولى (CDI) التي أعدتها كوفاكس عام Kovacs (1981)، مع وجود العديد من الفروق بين الطبعتين:

الفرق بين الطبعة الأولى والثانية من قائمة كوفاكس لاكتئاب الصغار:

١- تم إضافة عبارات جديدة في الطبعة الثانية (CDI– 2)، وحذف وتعديل بعض العبارات القديمة التي وردت في الطبعة الأولى(CDI).

٢- تم إضافة مقاييس جديدة في الطبعة الثانية(CDI– 2)، فقد تكونت الطبعة الأولى (CDI) من صورة واحدة اشتملت على (٢٧) بندًا تقيس الاكتئاب لدى الأطفال الصغار، أما الطبعة الثانية (CDI– 2) اشتملت على أربعة صور: الصورة الأولى (التقرير الذاتي المطول) وتضم (٢٨) بندًا، الصورة الثانية (التقرير الذاتي المختصر) وتشتمل على(١٢) بندًا، الصورة الثالثة (خاصة بالوالدين) وتشتمل على (١٧) بندًا، الصورة الرابعة (خاصة بالمعلم) وتشتمل على (١٢) بندًا،وقد قام الباحث في البحث الحالي بتعريب الصورة الخاصة بالتقرير الذاتي المطول.

٣- تم إضافة أبعاد جديدة: فقد كان مقياس (CDI) في طبعته الأولى (١٩٨١) أحادي البعد، في حين اشتمل التقرير الذاتي المطول (CDI– 2: Self– Report) من قائمة Kovacs (2011) لاكتئاب الصغار على أبعاد جديدة حيث تكون من مقياسين فرعيين ينبثق منهما أربعة أبعاد أساسية، وفيما يلي وصف للتقرير الذاتي المطول.

وصف التقرير الذاتي المطول(CDI– 2:SR) في الطبعة الثانية لقائمة كوفاكس لاكتئاب الصغار Kovacs (2011)

يتكون التقرير الذاتي المطول (CDI– 2:SR) من (٢٨) عبارة متضمنة في مقياسين فرعيين هما: المشكلات الوظيفية Functional Problems ويتكون من (١٣)

عبارة، والمشكلات الانفعالية Emotional Problems ويتكون من (١٥) عبارة، وينبثق من المقياسين الفرعيين أربعة أبعاد هم:

١ـ عدم الفعالية Ineffectiveness

، ويتكون هذا البعد من (٨) عبارات، ومن أمثلة عبارات هذا البعد: لا أشعر إطلاقًا بالمتعة داخل المدرسة I never have fun at school

٢ـ المشكلات البينشخصية Interpersonal Problems

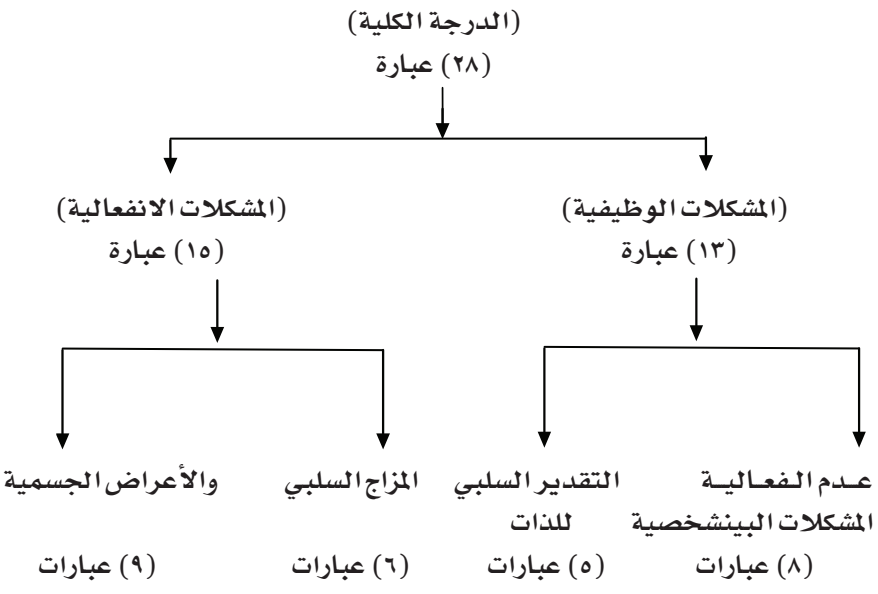
، ويتكون هذا البعد من (٥) عبارات ،ومن أمثلة عبارات هذا البعد: أنا مهم لأسرتي I am important to my family

٣ـ التقدير السلبي للذات Negative Self– Esteem

، ويتكون هذا البعد من (٦) عبارات ،ومن أمثلة عبارات هذا البعد: أكره نفسي. I hate myself

٤ـ المزاج السلبي والأعراض الجسمية Negative Mood/Physical Symptoms

، ويتكون هذا البعد من (٩) عبارات ،،ومن أمثلة عبارات هذا البعد: أشعر يوميًا برغبتي في البكاء. I feel like crying everyday، والشكل الآتي يوضح المقياس بأبعاده المختلفة.



شكل (١) التقرير الذاتي المطول(CDI 2:SR) من قائمة كوفاكس لاكتئاب الصغار

الخصائص السيكومترية للتقرير الذاتي المطول (CDI 2:SR) في نسخته الأصلية Kovacs (2011).

قامت كوفاكس Kovacs بتطبيق المقياس على عينة معيارية قدرها (١١٠٠) طفل ومراهق من الذكور والإناث ممن تتراوح أعمارهم الزمنية من (٧: ١٧) عامًا، وقد تم اختيارهم من (٢٦) ولاية مختلفة داخل الولايات المتحدة الأمريكية.

ثبات المقياس

لحساب ثبات المقياس استخدمت كوفاكس Kovacs طريقة ألفا كرونباخ، وقد بلغ معامل ثبات ألفا (٠,٩١) للدرجة الكلية للمقياس، (٠,٨٥) للمشكلات الانفعالية، (٠,٨٣) للمشكلات الوظيفية، (٠,٧٥) للمزاج السلبي والأعراض الجسمية، (٠,٧٧) لتقدير الذات السلبي، (٠,٧٣) للمشكلات البينشخصية، (٠,٧٦) لعدم الفعالية.

كما استخدمت كوفاكس Kovacs طريقة إعادة الاختبار لحساب ثبات المقياس عن طريق حساب معامل أرتباط بيرسون بين التطبيقين بفاصل زمني تراوح من أسبوعين إلى أربعة أسابيع، وقد بلغ معامل الارتباط بطريقة إعادة الاختبار (٠,٩٨) للدرجة الكلية للمقياس، (٠,٩٨) للمشكلات الانفعالية، (٠,٩٢) للمشكلات الوظيفية، (٠,٩٧) للمزاج السلبي والأعراض الجسمية، (٠,٩٧) لتقدير الذات السلبي، (٠,٩٢) للمشكلات البينشخصية، (٠,٩٢) لعدم الفعالية.

صدق المقياس

لحساب صدق المقياس استخدمت كوفاكس Kovacs الصدق التقاربي مع قائمة بيك لاكتئاب الشباب، وقد بلغ معامل الصدق (٠,٣٧) للدرجة الكلية للمقياس، (٠,٣٤) للمشكلات الانفعالية، (٠,٢٨) للمزاج السلبي والأعراض الجسمية،(٠,٣٦) لعدم الفعالية، (٠,٣٧) للمشكلات الوظيفية، (٠,٣٠) للمشكلات البينشخصية، (٠,٣٧) لتقدير الذات السلبي.

كما استخدمت كوفاكس الصدق التقاربي مع مقياس كونرز لتقدير السلوك، وقد بلغ معامل الصدق (٠,٥٨) للدرجة الكلية للمقياس، (٠,٥٨) للمشكلات الانفعالية، (٠,٥٩) للمزاج السلبي والأعراض الجسمية،(٠,٤٤) لعدم الفعالية، (٠,٥٠) للمشكلات الوظيفية، (٠,٤٤) للمشكلات البينشخصية، (٠,٣٨) لتقدير الذات السلبي.

كما استخدمت كوفاكس Kovacs الصدق التميزي الذي أثبت تمتع المقياس بالصدق وقدرته على التمييز بين الأشخاص المكتئبين وغير المكتئبين.

ثانيًا الصورة المعربة من التقرير الذاتي المطول إعداد / الباحث

١ـ أسباب تعريب الطبعة الثانية (التقرير الذاتي المطول Full Length CDI 2:SR) من قائمة كوفاكس Kovacs (2011) لاكتئاب الصغار في البحث الحالي

أ- يعد هذا المقياس من أحدث المقاييس التي تم إعدادها لقياس الاكتئاب لدى الصغار.

ب- مناسبة المقياس للتطبيق على التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، فتعد قائمة كوفاكس لاكتئاب الصغار Children's Depression Inventory في طبعتيها الأولى والثانية من أكثر المقاييس التي استخدمت لقياس مستويات الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، فقد تم استخدامها على سبيل المثال لا الحصر في قياس الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم في دراسة Gallegos et al. ,2012، ودراسة (Sideridis ,2007)، ودراسة Heath (& Ross,2000)، ودراسة (Willcutt & Pennington, 2000)، ودراسة (Stanleyet et al. ,1997)، ودراسة(Heath & Wiener,1996)، ودراسة (Wright– Stawderman&Watson,1992).

