

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى أطفال المرحلة الابتدائية

د/ طاهر سعد حسن عمار

دكتوراه الفلسفة في التربية

(تخصص صحة نفسية وإرشاد نفسي)

كلية التربية _ جامعة عين شمس

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى استقصاء فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى أطفال المرحلة الابتدائية. تتحدد الدراسة بالعينة المستخدمة والمكونة من (٢٤٠) طفلاً من تلاميذ المرحلة الابتدائية، تم استخلاص (٢٢) من الذين تزيد درجاتهم بانحراف معياري واحد أو أكثر عن المتوسط على مقياس اضطرابات السلوك، وتتراوح أعمارهم ما بين (٦-٩) سنوات، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية عددها (١١)(٦ ذكور-٥ إناث)، مجموعة ضابطة عددها (١١) (٦ ذكور-٥ إناث). كما تتحدد الدراسة بالمتغيرات والأدوات الآتية: مقياس اضطرابات السلوك والذي ينطوي على ستة أبعاد هي: السلوك المضاد للمجتمع، القلق والاكتئاب، الاعتمادية، العناد، النشاط الحركي الزائد، والمشكلات مع الأقران. وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي باللعب الذي يتكون من (٢٠) جلسة بمعدل جلستين في الأسبوع. وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج في تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى أطفال المجموعة التجريبية، بالإضافة إلى استمرار احتفاظ أطفال المجموعة التجريبية بهذا التحسن بعد فترة المتابعة. وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في الاستجابة للبرنامج.

فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى أطفال المرحلة الابتدائية

د/ طاهر سعد حسن عمار

دكتوراه الفلسفة في التربية

(تخصص صحة نفسية وإرشاد نفسي)

كلية التربية _ جامعة عين شمس

مقدمة الدراسة:

تعد الطفولة فترة حرجة في حياة الإنسان والوقت المناسب للتدخلات الرئيسية مثل زيادة الكفاءات الانفعالية والاجتماعية لدى الأطفال وخفض حدة المشكلات النفسية. وتبدأ مشكلات الصحة النفسية في الظهور بسبب التغيرات في التفكير والمزاج أو السلوك والتي تؤدي إلى وجود خلل في الأداء الوظيفي للطفل. وتتضمن أعراض انفعالية ومشكلات سلوكية ونقص الانتباه والنشاط المفرط والمشاكل مع الأقران (Goodman, 1997). وتشير البيانات الوبائية العالمية إلى أن ٢٠٪ من المشكلات النفسية لدى الأطفال والمراهقين علاوة على ٥٠٪ من المشكلات النفسية لدى البالغين ينشأ خلال سنوات الدراسة (Belfer, 2008). وتتكون المشكلات الانفعالية من أعراض داخلية مثل القلق والاكتئاب والرهاب، في حين تشمل المشكلات السلوكية الأعراض الخارجية مثل إساءة التصرف وفرط النشاط والاضطرابات التخريبية. وقد تتلاشى الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين بمرور الوقت ولكن العديد منها قد يستمر معهم وتميل إلى أن تصبح مزمنة إذا لم تعط العلاج المبكر.

وتعد البيئة المدرسية هي المكان المثالي للطفل لاكتساب المهارات الأساسية الفعالة لبناء شخصيته وتدعيم وجوده النفسي الممتلئ. والوقاية والعلاج من الكثير من الاضطرابات السلوكية. كما أكد العديد من الباحثين على أهمية العلاج باللعب كوسيلة لتقديم الخدمة النفسية بالمدارس الابتدائية (Baker & Gerler, 2004; Newsome & Gladding, 2003; Ray et al., 2004; Schmidt, 2003; White & Flynt, 1999)

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي باللعب مزيج من تقنيات العلاج باللعب مع النموذج المعرفي السلوكي لزيادة السلوكيات المرغوبة وتقليل السلوكيات الضارة لدى الأطفال. ولقد تم التأكيد على أهمية اللعب على المستوى العالمي للنمو الطبيعي والأمثل للأطفال من خلال إعلان الأمم المتحدة لحقوق الطفل الذي اعتبر اللعب حق عالمي وغير قابل للمصادرة في الطفولة (United Nations, 1989). واللعب هو النشاط المركزي الفردي للطفولة، الذي يحدث في جميع الأوقات وفي جميع الأماكن، بما في ذلك البيئة المدرسية (Landreth, 2012). ويعد العلاج باللعب "نوع من العلاج الفعال والمناسب لمساعدة الأطفال الذين يعانون من مشكلات نفسية في مرحلة مبكرة. وقد تم استخدامه على نطاق واسع في الغرب منذ التسعينات كطريقة للعلاج النفسي الترموي لتلبية الاحتياجات الاجتماعية والانفعالية للأطفال. بالإضافة إلى ذلك يعد العلاج باللعب من طرق العلاج التي تهدف إلى مساعدة الأطفال على فهم المشكلات النفسية التي يواجهونها والتعامل معها" (Razak et al., 2018).

ويقوم العلاج المعرفي السلوكي على افتراض أهمية إحداث تغيير في الجانب المعرفي، وأن هذا التغيير سوف يتيح تغييرات موازية له في الجانب الانفعالي والسلوكي. ويقصد بإعادة البناء المعرفي إعادة بناء العقل وما يتعلق به من أفكار سلبية أو لاعقلانية، حيث يتم التعامل مع هذه الأفكار ودحضها عن طريق المناقشة السقراطية. بالإضافة لعدد من الفنيات الأخرى مثل البحث عن الأدلة البديلة أو المضادة لهذه الأفكار، وتعليم العميل التفكير العقلاني، وتعديل الحديث الذاتي، وإعادة العزو اللفظي، واستخدام جمل ذاتية إيجابية (طاهر عمار، ٢٠٠٦، ص ٥٢-٥٣). ومن المسلم به أن العلاج المعرفي السلوكي بمفهومه السابق لا يمكن تطبيقه على الأطفال الصغار. لذلك يعتبر العلاج المعرفي السلوكي باللعب هو صورة معدلة من العلاج المعرفي السلوكي ومصمم ليكون مناسباً من الناحية النمائية للأطفال في سن ما قبل المدرسة وأطفال المدارس في المراحل الأولى (Knell, 2015, p120).

مشكلة الدراسة:

معظم الاضطرابات النفسية للبالغين لها جذورها في وقت مبكر من الحياة. وتعد البيئة المدرسية هي المكان المثالي للطفل لاكتساب المهارات الأساسية الفعالة اللازمة لبناء

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

شخصيته وتدعيم وجوده النفسي الممتلئ والوقاية والعلاج من الكثير من الاضطرابات السلوكية. كما أكد العديد من الباحثين على أهمية العلاج باللعب كوسيلة لتقديم الخدمة النفسية بالمدارس الابتدائية. ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة لبناء برنامج معرفي سلوكي قائم على العلاج باللعب، وبحث فاعليته في تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى أطفال المرحلة الابتدائية. وتتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

١. هل يمكن لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي باللعب الذي يتم فيه دمج التدخلات المعرفية والسلوكية مع نموذج العلاج باللعب أن يحدث أثراً إيجابياً في تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى أطفال المرحلة الابتدائية؟
٢. هل للأثر الإيجابي المتوقع صفة الاستمرارية أم أنه أثراً مؤقتاً يزول بعد انتهاء البرنامج؟
٣. هل توجد فروق بين الذكور والإناث في الاستجابة للبرنامج؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١. بناء برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب لأطفال المرحلة الابتدائية.
٢. اختبار مدى فاعلية هذا البرنامج في تخفيف حدة اضطرابات السلوك لديهم.

