

المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي بولاية المدية

توات عدنان

المركز الجامعي تيبازة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي بولاية المدية، وهذا باستعمال المنهج الوصفي، وكذا التحقق او الكشف عن ما اذا كانت هناك فروق بين تلاميذ الثانوي في مقياس المهارات الاجتماعية تبعا لعامل الجنس، وقد تم ذلك باستخدام عينة حجمها (165) تلميذا، وتم ذلك باستخدام المهارات الاجتماعية لـ متسن وزملائه (1980) المعدل من طرف محمد السيد عبد الرحمن، وتمت معالجة مخرجات هذا المقياس بأساليب احصائية تمثلت في اختبار الدلالة الاحصائية (T_{test})، وكذا اختبار تحليل التباين الاحادي (F)، وهذا بالاستعانة ببرنامج (spss) في نسخته الـ (24)، وقد توصلنا في هذه الدراسة الى أهم النتائج التالية:

- مستوى المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي مرتفع.
 - لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مقياس المهارات الاجتماعية تبعا لعامل الجنس.
- الكلمات المفتاحية:** المهارة، المهارات الاجتماعية.

Le résumé :

Cette étude vise la détermination du niveau des habiletés sociales chez les élèves de l'enseignement secondaire , ainsi que la recherche d'une existence probable de différences chez ces derniers liées à la variable sexe (filles/garçons) .

L'étude a porté sur un échantillon de (165) élèves avec application du test d'habiletés sociales de Matson et al.(1980) adapté par Mohamed Saïd Abderrahmane , et adoption de la méthode descriptive, et un ensemble d'outils statistiques précisément le (Ttest) et le test Anova à un facteur.

Mots clés : habileté, habiletés sociales .

1 مقدمة:

إن الانسان كائن اجتماعي، لا يستطيع التكيف، وممارسة دوره في الحياة اليومية وتلبية جميع طموحاته دون ان يتفاعل مع الآخرين، ويشاركهم ويتعاون معهم، فهو يقضي معظم وقته في جماعات متعددة، يؤثر فيها ويتأثر بها، ويتحدد سلوكه بناءا على تفاعله مع المحيط الذي يعيش فيه. ويمر الفرد خلال حياته بمراحل مختلفة ومن أهم المراحل التي يمر بها مرحلة المراهقة ويصل المراهق إلى هذه المرحلة وهو مزود بمجموعة من القدرات والاستعدادات سواء كانت فطرية وراثية أو مكتسبة من خلال التنشئة الاجتماعية، فالمهارات الاجتماعية تحتل مكانا بارزا في حياة الفرد منذ الطفولة وحتى نهاية العمر، لما لها من أهمية بالغة في تفاعل الفرد وتوافقه وتواصله مع الافراد الآخرين في المجتمع، ويعتمد التفاعل الاجتماعي للفرد، بصورة اساسية، على إمكانيات الفرد ومهاراته اللفظية وغير اللفظية في التواصل مع الآخرين، كما يعزى الاهتمام بالمهارات الاجتماعية الى كونها من العناصر المهمة التي تحدد طبيعة التفاعلات اليومية للفرد مع المحيطين به في السياقات المختلفة، التي تعد في حالة اتصافها- بالكفاءة من ركائز التوافق النفسي على المستوى الشخصي والمجتمعي (شوقي، 2003، 17).

2 الاشكالية:

تعتبر المؤسسة التربوية الاسرة الثانية التي يواصل التلميذ في احضانها نموه النفسي الاجتماعي وإعداده لمتطلبات الحياة المستقبلية، فلا بد ان لا يقتصر دورها على تزويده بالمعارف والمعلومات فحسب بل لها دورا محوريا في نموه وتنشئته اجتماعيا اذ لا بد أن تعمل ايضا على تزويده بالمهارات الشخصية والاجتماعية والحياتية التي تؤهله لخوض معارك الحياة الى جانب القيم والاتجاهات التي يحتاجها لبناء هويته.

وتعتبر المهارات الاجتماعية قدرة الفرد على التعبير عن المشاعر الايجابية والسلبية في سياق العلاقة بين الاشخاص، وتشمل الاستجابات المناسبة اللفظية وغير اللفظية، فالمهارات الاجتماعية سلوك مكتسب يهدف الى التفاعل الاجتماعي، والتدعيم الايجابي مع الآخرين، ومعالجا للازمات، وتعاملا مع المواقف المفاجئة الطارئة التي من الممكن أن يتعرض لها الفرد . (البلعوي، 2011، ص2).

ويذكر عبد اللطيف خليفة (1996، 18-19) أن المهارات الاجتماعية تمثل مع القدرات العقلية جناحي الكفاءة والفاعلية في مواقف الحياة والتفاعلات اليومية للفرد مع المحيطين به، فالمهارات الاجتماعية ترتبط بالنواحي العقلية في الفرد حيث أن القصور في التفاعل الاجتماعي يختلف باختلاف مستوى الذكاء تتزايد عزلة الفرد، كما تتزايد صعوبة التفاعل الاجتماعي، وتتنخفض القدرة على التخاطب والتواصل مع الآخرين، فالمهارات الاجتماعية لها دور مهم في زيادة التحصيل الاكاديمي، والتفاعل الاجتماعي الفعال للتلاميذ.

حيث أن النقص في المهارات الاجتماعية يؤدي الى الفشل أو العجز في الحياة الاجتماعية، او العلاقات المتبادلة بين الاشخاص بمن فيهم المميزون في حياتهم العلمية.

وتتحدد المهارات الاجتماعية لدى الفرد بمدى قدرته على التفاعل الاجتماعي مع المواقف المختلفة وما يمكن أن يطرأ عليها من تغير بطريقة ناجحة تلاقي قبولا من الاطراف التي يتعامل معها الفرد مما يؤدي الى تحقيقه لأهدافه واحتفاظه بالعلاقات الاجتماعية الفعالة مع الآخرين، مثل أفراد أسرته وأقرانه وكل من يقابلهم في حياته الاجتماعية الفعالة مع الآخرين، مثل أفراد أسرته أو أقرانه وكل من يقابلهم في حياته الاجتماعية التي تنتسج يوما بعد يوم كلما اتجه نحو المزيد من النضج والنمو والتقدم في العمر، وكثيرا ما يواجه الفرد مواقف اجتماعية صعبة ومثيرة للانفعالات تتطلب قدرا كبيرا من التحكم في الانفعالات وضبط النفس من أجل النجاح في مواجهة هذه المواقف لهذا ترتبط المهارات الاجتماعية لدى الشخص بمدى ثباته الانفعالي الذي يساعده على التحكم في انفعالاته في مواقف التفاعل الاجتماعية بما يتناسب مع طبيعة المواقف التي يواجهها الشخص. (المطوع، 2001، ص 50-51).

والمهارات الاجتماعية هي أحد الاجتماعية هي أحد عوامل الصحة النفسية المهمة للفرد، لما لها من دور بارز في عملية التوافق الاجتماعي، كما تزيد من ثقة الفرد في ذاته وتبعث على الرضا في الحياة، فهي لازمة للإنسان في كافة نواحي الحياة الاجتماعية والشخصية والدراسية والانفعالية والمعرفية والوظيفية، وهي عملية معرفية سلوكية صريحة تستخدم في التفاعلات الشخصية، وهي اساسية لنجاح الفرد في تفاعلاته، ومن ثم المهارات الاجتماعية عملية معقدة ترتبط بالجوانب السلوكية والوجدانية والمعرفية والوظيفية للفرد. (عبد العال، 2006، ص 4).

وللمهارات الاجتماعية اهمية كبيرة في حياة الناس اليوم، فالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية السريعة التي يمر بها المجتمع تتطلب من الافراد أن يكونوا مزودين بالمهارات التي تمكنهم من التلاؤم والتكيف مع ظروف المجتمع، فهي ضرورية في جميع مواقف الحياة المختلفة، حيث لا يمكن تصور أن يعيش الانسان في كهف منعزل عن العالم، ولا يمكن تحقيق وجود إنساني سليم دون إدراك الوجود الاجتماعي بكل صوره، فالإنسان كائن اجتماعي مفطور على الحياة الاجتماعية، يحمل في أعماق نفسه غريزة حب الاجتماع والعيش ضمن الجماعة. (البلوي، 2004، ص 111).

وتعد المرحلة الثانوية من المراحل التعليمية المهمة، وذلك انها تشهد تشكل وبناء القدرات والمهارات الاجتماعية للطلاب، وتأسيس القواعد والاطر السلوكية والعلمية، وبناء القيم والاتجاهات، وتقبل المثل والاتجاهات، إن العملية التربوية يجب أن لا تقتصر على تزويد المتعلمين ببعض المعارف والمهارات التي تخاطب عقولهم فقط بل لا بد من

تزويد المتعلمين بالمهارات التي تضمن لهم نموا اجتماعيا وجسميا سليما. ومن هذا المنطق فقد أصبح من المتفق عليه أن المهارات الاجتماعية من المحددات الرئيسية لنجاح الفرد أو فشله في المواقف المتنوعة، فهي التي تمكنه في حال ارتفاعها من اداء الاستجابة المناسبة لموقف ما بفعالية، وفي المقابل فإن ضعفها يعد من أكثر العوائق في سبيل توافق الفرد مع الآخرين.(البلعاوي، 2011، ص22) وبناءا على ما سبق، جاءت مشكلة الدراسة الحالية حول التعرف إلى: المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي.

جاء كل هذا من اجل إعطاء دفعة للنهوض بالمستوى التعليمي في الجزائر وتحقيق فعالية اكبر في ميدان التدريس وصيغت اسئلة الدراسة على النحو التالي:

- ما مستوى المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي بأبعاده المختلفة؟
- هل هناك فروق بين تلاميذ التعليم الثانوي في مقياس المهارات الاجتماعية تعزى لعواملالجنس؟

3 فرضيات الدراسة:

للإجابة على التساؤلات السابقة تم وضع الفرضيات التالية:

- مستوى المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي بأبعاده المختلفة متوسطة.
- هناك فروق بين تلاميذ التعليم الثانوي في مقياس المهارات الاجتماعية تعزى لعامل الجنس.

4 أهداف الدراسة:

وهنا يجب ان ننوه بوجود هدفين رئيسيين لدراستنا هذه:

- التعرف على مستوى المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي بأبعاده المختلفة.
- التعرف على الفروق في الجنس لمقياس المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي.

5 اهمية الدراسة:

- تتضح أهمية الدراسة الحالية في قيمة وأهمية متغيراتها في الجهة التربوية، حيث أظهرت الدراسات والبحوث على المستوى العالمي (الاجنبي والعربي) أهمية هذه المتغيرات في جميع أبعاد حياة الفرد على المستوى الفردي والاجتماعي.
- التعرف على المهارات الاجتماعية باعتبارها قدرات نوعية سواء لفظية أو غير لفظية للتعامل الفعال مع الآخرين والتي يبرز دورها بصورة واضحة في حياة المتعلمين.
- قد تلفت هذه الدراسة نظر المسؤولين عن المسيرة التعليمية والمخططين التربويين لها لتبني سياسة تعليمية واضحة اتجاه هذا النوع من التعليم.