ج- يعد هذا المقياس مناسبًا للفئة العمرية لأفراد العينة في البحث الحالي حيث أنه يصلح للتطبيق على الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من (٧ - ١٧) عامًا، وقد تراوحت أعمار عينة البحث الحالي من (٩ -١١) عامًا.

د- نال هذا المقياس شهرة عالمية واسعة في قياس الاكتئاب لدى الأطفال، وفي هذا الصدد يذكر Sideridis (2007,530) أن الطبعة الأولى من قائمة كوفاكس لاكتئاب الصغار(CDI) تم استخدامها في أكثر من (٣٨٠) دراسة وتم قياس الصدق والثبات لها عدة مرات في العديد من الدراسات،وبالإضافة إلى ذلك تم تقنين الطبعة الأولى من المقياس على العديد من المجتمعات وترجمت إلى العديد من اللغات منها الأسبانية(Gallegos et al.,2012)، واليونانية (Sideridis, 2007)، والفرنسية (Saint– Laurent, 1990)، والصينية (Lam,1999)، كما قام غريب (١٩٨٨) بترجمة الطبعة الأولى إلى اللغة العربية وتقنينها على عينة من الأطفال العاديين.

١ـ خطوات تعريب المقياس في البحث الحالي:

أ- قام الباحث في البحث الحالي بترجمة التقرير الذاتي المطول (CDI– 2:SR) كما ورد في الطبعة الثانية من قائمة كوفاكس Kovacs (2011) إلى اللغة العربية ثم قام بعرض المقياس على عدد من المتخصصين في اللغة الانجليزية الذين أكدوا سلامة الترجمة مع إبداء بعض الملاحظات التي أخذ الباحث بها.

ب- قام الباحث بعرض المقياس على السادة المحكمين.

ج- قام الباحث بإجراءات الصدق والثبات الإحصائي للمقياس.

٢ـ صدق وثبات المقياس في صورته المعربة

جـ صدق المقياس:

أولاً صدق المحكمين

قام الباحث بعرض المقياس على (١٠) محكمين من السادة الأساتذة المتخصصين في مجالات الصحة النفسية والتربية الخاصة بجامعتي الطائف والملك فيصل للحكم على عبارات المقياس،وتحديد مدى مناسبتها لقياس الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية داخل المجتمع السعودي، وقد أسفر رأي السادة المحكمين عن صلاحية المقياس للتطبيق مع إبداء بعض الملاحظات التي أخذ بها الباحث .

ثانيًا الصدق الإحصائي

قام الباحث في البحث الحالي بحساب صدق وثبات المقياس وذلك على عينة بلغت (٤٨٠) تلميذًا من تلاميذ المرحلة الابتدائية منهم (١٢٠) تلميذًا من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، و(٣٦٠) تلميذًا من التلاميذ العاديين الملتحقين بمدارس التربية والتعليم بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية، وكانت هذه المدارس هي: عبادة بن الصامت، أبي بن كعب، البحر الأحمر، الملك فيصل، الأحنف بن قيس، الثقافة، قيس بن عاصم، حنين، حراء، أبوسفيان الثقفي، عبدالله بن العباس، الجاحظ، العزيزية، وج ،الملك عبد العزيز، محمد بن عبد الوهاب، مجمع الأمير محمد، المغيرة بن شعبة، الحسن بن الهيثم، همام بن الحارث، وقد استخدم الباحث في ذلك:

١) **صدق الاتساق الداخلي**: تم حساب صدق الاتساق الداخلي باستخدام معامل ارتباط بيرسون عن طريق استخراج معامل ارتباط درجة كل عبارة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه، ثم استخراج معامل ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس حيث ن= ٤٨٠

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠,٦٥	٠,٠١	١٠	٠,٦٩	٠,٠١	١٩	٠,٦٨	٠,٠١
٢	٠,٦٧	٠,٠١	١١	٠,٧٢	٠,٠١	٢٠	٠,٦٩	٠,٠١
٣	٠,٧٥	٠,٠١	١٢	٠,٨٠	٠,٠١	٢١	٠,٧٥	٠,٠١
٤	٠,٧٥	٠,٠١	١٣	٠,٨٢	٠,٠١	٢٢	٠,٧٥	٠,٠١
٥	٠,٧٨	٠,٠١	١٤	٠,٦٥	٠,٠١	٢٣	٠,٨٢	٠,٠١
٦	٠,٧٧	٠,٠١	١٥	٠,٧٦	٠,٠١	٢٤	٠,٨٠	٠,٠١
٧	٠,٧٥	٠,٠١	١٦	٠,٧٢	٠,٠١	٢٥	٠,٨٠	٠,٠١
٨	٠,٨٠	٠,٠١	١٧	٠,٧٧	٠,٠١	٢٦	٠,٧٥	٠,٠١
٩	٠,٧٩	٠,٠١	١٨	٠,٧٧	٠,٠١	٢٧	٠,٨٠	٠,٠١
						٢٨	٠,٧٨	٠,٠١

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس حيث ن= ٤٨٠

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
عدم الفعالية	٠,٨٢	٠,٠١
المشكلات البينشخصية	٠,٨٤	٠,٠١
المشكلات الوظيفية	٠,٨٣	٠,٠١
التقدير السلبي للذات	٠,٧٤	٠,٠١
المزاج السلبي	٠,٨٤	٠,٠١
المشكلات الانفعالية	٠,٧٩	٠,٠١

يتضح من الجدولين السابقين أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق حيث كانت جميع العبارات دالة عند مستوى ٠,٠١.

٢) **صدق المحك**: قام الباحث بحساب صدق المحك الخارجي للمقياس على نفس العينة السابقة ن = (٤٨٠)، عن طريق حساب معامل ارتباط بيرسون بين المقياس الحالي، والقائمة العربية لاكتئاب الأطفال المقننة على البيئة السعودية إعداد / النفيعي واسماعيل (٢٠٠٠)، وقد بلغ معامل الارتباط بين المقياسين (٠,٩٢) مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق.

ب- ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس عن طريق:

١- معامل ألفا كرونباخ: لقد تم استخدام معامل ألفا كرونباخ لحساب معامل الثبات لجميع عبارات المقياس، وقد بلغ معامل ثبات ألفا (٠,٨٣) للدرجة الكلية للمقياس، (٠,٨٦) للمشكلات الانفعالية، (٠,٨٤) للمشكلات الوظيفية، (٠,٨٢) للمزاج السلبي والأعراض الجسمية، (٠,٨٤) لتقدير الذات السلبي، (٠,٨١) للمشكلات البينشخصية، (٠,٨٣) لعدم الفعالية.

٢- طريقة إعادة الاختبار: لقد تم إجراء طريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني مقداره أسبوعان، وتم استخراج معاملات الارتباط باستخدام معاملات ارتباط بيرسون، وقد بلغ (٠,٨٧) للدرجة الكلية للمقياس، (٠,٩٢) للمشكلات الانفعالية، (٠,٨٦) للمشكلات الوظيفية، (٠,٨٨) للمزاج السلبي والأعراض الجسمية، (٠,٩٤) لتقدير الذات السلبي، (٠,٨٣) للمشكلات البينشخصية، (٠,٨٣) لعدم الفعالية.

الصورة المعربة النهائية من المقياس:

تكون المقياس في صورته المعربة النهائية من (٢٨) عبارة تقيس مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم والتلاميذ العاديين، وقد تضمن المقياس مقياسين فرعيين هما:

١- المشكلات الوظيفية: ويتكون من (١٣) عبارة، ويشمل بعدين أساسيين هما: عدم الفعالية ويتضمن (٨) عبارات، المشكلات البينشخصية ويتضمن (٥) عبارات .

٢- المشكلات الانفعالية: ويتكون من (١٥) عبارة، ويشمل بعدين أساسيين هما: التقدير السلبي للذات ويتضمن (٦) عبارات، المزاج السلبي والأعراض الجسمية ويتضمن (٩) عبارات.

وقد اشتمل كل بند من بنود المقياس على ثلاث عبارات، ويطلب من التلميذ اختيار عبارة واحدة من العبارات الثلاثة بحيث تكون هذه العبارة التي يختارها التلميذ تعبر بدقة عما يشعر به خلال الأسبوعين الآخرين، ويحصل التلميذ في كل بند على درجة تتراوح من (صفر: ٢) حيث تدل الدرجة (صفر) على الخلو من الأعراض الاكتئابية وتدل الدرجة (٢) على وجود الأعراض الاكتئابية .

مثال:

ا- أنام ليلاً بشكل جيد. (صفر)
ب- أواجه صعوبة في النوم في كثير من الليالي. (١)
ج- أواجه صعوبة في النوم كل ليلة. (٢)

مقياس صعوبات التعلم إعداد السرطاوي (١٩٩٥)

يهدف هذا المقياس إلى التعرف المبكر على التلاميذ الذين يعانون من صعوبة في التعلم في المرحلة الابتدائية، وذلك من خلال تقدير المدرسين لسلوك التلميذ، ويتكون المقياس من (٥٠) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد: البعد الأول الصعوبات الأكاديمية، البعد الثاني: الخصائص السلوكية، والبعد الثالث: الصعوبات الإدراكية الحركية.