أهمية الدراسة:

١- الأهمية النظرية:

تكمن أهمية الدراسة من الناحية النظرية في مراجعة عدد من البحوث والدراسات التي تناولت علاج اضطرابات السلوك لدى الأطفال، وتحديد التدخلات المناسبة التي يمكن الاعتماد عليها لبناء برنامج إرشادي.

٢- الأهمية التطبيقية:

تكمن أهمية الدراسة من الناحية التطبيقية في الحاجة إلى وجود برنامج منظم وموجه يوفر استراتيجيات لتطوير المزيد من الأفكار والسلوكيات تساعد الأطفال على التكيف ويعلمهم استراتيجيات لمواجهة.

مصطلحات الدراسة:

١- العلاج المعرفي السلوكي باللعب Cognitive behavioral play therapy

يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه ائتلاف يجمع كل الطرق والإستراتيجيات المعرفية أو السلوكية التي تعمل على مساعدة الأفراد بنجاح في التغلب على مشكلة انفعالية معينة، ويشير الجزء المعرفي منه إلى التفكير، أما الجزء السلوكي فيتضمن المشاركة في أنشطة عملية على نحو يجعلها تمثل خبرة تصحيحية لأفكارهم السلبية ولسلوكياتهم غير التوافقية. وحيث أن الأطفال لا يمكنهم التعبير عن مشاكلهم واستيائهم لفظياً، لكن بدلاً من ذلك يعبرون عنها أثناء اللعب، لذلك يعتبر العلاج المعرفي السلوكي باللعب مزيج من تقنيات العلاج باللعب مع النموذج المعرفي السلوكي لزيادة السلوكيات المرغوبة وتقليل السلوكيات الضارة لدى الأطفال. ويعتمد برنامج الدراسة الحالية على استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي هي:

- التعليم النفسي psycho-education
- إعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring
- الجمل الذاتية الايجابية والعقلانية Positive and rational Self-Statements
- النمذجة Modeling
- أسلوب حل المشكلات Problem solving
- التشكيل Shaping

٢- اضطرابات السلوك

تعد المشكلات السلوكية لدى الأطفال أمراً شائعاً نسبياً ولكنها تشكل مصدر قلق للآباء. غالباً ما تكون هذه المشكلات انعكاساً للضغوط الاجتماعية للطفل والبيئة والحالة النمائية. وعلى الرغم من أن غالبية المشكلات السلوكية مؤقتة، إلا أن بعضها قد يستمر أو يكون من أعراض اضطرابات النمو العصبي أو حالة طبية كامنة. وتتضمن الإدارة الأولية لاضطرابات السلوك لدى الأطفال مساعدة الآباء على تعلم استراتيجيات سلوك فعالة لتعزيز السلوكيات المرغوبة لدى أطفالهم.

ويمكن تصنيف العوامل التي تساهم في اضطرابات السلوك لدى الأطفال إلى ثلاثة عوامل هي:

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

- عوامل متعلقة بالطفل مثل (اضطرابات النمو، نقص التغذية مثل نقص الحديد، مرض طبي مزمن، الأدوية، قلة النوم، ضعف السمع، تأخر الكلام).
- عوامل بيئية مثل (نقل المنزل أو المدرسة، الحرمان، قلة فرص التحفيز)
- عوامل أسرية مثل (التعلق غير الآمن بين الوالدين والطفل، الأبوة القاسية والإهمال أو إساءة معاملة الطفل، انفصال الوالدين، الاضطراب النفسي لأحد الوالدين أو تعاطي المخدرات، فقدان الأجزاء) (Lulla et al. , 2019)

وطبقاً للمقياس المستخدم في الدراسة الحالية، فإنه يمكن تعريف الاضطرابات السلوكية بأنها مجموعة من السلوكيات والانفعالات اللائقافية التي يعاني منها الطفل، وتشمل: السلوك المضاد للمجتمع، القلق والاكتئاب، الاعتمادية، العناد، النشاط الحركي الزائد، والمشكلات مع الأقران أو الانسحاب الاجتماعي. والتي يتحدد مدى ظهورها وفقاً لتقديرات المعلمين.

٣- البرنامج الإرشادي:

يعد البرنامج الحالي بمثابة الوسيلة الإجرائية التي تتيح للأطفال تعلم جوانب معرفية وسلوكية وانفعالية. ويعد البرنامج الأداة الأساسية التي تم إعدادها لتخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى الأطفال، عن طريق استخدام عدد من الفنيات المعرفية والسلوكية، وذلك طبقاً لمكونات الأبعاد الستة لاضطرابات السلوك لدى الأطفال الواردة في المقياس المستخدم بالدراسة الحالية، وتم تقديمها بما يتناسب مع الطبيعة النمائية للأطفال عن طريق دمجها بمواقف لعب.

حدود الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية من خلال النقاط التالية:

١- موضوع الدراسة:

التعرف على مدى فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى أطفال المرحلة الابتدائية.

٢- المنهج المتبع:

المنهج التجريبي الذي يعتمد على تصميم تجريبي يتكون من مجموعتين الأولى تجريبية تتلقى برنامج العلاج، والثانية ضابطة لا تتلقى البرنامج.

٣- عينة الدراسة:

تتكون من (٢٤٠) طفلاً من تلاميذ المرحلة الابتدائية، تم استخلاص (٢٢) من الذين تزيد درجاتهم بانحراف معياري واحد أو أكثر عن المتوسط على مقياس اضطرابات السلوك، وتتراوح أعمارهم ما بين (٦-٩) سنوات، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين:

• مجموعة تجريبية عددها (١١) (٦ ذكور-٥ إناث)

• مجموعة ضابطة عددها (١١) (٦ ذكور-٥ إناث)

٤- الأدوات المستخدمة: وتتضمن:-

- مقياس اضطرابات السلوك، إعداد الباحث (٢٠١٨).
- برنامج العلاج المعرفي السلوكي باللعب ، إعداد الباحث.
- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية، إعداد عبد العزيز الشخص (٢٠١٣).

٥- الأسلوب الإحصائي:

- معامل الارتباط التتابعي لبيرسون.
- التحليل العاملي.
- اختبار ويلكوكسن Wilcoxon للمقارنة بين عينتين مرتبطتين.
- اختبار مان-وتني Mann-Whitney-U test للمقارنة بين عينتين مستقلتين.

الإطار النظري:

يتضمن الإطار النظري عرضاً للمفاهيم الأساسية للدراسة، والتي تتمثل في مفهومين أساسيين هما مفهوم اضطرابات السلوك لدى الأطفال، ومفهوم العلاج المعرفي السلوكي باللعب.

أولاً: اضطرابات السلوك لدى الأطفال:

يحبذ (Graubard,1973,p.246) استخدام مصطلح "الإعاقات السلوكية" behavioral disabilities الذي يعرفه بأنه "... مجموعة متنوعة من السلوكيات المفردة والمزمنة والانحرافية من الأفعال الاندفاعية والعوانية إلى الاكتئاب والانسحاب، التي يدرك الملاحظ عدم ملاءمتها ويرغب في أن تتوقف".

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

ويعرف (Ross,1974,p.63) الاضطراب السلوكي أنه " أي سلوك مختلف أو شاذ عن السلوك الاجتماعي السوي، ويتعارض مع المعايير الاجتماعية للسلوك. ويقع بصورة متكررة وشديدة ولا يتناسب مع عمر فاعله."