- لقاء الضوء على أهم المهارات الاجتماعية التي تحتاج الى تنمية في هذه المرحلة العمرية.

6 تحديد مفاهيم الدراسة:

المهارات الاجتماعية:

المهارة لغة:

يرجع اصل مصطلح المهارة الى الفعل (مهر) والاسم فيه (ماهر) أي حاذق بارع، ويقال فلان مهر في العلم أي : كان حاذقا عالما متقنا له، ويرجع الى الفعل (مهر) الى نوع من الخيل طان يضرب بها المثل في السرعة.(السيد، 2010، 14).

المهارة اصطلاحا:

كما عرف السيد السمادوني (1980) المهارة: « هي نظام متناسق من النشاط الذي يستهدف تحقيق هدف معين » أما كلمة اجتماعي فهي كل ما يتعلق بالعلاقات المتبادلة بين الافراد او الجامعات. وتصبح المهارة اجتماعية عندما يتفاعل فرد مع اخر ويقوم بنشاط اجتماعي يتطلب منه مهارات ليوائم بين ما يقوم به الاخر وبين ما يفعله هو ويتضح مسار نشاطه ليحقق بذلك هذه الموائمة. (هدى المشاط، د س ، ص 07).

المهارات الاجتماعية:

يعرف البلعاوي المهارات الاجتماعية بأنها: « هي الافكار والمشاعر والسلوكيات التي تؤثر في تفاعل الفرد مع الآخرين، التي تحقق للفرد قدرا من التفاعل الايجابي مع البيئة الاجتماعية بطرق متعددة مقبولة اجتماعيا وذات فائدة متبادلة» (البلعاوي، 2011، ص8) يعرف طريف شوقي المهارات الاجتماعية: « قدرة الفرد على ان يعبر بصورة لفظية وغير لفظية عن مشاعره، وآرائه، وأفكاره للآخرين و أن ينتبه و يدرك في الوقت نفسه الرسائل اللفظية الصادرة عنهم، ويفسرها على نحو يساهم في توصية سلوكه حيالهم ويتصرف بصورة ملائمة في مواقف التفاعل الاجتماعي معهم، ويتحكم في سلوكه اللفظي وغير اللفظي فيها، ويعد له كدالة لمتطلباتها على نحو يساعده على تحقيق أهدافه». (طريف شوقي، 2003).

التعريف الاجرائي للمهارات الاجتماعية:

وبذلك يرى الباحث أنه يمكن تعريف المهارات الاجتماعية إجرائيا على أنها: مجموعة من الأداءات السلوكية والمرتبطة بالمخزون الثقافي والمعرفي للفرد، يؤدي من خلالها الفرد عملية تواصل معينة مع الآخرين بقصد تحقيق الرضا النفسي الداخلي، وتحقيق انجاز الحاجات الحالية والمتوقعة، وهي مهارات قابلة للتطور والنماء اعتمادا على الخبرات التي يمر بها.

7 منهج الدراسة:

يرتبط اختيار المنهج المناسب للدراسة بطبيعة المشكلة التي يعالجها، لذلك تم اختيار المنهج الوصفي بما يناسب طبيعة الدراسة والتي تهدف في الأساس الى تقييم مستوى المهارات الاجتماعية بأبعاده الأربعة لدى تلاميذ التعليم الثانوي ، ذلك باعتبار هذا المنهج يقوم بتحديد الظروف والعلاقات التي توجد بين الوقائع وكذلك يهدف إلى جمع البيانات والمعلومات عن حقائق الأشياء والظواهر الموجودة وإخضاعها للدراسة العلمية. (عمار بوحوش، 1995، ص122).

8 عينة الدراسة :

قمنا باختيار عينة من مجتمع الدراسة ، و ذلك بأخذ نسبة 30 % من إجمالي هذا المجتمع . حيث بلغ إجمالي هذا المجتمع (550) تلميذا و تلميذة . إذن عينة الدراسة كانت كما يلي :

إذن حجم عينة الدراسة كانت (165) تلميذا وتلميذة (و قد تم اخذ 67 ذكر و98 أنثى).
و الجدول رقم(01) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

عينة الدراسة	التكرارات	ن %
ذكور	67	40.60 %
إناث	98	59.39 %
المجموع	165	100 %

9 أدوات القياس:

لغرض تحقيق أهداف الدراسة وفحص فرضياتها، تم الاعتماد على مقياس: المهارات الاجتماعية لـ متسن وزملائه (1980) المعدل من طرف محمد السيد عبد الرحمن أعد هذا المقياس «متسن وزملاؤه» تحت عنوان: تقييم «متسن» للمهارات الاجتماعية تكونت العينة المبدئية التي تمت دراستها من (744) طفلا ومراهقا تراوحت اعمارهم بين (8) الى (18) سنة، كما شمل المقياس في بدايته (92) فقرة تم انتقاؤها من المقاييس العامة للأمراض النفسية، والسلوكات المستهدفة في دراسات المهارات الاجتماعية للأطفال والملاحظات الإكلينيكية والمناقشات مع الاخصائيين العاملين مع الاطفال والمراهقين. (إيمان كاشف وهشام عبد الله، 2007)

أما في البيئة العربية فقد تم تعريب وتقنين هذا المقياس من طرف «محمد السيد عبد الرحمن» حيث قام بتعديلين هامين، التعديل الاول في الاجابة الثلاثية على البنود (دائما، احيانا، نادرا) بدلا من الاجابات الخماسية التي استخدمها «متسن» لصعوبة تطبيقها على

تلاميذ عينة الدراسة. في حين التعديل الثاني كان عبارة عن تصنيف هذه البنود تحت مقاييس فرعية تشير الى اربعة انواع من المهارات الاجتماعية هي: المبادأة بالتفاعل، التعبير عن المشاعر السلبية، الضبط الاجتماعي الانفعالي، التعبير عن المشاعر الايجابية. وبذلك اصبح المقياس مكونا من (57) فقرة في صورته النهائية.

أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية:

مهارة المبادأة بالتفاعل:

تعرف مهارة المبادأة بالتفاعل بأنها قدرة الفرد على بدأ التعامل من جانبه مع الافراد الاخرين لفظيا أو سلوكيا كالتعرف عليهم أو مد يد العون لهم أو زيارتهم أو تخفيف الالمهم أو اضاحاكهم مثل ذلك: (أساعد الاصدقاء الذين يتعرضون لضرر أو اذى) ويتكون هذا البعد من (13) فقرة وهي كالتالي: (11، 12، 17، 20، 21، 25، 28، 31، 33، 39، 43، 51، 52).

مهارة التعبير عن المشاعر السلبية:

تشير مهارة التعبير عن المشاعر السلبية الى قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره لفظيا أو سلوكيا كاستجابة مباشرة أو غير مباشرة لانشطة وممارسات الافراد الاخرين التي لا تعجبه، مثل ذلك: (أعتدي على الاخرين واسبهم عندما اغضب منهم) ويتكون هذا البعد من (21) فقرة كالتالي: (01، 06، 10، 13، 14، 16، 18، 19، 22، 23، 26، 27، 34، 35، 37، 44، 45، 49، 50، 56، 57).

مهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي:

تعبر مهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي عن قدرة الفرد على التروي وضبط انفعالاته في مواقف التفاعل مع الافراد الاخرين وذلك في سبيل الحفاظ على روابطه الاجتماعية معهم مثل ذلك: (أغضب بسهولة) ويتكون هذا البعد من (11) فقرة كالتالي: (02، 03، 04، 05، 07، 30، 32، 41، 47، 53، 54).

مهارة التعبير عن المشاعر الايجابية:

اما مهارة التعبير عن المشاعر الايجابية فهي قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة من خلال التعبير عن الرضا عن الاخرين ومجايلتهم ومشاركتهم الحديث واللعب وكل ما يحقق الفائدة للفرد ولمن يتعامل معه، مثل ذلك: (انظر الى الناس وأنا اتحدث اليهم) ويتكون هذا البعد من (12) فقرة وهي كالتالي: (08، 09، 15، 24، 29، 32، 38، 40، 42، 46، 48، 55). (محمد السيد، 1998)

طريقة التصحيح:

يصحح المقياس بإعطاء قيم رقمية لسلم متدرج كالتالي: دائما (2)، أحيانا (1)، نادرا (0)، عندما تكون العبارة موجبة الاتجاه أي تعبر عن مستوى مرتفع من المهارة الاجتماعية مثل عبارة (أنظر الى الناس وأنا اتحدث اليهم). أما إذا كانت العبارة سالبة الاتجاه أو تعبر عن نقص في المهارات الاجتماعية، يتم عس هذه القيم كالتالي: دائما (0)، أحيانا (1)، نادرا (2)، مثل عبارة (أعاير الاطفال الاخرين بعيوبهم وأخطائهم).

وبذلك تدل الدرجة المرتفعة في أي بعد من المقياس ككل على ارتفاع المهارة الاجتماعية والعكس بالنسبة للدرجة المنخفضة. (محمد السيد، 1998).

الخصائص السيكومترية لأدات القياس:

إن قيمة أي بحث تتوقف على مدى سلامة المقاييس المستعملة ولا يتم ذلك إلا من خلال التحقق من صدقها وثباتها:

الصدق:

في هذا الصدد عمل (محمد السيد عبد الرحمن) على التحقق من صدق المقياس وثباته فتوصل الى انه يتمتع بدرجة مناسبة من الصدق الظاهري بعد ما أبدى المحكمون موافقتهم على ارتباط بنود المقياس بأبعاده وعلى وضوح تعليماته وسهولة صياغتها وسهولة صياغة البنود وقصرها، كما تحقق من القدرة التمييزية للمقياس بين مرتفعي ومنخفضي المهارات الاجتماعية حيث قام بحساب قيمة «ت» لدلالة الفروق بين المتوسطات لدرجات (27%) الاعلى و(27%) الادنى فكانت الفروق كلها دالة احصائيا لا سيما بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس والتي بلغت قيمتها (7.18). (محمد السيد، 1998).

كما قامت الباحثة فوزية غماري بحساب صدق المقياس في البيئة الجزائرية عن طريق صدق اتساق ابعاده حيث تراوحت قيمة معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس (0.70) و(0.90) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01). (فوزية غماري، 2015، ص211)

الثبات:

كما توصل محمد السيد عبد الرحمن عند حساب ثبات المقياس الى معاملات ثبات مرتفعة لأبعاد المقياس وللمقياس ككل باستخدام طريقة ألفا كرونباخ وكانت قيمتها (0.76) وبالنسبة للمقياس ككل. وتوصل بطريقة إعادة التطبيق الى معامل ارتباط دال إحصائيا بين التطبيق الاول والثاني بما يعادل (0.81) والذي يؤكد تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات. (محمد السيد، 1998).

كما قامت فوزية غماري بحساب ثبات المقياس في البيئة الجزائرية بحساب درجات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي بعد تطبيق المقياس على عينة قوامها (91) تلميذ منهم (38) ذكور و(53) إناث في مستويات مرحلة التعليم المتوسط بولاية الجزائر غرب حيث بلغت قيمة معامل الثبات (0.87) وهو معامل ثبات مرتفع. (فوزية غماري، 2015، ص212).