وقد قام معد المقياس بتطبيق المقياس على (٨٢٦) طالبًا لحساب صدق وثبات المقياس، وقد تحقق للمقياس دلالات صدق مرتفعة حيث اعتمد في تقدير التكوين الفرضي للمقياس على كل من الصدق العاملي والاتساق الداخلي حيث كانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١، كما اعتمد الباحث على الصدق التلازمي من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات عينة من التلاميذ على المقياس الحالي ومقياس مايكل بست لتشخيص صعوبة التعلم، وقد بلغ معامل الارتباط (٠,٧٤)، كما تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقة الفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لكل من الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية، وقد تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠,٩٠– ٠,٩٨).

صدق وثبات المقياس في البحث الحالي

قام الباحث في البحث الحالي بالتحقق من صدق وثبات المقياس على عينة قدرها (٦٠) طالبًا من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الذين يدرسون في المدارس الابتدائية الحكومية بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية، على النحو التالي:

صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس عن طريق صدق المحك من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون بين المقياس الحالي ومقياس مايكل بست لصعوبات التعلم، إعداد/ المطيري (٢٠٠٦)، وقد بلغ معامل الارتباط بين درجات التلاميذ على مقياس مايكل بست لصعوبات التعلم والمقياس الحالي (٠,٧٩) وهو معامل ارتباط مرتفع مما يدل على تمتع المقياس بالصدق.

ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقة الفا كرونباخ، وقد تراوحت معاملات الثبات للمقياس لكل بعد من الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للمقياس من (٠,٧٥– ٠,٨٤) مما يدل على تمتع المقياس بالثبات.

٣- مقياس ستانفورد بينيه العرب للذكاء (الطبعة الرابعة)، تعريب وتقنين/ حنوره (٢٠١٠).

يعد مقياس ستانفورد بينيه (ط٤) امتداد لمقياس ستانفورد بينيه (ط٣) الذى أعده لويس تيرمان ومودميريل، وقد تم حساب ثبات المقياس من خلال معادلة كيودرريتشاردسون (٢٠) ودرجات الخطأ المعيارى، حيث ظهر إن معاملات الثبات تراوحت ما بين (٠,٩٦.٠,٧٢) لجميع المجموعات العمرية وبالنسبة لجميع المجالات، أما بالنسبة لوسيط الثبات (عبر الفئات العمرية من سن (٢) حتى سن (٢٣.١٨) فقد تراوح ما بين (٠,٩٢.٠,٧٣)، كذلك قام المؤلفون بحساب الثبات من خلال إعادة إجراء الاختبار، وجاءت معظم معاملات الثبات فوق (٠,٧٠)، وقد أجريت مقارنات لمعاملات الثبات على اختبارات المقياس في صورته الكاملة (١٥ اختبارا) والصورة المختصرة (اختباران. ٤ اختبارات. ٦ اختبارات)، وقد اتضح أن الدرجات مالت جميعها إلى الارتفاع حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠,٩٩.٠,٨٧).

كما تم حساب صدق المقياس بإيجاد معامل الارتباط بين درجات المقياس واختباراته الفرعية، كان أبرزها حساب معامل ارتباط بين درجات المقياس الجديد ومقياس ستانفورد بينيه الطبعة الثالثة (١٩٧٢) الصورة (ل م)، حيث تم الكشف عن معاملات صدق (ارتباط) باختبارات الطبعة الرابعة لمقياس بينيه التى تراوحت ما بين (٠,٨١.٠,٥٦)، كذلك ظهر وجود معاملات ارتباط مرتفعة بين أبعاد مقياس وكسلر لذكاء الأطفال تراوحت ما بين (٠,٨٣.٠,٦٣) للمقاييس اللفظية والعملية والكلية مقارنة بالمجالات الأربعة والدرجة المركبة (SAS) فى الطبعة الرابعة لمقياس بينيه.

٤- استمارة تقدير الوضع الاجتماعي الثقافي الاقتصادي في البيئة السعودية، إعداد / منسي وأحمد، تقنين الشربيني وأبو السعود (٢٠١٣).

يتضمن هذا المقياس مقياسين هما: مقياس الوضع الاجتماعي للأسرة ويقاس من خلال المؤشرات التي تتضمن: وظيفة الوالد والوالدة والإخوة والأخوات، ومستوى تعليم الوالد والوالدة والأخوة والأخوات، عدد الأخوة والأخوات، والحالة الاجتماعية والسكنية، ويقاس المستوى الثقافي من خلال التعرف على الأبعاد التالية: عدد الصحف والمجلات اليومية التي تشتريها الأسرة، عدد الكتب الثقافية التي توجد بالمنزل، وعدد السيارات التي تمتلكها الأسرة واستخداماتها، الأشياء الترفيهية بالمنزل واستخداماتها، طرق قضاء وقت الفراغ، قضاء العطلات خارج المنزل وداخل الوطن وخارجه. وقد تم تقنين المقياس على عينة بلغ قوامها ٨٠٠ فرد من المدارس المتوسطة للبنين والبنات تم اختيارهم من مكة المكرمة والمدينة المنورة،

وتم حساب صدق المقياس عن طريق صدق المحكمين، والارتباط بمحك خارجي وبلغ معامل الارتباط بينهما ٠،٧٨، وتم حساب ثبات المقياس عن طريق إعادة ثباته وبلغ معامل الارتباط بين المرتين ٠،٨٧ (منسي، وغوني، ودمياطي، ١٩٩٠).

وقد قام الشربيني وأبو السعود (٢٠١٣) بإعادة تقنين هذا المقياس داخل البيئة السعودية على عينة من أسر الأطفال العاديين والمتخلفين فكريًا والتوحديين وذوي صعوبات التعلم بلغ عددهم (٢١٠) أسرة سعودية، وتم حساب صدق الاستمارة عن طريق صدق المحكمين، فقد تم عرضها على (١٠) من أعضاء هيئة التدريس السعوديين من أقسام التربية الخاصة وعلم النفس والعلوم التربوية بجامعة الطائف، وتم تعديل بعض العبارات، وإضافة بعض العبارات، واستبعاد العبارات التي كانت نسبة اتفاق جميع المحكمين عليها أقل من ٩٠٪، وتم حساب ثبات الاستمارة بطريقة إعادة تطبيقها فبلغ ٠،٧١.، كما قام الباحثان بحساب مستوى الدخل وفقًا لمصلحة الإحصاءات العامة بوزارة التخطيط لعام ٢٠٠٠، بعد عرضها على نفس المحكمين العشر والذين أضافوا بعد التعديلات على مستويات الدخل لتكون مناسبة للظروف المعيشية في الوقت الراهن (الشربيني وأبو السعود، ٢٠١٣، ٥١).

برنامج الدراما النفسية

الهدف من البرنامج

هدف البرنامج إلى خفض مستوى أعراض الاكتئاب لدى عينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية.

وسعى البرنامج إلى تحقيق ذلك من خلال تحقيق الأهداف الآتية:

١- تكوين علاقة علاجية إيجابية بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية.

٢- التعرف على المشكلات التي تسبب الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من خلال الدراما النفسية.

٣- مناقشة المشكلات المسببة للاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم وتبادل الآراء والخبرات حولها.

٤- اقتراح حلول مناسبة للمشكلات المسببة للاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم.

الأسس التي قام عليها البرنامج:

قام البرنامج الحالي على مجموعة من الأسس التي يمكن إجمالها فيما يلي:

أ- الأسس العامة:

١. مشكلة الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم يمكن التخلص منها من خلال الدراما النفسية.

٢. إتاحة الفرصة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم لأداء مشكلاتهم بصورة حية وبشكل ملموس قدر الإمكان من خلال الدراما والأداء الحركي بدلاً من الاكتفاء بالحديث عنها فقط.

٣. مساعدة التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في الاستبصار بمشكلاتهم وإيجاد حلول لها.

ب- الأسس النفسية:

١- الكشف عن حالات الصراع النفسي التي عاشها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم وساهمت في إصابتهم بالاكتئاب.

٢- تشجيع التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على إخراج المكبوتات الموجودة لديهم من مستوى اللاوعي إلى مستوى الوعي.

٣- تقديم الدعم النفسي المناسب الذي يحتاجه التلاميذ ذوو صعوبات التعلم عند أدائهم للمشكلات الخاصة بهم.

ج- الأسس التربوية:

١- استخدام عبارات واضحة ومفهومة مع التلاميذ ذوي صعوبات التعلم تتناسب مع خصائصهم وقدراتهم.

٢- مناسبة فنيات الدراما النفسية المستخدمة في البرنامج مع المرحلة العمرية وقدرات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

٣- مناسبة محتوى البرنامج لقدرات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم وخصائصهم.

د- الأسس الاجتماعية:

١- إشعار التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بالتقبل الاجتماعي مما يدفعهم إلى المشاركة في جلسات البرنامج بفعالية.

٢- تنمية الوئام وروح المشاركة بين بطل الرواية والأنوات المساعدة.

٣- إتاحة الفرصة لبطل الرواية للعب دور الشخصيات المؤثرة في حياته اجتماعيًا مثل الأب، أو الأم، أو الأقران.