ويستخدم (Kauffman,1977,p.23) مصطلح "الاضطرابات السلوكية" للإشارة إلى هؤلاء الأطفال "... الذين يستجيبون بشكل مزمن وملحوظ لبيئتهم بطرق غير مقبولة اجتماعيًا أو غير مرضية شخصيًا، ولكنه يمكن تعليمهم السلوك الأكثر قبولاً ورضاً" وبحلول نهاية السبعينات بدأ الباحثون في التشكيك في التركيز على السلوك الظاهر وتحول اهتمامهم لدراسة المفاهيم المعرفية. فقد أدرك (Bandura,1977) أن السلوكية قد فشلت في تفسير أنواع معقدة من السلوك. وأشارت نظرية التعلم الاجتماعي إلى مساهمة القدرات المعرفية للفرد في عملية التعلم. كما بدأت دراسة المتغيرات الوجدانية مثل الانفعالات والأفكار والعلاقات البيئشخصية والطريقة التي تؤثر بها على الإدراك وعملية التعلم بشكل عام.

وقد أدت هذه التطورات إلى ظهور مصطلح "الصعوبات الانفعالية والسلوكية" Emotional and behavioral difficulties، هذا المصطلح يدل على محاولة الابتعاد عن التعريفات التي تؤكد على السلوك الملاحظ فقط، والنظر في الحالة الوجدانية والانفعالية للأطفال. وينكر (Bowman,1990,p.198) أن التلاميذ الذين يوصفون بأن لديهم صعوبات انفعالية سلوكية لديهم "... احتياجات اجتماعية وانفعالية غير مُلباة تخدم بشكل غير ملائم تجارب التعلم". في حين يلاحظ (Williams,1991) أن الصعوبات الانفعالية والسلوكية تغطي مجموعة واسعة من المشاكل النفسية، بدءًا من الاضطرابات المزمنة إلى السلوك المضطرب مؤقتًا.

وتوجد محاولات عديدة لتصنيف الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، اعتمدت على أكثر من محور واتجاه للتصنيف، حيث صنفها البعض إلى اضطرابات سلوكية خارجية موجهة نحو الخارج، أي موجهة نحو الآخرين (عدوان، تخريب، سرقة)، واضطرابات سلوكية داخلية موجهة نحو الداخل (مخاوف، انسحاب) (Gimple, G. & Holland, M. 2003, p.3).

ومن التصنيفات أيضًا التصنيف السلوكي، ويركز هذا التصنيف على وصف السلوك، ووضعه ضمن المجموعة التي ينتمي إليها، مثل تصنيف كوفمان (Kauffman, 1997) الذي يصنف اضطرابات السلوك إلى أربع فئات رئيسية هي: الحركة الزائدة والاندفاعية، العدوانية، الانسحاب وقصور النضج، مشاكل النمو الخلفي والجنوح. ولم يرد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) تعريف لمسمى اضطرابات السلوك لدى الأطفال، ولكنه قد ميز عدة اضطرابات مرتبطة خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة تحت مسمى "اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والتصرف" Disruptive, Impulse- Control, and Conduct Disorders تتضمن:

- اضطراب التحدي الاعتراضي Oppositional Defiant Disorder: وهو نمط من المزاج الغاضب/العصبي، والسلوك المجادل/المتحدي، أو الانتقامي.
- الاضطراب الانفعالي المتقطع Intermittent Explosive Disorder: ويتميز بحلقات متكررة من عدم القدرة على السيطرة على الدوافع العدوانية التي يتجلى فيها إما العدوان اللفظي أو العدوان البدني على الحيوانات أو الممتلكات أو الأفراد.
- اضطراب التصرف Conduct Disorder: وهو نمط السلوك المتكرر والمستمر الذي تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين، أو القواعد الاجتماعية، في إطار الفئات الأربع التالية: العدوان على الناس أو الحيوانات، وتدمير الممتلكات، والخداع أو السرقة، والانتهاكات الخطيرة للقواعد.
- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial Personality Disorder: ويتميز الذي يعاني من هذا الاضطراب بنمط من الاستخفاف أو انتهاك حقوق الآخرين، وانتهاك القواعد الاجتماعية، والاشتراك في سلوكيات تتعارض مع القانون. وقد يكون متورط في الخداع والكذب لتحقيق مكاسب شخصية أو متعة. ولديه ميل إلى الاندفاع والعدوانية، فهو يفتقر إلى الشعور بالمسئولية، مما يؤدي إلى عدم تلبية مطالب العمل أو الالتزامات المالية. وعلاوة على ذلك، يفتقر إلى الندم، وقد يبرر العواقب السلبية التي ألحقها بالآخرين.

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

وورد أيضًا في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية -DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) عدة اضطرابات أخرى تحت مسميات وتصنيفات أخرى كما يلي:

- اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة Attention-Deficit/Hyperactivity: ورد تحت مسمى "اضطرابات النمو العصبي" Neurodevelopmental Disorders، وهو نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة والاندفاعية، يؤثر على الأداء اليومي للفرد.
- اضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder: ورد تحت مسمى "اضطرابات الشخصية" Personality Disorder، ويتميز الذي يعاني من هذا الاضطراب بوجود حاجة دائمة إلى رعاية واهتمام الآخرين، ويتميز سلوكه بالانقياد والخوف من الانفصال، وصعوبة اتخاذ القرارات اليومية، ويحتاج الآخرين في تولي المسؤولية، ويجد صعوبة في التعبير عن مخالفته للآخرين بسبب خوفه من فقد الدعم أو الموافقة.
- الاضطراب الاكتئابي الرئيسي Major Depressive Disorder: ورد تحت مسمى "الاضطرابات الاكتئابية" Depressive Disorders، ويتضمن مزيج من المزاج المكتئب أو فقدان الاهتمام والمتعة (يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين في صورة مزاج مستثار). والذي يؤثر بشكل ملحوظ على الأداء الوظيفي للفرد.
- اضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety Disorder: ورد تحت مسمى "اضطرابات القلق" Anxiety Disorders، وهو يتميز بالخوف من المواقف الاجتماعية حيث قد يتعرض الفرد لمراقبة الآخرين. وفي الأطفال، ينبغي أن يحدث القلق في سياق التعامل مع الأقران وليس فقط خلال التفاعلات مع البالغين. وبالإضافة إلى ذلك، بالنسبة للأطفال، يمكن التعبير عن الخوف أو القلق بالبكاء، أو الغضب، أو التجمد freezing، أو الفشل في التحدث في المواقف الاجتماعية، أو الرغبة في الانسحاب وتجنب المواقف الاجتماعية.

• اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder:

ورد أيضًا تحت مسمى "اضطرابات القلق" Anxiety Disorders، وهو اضطراب يتميز بالقلق المفرط الذي لا يركز على موضوع محدد.