صدق وثبات مقياس المهارات الاجتماعية في الدراسة الحالية:

الثبات: التناسق الداخلي: (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس تقدير معدل إرتباطات العبارات فيما بينها بالنسبة للمقياس ككل، حيث قدر معامل ألفا كرونباخ (0.89) وهي قيمة تدل على أن هذا المقياس ثابت، كما هو مبين بالجدول التالي:

الجدول رقم (02) يوضح ثبات مقياس الثقة بالنفس عن طريق ألفا كرونباخ

محاور المقياس	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
المحور الأول	0.787	13
المحور الثاني	0.842	21
المحور الثالث	0.645	11
المحور الرابع	0.575	14
مقياس المهارات الاجتماعية ككل	0.897	59

الصدق:

الصدق: صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي اليه، والدرجة الكلية لكل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل كما يلي:

الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور مهارة المبادأة بالتفاعل:

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الأول مهارة المبادأة بالتفاعل بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الأول مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (13) عبارة، وهي (21، 20، 17، 12، 11، 25، 28، 31، 33، 39، 43، 51، 52) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,76) كأعلى ارتباط كان بين

العبارة (21) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,39) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (11) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الأول مهارة المبادأة بالتفاعل صادق، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (03) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور مهارة المبادأة بالتفاعل مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 11	**0.396	العبارة 31	**0.598
العبارة 12	**0.617	العبارة 33	**0.405
العبارة 17	**0.576	العبارة 39	**0.505
العبارة 20	**0.717	العبارة 43	**0.417
العبارة 21	**0.766	العبارة 51	**0.512
العبارة 25	**0.455	العبارة 52	**0.453
العبارة 28	**0.512		
(0.01) الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا **			

الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور مهارة التعبير عن المشاعر السلبية :

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثاني التعبير عن المشاعر السلبية بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الثاني مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (4) عبارة، وقد كانت في أرقام العبارات (01، 06، 10، 13، 14، 16، 18، 19، 22، 23، 26، 27، 34، 35، 37، 44، 45، 49، 50، 56، 57) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,68) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (23) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,31) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (45) والدرجة الكلية للمحور ككل، ونجد أن هناك عبارتين وهي (45، 49) دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) بارتباط قدر ب (0,31، 0,32)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثاني التعبير عن المشاعر السلبية صادق، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (04) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور . التعبير عن المشاعر السلبية مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 01	**0.474	العبارة 27	**0.511
العبارة 06	**0.553	العبارة 34	**0.501
العبارة 10	**0.451	العبارة 35	**0.460
العبارة 13	**0.575	العبارة 37	**0.377
العبارة 14	**0.571	العبارة 44	**0.551
العبارة 16	**0.529	العبارة 45	*0.317
العبارة 18	**0.559	العبارة 49	*0.328
العبارة 19			
**0.522			
العبارة 50			
**0.455			
العبارة 22	**0.534	العبارة 56	**0.499
العبارة 23	**0.687	العبارة 57	**0.557
العبارة 26	**0.628		
* الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)			
(0.01) الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا **			

الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور مهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي:

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثالث مهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الثالث مع الدرجة الكلية له ككل أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (09) عبارات، وقد كانت في أرقام العبارات (02، 03، 04، 05، 30، 32، 41، 53، 54) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,63) كأعلى ارتباط كان بين العبارتين (02، 03) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,38) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (32) والدرجة الكلية للمحور ككل، ونجد أن هناك عبارتان فقط وهما (07، 47) دالتان عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) بارتباط قدر بـ (0,34، 0,32)

كماهما على الترتيب، وعموما يمكن القول بأن المحور الثالث مهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي صادق، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (05) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور مهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 02	**0.633	العبارة 32	**0.389
العبارة 03	**0.636	العبارة 41	**0.472
العبارة 04	**0.540	العبارة 47	*0.323
العبارة 05	**0.556	العبارة 53	**0.557
العبارة 07	*0.340	العبارة 54	**0.401
العبارة 30	**0.468		
*الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)			
(0.01) الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا **			

الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور مهارة التعبير عن المشاعر الإيجابية:

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الرابع مهارة التعبير عن المشاعر الإيجابية بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات المحور الرابع مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (09) عبارات، وهي (08، 24، 29، 36، 40، 42، 46، 55، 59) حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,54) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (59) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,36) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (29) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الرابع مهارة التعبير عن المشاعر الإيجابية صادق، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور مهارة التعبير عن المشاعر الايجابية مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 08	**0.463	العبارة 40	**0.381
العبارة 09	*0.354	العبارة 42	**0.459
العبارة 15	*0.301	العبارة 46	**0.412
العبارة 24	**0.496	العبارة 48	*0.305
العبارة 29	**0.362	العبارة 55	**0.415
العبارة 36	**0.429	العبارة 58	*0.317
العبارة 38	*0.344	العبارة 59	**0.549
*الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)			
(0.01) الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا **			

الارتباط بين الدرجات الكلية للمحاور والدرجة الكلية للمقياس ككل:

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات كلها دالة إحصائياً فقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمحور مهارة المبادأة بالتفاعل والدرجة الكلية للمقياس ككل (0.73)، وبالنسبة لارتباط المحور الثاني مهارة التعبير عن المشاعر السلبية بالدرجة الكلية للمقياس ككل (0.90)، أما بالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثالث مهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي بالدرجة الكلية للمقياس ككل فقد بلغت (0.76)، أما بالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الرابع مهارة التعبير عن المشاعر الايجابية بالدرجة الكلية للمقياس ككل فقد بلغت (0.72)، وبالتالي يمكن القول بأن هذا المقياس صادق، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (07) يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية لمحاور الثقة بالنفس مع درجته الكلية

المحور	الدرجة الكلية للمقياس	المحور	الدرجة الكلية للمقياس
المحور الاول	**0.733	المحور الثالث	**0.760
المحور الثاني	**0.907	المحور الرابع	**0.729
(0.01) الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا **			
(0.05) الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا *			

10 عرض وتفسير فرضيات الدراسة:

عرض وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الاولى:

تنص الفرضية الأولى على: مستوى المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي بأبعاده المختلفة متوسطة. وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (07) يوضح درجة المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي بأبعاده المختلفة

مقاييس المهارات الاجتماعية	حجم العينة	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	t	مستوى الدلالة	القرار
مهارة المبادأة بالتفاعل	165	13	19.6545	3.29200	6.65455	25.966	0,000	دال عند 0.01
مهارة التعبير عن المشاعر السلبية	165	21	30.1697	3.82646	9.16970	30.782	0,000	دال عند 0.01
مهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي	165	11	16.3879	2.31535	5.38788	29.891	0,000	دال عند 0.01
مهارة التعبير عن المشاعر الايجابية	165	14	21.4485	3.01502	7.44848	31.734	0,000	دال عند 0.01
المهارات الاجتماعية	165	59	87.6606	10.11248	28.66061	36.406	0,000	دال عند 0.01

من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة على مقياس المهارات الاجتماعية بأبعاده والتي بلغت بالنسبة للبعد الاول «مهارة المبادأة بالتفاعل» (19.6545) وبالنسبة لمهارة التعبير عن المشاعر السلبية (30.1697) وبالنسبة لمهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي (16.3879) وبالنسبة لمهارة

التعبير عن المشاعر الايجابية (21.4485) أنهم أعلى من المتوسطات الفرضية للمقياس والمقدرة بـ (13، 21، 11، 14) كما ان المتوسط الحسابي لأفراد العينة على المقياس ككل والبالغ (87.6606)، بناء عليه المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي كانت مرتفعة، وهذا ما أكدته قيم «ت» بالنسبة للعينة الواحدة التي بلغت قيمتها بالنسبة لمهارة المبادأة بالتفاعل (25.966) وبالنسبة لمهارة التعبير عن المشاعر السلبية (30.782) وبالنسبة لمهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي (29.891) وبالنسبة لمهارة التعبير عن المشاعر الايجابية (31.734) وبالنسبة للمقياس ككل (36.406) وهي قيمة موجبة «أي أن الفروق لصالح المتوسط الحسابي للأفراد» كما أنها جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)، ومنه تم رفض فرضية البحث الاولى القائلة بـ «مستوى المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي بأبعاده المختلفة متوسطة»، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

يمكن القول ان انتشار المهارات الاجتماعية بدرجة مرتفعة لدى تلاميذ التعليم الثانوي يدل على مدى اهتمام الوالدين بتنميتها لديهم كونها ضرورية لحياتهم المستقبلية في المجتمع، ويدل أيضاً على تأثير المثيرات المتنوعة والانشطة والخبرات التي يتلقاها التلميذ في الثانوية او في البيئة العامة في شخصيته وصقلها لمهاراته الاجتماعية.

عرض وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

نصت الفرضية الفرعية الثانية على: « هناك فروق بين تلاميذ التعليم الثانوي في مقياس المهارات الاجتماعية تعزى لعامل الجنس»، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (08) يوضح الفروق بين أفراد العينة في درجات مقياس المهارات الاجتماعية تبعا لعامل التخصص

مصدر التباين		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F قيمة	مستوى الدلالة	القرار
المهارات الاجتماعية	داخل المجموعات	672.957	5	134.591	1.301	0.267	غير دال عند 0.05
	ما بين المجموعات	14588.934	141	103.468			
	الكلي	15261.891	146				

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة الاحصائية (F) أو ما يسمى بـ «تحليل التباين الأحادي» في مقياس المهارات الاجتماعية والتي بلغت (1.301)، نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) وبالتالي تم قبول الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفروق، ومنه تم رفض فرضية البحث الثانية القائلة بـ «هناك فروق بين تلاميذ التعليم الثانوي في مقياس المهارات الاجتماعية تعزى لعاملالجنس،

ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، ويمكن تفسير هذه النتيجة كون أن هؤلاء التلاميذ يعيشون في نفس الظروف النفسية والاجتماعية والثقافية، وكذلك في نفس الظروف الحياتية الجامعية، حيث أن المحيط الدراسي لديهم يتضمن الخطة الدراسية والانظمة والقوانين داخل الثانوية موحدة لكامل الطلبة بغض النظر عن جنسيتهم، بالإضافة الى ان الوسط المدرسي يسمح لهم بتكوين صداقات وعلاقات اجتماعية متعددة، كما انها تساعد التلميذ على الابداع وتنمية مواهبه وهوياته، وتحمل المسؤولية من خلال تنظيمها لنشاطات فنية وثقافية ورياضية.

خاتمة

من خلال اجرائنا لهذه الدراسة والتي تدور حول: «المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي»، فإن النتائج المتحصل عليها حول مستوى المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ التعليم الثانوي كانت مرتفعة وهذا سببها على مدى اهتمام الوالدين بتنميتها لديهم كونها ضرورية لحياتهم المستقبلية في المجتمع، ويدل أيضا على تأثير المثيرات المتنوعة والانشطة والخبرات التي يتلقاها التلميذ في الثانوية او في البيئة العامة في شخصيته وصقلها لمهاراته الاجتماعية.