هـ – الأساس النظري للبرنامج:

يعتمد البرنامج الحالي على طريقة ليفي مورينو Levy Moreno في العلاج النفسي المعروفة باسم الدراما النفسية وهي طريقة جماعية تجعل من المسرحية الدرامية الموجهة وسيلة للكشف عن المشكلات والقضايا التي يعيشها الفرد حيث يقوم بطل الرواية في هذه الطريقة بالتفاعل مع الأنوات المساعدة والتعبير عن المشكلات التي يعاني منها بصورة حية أمام الجمهور من خلال قيامه بلعب الدور وأداء المشكلات التي يعاني منها وكأنها تحدث في نفس اللحظة مما يسهم في نقل تصوراته وأفكاره إلى الجمهور ،ومن ثم يتيح ذلك الكشف عن المشاعر والمشكلات التي يعاني منها أمام الآخرين مما يسهم بشكل كبير في مساعدته في الاستبصار بمشكلته وإيجاد حلول لها، ويستخدم في هذه الطريقة العديد من الفنيات من أهمها: فنية لعب الدورRole playing، فنية عكس الدور Role Reversal، فنية مناجاة النفس Soliloquy، فنية الكرسي الخالي Empty Chair، فنية المرآة The Mirror technique، فنية المتجر السحري Magic shop technique، فنية المناقشة Discussion.

وقد سبق أن تناول الباحث الدراما النفسية بشيء من التفصيل في الإطار النظري للدراسة موضحًا فنياتها وسبب اختياره لها.

مراحل ومحتوى جلسات البرنامج: اشتمل البرنامج الحالي على (٢٢) جلسة بمعدل جلستين في الأسبوع الواحد، والجدول الآتي يوضح توزيع جلسات البرنامج وفقًا للمراحل التي مر بها.

جدول (٤)

مراحل ومحتوى جلسات البرنامج

المرحلة	الجلسات	المحتوى
الأولى: التمهيد والتهيئة	من الجلسة (الأولى) حتى الجلسة (الثالثة)	تم في هذه المرحلة التعارف بين الباحث والتلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية حيث حاول الباحث في هذه المرحلة تكوين علاقة علاجية ناجحة قائمة على الثقة والحب والاحترام المتبادل بينه وبين أفراد المجموعة التجريبية بقصد تهيئة التلاميذ نفسيًا لتلقي جلسات البرنامج،كما استمع الباحث لاستفسارات التلاميذ وأجاب على أسئلتهم , وبالإضافة إلى ذلك قام الباحث بتعريف التلاميذ بالهدف من البرنامج وفائدته بالنسبة لهم، وأيضًا قام بتوضيح مفهوم الدراما النفسية، وفنياتها، وعناصرها،وكيفية تكوين الفريق المسرحي، وكيفية أداء المسرحية النفسية.
الثانية: الأداء والمناقشة	من الجلسة (الرابعة) حتى الجلسة (التاسعة عشر)	قام الباحث في هذه المرحلة بالتعرف على المشكلات المسببة للاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، وذلك من خلال قيامهم بمناجاة أنفسهم وإعادة أداء المشكلات الحقيقية التي يعانون منها في الواقع الفعلي، وقد تم استخدام العديد من فنيات الدراما النفسية في هذه المرحلة مثل فنية لعب الدور وقلب الدور، ومناجاة النفس، والكرسي الخالي، والمتجر السحري،والمناقشة، وقد اشتملت كل جلسة في هذه المرحلة على ثلاث مراحل فرعية هي: مرحلة الإحماء وهدفت هذه المرحلة إلى زيادة النشاط العقلي والبدني لأفراد المجموعة التجريبية، وتنمية الوئام وروح المشاركة بينهم، ومرحلة الأداء وقام أفراد المجموعة التجريبية في هذه المرحلة بأداء حالات الصراع والمشكلات التي يعانون منها وتسبب لهم الاكتئاب، وذلك بهدف إخراج المشكلات الكامنة والصراعات الداخلية لديهم وجعلها تطفو على السطح، ومرحلة المناقشة وفي هذه المرحلة تم مناقشة هذه المشكلات وتبادل الآراء والخبرات بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية بهدف وضع حلول لها.
الخاتمة	من الجلسة (العشرين) إلى الجلسة (الثانية والعشرين)	في هذه المرحلة تم الترتيب لإقامة حفل، ودعوة أولياء الأمور والمعلمين لحضور الحفل، ثم تم إقامة الحفل وتكريم التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الذين شاركوا في البرنامج أمام المعلمين وأولياء الأمور.

تقييم البرنامج: تم تقييم البرنامج من خلال تطبيق مقياس الاكتئاب Full Length CDI 2:SR (القياس القبلي، والبعدي) وأجريت المتابعة بعد ثلاثة أشهر من الانتهاء من تطبيق البرنامج ؛ لمعرفة مدى فعاليته واستمراريته في خفض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

رابعًا: الأساليب الإحصائية المستخدمة

اعتمد الأسلوب الإحصائي المستخدم في البحث على طبيعة الدراسة، والمتغيرات التي تمت في ضوئها، وحجم العينة، وطبيعة المقاييس المستخدمة فيها، فقد استخدم الباحث من خلال البرنامج الإحصائي SPSS حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، وذلك للتحقق من نتائج الفرض الأول، كما استخدم الباحث الإحصاء اللابارامترى المتمثل في اختباري مان وتنى، وولكوكسن للعينات الصغيرة المستقلة، وغير المستقلة وذلك للتحقق من نتائج الفروض التالية.

نتائج البحث

أولاً نتائج الفرض الأول:

ينص هذا الفرض على الآتي: « ترتفع معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.، وللتحقق من نتائج الفرض استخدم الباحث حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية.

جدول (٥)

يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية للاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم، حيث ن= ١٢٠

الأبعاد	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	النسب المئوية
عدم الفعالية	٦,٦٤٢	٣,٦٩٨	٤١,٥١٣
المشكلات البينشخصية	٤,٢٩٢	٢,٨٠٠	٤٢,٩٢
المشكلات الوظيفية	١٠,٩٣٣	٥,٨١٣	٤٢,٠٥٠
التقدير السلبي للذات	٤,٠٩٢	٢,٩٠٢	٣٤,١٠
المزاج السلبي	٦,٥٠٨	٤,٦٣٥	٣٦,١٥٦
المشكلات الانفعالية	١٠,٥٩٢	٧,٢١٩	٣٦,٣٠٧
الدرجة الكلية	٢١,٥٢٥	١٢,٥٥٦	٣٨,٤٣٧

ثانيًا نتائج الفرض الثاني:

ينص هذا الفرض على أنه: « توجد فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية»

وللتحقق من نتائج الفرض استخدم الباحث اختبار مان وتني Mann Whitney اللابارامتري.

جدول (٦)

يوضح قيمة (Z) ومستوى الدلالة الإحصائية بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي

لأبعاد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z
عدم الفعالية	الضابطة	١٠	١٥,١٠	١٥١	٣,٤٩٢ ـ
	التجريبية	١٠	٥,٩٠	٥٩	
المشكلات البينشخصية	الضابطة	١٠	١٥,١٠	١٥١	٣,٥١٠ ـ
	التجريبية	١٠	٥,٩٠	٥٩	
المشكلات الوظيفية	الضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥	٣,٧٩٢ ـ
	التجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥	
التقدير السلبي للذات	الضابطة	١٠	١٤,٧٠	١٤٧	٣,٢٠٨ ـ
	التجريبية	١٠	٦,٣٠	٦٣	
المزاج السلبي	الضابطة	١٠	١٤,٦٥	١٤٦,٥	٣,١٥٩ ـ
	التجريبية	١٠	٦,٣٠	٦٣	
المشكلات الانفعالية	الضابطة	١٠	١٤,٦٥	١٤٦,٥	٣,٨٣٦ ـ
	التجريبية	١٠	٦,٣٥	٦٣,٥	
الدرجة الكلية	الضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥	٣,٧٨٥ ـ
	التجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١) بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، وهذا يدل على انخفاض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية ويدل على تحقق الفرض الثاني.

ثالثًا نتائج الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على أنه « توجد فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وللتأكد من النتائج السابقة استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon، وفيما يلي ما توصل إليه الباحث من نتائج في هذا الصدد.

جدول (٧)

يوضح قيمة (Z) ومستوى الدلالة الإحصائية بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي

الأبعاد	القياس قبلي/ بعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
عدم الفعالية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	٩ ١ ٠ ١٠	٥,٧٨ ٣	٥٢ ٣	٢,٥٠٥ ـ	٠,٠١٢
المشكلات البينشخصية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	١٠ ٠ ٠ ١٠	٥,٥٠ ٠	٥٥ ٠	٢,٨١٤ ـ	٠,٠٠٥
المشكلات الوظيفية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	١٠ ٠ ٠ ١٠	٥,٥٠ ٠	٥٥ ٠	٢,٨٠٩ ـ	٠,٠٠٥
التقدير السلبي للذات	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	١٠ ٠ ٠ ١٠	٥,٥٠ ٠	٥٥ ٠	٢,٨١٤ ـ	٠,٠٠٥
المزاج السلبي	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	٩ ٠ ١ ١٠	٥ ٠	٤٥ ٠	٢,٦٧٧ ـ	٠,٠٠٧
المشكلات الانفعالية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	١٠ ٠ ٠ ١٠	٥,٥٠ ٠	٥٥ ٠	٢,٨٠٧ ـ	٠,٠٠٥
الدرجة الكلية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	١٠ ٠ ٠ ١٠	٥,٥٠ ٠	٥٥ ٠	٢,٨١٠ ـ	٠,٠٠٥ دالة

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١) بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي مما يدل على انخفاض الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ويدل على تحقق الفرض الثالث.