وتشير دراسة (Shen et al., 2018, Ogundele, 2018) إلى أن الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعًا لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة وفي سن المدرسة هي: اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، واضطراب التحدي المعارض، واضطراب القلق العام، واضطراب التصرف. ويُظهر الذكور معدلًا أعلى من الإناث من حيث فرط الحركة ونقص الانتباه، واضطراب التحدي المعارض، واضطراب التصرف، والسلوك المضاد للمجتمع (السلوكيات الموجهة نحو الخارج Externalizing Behaviors) في حين تظهر الإناث معدلًا أعلى من الذكور من حيث اضطراب القلق المعمم واضطراب الاكتئاب الرئيسي (السلوكيات الموجهة نحو الداخل Internalizing Behaviors). وتشير نتائج دراسة (طاهر سعد عمار، ٢٠١٨) إلى ارتباط اضطرابات السلوك في الطفولة بالأداء الأكاديمي والمهني والنفسي الضعيف. كما توجد علاقة عكسية بين الكفاءة الاجتماعية واضطرابات السلوك. بالإضافة إلى أنه يمكن التنبؤ بالسلوك المضاد للمجتمع لدى الأطفال من خلال بعدي الكفاءة الاجتماعية (الوعي الاجتماعي، والمسئولية الاجتماعية) بمعنى أن غياب هذين البعدين ينبئ بظهور السلوك المضاد للمجتمع.

وتشير دراسة (Shen et al., 2018, Faravelli et al., 2009) إلى أن واحد من كل عشرة أطفال يعانون من اضطراب نفسي. ويرتبط جنس الذكور والمرض العضوي، وطلاق الوالدين، وفقدان الأم، وتدني الوضع الاجتماعي الاقتصادي مع زيادة خطر نمو اضطراب نفسي في مرحلة الطفولة. وطبقًا للمقياس المستخدم في الدراسة الحالية، فإنه يمكن تعريف الاضطرابات السلوكية بأنها مجموعة من السلوكيات والانفعالات اللاتوافقية التي يعاني منها الطفل وتشمل: السلوك المضاد للمجتمع، القلق والاكتئاب، الاعتمادية، العناد، النشاط الحركي الزائد، والمشكلات مع الأقران أو الانسحاب الاجتماعي. والتي يتحدد مدى ظهورها وفقًا لتقديرات المعلمين.

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي باللعب:

يستند العلاج المعرفي السلوكي على النموذج المعرفي للاضطرابات والذي ينطوي على التفاعل بين العمليات المعرفية والسلوكية والانفعالية والسيولوجية (Beck & Emery, 1985). ووفقاً لهذا النموذج يتشكل السلوك المضطرب في النهاية كتعبير عن التفكير السلبي المتحيز وغير العقلاني، فانفعالات وسلوكيات الشخص تتحدد بالطريقة التي يفكر بها في العالم.

وميز (Beck, 1967) وجود ثلاث مستويات من المعرفة التي ربما تلعب دوراً في تفسير الاضطراب وفي علاجه هي: الأفكار التلقائية، المخططات أو الافتراضات التحتية، والتشوهات المعرفية. ومن ثم يقوم العلاج المعرفي السلوكي على ثلاثة افتراضات أساسية هي:

١. تؤثر أفكار الفرد على انفعالاته وسلوكياته تجاه الأحداث.
٢. تتشكل إدراكات الفرد وتفسيراته للأحداث من خلال معتقداته وافتراضاته.
٣. تنتشر الأخطاء المنطقية أو التشوهات المعرفية لدى الأفراد الذين يعانون من صعوبات نفسية. (Beck, 1976)

وبالنسبة للأطفال فإن ما لديهم بشكل أكبر هو الأخطاء في المنطق errors in logic أكثر من الأفكار غير العقلانية أو المشوهة. وينطبق هذا بشكل خاص على الأطفال الصغار الذين يفكرون بطبيعتهم بشكل غير منطقي وأناني وحسي (Kneil, 2015). ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي مجموعة من الفنيات التي تهدف إلى تخفيف أعراض الاضطراب النفسي من خلال التعديل المباشر للتفكير المختل الذي يصاحبها. حيث يعمل المعالج على تحديد والعتور على أنماط التفكير المختل وتغييرها. ويتم الكشف عن هذه الأفكار لدى البالغين من خلال أسئلة مركزة واستنباط دقيق. ومن خلال تعديل الأفكار اللاتكيفية المرتبطة بالأعراض والسلوكيات المختلة يساعد المعالج الفرد على تقليل الأعراض وتعديل المعتقدات والتوقعات والاتجاهات.

ووفقاً لـ (Axline, 1969) لا يمكن للأطفال التعبير عن مشاكلهم واستيائهم لفظياً، لكن بدلاً من ذلك يعبرون عنها أثناء اللعب. وبالمثل يرى (Landreth, 2012) أنه بينما يلعب الأطفال يمكنهم التعبير عن مشاعرهم السلبية بدرجة أقوى من الوضع الحقيقي، هذا

لأنه أثناء اللعب يشعر الأطفال بمزيد من الثقة والقدرة على التحكم في حياتهم. من خلال اللعب أيضًا يطلق الأطفال تدريجيًا مشاعرهم السلبية، ويشكلون شعورًا بتقدير الذات الذي يعد ضروريًا للتنمية الذاتية الاجتماعية. ويرى (Bratton et al., 2005) أن العلاج باللعب مناسب لمختلف الحالات والأعمار والأجناس والثقافات وفي العديد من الحالات الكلينيكية وغير الكلينيكية.

ويعتمد شكل العلاج باللعب أيضًا على وجهة نظر المعالج حول آليات التغيير، أي الطريقة التي يعتمد عليها هذا النوع من العلاج على إحداث تغيير. وتتنطبق نفس آليات التغيير التي تنطبق على الأنواع المختلفة من العلاج النفسي أيضًا على العلاج باللعب. ومن ثم توجد مناحي مختلفة للعلاج باللعب فهناك العلاج باللعب المعمم Generalized play therapy، والعلاج باللعب الممركز حول الطفل Child centered play therapy، والعلاج باللعب الأدليري Adlerian play therapy، والعلاج باللعب الجشطالتي Gestalt play therapy، والعلاج المعرفي السلوكي باللعب Cognitive behavior play therapy.

وهناك أوجه تشابه واختلاف بين العلاج المعرفي السلوكي باللعب CBPT والعلاج باللعب التقليدي PT. أوجه التشابه تتمثل في إقامة علاقات علاجية ايجابية، والتواصل من خلال أساليب اللعب، واعتبار مكان اللعب هو مكان آمن للأطفال يحصل المعالجون من خلاله على إشارات ودلالات لفهم الأطفال. وفي الوقت نفسه تتمثل الاختلافات في أن العلاج المعرفي السلوكي باللعب CBPT يركز على أهداف واضحة ومحددة ويلعب فيه المعالجون دورًا نشطًا في اختيار الأدوات والأنشطة. فالعلاج المعرفي السلوكي باللعب يتم فيه دمج التدخلات المعرفية والسلوكية في نموذج العلاج باللعب. وحددت (Knell, 1993) ستة خصائص يقوم عليها هذا النوع من العلاج وهي:

1. يشارك الطفل في العلاج من خلال اللعب.
2. يركز العلاج على أفكار الطفل وأوهامه وبيئته.
3. يوفر العلاج استراتيجيات لتطوير المزيد من الأفكار والسلوكيات تساعد الطفل على التكيف ويتم تعليم الطفل استراتيجيات للمواجهة.
4. العلاج المعرفي السلوكي باللعب منظم وموجه.

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

٥. يتضمن العلاج تقنيات ثبتت فاعليتها تجريبياً مثل النمذجة.

٦. العلاج المعرفي السلوكي باللعب يمكن فحصه تجريبياً.