كما تبين من خلال هذه الدراسة أنه لا توجد فروق بين متوسطات درجات التلاميذ في مقياس المهارات الاجتماعية تبعا لعامل الجنس ويمكن تفسير هذه النتيجة كون أن هؤلاء التلاميذ يعيشون في نفس الظروف النفسية والاجتماعية والثقافية، وكذلك في نفس الظروف الحياتية الجامعية، حيث أن المحيط الدراسي لديهم يتضمن الخطة الدراسية والانظمة والقوانين داخل الثانوية موحدة لكامل الطلبة بغض النظر عن جنسيتهم، بالإضافة الى ان الوسط المدرسي يسمح لهم بتكوين صداقات وعلاقات اجتماعية متعددة، كما انها تساعد التلميذ على الابداع وتنمية مواهبه وهوياته، وتحمل المسؤولية من خلال تنظيمها لنشاطات فنية وثقافية ورياضية.

وفي الاخير نرى أن النتائج التي كشفت عنها الدراسة تبقى في الحدود الزمانية والمكانية والبشرية للدراسة، وفي حدود الادوات المستخدمة في القياس، وكذا الظروف النفسية والاجتماعية والمادية التي اجريت فيها، وهذا ما يفتح المجال اما العديد من الدراسات المترتبة بالموضوع، ولسد الثغرات التي ظهرت في الدراسة الحالية لا بد من اجراء دراسات أخرى تناولت متغيرات أخرى ذات صلة بمتغيرات هذه الدراسة، والتي يمكن أن تجيب عما عجزت عنه الدراسة الحالية.

قائمة المراجع:

1. البلعاوي بلال (2011): المهارات الاجتماعية في كتب التربية الاسلامية للمرحلة الثانوية ومدى اكتساب الطلبة لها، رسالة ماجستير، غزة، الجامعة الاسلامية.
2. البلوي خولة سعد (2004): الذكاء الانفعالي وعلاقته بالتوافق النفسي والمهارات الاجتماعية لدى عينة من طالبات كلية التربية للبنات بمدينة تبوك، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية للبنات، الرياض.
3. السيد محمد عبد الرحمن (1998): دراسات في الصحة النفسية المهارات الاجتماعية الاستقلال النفسي الهوية، الجزء الثاني، دار قباء للطباعة والنشر والاشهار.
4. شوقي طريف (2003): المهارات الاجتماعية والاتصالية، دار غريب، القاهرة.
5. عبد العال محمد (2006): المهارات الاجتماعية في علاقتها بالثقة بالنفس والرضا الوظيفي لدى عينة من معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية بالمنصورة، 60، 3-50.
6. عبد اللطيف خليفة (2006): قائمة المهارات الاجتماعية ، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
7. فؤاد ايمان كاشف، و ابراهيم هشام عبد الله (2007): القياس النفسي والاجتماعي وتقييم وتنمية المهارات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الكتاب الحديث، مصر.
8. فوزية غماري (2015)، اهمية برنامج ارشادي لتدريب المهارات الاجتماعية في تحسين فاعلية الذات لدى تلاميذ متعرضين لمضايقة أقرانهم في المحيط للمدرسي، رسالة دكتوراه العلوم، جامعة الجزائر.
9. المطوع أمينة (2001): المهارات الاجتماعية والثبات الانفعالي لدى تلاميذ أبناء الامهات المكتنبات، رسالة ماجستير، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
10. هدى عبد الرحمن احمد المشاط (د س): العلاقة بين نمط السلوك (أ) والمهارات الاجتماعية والفعالية الذاتية لدى عينة من طالبات كلية إعداد المعلمات بمحافظه جدى، السعودية.

49. Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). Treating the trauma of rape: Cognitive behavioural therapy for PTSD. New York, NY : Guilford Press.
50. Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. Dans W. Yule (Éd.), *Post-Traumatic Stress Disorders*. Concepts and therapy (chap. 10). Chichester, UK : Wiley.
51. Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multi-representational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228–260.
52. Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 71–74.
53. Price, J. P. (2007). Cognitive schemas, defense mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 80, 343–353.
54. YOUNG J.E., KLASKO J.S., *Je réinvente ma vie*, Editions de l'Homme, 1995, 361 pages.
55. YOUNG J.E., KLASKO J.S., WEISHAAR M.E., La thérapie des schémas, Editions De Boeck Université, Collection Carrefour des Psychothérapies, Bruxelles, 2005, 564 pages.

the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 1174-1184.
273

38. March, J. S., Amaya-Jackson, L., Terry, R., & Costanzo, P. (1997). Post-traumatic symptomatology in children and adolescents after an industrial fire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1080-1089.

39. Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D., & O'Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of post traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 969-979.

40. Davis, L., & Siegel, L. J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical Child and Family Review*, 3, 135-154.

41. Vernberg, E. M., & Johnston, C. (2001). Developmental considerations in the use of cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 223-237.

42. Schreier, H., Ladakakos, C., Morabito, D., Chapman, L., & Knudson, M. M. (2005). Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: A longitudinal examination of symptom prevalence, comorbidity, and parent-child symptom reporting. *Journal of Trauma*, 58, 353-363.

43. Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 176-184.

44. Stallard, P., Velleman, R., Langford, J., & Baldwin, S. (2001). Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 197-208.

45. Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 165-182. doi:10.1002/cpp.690

46. Young, J. E. (2005). Schema-Focused Cognitive Therapy and Case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 115-126. doi:10.1037/1053-0479.15.1.115

47. Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd éd.). Northvale, NJ: Aronson.

48. Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. Dans W. Yule (Éd.), *Post-Traumatic Stress Disorders*. Concepts and therapy (chap. 10). Chichester, UK : Wiley.

27. Felitti, V.J., et al., Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults - The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998. 14(4): p. 245-258.
28. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP] (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (Suppl.), 4s-26s.
29. National Institute for Clinical Excellence [NICE] (2005). *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. London: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk.
30. Macy, R. D., Barry, S., & Noam, G. G. (2003). Threat and trauma: An overview. *New Directions for Youth Development*, 98, 11-28.
31. Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1503-1511.
32. van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 293-317.
33. Yule, W. (1998). Posttraumatic stress disorder in children and its treatment. In T. W. Miller (Ed.), *Children of Trauma: Stressful Life Events and Their Effects on Children and Adolescents* (pp. 219-243). Madison, CT: International Universities Press.
34. Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2004). Treatment of PTSD in children and adolescents. In P. M. Barrett, & T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment* (pp. 217-242). England: John Wiley and Sons.
35. Bolton, D., O'Ryan, D., Udwin, O., Boyle, S., & Yule, W. (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: II: General psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 513-523.
36. Famlaro, R., Fenton, T., Augustyn, M., & Zuckennan, B. (1996a). Persistence of pediatric post traumatic stress disorder after 2 years. *Child Abuse and Neglect*, 20, 1245-1248.
37. Goenjian, A. K., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Najarian, I. M., Asamow, J. R., Karavan, I., Ghurabi, M., & Fairbanks, I. A. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of*

15. De Young, A.C., et al., Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2012. 53(1): p. 56-63.
16. Scheeringa, M.S., et al., Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 2006. 163(4): p. 644-651.
17. Graf, A., C. Schiestl, and M.A. Landolt, Posttraumatic Stress and Behavior Problems in Infants and Toddlers With Burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 2011. 36(8): p. 923-931.
18. Scheeringa, M., et al., New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003. 42(5): p. 561-570.
19. Scheeringa, M.S., et al., Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995. 34(2): p. 191-200.
20. Levendosky, A.A., et al., Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 2002. 17(2): p. 150-164.
21. Scheeringa, M.S., et al., Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005. 44(9): p. 899-906.
22. Le Brocq, R.M., J. Hendrikz, and J.A. Kenardy, The Course of Posttraumatic Stress in Children: Examination of Recovery Trajectories Following Traumatic Injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 2010. 35(6): p. 637-645.
23. Carpenter, G.L. and A.M. Stacks, Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 2009. 31(8): p. 831-839.
24. Carrion, V.G., C.F. Weems, and A.L. Reiss, Stress predicts brain changes in children: A pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. *Pediatrics*, 2007. 119(3): p. 509-516.
25. Perry, B.D., et al., Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal*, 1995. 16(4): p. 271-291.
26. Green, J.G., et al., Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I Associations With First Onset of DSM-IV Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 2010. 67(2): p. 113-123.

Bibliographie :

1. Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. J., & Resnick, H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199–214.
2. Pitman, R., Altman, B., & Macklin, M. (1989). Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 146, 667-669.
3. Ruch, L. O., & Chandler, S. M. (1983). Sexual assault trauma during the acute phase: An exploratory model and multivariate analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 174–185.
4. Perloff, L. S. (1983). Perceptions of vulnerability to victimisation. *Journal of Social Issues*, 39, 41-61.
5. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. NY: Free Press.
6. Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.
7. Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 906-920.
8. Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1995). Psychological distress associated with interpersonal violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15(2), 115-140.
9. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford Press.
10. EPSTEIN, S., 1990, Beliefs and symptoms in maladaptive resolutions of the traumatic neurosis, in Ozer, D., Healy, J.M., Stewart, A.J., eds., *Perspectives on Personality*, Vol.3, Londres, Jessica Kingsley Publishers
11. Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
12. McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
13. Meiser-Stedman, R., et al., The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 2008. 165(10): p. 1326-1337.
14. Stoddard, F.J., et al., Acute stress symptoms in young children with burns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2006. 45(1): p. 87-93.

responsabilités de façon parfaite.

Souvent, le sujet se soumet à son schéma. Il ne tolère pas et ne pardonne pas les erreurs, n'admet pas les excuses ou les justifications et inflige à celui qui gaffe une punition sévère qui manque de pitié et de compassion.

Il peut de même éviter son schéma en garant les autres par peur d'être puni ou bien adopter la compensation en pardonnant de façon bienveillante les autres. Ce schéma peut être associé aux schémas d'idéaux exigeants et d'imperfection. Dans ce cas, le patient qui a ces deux schémas non seulement se sent imparfait mais s'auto-punit à la manière des personnalités borderline qui se coupent, se privent de nourriture...

b- Le *surcontrôle émotionnel* est centré sur l'inhibition des émotions négatives comme la colère et positives comme la joie et l'amour, des pensées, des sentiments personnels, des réactions spontanées et des impulsions. Il se fonde sur une peur de perdre le contrôle de soi et de libérer ses émotions de façon intense ou de déranger les autres et d'être désapprouvé par eux. Les personnes qui ont un contrôle émotionnel excessif ont peur des conséquences qui peuvent suivre leur action : la punition et l'abandon.

En général, les personnes qui ont ce schéma n'aiment pas les relations proches et intimes, et sont plutôt distantes, froides, rigides, sérieuses et sévères. Leur raison les emporte sur leurs émotions ; ils évitent souvent les situations dans lesquelles les gens partagent leurs sentiments. Dans leur enfance, ils peuvent avoir expérimenté des réactions d'humiliation lorsqu'ils exprimaient leurs émotions, comme ils peuvent avoir vécu dans une culture qui prône le contrôle de soi (culture scandinave).