رابعًا نتائج الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض على أنه: « لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي، وللتحقق من نتائج الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon اللابارامترى، وفيما يلي ما توصل إليه الباحث من نتائج في هذا الصدد.

جدول (٨)

يوضح قيمة (Z) ومستوى الدلالة الإحصائية بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي

الأبعاد	القياس قبلي/ بعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
عدم الفعالية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	٤ ٦ ٠ ١٠	٥,٢٥ ٥,٦٧	٢١ ٣٤	٠,٦٩٠ –	٠,٤٩٠ غير دالة
المشكلات البينشخصية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	٣ ٣ ٤ ١٠	٢,٥٠ ٤,٥٠	٧,٥٠ ١٣,٥٠	٠,٦٤٩ –	٠,٥١٦ غير دالة
المشكلات الوظيفية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	٤ ٦ ٠ ١٠	٥ ٥,٨٣	٢٠ ٣٥	٠,٧٧٧ –	٠,٤٣٧ غير دالة
التقدير السلبي للذات	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	٤ ٣ ٣ ١٠	٣ ٥,٣٣	١٢ ١٦	٠,٣٤١ –	٠,٧٣٣ غير دالة
المزاج السلبي	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	٤ ٥ ١ ١٠	٥,٦٣ ٤,٥٠	٢٢,٥٠ ٢٢,٥٠	٠,٠٠	١,٠٠ غير دالة
المشكلات الانفعالية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	٥ ٤ ١ ١٠	٤,٧٠ ٥,٣٨	٢٣,٥٠ ٢١,٥٠	٠,١١٩ –	٠,٩٠٦ غير دالة
الدرجة الكلية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي إجمالي	٤ ٦ ٠ ١٠	٦,٢٥ ٥	٢٥ ٣٠	٠,٢٥٦ –	٠,٧٩٨ غير دالة

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين رتب درجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي مما يدل على تحقق الفرض الرابع، ويدل على استمرار انخفاض الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية.

مناقشة وتفسير النتائج:

يتضح من نتائج الفرض الأول جدول (٥) ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على مقياس الاكتئاب المستخدم في البحث الحالي بأبعاده المختلفة حيث بلغ معدل انتشار الاكتئاب على الدرجة الكلية للمقياس (٣٨,٤٣٧ ٪)، وتتفق هذه النسبة مع نتائج العديد من الدراسات التي تناولت معدلات انتشار الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم حيث تراوحت معدلات انتشار الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم من (٢٦٪: ٤٠٪) في دراسات (Gallegos et al. 2012 ;Rock et al. 1997; Wright– Strawderman & Watson, 1992)

ويفسر الباحث ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بالضغوط النفسية والحياتية التي يتعرض لها ذوو صعوبات التعلم سواء داخل المدرسة، أو خارجها، ومن أهم هذه الضغوط الفشل المتكرر الذي يتعرض له التلاميذ ذوو صعوبات التعلم فكثيرًا ما يرسب التلاميذ ذوو صعوبات التعلم في الاختبارات المدرسية، ولا يستطيعون مجاراة أقرانهم العاديين في المستوى الدراسي ومن ثم يشعرون بخيبة الأمل والإحباط مما قد يدفعهم إلى العزلة والشعور بالاكتئاب، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه Firmin et al. (2004) أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أكثر تعرضًا للفشل داخل المدرسة من أقرانهم العاديين مما يسهم في زيادة مستويات الاكتئاب لديهم، ويتفق ذلك أيضًا مع ما ذهب إليه Sideridis (2007) أن الفشل في تحقيق المهام يشكل عامل ضغط قوي على التلاميذ ذوي صعوبات التعلم مما يؤدي إلى زيادة شعورهم بالاكتئاب.

كذلك تعد الأفكار السلبية الموجودة لدى ذوي صعوبات التعلم من ضمن الأسباب التي تؤدي إلى ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب لديهم حيث يعتقد الكثير من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أنهم أشخاص منبوذون، لا قيمة لهم في المجتمع، يتسمون بتدني القدرات العقلية مما يجعلهم يتعرضون لخطر الاكتئاب، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه Heath (1995) أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم يملكون العديد من الأفكار السلبية عن أنفسهم مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات الاكتئاب لديهم.

وبالإضافة إلى ذلك تعد الإساءة التي يتعرض لها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم من ضمن الأسباب التي تؤدي إلى ارتفاع معدلات انتشار الاكتئاب لديهم حيث كثيرًا ما يتعرض التلاميذ ذوو صعوبات التعلم للسخرية والتهكم من قبل أقرانهم العاديين داخل المدرسة، وقد يتعرضون للعقاب المستمر والتوبيخ من قبل معلميهم داخل المدرسة، كما يحاول أولياء أمورهم في بعض الأحيان المقارنة المستمرة بينهم وبين أقرانهم العاديين مما يسبب لهم الشعور بتدني الذات والاكتئاب، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه Hegarty (2011) أن الإساءة التي يتعرض لها الفرد في حياته من قبل الآخرين تعد من ضمن مسببات الاكتئاب.

ويتضح من نتائج الفرضين الثاني والثالث جدول (٦)، وجدول (٧) انخفاض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج

كما يتضح من نتائج الفرض الرابع جدول (٨) استمرار هذه النتائج خلال فترة المتابعة، أي أن البرنامج قد احتفظ بأثره في خفض مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، واستمر تأثيره ورسوخه في صلب شخصيتهم مما يدل على أن البرنامج الحالي يعد برنامجًا مناسبًا لخفض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم كما عبرت عنه النتائج السابقة.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج العديد من الدراسات التي أثبتت فعالية برامج التدخل المختلفة في خفض مستويات الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم (Atkinson ,2015; Conway,2004; Gallegos,2008; Mackay & Wilson,2007)

كما تتفق مع ما أكدته العديد من الدراسات (Beli et al. ,2012; Hamamci ,2006 ;Kalkan & Osman , 2005) أن الدراما النفسية تعد علاجًا فعالاً في خفض مستويات الاكتئاب نظرًا لقدرتها على تحقيق التنفيس الانفعالي للفرد ،وإخراج المكبوتات الموجودة بداخله، والكشف عن المشكلات التي يعاني منها، وإيجاد حلول لها.

ويفسر الباحث هذه النتائج بطبيعة برنامج الدراما النفسية الذي تعرض له أفرد المجموعة التجريبية ولم يتعرض له أفراد المجموعة الضابطة، ولعل نجاح البرنامج يرجع لبنائه على مجموعة من الأسس العلمية التي تم من خلالها مراعاة الخصائص النفسية والاجتماعية والأكاديمية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

كما يرجع نجاح برنامج الدراما النفسية إلى الفنيات التي اشتمل عليها حيث اشتمل البرنامج على العديد من الفنيات التي كان لها أثر بالغ في خفض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية، فكان لفنية لعب الدور أثر بالغ في التعرف على طبيعة المشكلات المسببة للاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية، حيث كان يقوم التلاميذ ذوو صعوبات التعلم بأداء المشكلات التي يعانون منها أمام الباحث بصورة حية من خلال لعب الدور مما جعل الباحث أكثر فهمًا ووعيًا بطبيعة هذه المشكلات، مما سهل من مهمة الباحث في إيجاد حلول لهذه المشكلات، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه Baim et al. (2007) أن فنية لعب الدور تعد فنية أساسية يمكن من خلالها التعرف على المشكلات التي يعاني منها المسترشد ومن ثم إيجاد حلول لها.

وكان لفنية الكرسي الخالي دور كبير في التعرف على مشاعر ومعتقدات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم تجاه الآخرين حيث كان يتخيل التلميذ ذو صعوبات التعلم خلال هذه الفنية أنه يتحدث إلى شخص ما يجلس على كرس خال كاشفًا عن معتقداته ومشاعره تجاه هذا الشخص، ومن ثم ساهمت هذه الفنية في استكشاف الصراعات الموجودة لدى ذوي صعوبات التعلم تلك الصراعات التي ساهمت في شعورهم بالاكتئاب كما ساهمت هذه الفنية في التنفيس عن المكبوتات الموجودة داخل التلاميذ ذوي صعوبات التعلم مما ساهم في خفض مستويات الاكتئاب لديهم، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه Corey(2012) أن فنية الكرسي الخالي تسهم في التخفيف من الاضطرابات النفسية التي يشعر بها الفرد من خلال التنفيس عن المكبوتات الموجودة بداخله، واستكشاف الصراعات التي لم يتم حلها.

كما كان لفنية عكس الدور أهمية كبيرة في تغيير المعتقدات الخاطئة التي كان يحملها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم أفراد المجموعة التجريبية تجاه آبائهم ومعلميهم وأقرانهم وتسبب لهم الشعور بالاكتئاب حيث أتاحت هذه الفنية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم أداء أدوار الآخرين مثل المعلمين والآباء والأقران ومن ثم كان يرى التلاميذ ذوو صعوبات التعلم مشكلاتهم هنا بأعين الآخرين لا بعيونهم هم مما جعلهم أكثر تفهمًا لتصرفات الآخرين نحوهم، وبالتالي ساهم ذلك في التخفيف من حدة الضغوط التي يشعرون بها مما ساهم في خفض مستوى الاكتئاب لديهم، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه Fonseca (2004) أن فنية عكس الدور تسهم في تغيير المعتقدات الخاطئة الموجودة لدى الفرد حيث تتيح هذه الفنية للفرد رؤية نفسه كما يراه الآخرون وليس كما يرى هو نفسه.