وتتضمن الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي للأطفال فنيات معرفية وسلوكية. حيث تشير الأبحاث (Compton et al.,2004, Velting et al.,2004) إلى أن الجمع بين التدخلات المعرفية والسلوكية هو الأكثر فاعلية في مساعدة الأطفال على التعامل مع الأحداث والانفعالات الصعبة. وأشارت (Knell, 2015) إلى عدد من فنيات العلاج المعرفي السلوكي باللعب التي يمكن استخدامها مع الأطفال وتشمل طبقاً لما تضمنه برنامج الدراسة الحالية:

• التعليم النفسي psycho-education

ويتضمن تعليم الطفل معلومات عن المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه. وتفهم الطفل الصور الطبيعية للحالات الانفعالية المختلفة، وتوضيح وتفسير العلاج المعرفي السلوكي باللعب. ويمكن أن يوفر التعليم النفسي للطفل وكذلك لأسرته معلومات نمائية وكلينيكية على درجة كبيرة من الأهمية. كما يمكن أن تساعد الوالدين والمعلمين في فهم كيف يمكن أن يخفف العلاج المعرفي السلوكي باللعب من الأعراض التي يعاني منها الطفل.

• إعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring:

فتعتمد هذه الطريقة على أهمية إحداث تغيير في الجانب المعرفي، وأن هذا التغيير سوف يتيح تغييرات موازية له في الجانب الانفعالي والسلوكي فالإنسان يتميز بقدرته الهائلة على التفكير والانتباه والتذكر والاستدلال. ويقصد بإعادة البناء المعرفي إعادة بناء العقل وما يتعلق به من أفكار سلبية أو لاعقلانية، حيث يتم التعامل مع هذه الأفكار ودحضها عن طريق مناقشة هذه الأفكار واحدةً تلو الأخرى بطريقة منطقية - بما يتناسب مع الطبيعة العمرية للطفل - حتى يتشكك الطفل في صحة هذه الأفكار ثم يبدأ في صياغتها من جديد بشكل إيجابي ومنطقي، بحيث يتم تحويل تفكير الطفل تدريجياً ومع الوقت إلى التفكير المعتدل الواقعي. وليست طريقة مناقشة الأفكار التلقائية السلبية هي الطريقة الوحيدة لإعادة البناء المعرفي، فتوجد معتقدات لاعقلانية قد يتبناها الطفل فيتم مناقشة هذه المعتقدات وإعادة صياغتها بشكل عقلائي، بالإضافة إلى أخطاء التفكير Thinking Errors مثل:

التعميم المفرط، المبالغة والتهويل، والشخصنة. هذه الأخطاء في التفكير تؤدي إلى وصول الطفل لاستدلالات مزعجة غير صحيحة، تنتج مستوى عاليًا من الشعور بالقلق (طاهر سعد عمار، ٢٠٠٦)

• **الجملة الذاتية الإيجابية والعقلانية Positive and rational Self-Statements:**

وتتضمن تدريب الأطفال على تنمية نوع من "الحديث الداخلي الإيجابي" وتقوم فكرة التدريب على الأحاديث أو الجملة الذاتية الإيجابية على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الأطفال لأنفسهم تؤثر على انفعالاتهم وسلوكهم. ولعل اكتشاف (Meichenbaum, 1993) ميتشنيوم لأهمية الحديث الداخلي واستخدام القوة التأثيرية للحديث الذاتي مع طرق الإشراف الإجرائي في تعديل السلوك المضطرب، وهو ما أطلق عليه أسلوب التدريب على التعليمات الذاتية وأسماه بعد ذلك بالتعديل المعرفي السلوكي. ويقوم المعالج في الدراسة الحالية بتدريب الأطفال على عبارات واضحة وقوية لتحل محل الأفكار اللاواقفية. تساعد العبارات الذاتية الإيجابية في تعلم مهارات التأقلم من خلال التحكم النشط في الانفعالات السلبية.

• **النمذجة Modeling:**

ومن المعالم البارزة التي أفسحت الطريق أيضًا أمام التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية، توسع باندورا في مجال تعديل السلوك ليشمل الاهتمام بالنمذجة والتعلم عن طريق الملاحظة. كما أنه هو و"كانفرو" و"جولدشتين" اتخذوا خطوة واضحة نحو الاعتراف بالعمليات الداخلية حين بدءوا تركيز اهتمامهم على التنظيم الذاتي وال ضبط الذاتي. وتستند هذه النمذجة إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضه بصورة منتظمة للنماذج. وقد تكون النماذج أشخاصًا أحياء، ويمكن استخدام الأفلام أو أشرطة الفيديو لهذا الغرض. قد استطاع "أوكونر" أن يغير السلوك الإنزوائي لدى أطفال دور الحضانة إلى سلوك فيه قدر أكبر من التفاعل الاجتماعي عن طريق عرض فيلم يظهر تفاعلات اجتماعية نشطة وإيجابية بين الأطفال في الوقت الذي يؤكد فيه صوت الفيلم على السلوك المناسب للنماذج. وكذلك يمكن تعديل سلوك الأطفال المنطوين على ذواتهم عن طريق تعريضهم لنماذج أطفال يظهرون سلوكًا اجتماعيًا مثل الأخذ والعطاء (لويس مليكه، ١٩٩٤، ص ١٠٤-١٧٣)

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

وقد حدد (Bandura,1977,pp.24-29) أربعة عمليات ضرورية لحدوث التعلم بالملاحظة بعد التعرض للنماذج Models تتضمن: الاهتمام أو الانتباه Attention، الاحتفاظ Retention، إعادة الإنتاج الحركي Motor reproduction، الدافع أو التعزيز Reinforcement. وتتضمن النمذجة في برنامج الدراسة الحالية بتقديم نموذج يوضح سلوكًا وتكبيرًا أكثر تكيفًا. والنمذجة عنصر حاسم في العلاج المعرفي السلوكي باللعب يستخدم لخدمة الفنيات العلاجية الأخرى. وعلى الرغم من وجود العديد من صور النمذجة إلا أنها في العلاج المعرفي السلوكي باللعب في كثير من الأحيان تتم من خلال نماذج العرائس والدمى المتحركة والقصص.

• أسلوب حل المشكلات Problem solving:

تمثل إستراتيجية حل المشكلات نمطًا هامًا من الاستراتيجيات المعرفية، وهي تعد نوعًا من المهارات العقلية التي من خلالها ينظم الفرد عملياته المعرفية في معالجة الموقف المشكل ومحدداته وخاصة تلك المشكلات التي لم يسبق مرورها في خبرات الفرد. وينطبق على استراتيجيات حل المشكلات ما ينطبق على الاستراتيجيات المعرفية الأخرى من حيث قابليتها للتعميم والتطبيق على قيود ومحددات أي موقف مشكل، لكنها تختلف باختلاف خصائص الموقف المشكل من حيث البساطة أو التعقيد أو أن الموقف المشكل يتطلب حل واحد أم حلول متعددة، وهل الحل المطلوب قائم على الاستدعاء أم على الإنتاج، وغير ذلك (فتحي مصطفى الزيات، ٢٠٠٦، ص ٤٠٣). ويتضمن أسلوب حل المشكلات في برنامج الدراسة الحالية تعليم الأطفال الطرق المنهجية والفعالة للمواجهة. وعادة ما ينطوي حل المشكلات على تحديد المشكلة، ووضع هدف، واستئثار الأفكار، وتقييم النتائج المحتملة، واختيار أفضل إستراتيجية.