Par ailleurs, les personnes qui se soumettent à leur schéma se donnent un air calme et émotionnellement terne ; et les personnes qui adoptent la compensation se comportent de façon maladroite et désinhibée.

Ce schéma peut être retrouvé chez les sujets qui ont un trouble de personnalité obsessionnel-compulsif.

c- Les *idéaux exigeants/la critique excessive* correspond à des aspirations démesurément élevées chez le sujet qui est persuadé qu'« il faut » être perfectionniste dans son comportement ou sa performance pour ne pas être désapprouvé et intimidé.

Ces exigences élevées amènent le sujet à avoir une tension constante et à être affecté au niveau de sa vie personnelle, conjugale, professionnelle et de sa santé. L'individu pense qu'il doit rechercher le perfectionnisme, la méticulosité qu'il doit suivre les règles et les devoirs de façon rigide et vivre le temps en fonction du progrès et de la réussite.

Les personnes ayant ce schéma refusent la moindre régression ou échec. Elles sont constamment pressées à profiter au maximum de leur temps à tel point qu'elles peuvent finir par devenir irritable et s'épuiser. Elles travaillent constamment de façon méticuleuse, intense et compétitive mais n'apprécient pas leurs succès.

Ce schéma peut être associé au schéma de recherche d'approbation et de reconnaissance. Ces schémas peuvent être retrouvés chez le sujet qui a une personnalité narcissique, chez lequel ces deux schémas sont sous-tendus par les schémas de manque affectif et d'imperfection.

d- La *punition* est une attitude hétéropunitive et autopunitive de la part du sujet qui ne considère pas avoir assumé ses devoirs et ses

autres ; et ceux qui recherchent la reconnaissance, l'admiration de leurs apparences, de leur statut et les félicitations comme les sujets narcissiques. Ces sujets n'accordent aucune importance à leur valeur personnelle et aucune attention à leurs tendances naturelles. Par contre, ils s'intéressent aux valeurs de la culture, aux avis et aux réactions des autres envers eux pour se sentir en forme et s'estimer.

Ce schéma peut être lié au schéma de manque affectif et peut apparaître pour compenser d'autres schémas comme l'imperfection, le manque affectif et l'isolement social. Ce schéma est sain chez les sujets ayant une certaine renommée et entourés de succès.

Le sujet qui a ce schéma peut se comporter de différentes façons.

-Il peut se soumettre à son schéma et pointer ses réussites aux autres et leur faire plaisir pour être approuvé.

-Il peut éviter ceux dont l'approbation est recherchée.

-Il peut compenser ce schéma et agir différemment des autres qu'il admire pour provoquer leur désapprobation.

5- Le cinquième domaine est la sur-vigilance et l'inhibition.

Ce domaine englobe quatre schémas qui sont : la négativité/le pessimisme, le surcontrôle émotionnel, les idéaux exigeants/la critique excessive et la punition.

a- La *négativité/le pessimisme* suppose un problème central : la maximisation du négatif et la minimisation du positif. Les événements de vie tels que la douleur, la mort, la perte, l'échec, le conflit, la trahison, la culpabilité, le ressentiment, les problèmes présents, les fautes commises sont vécus dans la crainte, la tristesse, l'indécision et l'attente d'une catastrophe telle que la dégradation, la perte des biens, du contrôle, l'humiliation sociale....

Le sujet se soumet au schéma lorsqu'il ne remarque que le négatif et ignore le positif. Il peut adopter l'évitement en masquant ses sentiments pessimistes et sa tristesse. Rarement, il peut adopter la compensation, être optimiste à l'excès et refuser d'accepter les situations désagréables.

Ces sujets veillent à ne pas faire des erreurs, ils ressassent et ruminent tout de façon obsessionnelle. Ils peuvent avoir ce schéma soit parce que l'un de leur parent leur a appris à être pessimiste, soit parce qu'ils ont vécus des événements durs et traumatisants dans leur enfance.

Ce schéma peut venir combler le schéma de manque affectif : le sujet se plaint continuellement afin d'attirer l'attention des autres et d'obtenir leur affection. Ce schéma peut être aussi lié à un trouble obsessionnel-compulsif ou à un trouble dysthymique.

lui ou ne le rejettent.

La frustration des sentiments de colère et le sentiment d'être pris au piège, peuvent donner lieu à un isolement affectif, une réaction de rage ou une réaction passive/agressive, des symptômes psychosomatiques et des comportements impulsifs et addictifs.

Le sujet peut se soumettre au schéma et adopter un comportement de complaisance et de soumission forcée au contrôle des autres.

De même, il peut éviter les relations et les situations dans lesquelles ses désirs s'opposent à ceux des autres.

Il peut aussi compenser en s'opposant, se comportant de façon passive/agressive ou en se rebellant.

b- *L'abnégation* provient d'une empathie élevée et d'une hypersensibilité aux souffrances et aux besoins des autres. C'est une décision personnelle et volontaire, voire un désir d'aider ceux qui sont perçus comme fragiles.

Les sujets ayant ce schéma essaient d'épargner aux autres des sentiments de douleur parce que leurs propres souffrances ont été ressenties intensément. Ce sacrifice de soi peut induire chez l'individu des symptômes somatiques. Ces symptômes émergent soit pour attirer l'attention des autres envers soi, surtout chez celui qui a un schéma de manque affectif comme il l'est chez la plupart des sujets qui présentent un schéma d'abnégation, soit à cause du stress ressenti en se donnant aux autres. Ces personnes éprouvent du ressentiment si elles ne sont pas appréciées par leur entourage.

Le sujet qui a ce schéma peut se soumettre aux autres en les écoutant et en se consacrant à eux sans s'accorder du temps pour lui-même.

Il peut éviter les relations intimes pour ne pas se sacrifier aux autres. Il peut compenser ce schéma en décidant de ne plus rien faire aux autres qui étaient ingrats et non reconnaissants à son égard.

Ce schéma a pour origine un parent faible, malade ou dépressif. Par contre l'assujettissement provient d'un rapport de force de la part du parent envers son enfant.

c- *La recherche d'approbation et de reconnaissance* correspond à un besoin d'être estimé, admiré et valorisé par les autres. Le sujet cherche à conquérir l'attention des autres, sans aucune intention de les dominer ou les contrôler. Ainsi, il s'intéresse aux apparences, à l'argent, à la concurrence, à être le meilleur et la popularité au lieu de sacrifier ses besoins et de répondre à ses penchants personnels.

Deux catégories de personnes ayant ce schéma existent. Ceux qui recherchent juste l'approbation, l'amour et l'acceptation de la part des

lesquelles ils sont incapables d'exceller et de dépasser les autres. Tandis que lorsqu'ils compensent leur schéma, ils offrent des cadeaux ou font des œuvres de bienveillance pour pallier à leur égoïsme. Les patients qui ont ce schéma et qui sont narcissiques sont fragiles et adoptent des comportements hautains et égoïstes pour cacher ou guérir les schémas de manque affectif et d'imperfection. Alors que les personnes qui ont ce schéma à « l'état pur » se trouvent être gâtés dans leur enfance, capables de tout faire sans aucune contrainte et limite. Le sentiment de droits exagérés peut être retrouvé aussi chez des personnes ayant un schéma de dépendance associé à un schéma de droits exagérés. Ces personnes demandent à ce que l'autre réponde à leurs besoins de manger, de s'habiller, de se déplacer et ne tolèrent aucun retard ou absence à accomplir ses tâches, sinon ils se mettent en colère. C'est ce qu'on appelle la « grandeur dépendante ».

b- Le *contrôle de soi/l'autodiscipline insuffisants* est un schéma qui rend l'individu incapable de s'autocontrôler face à ses émotions et ses impulsions. Le sujet est intolérant aux frustrations générées par des tâches qui supposent un accomplissement personnel. Ainsi il répond à ses désirs et ses envies d'une façon impulsive et évite les situations gênantes telles que la souffrance, le conflit, les responsabilités... Ces sujets sont incapables de se contrôler dans plusieurs domaines de leur vie personnelle et professionnelle. Ils privilégient la satisfaction des désirs à court terme plutôt qu'à long terme quelque soient les conséquences. L'inattention, l'instabilité, l'inorganisation, la spontanéité, la désinhibition, l'incapacité à terminer une activité quotidienne, l'expression des émotions d'une façon exagérée et théâtrale sont des comportements fréquemment retrouvés.

4- Le quatrième domaine est l'orientation vers les autres. Les trois schémas qui font partie de ce domaine sont : l'assujettissement, l'abnégation et la recherche d'approbation et de reconnaissance.

a- Le schéma *d'assujettissement* empêche le sujet d'exprimer ses émotions et l'incite à retenir ses réponses émotionnelles de colère et de gêne. Il l'empêche d'exprimer ses besoins, ses envies et ses préférences et le pousse à faire passer les besoins des autres avant les siens.

Le sujet ne respecte pas ses émotions et ses besoins et les cache par peur d'être puni, critiqué ou abandonné. Il cherche en contre partie à faire plaisir aux autres non pas par amour mais par peur que les autres ne se vengent de

La personnalité atrophiée peut aller de pair ou non avec les fusionnement. C'est un sentiment de vide intérieur d'être sans identité individuelle, d'être diminué et incapable de se développer intellectuellement, socialement et émotionnellement, de tester et d'exprimer ses préférences, ses tendances et ses talents.

Ses pensées, ses comportements, ses envies, ses choix et ses décisions sont ceux de la personne à laquelle elle s'est attachée, soumise et pour laquelle elle s'est effacée. La personne diminuée peut aller même jusqu'à douter et remettre en question sa propre existence. Sa séparation d'avec l'autre peut être vécue par elle avec beaucoup de culpabilité.

Le schéma de relation fusionnelle peut se retrouver seul chez un individu indépendamment de la personnalité atrophiée. Cette dernière peut être la résultante d'autres schémas comme l'assujettissement.

d- Le sentiment *d'échec* est le sentiment d'être incapable de réussir comme les autres personnes. Le sujet pense qu'il ne connaîtra jamais le succès parce qu'il croit qu'il est incompetent, stupide et inférieur aux autres. Le sujet peut se soumettre à son schéma, se sous-estimer et accomplir son travail à contrecœur.

Il peut adopter l'évitement et fuir ou ajourner les tâches nouvelles et les projets professionnels.

Il peut compenser en travaillant sans arrêt et de façon perfectionniste, bien réussir, mais sentir toujours au fin fond de lui-même l'échec venir ou le poursuivre.

3- Le troisième domaine est le manque de limites.

Ce domaine comporte deux schémas qui sont : les droits personnels exagérés/la grandeur et le contrôle de soi/l'autodiscipline insuffisants.

a- Les *droits personnels exagérés/la grandeur* correspondent au sentiment d'avoir des droits et des privilèges particuliers par rapport aux autres. Les sujets qui ont ce schéma ont besoin de faire ou d'obtenir ce qu'ils veulent sans tenir compte des besoins des autres.

Quand ils se soumettent à leur schéma, ils deviennent incapables ou refusent de se contrôler et de respecter les règles et les normes sociales. Ils ont des difficultés à tolérer les limites, ils se croient spéciaux et uniques, ils s'imposent d'une façon agressive et égoïste, ils sont dominateurs, compétitifs, snobs, ils profitent des autres pour atteindre leurs propres buts et recherchent la supériorité aux autres et le pouvoir.