وكان لفنية مناجاة النفس أثر بالغ في الكشف عن المشاعر الاكتئابية الموجودة لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، والتنفيس عنها وإخراجها وجعلها تطفو على السطح بدلاً من كبتها بداخلهم حيث كان يقوم التلاميذ ذوو صعوبات التعلم خلال هذه الفنية بالتحدث إلى ذواتهم بصوت مرتفع أمام الجمهور واصفين المشاعر التي بداخلهم مثل الشعور بالحزن، أو الألم، ومن ثم ساهمت هذه الفنية في التخفيف من مستوى الضغوط المكبوتة داخل التلاميذ ذوي صعوبات مما خفض من مستوى الاكتئاب لديهم، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه Sokoloff (2007) أن فنية مناجاة النفس تسهم في إبراز المشاعر الدفينة لدى المسترشد وإخراج المكبوتات الموجودة بداخله مما يخفف من معاناته وآلامه النفسية.

وأيضًا كان لفنية المرآة أثر بالغ في زيادة استبصار التلميذ ذي صعوبات التعلم بذاته، والتعرف على أخطائه، حيث كان يقوم أحد الأشخاص خلال هذه الفنية بأداء شخصية التلميذ ذي صعوبات التعلم ويتصرف بنفس التصرفات التي يؤديها سواء في المنزل، أو المدرسة، أو أي مكان آخر في حين يقوم التلميذ ذو صعوبات التعلم هنا بمشاهدته وكأنه يرى نفسه في مرآة حيث يشاهد بنفسه من يؤدي دوره ويجسد شخصيته في مواقف معينة متعلقة بحياته، ومن ثم ساهمت هذه الفنية في مساعدة التلميذ ذي صعوبات التعلم في معرفة أخطائه، وجعله يرى نفسه بصورة أكثر وضوحًا مما ساعده في تصحيح ذاته وخفض مستوى الاكتئاب لديه، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه Moreno (1994) أن فنية المرآة تعكس حياة المسترشد مما يساعده في الحصول على نظرة جديدة حول سلوكه ،ويدفعه إلى التخلص من الأخطاء التي تسبب له الاضطراب النفسي.

كما كان لفنية المتجر السحري أثر بالغ في التعرف على الصفات والخصائص النفسية التي يحتاجها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم ويفتقرون إليها في حياتهم حيث كان يطلب التلاميذ ذوو صعوبات التعلم خلال هذه الفنية شراء بعض الصفات التي يفتقدونها مثل الجرأة، أو الحنان، أو الحب، ومن ثم كان يوضح الباحث للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم الطرق الصحيحة التي يجب أن يتبعونها في حياتهم، والتصرفات التي يجب أن يقوموا بها لاكتساب هذه الصفات في الواقع مما ساهم في تدعيم شخصيتهم وتقويتها، وبالتالي ساهم ذلك في زيادة مقاومتهم للضغوط النفسية التي يتعرضون لها في حياتهم وتسبب لهم الاكتئاب، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه Rustin and Olsson (1993) أن فنية المتجر السحري تكشف عن الصفات والخصائص التي يحتاجها المسترشد في الواقع الفعلي وتساعده على اكتسابها.

وأخيرًا كان لفنية المناقشة دور كبير في خفض مستوى الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم حيث كان يدخل الباحث مع التلاميذ ذوي صعوبات التعلم خلال هذه الفنية في حوار ومناقشة يحاول خلالها تبادل الخبرات واقتراح حلول للمشكلات الموجودة لديهم وتسبب لهم الشعور بالاكتئاب، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه (Blatner 2007) أنه يمكن من خلال المناقشة وضع العديد من الحلول للمشكلات التي يعاني منها المسترشدين.

ومن ثم فإن النتائج السابقة التي تم التوصل إليها تعود إلى طبيعة البرنامج الذي تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية.

توصيات البحث:

في ضوء نتائج البحث الحالي، وما تم عرضه من إطار نظري ودراسات سابقة يخرج الباحث بالتوصيات الآتية:

(١) ضرورة خلق قنوات اتصال فعالة بين الجامعات ومؤسسات رعاية التلاميذ ذوي صعوبات التعلم للاستفادة من خبرات المتخصصين في مجال الاكتئاب وتقديم البرامج الوقائية والعلاجية والإرشادية التي تحد من خطر الاكتئاب لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

(٢) التوسع في تقديم برامج التدخل للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم في مرحلة الطفولة للحد من مستوى الاكتئاب لديهم قبل أن يستفحل ويتعاظم أثره في مراحل العمر التالية.

(٣) التوسع في تدريب المعلمين داخل المؤسسات التعليمية على فنيات التعامل السليم مع التلاميذ ذوي صعوبات التعلم وعدم السخرية منهم، أو التهكم عليهم، أو التقليل من شأنهم لوقايتهم من التعرض للاضطرابات النفسية والتي منها الاكتئاب.

(٤) تزويد مؤسسات رعاية وتعليم ذوي صعوبات التعلم بالأخصائيين النفسيين المدربين والمؤهلين الذين يمكنهم التعامل مع الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يتعرض لها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم حيث لاحظ الباحث أن هناك العديد من المدارس داخل المملكة العربية السعودية تخلو من الأخصائيين النفسيين ويتم الاقتصار على وجود الأخصائي الاجتماعي الذي قد لا يستطيع في كثير من الأحيان التعامل مع بعض الحالات التي تعرض عليه.

(٥) السعي إلى تحقيق الاستفادة المرجوة من وسائل الإعلام في تبصير المجتمع بكيفية الوقاية من الاكتئاب، وبيان مدى خطورته، وكيفية التعامل معه، وكيفية الحصول على العلاج المناسب.

(٦) تكثيف جهود البحث في مجال الدراسات النفسية حول الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم حيث لاحظ الباحث أن معظم الدراسات التي تناولت الاكتئاب ركزت بشكل كبير على العاديين بالرغم من انتشار الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم بدرجة تفوق انتشاره لدى العاديين.

(٧) يجب أن تسعى الدولة إلى اتخاذ كافة الإجراءات القانونية والوقائية التي تضمن حصول ذوي صعوبات التعلم على حقوقهم ،وحمايتهم من الإساءة لأن الإساءات المتكررة التي يتعرضون لها تجعلهم أرضًا خصبة للإصابة بالاضطرابات النفسية والتي منها الاكتئاب.

(٨) عدم دفع التلاميذ ذوي صعوبات التعلم إلى القيام بأعمال تفوق قدراتهم لأن ذلك يشعرهم بالفشل والعجز مما قد يتسبب في إصابتهم بالاكتئاب.

(٩) إتاحة الفرصة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم للتعبير عن مشكلاتهم وفهم الدوافع وراء تصرفاتهم والإنصات إليهم.

(١٠) تفعيل دور التربية المسرحية في المدارس ،وتخصيص حصة أسبوعية للتربية المسرحية على غرار التربية الفنية والموسيقية والتربية الرياضية لإتاحة الفرصة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم للمشاركة في التمثيل المسرحي لإخراجهم من عزلتهم ومساعدتهم في التعبير عن انفعالاتهم المكبوتة.

(١١) تطبيق البرنامج الحالي بالمؤسسات المهتمة برعاية التلاميذ ذوي صعوبات التعلم حتى يمكن أن يستفيد منه قطاع عريض من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

المراجع

التركيت، فوزية عبدالله (٢٠١٥). مدى فاعلية إختبار تفهم الموضوع TAT في الكشف عن الصورة الأبوية المسقطة والعلاقات الأسرية والاكتئاب لدى المعتمد على المواد ذات التأثير النفسي باستخدام دراسة الحالة. **مجلة الإرشاد النفسي**، ٤١، ٢٥٩– ٣٢٤.

حنوره، مصرى عبدالحميد (٢٠٠١). **مقياس بينيه العرب للذكاء** (ط٤). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

السرطاوي، زيدان (١٩٩٥). **مقياس صعوبات التعلم دراسة تقنينية**. الرياض: مركز البحوث التربوية، جامعة الملك سعود.

الشربيني، السيد كامل ؛ وأبو السعود، شادي محمد (٢٠١٣). فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال العاديين وأثره في تحسين مفهوم الذات الأكاديمي. **مجلة الإرشاد النفسي**، ٣٥، ١– ٩٤.

ضمرة، جلال كايد ؛ ونصار، يحيى حياتي (٢٠١٤). أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب. **دراسات العلوم التربوية**، ٤١، ٤٦١– ٤٤٥.

عباس، محمد خليل ؛ وملحم، سامي محمد (٢٠١٥). القدرة التنبؤية لكل من العدائية والغضب والاكتئاب في سمة التشدد في الرأي الدوجماتية لدى عينة من المراهقين في الأردن وعلاقته بتقدير الذات لديهم. **دراسات العلوم التربوية** ،٤٢، ١٩٩– ٢١٨.

عبد الخالق، أحمد محمد؛ وعبد الغني، السيد (٢٠١٣). الفروق بين الجنسين في الأعراض الاكتئابية ومعدلات الانتشار لدى عينات من الأطفال والمراهقين في مصر والكويت. **مجلة العلوم التربوية والنفسية**، ١٤(٢)، ١٠٥– ١٢٨.