• التشكيل Shaping:

يشار إلى عملية إنشاء سلوك لا يقوم به الطفل في الوقت الحاضر على أنه تشكيل. ويمكن تعريف التشكيل على أنه الإجراء الذي يتضمن تعزيز سلوكيات أقرب إلى السلوك المستهدف. وتم تطوير هذا المفهوم واستخدامه لأول مرة بواسطة B.F Skinner، المعروف بنظرياته التي تتضمن تعلم السلوك من خلال التعزيز. ويتضمن التشكيل مساعدة الطفل على الاقتراب تدريجيًا من السلوك المرغوب، عن طريق استخدام التعزيز الإيجابي

للخطوات الأصغر حتى يصل الطفل تدريجياً للسلوك المطلوب. بمعنى آخر يتم تغيير شكل الاستجابة الحالية تدريجياً عبر تجارب متتالية نحو سلوك مستهدف مرغوب من خلال تعزيز وحدات السلوك الأصغر.

دراسات سابقة:

دراسة (Jafari et al.,2011) بعنوان "تأثير العلاج باللعب على المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من سوء التوافق في مرحلة ما قبل المدرسة". أجريت الدراسة لبحث تأثير العلاج باللعب على الحد من المشاكل السلوكية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التحدي المعارض. تم اختبار ٤٠ طفلاً ممن يعانون من اضطرابات سلوكية. من بينهم، تم اختيار ١٦ طفلاً أظهروا أعراضاً حادة لاضطراب التحدي المعارض، تبلغ أعمارهم ٦ سنوات، من خلال النتائج التي تم الحصول عليها من استبيان *child symptom inventory questionnaire (CSI-4)* وقائمة مرجعية للتحكم في ضبط النفس قام بإعدادها الباحث. وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. وأظهرت النتائج أن تطبيق العلاج باللعب قلل من شدة اضطراب التحدي المعارض واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال في المجموعة التجريبية مقارنةً بأولئك في المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا مثل هذه التعليمات.

دراسة علا عبدالكريم الحويان و نسيمه علي داود (٢٠١٥) بعنوان "فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية والمرونة النفسية لدى الأطفال المساء إليهم جسدياً". هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية، والمرونة النفسية، لدى الأطفال المساء إليهم جسدياً. تكوّن أفراد الدراسة من (٦) أطفال مساء إليهم جسدياً تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٢) سنة، (٤) إناث، (٢) من الذكور) تم اختيارهم قصدياً من مؤسسة الحسين الاجتماعية في مدينة عمان. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام منهج دراسة الحالة الفردية، وتم استخدام مقياس المهارات الاجتماعية، ومقياس المرونة النفسية، كما تم بناء برنامج إرشادي قائم على اللعب مكون من (١٠) جلسات لعب فردي و(٥) جلسات إرشاد جمعي للأطفال الستة معاً، مدة الجلسة ٤٥ دقيقة. أظهرت النتائج أن هناك

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

تحسناً ظهر على كل فرد من أفراد الدراسة، في مستوى المهارات الاجتماعية والمرونة النفسية نتيجة المشاركة في البرنامج الإرشادي.

دراسة (Siahkalroudi and Bahri, 2015) بعنوان " فاعلية العلاج

الجماعي المعرفي السلوكي باللعب على احترام الذات والمهارات الاجتماعية في المدارس الابتدائية للبنات". تهدف هذه الدراسة إلى تحديد فاعلية العلاج الجماعي المعرفي السلوكي على احترام الذات والمهارات الاجتماعية لدى تلميذات المدارس الابتدائية. لهذا الغرض، تم اختيار مدرسة واحدة عشوائياً كعينة وبعد تطبيق مقياس Cooper smith(1967) لتقدير الذات ومقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال (Matson,1983)، تم اختيار ٣٠ من التلميذات اللاتي تقل درجاتهن في كلا المقياسين عن انحراف معياري واحد دون المتوسط، وتم تقسيمهن بشكل عشوائي إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية. شاركت المجموعة التجريبية في ١٠ جلسات من العلاج الجماعي المعرفي السلوكي باللعب لمدة ساعة واحدة. بعد ذلك، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة التجريبية في تقدير الذات والمهارات الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة محمد معوض الحربي وهشام إبراهيم عبدالله (٢٠١٧) بعنوان " فاعلية برنامج

إرشادي قائم على اللعب في خفض العزلة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية". تهدف الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي قائم على اللعب في خفض العزلة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٠٠) تلميذاً وقد تم اختيار (٤٢) تلميذاً ممن حصلوا على درجات مرتفعة في مقياس العزلة الاجتماعية، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين، المجموعة الضابطة وتكونت من (١٢) تلميذ والمجموعة التجريبية وتكونت من (١٢) تلميذ، وتم التحقق من تجانس المجموعتين، وتم تطبيق برنامج إرشادي قائم على اللعب على المجموعة التجريبية يتكون من ١٢ جلسة إرشادية مدة كل جلسة ٤٥ دقيقة. وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض العزلة الاجتماعية، كما أظهرت النتائج استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية.

دراسة (Badamian and Moghaddam,2017) بعنوان " فاعلية العلاج

المعرفي السلوكي باللعب على المرونة عند الأطفال العدوانيين". تهدف الدراسة بحث فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باللعب على المرونة عند الأطفال العدوانيين. تم اختيار ٢٠ طفلاً

عدوانياً تتراوح أعمارهم بين ٦-٩ سنوات في طهران استناداً إلى مقياس *Child Symptom Inventory (CSI-4)* وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. بعد تلقي ١٠ جلسات علاج أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي باللعب له تأثير كبير على تقليل الاستجابات الخاطئة ووقف الأخطاء وزيادة الاستجابات الصحيحة.

دراسة (Ghodousi et al.,2017) بعنوان "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف المشكلات السلوكية الخارجية بين أطفال الشوارع والأطفال العاملين". أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٤٠) فتاة تتراوح أعمارهن بين ٧-١٠ سنوات، من الفتيات اللائي سجلن درجات مرتفعة على قائمة المشكلات السلوكية للأطفال *the Achenbach's Teacher Report Form*، تم تقسيمهن إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. قسمت المجموعة التجريبية إلى أربع مجموعات كل مجموعة تتكون من (٥) فتيات شاركن في برنامج العلاج المعرفي السلوكي باللعب لمدة ١٢ جلسة بمعدل جلستين في الأسبوع. كشفت النتائج انخفاض في معدل مشاكل السلوك الخارجي بين الأطفال مثل السلوك العدواني ومخالفة القانون في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

دراسة (Mohammadinia et al.,2018) بعنوان "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باللعب على القلق والتحصيل الدراسي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم". كان الهدف من الدراسة هو التحقق في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض القلق وزيادة التحصيل الأكاديمي للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم. تم اختيار ٣٠ طفلاً من ذوي صعوبات التعلم بشكل عشوائي تتراوح أعمارهم بين ٦-٩ سنوات وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. حيث حصلت المجموعة الضابطة على تدريب للمهارات التحفيزية فقط. وبعد تلقي ١٠ جلسات علاج أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي باللعب كان فاعلاً في خفض القلق. وأيضاً أن التدخل المبني على العلاج باللعب يؤدي إلى زيادة الأداء الأكاديمي.

تعقيب على الدراسات السابقة:

- من خلال العرض السابق لبعض الدراسات يمكن أن نستخلص الآتي:
- تطبيق برامج العلاج القائمة على اللعب يقلل من شدة اضطراب التحدي المعارض واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والعزلة الاجتماعية، ويزيد من مستوى المهارات الاجتماعية والمرونة النفسية وتقدير الذات لدى الأطفال.
 - العلاج المعرفي السلوكي باللعب فاعلا في خفض القلق والعدوانية. وزيادة الأداء الأكاديمي لدى الأطفال.
 - العلاج المعرفي السلوكي باللعب إحدى الطرق ذات الفاعلية في تقليل المشكلات السلوكية الخارجية بين أطفال الشوارع والأطفال العاملين.

فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس اضطرابات السلوك لصالح القياس البعدي (في الاتجاه الأفضل).
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس اضطرابات السلوك لصالح المجموعة التجريبية (في الاتجاه الأفضل).
- ٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس اضطرابات السلوك.
- ٤- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وبعد مرور فترة المتابعة على مقياس اضطرابات السلوك.

الطريقة والإجراءات:

١- عينة الدراسة:

تتكون من (٢٤٠) طفلاً من تلاميذ المرحلة الابتدائية، تم استخلاص (٢٢) من الذين تزيد درجاتهم بانحراف معياري واحد أو أكثر عن المتوسط على مقياس اضطرابات السلوك، وتتراوح أعمارهم ما بين (٦-٩) سنوات، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين:

- مجموعة تجريبية عددها (١١) (٦ ذكور - ٥ إناث)
- مجموعة ضابطة عددها (١١) (٦ ذكور - ٥ إناث)

٢- أدوات الدراسة:

(أ) مقياس اضطرابات السلوك (إعداد: طاهر سعد عمار، ٢٠١٨)

هو ترجمة لمقياس وضعه (Peterson & Zill, 1986) لقياس مدى وشدة مشاكل سلوك الطفل. العديد من عبارات هذا المقياس مأخوذ من قائمة المشكلات السلوكية للأطفال الذي وضعه (Achenbach & Edelbrock, 1981). ويطبق المقياس الحالي على الأطفال من (٤ - ١٢) سنة. تم طبع المقياس بحيث تتضمن ٢٧ عبارة تتوزع على ستة مقاييس فرعية وهي كالتالي:-

١- السلوك المضاد للمجتمع Antisocial Behavior : يتصف من يحصل على درجة مرتفعة على هذا المقياس بالكذب أو استعمال الحيل والخداع، تعمد تخويف الآخرين والتعامل معهم بقسوة، التمرد وعدم إطاعة الأوامر، عدم الشعور بالأسف إذا أساء التصرف، كسر الأشياء عمدًا، إثارة المشاكل مع معلميه. ويشمل العبارات أرقام ٤، ٩، ١٠، ١١، ٢٢، ٢٧.

٢- القلق والاكتئاب Anxiety/Depression : يتصف من يحصل على درجة مرتفعة على هذا المقياس بتغير مزاجه بشكل مفاجئ، الشكوى بأن أحد لا يحبه، الخوف الشديد والقلق، الشعور بانعدام القيمة، علاوة على أنه تبدو عليه مشاعر الحزن والكآبة، ويشمل العبارات أرقام ١، ٢، ٥، ١٤، ٢٠.

٣- الاعتمادية Dependency: يتصف من يحصل على درجة مرتفعة على هذا المقياس بأنه شديد الالتصاق بوالديه أو الكبار المسؤولين عنه عمومًا، يبكي كثيرًا، يتطلب الكثير من الاهتمام من معلميه، لا يستطيع القيام بأعماله دون الاعتماد على الآخرين، ويشمل العبارات أرقام ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦.

٤- العناد Headstrong : يتصف من يحصل على درجة مرتفعة على هذا المقياس بأنه متوتر وعصبي بشكل كبير، يجادل كثيرًا، عنيد وسريع الغضب، حاد الطبع و يفقد أعصابه بسهولة، ويشمل العبارات أرقام ٣، ٦، ١٨، ١٩.

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

٥- النشاط الحركي الزائد Hyperactive : يتصف من يحصل على درجة مرتفعة على هذا المقياس بأن لديه صعوبة في التركيز والانتباه، فلا يمكنه التركيز في شيء واحد لوقت طويل، يبدو حائراً ويرتبك بسهولة، يتصرف بتهور ودون تفكير، يجد الكثير من صعوبة في التخلص من سيطرة أفكار معينة على عقله، يتحرك بشكل مفرط بصورة دائمة ولا يستطيع أن يبقى ساكناً، ويشمل العبارات أرقام ٧، ٨، ١٣، ١٦، ١٧.

٦- مشكلات الأقران و الانسحاب الاجتماعي Peer Problems/Social Withdrawal: يتصف من يحصل على درجة مرتفعة على هذا المقياس بأن لديه صعوبة في الاندماج مع أقرانه، غير محبوب من الأطفال الآخرين، منطوي ولا يشارك الآخرين. ويشمل العبارات أرقام ١٢، ١٥، ٢١.

ويمكن تقسيم المقياس إلى اثنين من المقاييس الفرعية، حسب طبيعة السلوك المضطرب هما: السلوكيات الداخلية Internalizing Behaviors وتتضمن السلوكيات الموجهة نحو الداخل (مثل: المخاوف، الانسحاب) وتشمل العبارات أرقام ٢، ٥، ٨، ١٤، ٢٠، ٢١، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، والسلوكيات الخارجية Externalizing Behaviors وتتضمن السلوكيات الموجهة نحو الخارج أو الآخرين (مثل: العدوان، التخريب) وتشمل العبارات أرقام ١، ٣، ٤، ٦، ٧، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٢، ٢٧.

وقد تم حساب صدق وثبات مقياس اضطرابات السلوك في صورته النهائية، وذلك بعد تطبيقه على عينة قوامها (٣٠٣) طفلاً من تلاميذ المرحلة الابتدائية. وذلك كما يلي:-

أولاً: الثبات Reliability:

تم حساب الثبات بطريقتين هما: طريقة التجزئة النصفية، وطريقة معامل ألفا لكرونباك كما هو موضح بجدول (١).

جدول (١)

معاملات الثبات لمقياس اضطرابات السلوك وللمقياسين الفرعيين

طريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة Guttman	طريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة Spearman –Brown	معامل ألفا لكرونباك	
٠.٨٧	٠.٨٨	٠.٨٦	المقياس الكلي
٠.٩١	٠.٩١	٠.٨٨	مقياس السلوك الخارجي
٠.٧٣	٠.٧٥	٠.٧٢	مقياس السلوك الداخلي

ثانيًا: الصدق Validity:

قام الباحث بحساب صدق المقياس باستخدام طريقة التجانس الداخلي كما يلي:-

١- التجانس الداخلي لمفردات المقياس: عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات كل مفردة ودرجات الاختبار الكلي. وكانت كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة ٠.٠٠١.

٢- التجانس الداخلي لأبعاد المقياس: عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس. وكانت كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة ٠.٠٠١.

(ب) مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية (إعداد: عبد العزيز السيد الشخص، ٢٠١٣)

وهو مقياس يستخدم لتقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة في صورة كمية. ويتناول هذا المقياس عدة أبعاد لتحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة وهي: بعد الوظيفة أو المهنة للجنسين، بعد مستوى التعليم للجنسين، بعد متوسط دخل الفرد في الشهر. وتم استخدام هذا المقياس بهدف مجانسة توزيع الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة.