Alors que lorsqu'ils évitent leur schéma, ils fuient les situations dans

croire à sa propre incapacité de faire face aux responsabilités journalières, à gérer ses problèmes, à prendre des initiatives et à se débrouiller tout seul. Cette dépendance le pousse à demander constamment de l'aide aux gens qui l'entourent : dans la prise de décisions, la gestion des finances, le travail, la résolution des problèmes....

Les personnes qui ont ce schéma adoptent le plus souvent un comportement de soumission à leurs proches dans la prise de décisions et un comportement d'évitement des nouveaux défis. Elles sont dans l'incapacité de gérer leurs problèmes financiers, professionnels, relationnels et les nouvelles tâches de peur que quelque chose d'imprévu ne se produise et d'être incapable de le résoudre.

Rares sont les personnes qui compensent leur schéma en adoptant un comportement de « contre-dépendance » qui leur permet de développer leur confiance en soi et de se débrouiller tout seul malgré le sentiment imminent d'angoisse de ne pas pouvoir réussir leur action.

b- La *peur du danger ou de la maladie* fait croire au sujet qu'une catastrophe peut surgir à n'importe quel moment. Cette crainte peut toucher les catastrophes naturelles : tremblement de terre, perdre leur fortune, ou les phobies : ascenseurs, avions... ; la santé par les maladies : sida, crise cardiaque... et les émotions par la peur de perdre la raison, le contrôle et de devenir fou.

Ces personnes vulnérables sont anxieuses et peuvent avoir des attaques de panique dans les cas sévères de forte anxiété. En général, les personnes vulnérables évitent les situations phobiques et les endroits non sûrs. Elles n'ont pas peur de gérer les situations comme les personnes dépendantes, mais elles ont peur des situations catastrophiques.

Certaines d'entre elles peuvent compenser en agissant de manière insouciant et en utilisant des objets contraphobiques : un proche, une bouteille d'eau, un tranquillisant pour empêcher la survenue de la catastrophe.

c- Le *fusionnement ou la personnalité atrophiée* rend la relation de l'individu avec un proche ou plusieurs personnes fusionnelles. Le sujet qui a ce schéma privilégie l'attachement émotionnel à un personnage parental aux dépens des relations sociales normales. Ce lien intense qui se noue entre les deux sujets leur fait croire que l'un ne peut survivre sans l'autre, et qu'il a besoin de lui et du coup il ne reste plus de limites et d'intimité entre chacun d'eux. Cette fusion peut aller jusqu'à donner au sujet un sentiment de culpabilité au cas où il garde des détails de sa vie intime sans la partager avec l'autre.

d- Le schéma *d'imperfection/de honte* vient du rejet et des critiques des parents de leur enfant. Le sujet qui ne se sent pas apprécié et respecté manque de confiance en soi, ne se révèle pas aux autres et ressent des imperfections internes, personnelles comme la colère, l'égoïsme, la paresse ou externes comme l'aspect physique (laid, gros, maigre), la gêne sociale (réservé), ressenties en se comparant aux autres.

La croyance de base fait croître le sentiment d'être imparfait, mauvais, indigne, inférieur aux autres, incapable d'être aimé et fait ressentir la honte de soi-même et d'être découvert comme plein de défauts. Cette imperfection se fait sentir dans les relations interpersonnelles intimes et sociales.

Les personnes qui ont ce schéma sont très sensibles à la critique. Pour s'adapter à leur schéma, elles peuvent adopter une attitude de soumission qui les rend triste. Elles peuvent ainsi permettre aux autres en général et à leur partenaire en particulier de les dévaloriser et les critiquer.

De même, elles peuvent adopter une attitude d'évitement. Le sujet qui ressent son imperfection reste distant avec les autres et évite de leur exprimer ses sentiments et ses pensées réels.

Une autre attitude peut être aussi adoptée, la compensation. Cette attitude leur engendre un sentiment de colère qui les pousse à critiquer et rejeter les autres tout en cherchant à être parfait. Les sujets narcissiques qui ont ce schéma compensent ce manque en adoptant des comportements de grandeur et d'idéaux élevés pour compenser leur sentiment d'imperfection. Le schéma d'imperfection est l'un des schémas principaux de la personnalité évitante.

e- Le schéma *d'isolement social* provient de la coupure des parents de leur environnement social. Le sujet se sent isolé, et rejeté par les autres. Il se sent différent des autres, il se croit exclu, aliéné, marginal et limite ses relations à sa famille et aux personnes de son entourage.

La remarque exclusive des différences entre eux et les autres et le comportement d'évitement des situations sociales et des groupes sont les comportements les plus adoptés par ces personnes. L'adaptation aux groupes s'avère être très difficile pour elles.

2- Le second domaine se rapporte au manque d'autonomie et de performance

Ce domaine inclut quatre schémas qui sont : la dépendance/l'incompétence, la peur du danger ou de la maladie, le fusionnement/la personnalité atrophiée et l'échec.

a- La *dépendance/l'incompétence* donne au sujet le sentiment de ne pas être suffisamment en sécurité pour affronter le monde extérieur et le fait

Les personnes qui ont ce schéma sont constamment anxieuses et tristes parce qu'elles craignent d'être délaissées et de rester sans appui et sans protection. De même, elles peuvent déprimer suite à la perte d'un être cher. (ibid p265)

b- Le schéma de *méfiance/abus*, a pour origine des parents décrits comme étant maltraitants et abuseurs de leur enfant physiquement, verbalement ou sexuellement. Le sujet qui a ce schéma appréhende d'être humilié, blessé, abusé et maltraité. Il pense que les autres sont infidèles, malhonnêtes, vont le faire souffrir et lui faire du mal volontairement. (ibid p42)

De là, le sujet qui a peur d'être trahi et trompé va se méfier des autres, cacher ses pensées, ses émotions intimes et rester distant avec les autres. Il peut prévenir la maltraitance de l'autre en devenant à son tour abuseur et maltraitant ; il peut défendre les personnes abusées en attaquant les abuseurs ou bien il peut choisir la soumission et autoriser son partenaire à le maltraiter. (ibid p269-270)

c- Le schéma de *manque affectif* provient de parents froids et distants affectivement. Le manque d'apports affectifs c'est-à-dire d'attention, de chaleur physique (baisers, caresses) et de présence amicale ; d'empathie c'est-à-dire de compréhension, d'écoute et de possibilité de parler de soi-même et de ses sentiments ; et de protection c'est-à-dire de guidance et de conseil constitue ce schéma. Le sujet ressent que ses besoins affectifs ne seront jamais comblés et a l'impression que personne ne l'aime. (YOUNG J.E., KLOSKO J.S., WEISHAAR M.E., 2005, p. 42)

Les personnes qui sont privées d'affection peuvent ne pas exprimer de besoins affectifs et se comporter comme s'ils n'en avaient pas besoin. Elles se soumettent ainsi au schéma et choisissent des partenaires froids qui donnent peu ou pas d'affection ou bien qui ont eux-mêmes des besoins non comblés. Elles peuvent aussi ne pas demander à leur partenaire de combler leurs besoins.

Certaines personnes peuvent éviter ce schéma en évitant les relations intimes et optant pour la solitude.

Alors que d'autres personnes compensent ce schéma tout en étant affectivement exigeants avec leurs partenaires et leurs amis proches. Cette compensation peut se retrouver chez les sujets narcissiques privés d'affection et de limites réalistes et qui recherchent intensément la satisfaction de leurs besoins et chez les histrioniques qui se plaignent de douleurs physiques et qui deviennent collantes pour obtenir l'attention et l'affection des autres. (Ibid., p. 276)

Le tempérament émotionnel est constitué d'un ensemble de dimensions. Chacun de nous tend vers un pôle de chacune de ces dimensions. Les sept dimensions stables pour le tempérament émotionnel sont :

Emotif ↔ Aréactif
Dysthymique ↔ Optimiste
Anxieux ↔ Calme
Obsessionnel ↔ Distractif
Passif ↔ Agressif
Irritable ↔ Jovial
Timide ↔ Social

Par exemple, un enfant agressif a plus de risque de susciter chez ses parents une réaction de maltraitance à son égard qu'un enfant passif et calme. Un enfant timide rejeté par sa mère a plus de risque d'être affecté par le rejet de cette dernière et de s'isoler qu'un enfant sociable ; et de devenir sociable s'il est bien entouré affectivement et sécurisé par ses parents.

3- Développement des schémas selon les cinq domaines

Cinq « domaines de schémas » ont été divisés en fonction des cinq besoins affectifs fondamentaux qui doivent être assurés à un individu.

- Le premier domaine concerne la séparation et le rejet
- Le second domaine se rapporte au manque d'autonomie et de performance
- Le troisième domaine est le manque de limites.
- Le quatrième domaine est l'orientation vers les autres
- Le cinquième domaine est la sur-vigilance et l'inhibition

1- Le premier domaine concerne la séparation et le rejet
Ce domaine inclut cinq schémas : l'abandon/l'instabilité, la méfiance/l'abus, le manque affectif, l'imperfection/la honte et l'isolement social.

a- Le schéma *d'abandon/instabilité*, apparaît chez l'enfant lorsque ses parents sont instables et labiles au niveau émotionnel, peu présents auprès de l'enfant, ou lorsqu'ils l'abandonnent ou le menacent d'abandon pour quelqu'un de plus important que lui ou lorsqu'ils sont totalement absents.

L'enfant abandonné et privé de protection et de liens relationnels stables a l'impression qu'il va perdre les gens les plus proches, qu'ils vont tomber malades et mourir, qu'ils le quitteront pour quelqu'un de mieux que lui ou disparaître brusquement. (YOUNG J.E., KLOSKO J.S., WEISHAAR M.E., 2005, p. 41-42)

L'enfant s'engrène à un parent, se voit contraint à se substituer à l'autre parent.

L'un des parents est phobique et surprotège l'enfant. Ce parent s'accroche à l'enfant par peur de la solitude.

Les parents sont exagérément critiques. L'enfant les déçoit toujours.

Les parents gâtent l'enfant. Ils n'exercent sur lui aucune discipline.

L'enfant est rejeté par ses pairs, ou se sent différent des autres ». (Ibid p38)

Les besoins affectifs fondamentaux non comblés durant l'enfance ne sont pas les seuls facteurs de risque pour le développement des schémas inadaptés. Les expériences nocives vécues précocement et le tempérament émotionnel sont eux aussi des facteurs de risque.

En ce qui concerne les expériences précoces de la vie, quatre expériences nocives influent énormément sur le développement des schémas : la frustration des besoins, la traumatisation et la victimisation, l'excès de satisfaction des besoins et l'identification sélective.

1- la frustration des besoins est vécue lorsque l'enfant est privé de la stabilité, de la compréhension et de l'amour. Cette frustration le fait souffrir de la carence affective et du sentiment d'abandon.

2- la traumatisation et la victimisation sont vécues quand l'enfant est maltraité par son environnement. Ces expériences font apparaître chez lui des schémas de méfiance et d'abus, d'imperfection et de honte ou de peur du danger ou de la maladie.