غريب، عبد الفتاح غريب (١٩٨٨) .(**كراسة تعليمات وقائمة معاييرمقياس الاكتئاب)د** (للصغار. القاهرة: النهضة العربية .

المصري، محمد عبد المجيد (٢٠١٤). مظاهر السلوك الاجتماعي وعلاقته بمستوى القلق والاكتئاب والكفاية الذاتية المدركة لدى المراهقين في الأردن. **مجلة كلية التربية جامعة بنها** ،٧، ١٨– ٥١.

المطيري، جويعد عيد (٢٠٠٦). تقنين مقياس مايكل بست للتعرف على صعوبات التعلم. **المجلة التربوية بالكويت**،٨١، ٢٩١– ٢٩٣.

منسي،محمود عبد الحليم ؛ وغوني،منصور أحمد ؛ ودمياطي،فوزية إبراهيم (١٩٩٠). أسباب غياب التلاميذ والتلميذات عن المدارس في ضوء آراء تلاميذ

وتلميذات المرحلة المتوسطة. **مجلة العلوم التربوية جامعة الملك عبد العزيز**،٣، ٣٣٠ – ٣٧٢.

مويسي،فريد ؛ وبو عبد الله، سبع ؛ وأحمد، تركي (٢٠١٥). الأنشطة البدنية والرياضية و تأثيرها على الاكتئاب عند المراهق. **مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية**. ١٣، ٦٦– ٧٠.

النفيعي، عابد عبد الله؛ واسماعيل، أحمد السيد (٢٠٠٠). تقنين القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينة سعودية. **دراسات تربوية واجتماعية**، ٣ ، ١٥٧ – ١٩٤.

Akinsola, E. F., & Udoka P. A. (2013). Parental influence on social anxiety in children and adolescents its assessment and management using psychodrama . *Psychology,4* (3), 246– 253.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.). Washington, DC: Author.

Anderson, R.N.(2002). Deaths leading causes for 2000. *National Vital Statistics Reports ,16* (50), 1– 85.

Anthony, S. M. (2000). *Influential factors in school personnel's decisions to report child abuse.* Unpublished Ph.D. Thesis, University of California, Santa Barbara.

Apter, N. (2003). The human being: J. L. Moreno›s vision in psychodrama. *International Journal of Psychotherapy, 8* (1), 31– 36.

Atkinson, S.(2015).Cognitive and behavioural therapy . *Learning Disability Practice,18*(2) ,15– 16.

Bailey, N. (2012). *The healing experiences of women: psychodrama and eating disorders* . Unpublished Ph.D. Thesis, Capella University.

Baim, C., Burmeister, J., & Maciel, M. (2007). *Psychodrama: Advances in Theory and Practice.* London: Routledge.

Barbour, A. (1992). Purpose and strategy behind the Magic Shop. *Journal of Group Psychotherapy,45*, 91– 101.

Beer, J., & Beer, J. (1992). Depression, self– esteem, and suicide ideation of high school students at risk. *Psychological Reports , 71* (3) , 899– 902.

Beli, F.E., Rahgoien, A., & Rahgozar, M.(2012). The effects of psychodrama on depression among women with chronic mental disorder. *Bipolar Disorders, 14* ,71– 72.

Bell– Dolan, D. J., Reaven, N. M., & Peterson, L. (1993). Depression and social functioning: A multidimensional study of the linkages. *Journal of Clinical Child Psychology, 22* (3) , 306– 315.

Bender, W. N., Rosenkrans, C.B.,& Crane, M.(1999).Stress, depression, and suicide among students with learning disabilities assessing the risk. *Learning Disability Quarterly, 22* (2), 143– 156.

Bhatia, S.K., & Bhatia, S.C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician , 75* (1) , 73– 80.

Blatner, A. (2000). *Foundations of psychodrama: History, theory, and practice*. (4th ed.). NY: Springer.

Blatner, A. (2007). Creative drama and role playing in education. In A. Blatner (Ed.), *Interactive and improvisational drama: Varieties of applied theater and performance* (pp. 79– 89). New York, NY: Universe.

Blatner, A., & Shaughnessy, M. F. (2003). An interview with Adam Blatner about psychodrama. *North American Journal of Psychology, 5*(1), 137– 146.

Blomkvist, L., & Reutzel, T. (2000). *Psychodrama, Surplus reality and the art of healing*. New York, NY: Routledge.

Brumback, R. A., & Weinberg, W. A. (1990). Pediatric behavioral neurology: An update on the neurological aspects of depression, hyperactivity, and learning disabilities. *Neurology Clinics, 8*, 677– 703.

Burt, D. B., Zembar,M. J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta– analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin, 117*, 285 – 305.

Calhoun, S. L., & Mayes, S. D. (2005). Processing speed in children with clinical disorders. *Psychology in the Schools, 42*, 333 – 343.

Casson, J. (2004). *Drama, Psychotherapy and Psychosis.* Hove: Brunner Routledge.

Conway, K.M.(2004). *An evaluation of social skills training for youth with learning disabilities*. Unpublished Ph.D. Thesis, Southern Illinois University Carbondale.

Corey, G. (2012). *Theory and practice of group counseling*. (8th ed.). Belmont, CA:Brooks/Cole– Thomson Learning.

Creydt, E.(2010). *The relationship between emotional abuse, depression, and birth order positioning in adolescent girls*. Unpublished .Ph.D. Thesis , Adler School of Professional Psychology.

Dalley, M. B., Bolocofsky, D. N., Alcorn, M. B., & Baker, C. (1992). Depressive symptomatology, attributional style,dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. *School Psychology Review, 21*, 444 – 458.

Daniel, S. S., Walsh, A. K., Goldston, D. B., Arnold, E. M., Reboussin, B. A., & Wood, F. B. (2006). Suicidality, school dropout, and reading problems among adolescents. *Journal of Learning Disabilities, 39*, 507 – 514.

Dayton, T. (2005). *The living stage: A step by step guide to psychodrama, sociometry, and experiential group therapy*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.

Djuric, Z. (2006) *Psychodrama: A beginners' guide.* London: Jessica Kingsely Publishers.

Eckshtain, D., & Gaynor, S.T. (2013).Combined individual cognitive behavior therapy and parent training for childhood depression (2 to 3) year follow– up. *Child and Family Behavior Therapy, 35*(2) ,132– 143 .

Farmer, C. (1995). *Psychodrama and Systemic Therapy*. London: Karnac Books.

Feurer, D. P., & Andrews, J.J. (2009). School– Related stress and depression in adolescents with and without learning disabilities an exploratory study. *Alberta Journal of Educational Research*, *55* (1) ,92– 108 .

Firmin, M., Hwang, C., Copella, M., & Clark, S. (2004). Learned helplessness: The effect of failure on test– taking. *Education, 124*, 688–693.

Fisher, J. A. (2007). Congenial alliance: Synergies in cognitive and psychodramatic therapies. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 1*(4), 237– 242.

Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed suicide in young people: A critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, *75*, 676 – 683.

Fonseca, J. (2004) *Contemporary Psychodrama.* Hove: Brunner Routledge.

Gallegos ,J.(2008). *Preventing childhood anxiety and depression testing the effectiveness of a school– based program in México.* Unpublished Ph.D. thesis. The University of Texas.

Gallegos, J., Langley, A., & Villegas, D. (2012). Anxiety, depression, and coping skills among Mexican school children a comparison of students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, *35* (1), 54– 61.

Gladding, S. T. (2003). *Group work a counselling specialty*. New Jersey: Merrill Prentice Hall.

Goldstein, H .B, Safaeian, P., Garrod, K., Finamore, P. S., & Kellogg– spadt, S. (2008).Depression, abuse and its relationship to interstitial cystitis. *International Urogynecology Journal ,19* (12) , 1683– 1686.

Govindshenoy, M., & Spencer, N. (2007).Abuse of the disabled child a systematic review of population– based studies . *Child Care Health and Development,33*(5) , 552– 558.

Hall, C.W., & Haws, D. (1989). Depressive symptomatology in learning– disabled and nonlearning– disabled students. *Psychology in the Schools,26*, 359– 364.

Hamamci, Z . (2006). Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *The Arts in Psychotherapy,33*(3),199– 207

Hammen, C., & Rudolph, K. D. (1996). Childhood depression. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 153– 195). New York, NY: The Guildford Press.

Heath, N. L., & Wiener, J. (1996). Depression and nonacademic self– perceptions in children with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly ,19*(1), 34– 44.

Heath, N. L. (1995). Distortion and deficit: Self– perceived versus actual academic competence in depressed and nondepressed children with and without learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice, 10* (1), 2– 10.

Heath, N. L., & Ross, S. (2000). Prevalence and expression of depressive symptomatology in students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly, 23*, 24–36.

Hegarty, K. L. (2011). The relationship between abuse and depression. *The Nursing Clinics of North America, 46*(4), 437– 444

Holladay,C.L.(2007). *Cognitive– behavioral group therapy for individuals with cognitive– learning disabilities.* Unpublished M.S. Thesis, California State University.

Huntington, D. D., & Bender, W. N.(1993). Adolescents with learning disabilities at risk emotional well– being, depression and Suicide. *Journal of Learning Disabilities, 26* (3) ,159– 166 .

Individuals with Disabilities Education Improvement Act. (2004). *Definitions, 34 Code of Federal Regulations* . Washington , DC: Government Printing Office.

Jacobs, A. (2002). *Comprehensive handbook of psychotherapy*. New York: Wiley.

Kalkan O. N. & Osman, O. (2005).The elderly, nursing homes and life voyages a psychodrama group study .*Turkish journal of psychiatry,16*(2) ,124– 132.

Karataş, Z.(2014). Effects of psychodrama practice on university students' subjective well– being and hopelessness. *Eğitim ve Bilim,39*(173) , 117– 128.

Karatas, Z., & Gokcakan, Z. (2009). A Comparative investigation of the effects of cognitive– behavioral group practices and psychodrama on adolescent aggression . *Educational Sciences Theory and Practice, 9*(3), 1441– 1452.

Karp, M., Holmes, P., & Tauvon, K. B. (2005). *The handbook of psychodrama*. London: Routledge.

Kavale, K. A., & Foraess, S. R. (1996). Social skill deficits and learning disabilities: A meta– analysis. *Journal of Learning Disabilities, 29* (3), 226– 237.

Kellermann P. F. (1992). The Psychodramatist. *Journal o f Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry, 45*(2), 74– 89.

King, D. A., & Caine, E. D. (1996). Cognitive impairment and major depression: Beyond the pseudodementia syndrome. In I. Grant & K. M. Adams (Eds.), *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders* (pp. 200– 217). New York, NY: Oxford University Press.

Kipper, D. A., & Hundal, J. (2003). A Survey of Clinical Reports on the Application of Psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy,Psychodrama and Socciometry, 55*(4), 141– 157.

Kipper, D. A., & Ritchie, T. D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta– analysis. *Group Dynamics Theory, Research and Practice, 7*, 13– 25.

Kistner, J., Balthazor, M., Risi, S, & Burton, C. (1999). Predicting dysphoria in adolescence from actual and perceived peer acceptance in childhood. *Journal of Clinincal Child Psychology, 28* (1), 94– 104.

Koulopoulou, A. (2010).Anxiety and depression symptoms in children– commorbidity with learning disabilities. *European Psychiatry,1*(25), 432– 433.

Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school– aged children. *Acta Paedopsychiatrica, 46*, 305– 315.

Kovacs, M. (2011). *Children's depression inventory 2 (CDI 2)*. North Tonawanda: Multi– Health Systems.

Kovacs. M, Sherrill, J ., George. C. J., Pollock, M., & Tumuluru, R.(2006). Contextual emotion– regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(8), 892– 903.

Lackaye, T., Margalit, M., Ziv, O., & Ziman, T. (2006). Comparisons of self– efficacy, mood, effort, and hope between students with learning disabilities and their non– LD– matched peers. *Learning Disabilities Research and Practice, 21*, 111–121.

Lam, K. N. (1999). *Validation of the Chinese version of the Children's Depression Inventory*. Unpublished Ph.D. Thesis , Hofstra University.

Leveton, E. (1992). *A clinician's guide to psychodrama.* New York: Springer Publishing.

Leveton, E. (2001). *A clinician's guide to psychodrama*. New York, NY: Springer.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1993). Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 60 – 68.

Lewis, S., Bell, D., & Gillanders, D.(2007).Managing chronic pain in people with learning disabilities: A case study . *British Journal of Learning Disabilities,35*(2) ,93– 98.

Maag, J. W., Behrens, J. T., & DiGangi, S. A. (1992). Dysfunctional cognitions associated with adolescent depression: Findings across special populations. *Exceptionality, 3*, 31–47.

Maag, J. W., & Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal Of Learning Disabilities , 39* (1), 3–10.

Mackay, F., & Wilson, C. (2007). Successful multi– disciplinary and multi– treatment working for a person with learning disability who experienced major depressive disorder. *Learning Disability Review*, *12* (3) , 39– 47.

Mammarella, I.C., Ghisi, M., Bomba, M., Bottesi, G., Caviola, S., Broggi ,F., Nacinovich, R.,(2014). Anxiety and depression in children with nonverbal learning disabilities, reading disabilities, and typical development. *Journal Of Learning Disabilities*. In Press.

Margalit, M., & Efrati, M. (1996). Loneliness, coherence and companionship among children with teaming disorders. *Educational Psychology, 16* (1), 69– 79.

Martinez, R. S., & Semrud– Clikerman, M. (2004). Emotional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities , 37*, 411– 420.

McBride, H. E., & Siegel, L. S. (1997). Learning disabilities and suicide. *Journal of Learning Disabilities, 30*, 652 – 659.

Mercer, K. L. (2004).*Relations of self– efficacy to symptoms of depression and anxiety in adolescents with learning disabilities.* Unpublished Ph.D. Thesis ,The University of British Columbia.

Miller, D. N., & Eckert, T. L. (2009). Youth suicidal behavior: An introduction and overview. *School Psychology Review,38*, 153 – 167.

Moreno, J.L. (1994). *Psychodrama* . (4th ed.). Virginia: Beacon House.

Nelson, J. M. & Harwood, H. R. (2011). A meta– analysis of parent and teacher reports of depression among students with learning disabilities evidence for the importance of multi– informant assessment. *Psychology in the Schools, 48* (4), 371– 384.

Newcomer, P. L., Barenbaum E. , & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities conduct disorders and no disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 3* (1), 27– 39.

Parrish, S. B. (2001). Theory and Practice of Action and Drama Techniques. *The International Journal o f Action Methods, 54*(1), 41– 44.

Pons, F., De Rosnay, M., Bender, P., Doudin, P., Harris, P., & Giménez– Dasí, M. (2014). The impact of abuse and learning difficulties on emotion understanding in late childhood and early adolescence. *The Journal of Genetic Psychology. 175* (4), 301– 317.

Raskind, M. H., Goldberg, R. J., Higgins, E. L., & Herman, K. L. (1999). Patterns of change and predictors of success in individuals with learning disabilities: Results from a twenty– year longitudinal study. *Learning Disabilities Research and Practice, 14*, 35– 49.

Rock, E. E., Fessler, M. A., & Church, R. P. (1997). The concomitance of learning disabilities and emotional/behavioral disorders aconceptual model. *Journal of Learning Disabilities*, *30*, 245–263.

Rustin, T. A., & Olsson. P. A. (1993). Sobriety Shop: A variation on Magic Shop for addiction treatment patients. *Journal of Group Psychotherapy, 46*, 12– 23.

Saint– Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'Inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Canadian Journal of Behavioural Science, 22*(4), 377– 384.

Schraufnagel , C. D. (2003). *Association between cognition and depression a cross– sectional and longitudinal study of individuals with learning disabilities.* Unpublished. Ph.D. Thesis, University of North Texas.

Sen, S. J. (2009).*An examination of the relationships among childhood abuse, introject style and psychotherapy outcome for depression*. Unpublished Ph.D. Thesis , University of Toronto.

Sergin, C. (2000). Social skills associated with depression. *Clinical Psychology Review, 20* (3), 379– 403.

Shah, F., & Morgan, S. B. (1996). Teacher's ratings o f social competence of children with high versus low levels of depressive symptoms. *Journal of School Psychology, 34* (4), 337– 349.

Shaywitz, S. E., Fletcher, J. M., Holahan, J. M., Shneider, A. E., Marchione, K. E., & Shaywitz, B. A. (1999). Persistence of dyslexia: The Connecticut Longitudinal Study at Adolescence. *Pediatrics, 104*, 1351– 1359.

Sideridis ,G.D. (2007). Why are students with LD depressed? A goal orientation model of depression vulnerability. *Journal of Learning Disabilities , 40* (6), 526– 539.

Sokoloff , M. (2007). *The use of psychodrama in resolving multicultural parent– child conflict.* Unpublished Ph .D. Thesis, Wright Institute Graduate School of Psychology.

Speirer, P. L., Sherak, D. L., Hirsch, S., & Cantwell, D. P. (1995). Depression in children and adolescence. In E. E. Beckman and W R. Leber (Eds.). *Handbook of Depression* (pp. 267– 493). New York: The Guildford Press.

Stanley, P. D., Dai, Y., & Nolan, R. F. (1997). Differences in depression and self– esteem reported by learning disabled and behavior disordered middle school students. *Journal of Adolescence, 20*, 219–222.

Sundheim, S., & Voeller, K. S. (2004). Psychiatric implications of language disorders and learning disabilities: Risk and management. *Journal of Child Neurology, 19*, 814–827.

Tur– Kaspa, H., Weisel, A., & Segev, L. (1998). Attributions for feelings of loneliness of students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice, 13* (2). 89– 94.

Verhofstadt– Deneve, L. M. (2000). The Magic Shop technique in psychodrama: An existential dialectical view. *International Journal of Action Methods, 53*(1), 3– 15.

Waheid, R. M. (2002). *Behavioral and emotional problems among underachievers in primary school children.* Unpublished M.S. Thesis, Alexandria University.

Willcutt, E. G., & Pennington, G. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 41*, 1039–1048.

World Health Organization (2012). *World suicide prevention day*. Geneva: WHO.

Wright– Strawderman, C., &Watson, B.L (1992). The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 4*, 258 – 264.

Zareapour, A. , Khoshknab ,M. , Kashaninia, A. , Biglarian, A., & Babashahabi, R. (2009).Effect of group play therapy on depression in children with cancer. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences , 14* (3) , 64– 72.