3- l'excès de satisfaction des besoins se fait sentir par l'enfant lorsqu'il est gâté par ses parents et qu'il obtient tout ce qu'il demande. Les besoins assurés ne relèvent pas des besoins affectifs fondamentaux d'autonomie ou des limites, ainsi l'enfant est soit surprotégé, soit libre sans contrainte.

4- l'identification sélective avec des personnes importantes se fait par l'internalisation de certains aspects de leurs pensées, émotions, expériences et comportements. Ainsi, un enfant abusé par son père peut internaliser ses pensées et ses comportements et devenir lui-même un adulte abuseur. L'internalisation dépend du tempérament de l'individu. (YOUNG J.E., KLOSKO J.S., WEISHAAR M.E., 2005, p. 38-39)

Les schémas naissent des interactions entre le tempérament émotionnel et les expériences vécues pendant l'enfance.

Chaque enfant a un tempérament émotionnel inné, stable au cours du temps, unique, d'origine biologique qui le distingue des autres enfants.

a la source du developpement du PTSD.

En général, ces modelesconsiderent que plus la victime adhère a un système de croyances ancré et rigide avant le trauma, plus l'événement traumatique sera devastateur pour elle, et entrainera des symptômes post-traumatiques. L'écart entre ses conceptions passées et ce que le trauma signifie est alors beaucoup trop grande : la victime est incapable d'assimiler cognitivement et emotionnellement ce qui lui arrive.

Ces victimes de traumatisme vont montrer beaucoup de detresse face à l'invalidation de leurs croyances fondamentales : le monde n'est plus un endroit sécuritaire, les autres ne sont plus dignes de confiance.

Ces victimes ressentent pour la première fois une intense impression de vulnérabilité et ressentent plus fortement que jamais leur pofonde fragilité. Leurs conceptions d'elles-mêmes, du monde, de la vie et des autres, qui ont structuré toute leur existence, sont profondément remises en question, ce qui entraîne, sinon maintien, les symptômes post-traumatiques.

2- Origines infantiles des schémas précoces d'inadaptation

Young considère que les parents qui n'assurent pas à leur enfant durant son enfance les besoins affectifs fondamentaux essentiels à un développement sain développent chez lui des schémas inadaptés.

Le milieu familial nocif qui interagit avec le tempérament inné de l'enfant, frustre ce dernier en le privant de ses besoins.

Les cinq besoins fondamentaux sont liés à la sécurité, à l'autonomie, à la liberté d'expression de ses besoins et de ses émotions, à la spontanéité et au jeu, aux limites et à l'autocontrôle. (YOUNG J.E., KLASKO J.S., 1995, p37)

Young ramène chaque groupe de schémas aux besoins fondamentaux non assumés durant l'enfance et considère que six conditions sont nécessaires à notre épanouissement personnel : la sécurité de base, les relations interpersonnelles, l'autonomie, l'estime de soi, l'expression de soi et les limites réalistes. (Ibid p46)

Il considère que toute la vie de la personne, son raisonnement et ses actions sont influencés par les schémas ; et il ramène essentiellement au milieu familial destructeur les origines de ces schémas.

Il donne des exemples de milieux destructeurs :

« L'un des parents est violent, l'autre est passif et impuissant.

Les parents sont froids, distants et ont des critères de réussite élevés.

Les parents se querellent sans cesse. L'enfant est écartelé entre les deux.

L'un des parents est malade ou dépressif, l'autre est absent. L'enfant doit prendre en charge la famille.

de justice, sont totalement remises en question par cet événement qui se caractérise le plus souvent par son aspect profondément injuste, malveillant, nefaste et complètement incensé. L'écart entre les conceptions avant l'événement et la signification de celui-ci va influencer énormément la sévérité des symptômes post-traumatiques.

A l'opposé, les victimes qui portaient sur le monde un regard cynique et amer avant l'événement, sont confrontés dans leur conception que le monde est profondément mauvais, que la vie est injuste et que les autres sont méchants, hostiles ou profiteurs...ce qui peut aussi constituer un facteur de risque pour les symptômes post-traumatiques et dépressifs. En fait, il semble que toute conception rigide, absolue, extrême peut être associée à l'apparition de symptômes post-traumatiques à la suite d'un événement (Perloff, 1983 ; Janoff-Bulman, R. & Frieze, 1983 ; Weinstein, N.D. 1980). Pourquoi un événement traumatique n'affecte pas toutes les victimes de la même façon ?

Plusieurs facteurs influencent le développement des symptômes post-traumatiques. Parmi ceux-ci, les variables cognitives sont considérées comme un des plus importants. D'abord, parce que des données indiquent que les facteurs dits « subjectifs » (perceptions générales, blâme de soi, perception de menace à sa vie) contribuent deux fois plus à la sévérité de la détresse associée à la violence interpersonnelle que les facteurs dits « objectifs » (Weaver, T.L. & Clum, G.A. 1995), ensuite, parce que les cognitions (à l'inverse de l'événement traumatique) sont modifiables. Si elles sont associées aux symptômes, leur modification peut alors entraîner une diminution de la détresse.

Ces facteurs dits « subjectifs » sont le fruit de croyances fondamentales ou de schémas cognitifs de base, qui sont des structures profondes, inconscientes et relativement stables (Beck et al., 1979)

L'événement traumatique invalide profondément les schémas de base de la victime, ce qui détruit son sentiment de cohérence et de sécurité interne. Les modèles considérant le rôle des schémas fondamentaux dans le PTSD regroupent les modèles de Janoff-Bulman (1992), d'Epstein (1990), d'Horowitz (1986) et de McCann et al. (1990).

Ces modèles considèrent que le PTSD découle du bouleversement des croyances fondamentales de la victime, croyances qui lui permettaient de comprendre et d'expliquer les événements de la vie et le monde extérieur. C'est l'invalidation de ces schémas et la difficulté de la victime d'intégrer l'expérience de la victimisation au sein de sa conception du monde qui est

fonctionner de manière pleinement autonome. Ainsi, lorsqu'ils vivent un traumatisme, celui-ci vient très souvent confirmer leur perception d'eux-mêmes (sentiment d'incompétence et de dépendance), ce qui a pour effet d'inhiber l'accès à d'autres schémas qui pourraient être plus adaptés, schémas qui ne reposent pas sur des scénarios de vie dysfonctionnels, mais plutôt sur des scénarios, expériences de vie constructives et positives.

Pour leur part, Dutra et al. (2008) ont établi l'existence de corrélations significatives entre le symptôme de dissociation, parfois présent chez les individus souffrant d'un TSPT et les schémas *Isolement social* ($,56$ à $p < 0,01$) et *Imperfection/Honte* ($,56$ à $p < 0,01$). Par ailleurs, ils sont également parvenus à démontrer des corrélations significatives entre les idéations suicidaires (IS) et la présence d'un plan suicidaire (PS) et les schémas *Isolement social* (IS : $,35$ à $p < 0,01$; PS : $,34$ à $p < 0,01$), *échec* (IS : $,38$ à $p < 0,01$; PS : $,35$ à $p < 0,01$), et *Imperfection/Honte* (IS : $,44$ à $p < 0,01$; PS : $,31$ à $p < 0,01$). Enfin, Cockram et al. (2010) ont relevé, auprès de vétérans de la guerre du Vietnam, que les schémas *Peur du danger ou de la maladie*, *Surcontrôle émotionnel*, *Isolement social*, *Contrôle de soi / Autodiscipline insuffisante*, *Méfiance/Abus*, *Négativité/Pessimisme*, ainsi que de le schéma *Abandon/Instabilité*, étaient fortement associés à la présence d'un TSPT. Tout comme pour Price, Cockram et al. affirment qu'un changement au niveau des schémas se retrouvant dans le domaine du *manque d'autonomie et de la performance*, soit le schéma *Dépendance/Incompétence*, le schéma *Peur du danger ou de la maladie*, *Fusionnement/ Personnalité atrophiée*, et le schéma *Échec*, sont les prédicteurs d'un changement significatif dans le traitement du TSPT.

Les conséquences antérieures, de la victime, de la vie et du monde peuvent influencer le sévérité de la réaction à un événement traumatique. Les données indiquent que les gens qui croyaient fortement en un monde juste (un monde qui récompense les bons et punit les gens malhonnêtes) sont particulièrement ébranlés par un événement traumatique, qui est toujours profondément injuste (Perloff, 1983). De la même façon, les gens qui avaient tendance à faire confiance facilement, qui considéraient la nature humaine comme fondamentalement bonne avant l'événement traumatique, souffrent d'avantage de symptômes post-traumatiques que les autres par la suite (Janoff-Bulmann, R. 1992).

L'événement traumatique confronte donc de plein fouet les croyances fondamentales envers la vie et le monde des victimes, et tout particulièrement, celles qui possédaient une vision très positive du monde. La vision du monde comme un endroit sécuritaire, la vision de la vie comme empreinte

tant aux facteurs liés aux prédispositions personnelles, tel que les schémas précoces inadaptés (SPI). Ainsi d'après l'étude exploratoire réalisée par Cockram, Drummond, et Lee (2010), la documentation scientifique traitant précisément de liens potentiels existant entre les SPI (Schémas Précoces Inadaptés) de Young (2005) et du trouble de stress post-traumatique (TSPT) est infime, voire inexistante. Parmi les chercheurs s'étant intéressés à ce lien, notons que c'est davantage la composante cognitive qui en fut mise à l'avant plan.

À titre d'exemple, Horowitz (١٩٨٦) a d'abord proposé que le TSPT résulte d'un échec à intégrer le processus de traitement cognitif du trauma. Janoff-Bulman (١٩٨٥), pour sa part, émet l'hypothèse que chez certains individus, une structure cognitive rigide déjà bien en place est susceptible d'affecter le traitement de l'information relative au trauma. Plus précisément, que certains individus se percevant invulnérables d'emblée en viennent à se percevoir, brusquement, comme étant complètement vulnérables suite à un trauma. Ce n'est cependant qu'avec Foa et Rothbaum (1998) et Dalglish (1999, 2004), que la notion de schéma en est venue à être intégrée dans la compréhension de la dimension cognitive du TSPT. Plus spécifiquement, ce modèle fait ressortir l'existence de deux schémas pré-trauma pouvant prédisposer certains individus à développer un TSPT.

Ces schémas sont

- (a) le fait de percevoir le monde comme étant dangereux et/ou
- (b) de se percevoir comme étant foncièrement incompetents.

Bien que ce modèle soit une avancée dans la compréhension des facteurs cognitifs prédisposant le développement d'un TSPT chez certains individus, il n'en reste pas moins qu'il n'identifie pas de schémas spécifiques, en lien avec la théorie des schémas de Young (2005), au TSPT et à son maintien. C'est dans ce sens que les quelques études (Cockram et al., 2010; Dutra, Callahan, Forman, Mendelsohn, & Herman, 2008; Price, 2007) s'étant penchées sur l'existence de relations potentielles entre les SPI de Young et le développement et maintien d'un TSPT sont pertinentes pour le présent article.

D'abord, Price (2007) a démontré que les schémas étant liés au domaine du *manque d'autonomie et de performance*, soit le schéma de *Dépendance/ Incompétence*, le schéma du *Fusionnement/ Personnalité atrophiée*, et le schéma *Échec*, étaient particulièrement importants pour prédire le développement de symptômes associés au TSPT. Price explique cela en précisant que les individus qui ont ces SPI ont souvent un manque de confiance en soi, se sentent inadéquats, et se perçoivent difficilement capables de

La présence de traumatismes antérieurs ou de troubles psychiatriques pré-morbides en sont des exemples (Perrin et al., 2004). Certaines études ont également démontré que le sexe de l'enfant représenterait un facteur non négligeable. Face à un même événement traumatique, les filles seraient généralement plus à risque que les garçons de développer un TSPT, car elles ont tendance à utiliser des stratégies d'adaptation moins efficaces telles que l'évitement, la pensée magique et le retrait social (Bolton et al., 2000; Famularo et al., 1996a; Goenjian et al., 1995; March, Amaya-Jackson, Terry, & Costanzo, 1997 ; Udwin, Boyle, Yule, Bolton, & O'Ryan, 2000).

L'âge constitue une autre variable de vulnérabilité personnelle. Certains auteurs ont observé que, face à un traumatisme semblable, un enfant de moins de 12 ans se retrouverait trois fois plus à risque qu'un adolescent ou un adulte de développer un TSPT (Davis & Siegel, 2000). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet état de fait. Premièrement, la tolérance à l'activation neurovégétative augmente graduellement avec l'âge, c'est-à-dire qu'à mesure qu'il vieillit, l'enfant en vient à démystifier plus facilement les réactions physiologiques associées à l'anxiété (Vemberg & Johnston, 2001). Deuxièmement, l'âge peut influencer la perception et la compréhension du traumatisme et ce, en raison des capacités cognitives acquises (Pfefferbaum, 1997; Schreier et al., 2005). Alors que les enfants d'âge scolaire et les adolescents montrent une plus grande compréhension de la situation et des conséquences possibles à long terme, les réactions des enfants d'âge préscolaire vont dépendre davantage de celles des adultes qui les entourent (Dyregrov & Yule, 2006). Troisièmement, la présence d'un registre plus limité au niveau des stratégies d'adaptation peut expliquer que les enfants les plus jeunes soient plus à risque de développer un TSPT. En effet, les enfants ont été moins souvent exposés à des expériences aversives où ils auraient pu développer des habiletés pour gérer efficacement la situation et les réactions émotives en découlant. Les stratégies d'adaptation que va utiliser l'enfant pour gérer ses symptômes représentent d'ailleurs un des principaux facteurs de risque associés au TSPT (Dyregrov & Yule, 2006). Une étude menée auprès de 97 jeunes accidentés de la route montre que: 1) les enfants de sept à neuf ans utilisaient plus de stratégies inefficaces que les adolescents pour gérer leurs symptômes et 2) que, dans l'ensemble, les jeunes qui avaient développé un TSPT utilisaient des moyens tels que les comportements d'évitement, le retrait social ainsi que la rumination et la suppression des pensées (Stallard, Velleman, Langsford, & Baldwin, 2001). Et si on veut élargir notre intérêt aux facteurs de risques et de vulnérabilité pour le TPST, on se trouve obligé de fouiller dans les études se rappor-

[NICE], 2005). En plus de nuire à son fonctionnement quotidien, le TSPT peut interférer avec le développement de l'identité personnelle en ébranlant les croyances de base de l'enfant. Ainsi, les perceptions de danger, l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, les représentations de soi et des autres de même que les habiletés sociales peuvent être modifiées suite au vécu d'un traumatisme (Macy, Barry, & Noam, ٢٠٠٣ ; Pfefferbaum, ١٩٩٧).

La présence d'un TSPT durant l'enfance peut également avoir un impact négatif au niveau du développement neurobiologique et entraîner des difficultés dans les capacités d'autorégulation des émotions, d'apprentissage, de la mémoire et d'une vulnérabilité aux maladies physiques (van der Kolk, 2003). À plus long terme, les conséquences peuvent se manifester par des difficultés de concentration, le décrochage scolaire, des épisodes de dépression et des tentatives suicidaires (Yule, 1998).

Nous savons que l'événement traumatique possède en lui même le potentiel d'ébranler fortement l'équilibre psychologique de tout individu. Cependant, nous savons aussi que les réactions post-traumatiques découlent, en fait, d'une conjugaison de trois types de facteurs. C'est une conjugaison, personnelle à chacune des victimes, qui va influencer le nombre, la sévérité et la durée de leurs symptômes post-traumatiques.

Le premier élément qui va influencer les réactions de la victime est l'événement lui-même. Il s'agit des facteurs déclencheurs, c'est-à-dire de tout ce qui est présent pendant le traumatisme. On désigne ici, les caractéristiques spécifiques de l'événement et les réactions de la victime lors de cet événement.

Des éléments existants avant l'événement vont contribuer à rendre ces facteurs déclencheurs encore plus devastateurs : ce sont les facteurs pré-traumatiques ou predisposants. C'est le deuxième élément.

Par la suite, les facteurs de maintien comme troisième élément (c'est-à-dire les éléments présents après le trauma) risquent de modifier le maintien ou la résolution des symptômes.

Les facteurs predisposants désignent les éléments existant avant l'événement. Ils ne peuvent pas provoquer de PTSD, mais ils constituent des facteurs de risque ou de vulnérabilité au PTSD. Un événement traumatique n'arrive pas sur un terrain vierge : la victime va le percevoir et y réagir en fonction de toutes ses caractéristiques personnelles, de ses expériences passées, de ses traits de personnalités et de ses capacités d'adaptation spécifiques.

Plusieurs caractéristiques propres à l'enfant peuvent augmenter sa vulnérabilité à développer et à maintenir des symptômes post-traumatiques.

Les études ayant employé des critères de TSPT (Troubles du Stress Post-traumatique , ou bien PTSD) adaptés au stade de développement ont rapporté que la prévalence des réactions de stress aigu dans le mois suivant un accident de la route (AR) (Meiser-Stedman, R., et al., 2008 , p. 1326-1337), ou une brûlure est de 6,5 à 29 % chez les jeunes enfants (Stoddard, F.J., et al., 2006 , p.87-93). Ces études rapportent aussi que le taux de TSPT varie de 14,3 à 25 % au cours des deux mois suivant diverses blessures (par ex., brûlures, coup de feu, AR, blessure sportive), qu'il est de 10 % six mois après un AR (De Young, A.C., et al., 2012 , p. 56-63 ; Scheeringa, M.S., et al., 2006, p. 644-651) ou une brûlure (Meiser-Stedman, R., et al., 2008 , p. 1326-1337 ; De Young, A.C., et al., 2012 , p. 56-63), et qu'il est de 13,2% en moyenne quinze mois après une brûlure (Graf, A., C. Schiestl, and M.A. Landolt, 2011, p. 923-931). Suite à des actes de violence physique ou sexuelle, les taux de TSPT (diagnostiqué de manière adaptée au stade de développement) ayant été rapportés se situent entre 26 % et 60 % (Scheeringa, M., et al., 2003, p. 561-570 ; Scheeringa, M.S., et al., 1995, p. 191-200 ; Levendosky, A.A., et al., 2002 , p. 150-164).

Les recherches ont également montré que les jeunes enfants peuvent développer une dépression, un trouble d'anxiété de séparation (TAS), un trouble d'opposition (TO) et des phobies spécifiques suite à une brûlure et que ces troubles sont fortement comorbides au TSPT. (De Young, A.C., et al., 2012, p. 56-63).

La recherche menée auprès d'enfants de tous âges a montré qu'un TSPT non traité peut suivre une trajectoire chronique et débilitante. (De Young, A.C., et al., 2012, p.59-63 ; Scheeringa, M.S., et al., 2005 , p.899-906 ; Le Brocq, R.M., J. Hendrikz, and J.A. Kenardy, 2010 , p.637-645).

Ces résultats sont préoccupants, puisque les systèmes neurophysiologiques du jeune enfant, dont ceux de modulation du stress et de régulation émotionnelle, sont encore en cours de développement rapide. (Carpenter, G.L. and A.M. Stacks, 2009, p. 831-839).

De plus, les traumatismes subis pendant l'enfance ont été associés à des dommages cérébraux structurels (Carrion, V.G., C.F. Weems, and A.L. Reiss, 2007. p. 509-516) et fonctionnels (Perry, B.D., et al., 1995 , p.271-291) permanents ainsi qu'à l'apparition de troubles psychiatriques (Green, J.G., et al., 2010, p.113-123), de comportements à risque pour la santé et de problèmes de santé physiques à l'âge adulte (Felitti, V.J., et al., 1998 , p. 245-258).

En conséquence, les traumatismes qui surviennent pendant la petite enfance pourraient avoir un impact encore plus grand sur la trajectoire développementale que les traumatismes survenant à un stade ultérieur du développement (AACAP, 1998; National Institute for Clinical Excellence

This article examines the early unconditioned as a provoking element of post-traumatic stress.

A retro effect study in return to what was published in areas of concern in previous studies

Key words: early unconditioned plans, post-traumatic stress disorder.

1. les facteurs de risques infantiles pour un trouble de stress post-traumatique (TSPT)

En règle générale, l'univers des nourrissons, des enfants et des adolescents s'inscrit dans le cours de situations prévisibles, dans un environnement stable et peuplé de personnes familières. Cependant, il arrive que des événements délétères – tels que des agressions sexuelles, maltraitements, accidents de toute nature, guerres, décès ou séparations – explosent ce monde sécurisant et protecteur.

Si on a longtemps cru que les jeunes étaient imperméables au traumatisme, nous savons aujourd'hui que c'est l'inverse qui se produit. Parce qu'elle est malléable et inachevée, leur personnalité est plus aisément perturbée et risque de subir davantage d'altérations que celle de leurs aînés. Les traumatismes subis dans l'enfance peuvent avoir de profondes répercussions, tant sur le développement que sur la santé somatique, mentale ou le bien-être psychosocial.

Quels sont les événements susceptibles de générer des conséquences traumatiques ? Quelles sont les réactions à court et à long terme ? Quelles sont les répercussions possibles sur le développement physique, cognitif et psychique ? Le traumatisme psychique apportera de nombreuses réponses à ceux qui s'interrogent sur le devenir à l'âge adulte des enfants abusés, battus, négligés, abandonnés, séparés ou malmenés.

Pourquoi certaines personnes souffrent-elles de PTSD alors que d'autres, pourtant exposées au même événement, n'en développent pas ?

Les chercheurs et les cliniciens ont tenté de comprendre les raisons de cette variabilité quant au nombre, à la fréquence et à l'intensité des symptômes post-traumatiques.

Le niveau de la violence impliqué dans l'événement traumatique a d'abord été considéré comme le seul responsable du PTSD.

Or, les données de recherche montrent que les caractéristiques et l'intensité du trauma n'expliquent qu'une partie de la variabilité des symptômes post-traumatiques (Kilpatrick et al, 1989 ; Pitman, Altman & Macklin, 1989 ; Ruch et Chandler, 1983).