(ج) برنامج العلاج المعرفي السلوكي باللعب (إعداد الباحث)

يعد البرنامج الأداة الأساسية التي تم إعدادها لتخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى الأطفال، عن طريق التعليم النفسي، الذي يتضمن تقديم معلومات نمائية وكلينيكية على

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

درجة كبيرة من الأهمية للطفل ولأسرته مثل تعليم الطفل معلومات عن المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه وتفهم الطفل الصور الطبيعية للحالات الانفعالية المختلفة، وإعادة البناء المعرفي للأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية وأخطاء التفكير، والجمل الذاتية الايجابية والعقلانية التي تتضمن تدريب الطفل على تنمية نوع من "الحديث الداخلي الايجابي" يساعد في تعلم مهارات التأقلم من خلال التحكم النشط في الانفعالات السلبية، والنمذجة التي تتضمن تقديم نماذج توضح سلوكيات وأفكار أكثر تكيفاً من خلال العرائس والدمى المتحركة والقصص، وأسلوب حل المشكلات الذي يتضمن تعليم الطفل الطرق المنهجية والفعالة للمواجهة، والتشكيل الذي يتضمن مساعدة الطفل على الاقتراب تدريجياً من السلوك المرغوب عن طريق استخدام التعزيز الايجابي لوحدة السلوك الأصغر. وذلك طبقاً لمكونات الأبعاد الستة لاضطرابات السلوك في الدراسة الحالية (القلق والاكتئاب، السلوك المضاد للمجتمع، الاعتمادية، العناد، النشاط الحركي الزائد، المشكلات مع الأقران أو الانسحاب الاجتماعي). وتم بناء البرنامج استناداً على إطلاع الباحث على النموذج المعرفي للاضطرابات والذي ينطوي على التفاعل بين العمليات المعرفية والسلوكية والانفعالية والسيولوجية (Beck, 1967, 1976, Beck & Emery, 1985)، بالإضافة إلى أعمال (Knell, 1993, 1998, 2015).

أهمية البرنامج:

يعد البرنامج الحالي بمثابة الوسيلة الإجرائية التي تتيح للأطفال تعلم جوانب معرفية وسلوكية. حيث يقدم البرنامج مزيج من تقنيات العلاج باللعب المختلفة مع النموذج المعرفي السلوكي لزيادة السلوكيات المرغوبة وتقليل السلوكيات المضطربة لدى الأطفال.

الهدف من البرنامج:

أولاً: الأهداف العامة للبرنامج

١- خفض مستوى اضطرابات السلوك لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية.

٢- متابعة احتفاظ أفراد العينة بالمكاسب العلاجية خلال فترة متابعة مدتها شهراً.

ثانياً: الأهداف الإجرائية للبرنامج:

تحدد الأهداف الإجرائية للبرنامج بما يمكن قياسه وهي :-

د. طاهر سعد حسن عمار

- ١- تخفيف حدة القلق والاكتئاب والذي يتضمن تغيير المزاج بشكل مفاجئ والخوف والقلق الشديد والشعور بانعدام القيمة.
- ٢- تخفيف حدة السلوك المضاد للمجتمع والذي يتضمن الكذب والقسوة والتمرد وإثارة المشاكل.
- ٣- تخفيف حدة الاعتمادية الذي يتضمن الالتصاق الشديد بالديه وعدم القدرة على القيام بأعماله دون الاعتماد على الآخرين.
- ٤- تخفيف حدة العناد الذي يتضمن التوتر والعصبية وسرعة الغضب.
- ٥- تخفيف حدة النشاط الحركي الزائد الذي يتضمن الحركة المفرطة وصعوبة التركيز والانتباه والتصرف بتهور ودون تفكير.
- ٦- تخفيف حدة المشكلات مع الأقران أو الانسحاب الاجتماعي الذي يتضمن صعوبة الاندماج مع الأقران والاندواء.

الأسلوب الإرشادي المتبع:

يتبع البرنامج أسلوب العلاج الجماعي وهو علاج عدد من العملاء الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة (حامد عبد السلام زهران، ١٩٩٨: ص ٣٢١). ويذكر (George & Dustin, 1988, p.22) أن الجماعة العلاجية تعد فرصة مناسبة للتدريب والممارسة، بالإضافة إلي أن وجود أكثر من فرد في العملية العلاجية يتيح فرصة المشاركة في لعب الأدوار بالإضافة لإمكانية التغذية الراجعة من الأفراد الآخرين داخل الجماعة.

الحدود الإجرائية للبرنامج:

- ١- الحدود الزمنية: ١٠ أسابيع بمعدل جلستين أسبوعياً، مدة الجلسة ٤٥ دقيقة.
- ٢- الحدود المكانية: مدرسة تلوانة الابتدائية بإدارة الباجور بمحافظة المنوفية.
- ٣- الحدود البشرية: تتضمن عينة الدراسة (٢٢) تلميذاً بالمرحلة الابتدائية من الذين تزيد درجاتهم بانحراف معياري واحد أو أكثر عن المتوسط على مقياس اضطرابات السلوك، وتتراوح أعمارهم ما بين (٦-٩) سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، تجريبية وضابطة .

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

مخطط جلسات برنامج العلاج المعرفي السلوكي باللعب:

يقوم البرنامج الحالي على تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى الأطفال عن طريق تطبيق عدد من فنيات العلاج المعرفي السلوكي يتم فيها التواصل مع الأطفال من خلال أساليب اللعب. وتم انتقاء محتوى الجلسات بما يتفق مع أهداف البرنامج، وطبقاً لأبعاد اضطرابات السلوك، بحيث تتضمن ستة وحدات. ويوضح الجدول (٢) وصف لمحتوى جلسات البرنامج.

جدول (٢)

مخطط جلسات برنامج العلاج المعرفي السلوكي باللعب

الجلسات	المحتوى	الأهداف	الفنيات المستخدمة
٤-١	الوحدة الأولى: القلق والاكتئاب	<ul style="list-style-type: none"> التعارف وتكوين علاقات ايجابية مع الأطفال تحديد المواقف التي تثير قلق وخوف الأطفال تحديد الأفكار السلبية المرتبطة بهذه المواقف دحض الأفكار السلبية بناء أفكار جديدة 	<ul style="list-style-type: none"> إعادة البناء المعرفي بمساعدة اللعب بالدمى: حيث يظهر المعالج للطفل الذي يشعر بالقلق دمية مع صورة لسحابة فكرية فوق رأسها ويقول للطفل "عندما يشعر الأطفال بالخوف غالباً ما يكون لديهم أفكار داخل رؤوسهم. فمثلاً دميتي تخاف من الكلاب دعنا نحاول اكتشاف أفكار الخوف بالنسبة لدميتي عندما ترى الكلب. يمكنني أن أحاول أولاً " الكلب سوف يعضني" الآن دورك. وهكذا حتى يتم تحديد الأفكار السلبية ثم دحضها واستبدالها بأفكار جديدة ايجابية
٧-٥	الوحدة الثانية: السلوك المضاد للمجتمع	<ul style="list-style-type: none"> زيادة الوعي الاجتماعي لدى الأطفال زيادة المسؤولية الاجتماعية لدى الأطفال 	<ul style="list-style-type: none"> النمذجة: يعرض المعالج نماذج توضح ضرورة احترام وتفهم الطفل للآخرين وتقديره للفروق بينهم وضرورة الالتزام بأداء مهامه، والتزامه بالقواعد المفروضة واهتمامه بأقرانه إعادة البناء المعرفي بمساعدة اللعب بالدمى للأفكار السلبية المرتبطة بالسلوك العدواني والتخريبي للطفل
١٠-٨	الوحدة الثالثة: الاعتمادية	<ul style="list-style-type: none"> مساعدة الأطفال على تعلم بعض المهارات الاستقلالية 	<ul style="list-style-type: none"> النمذجة: يخطط المعالج لمواقف لعب يقدم من خلالها نماذج لبعض مهارات الاستقلالية مثل الاعتماد على النفس، تحمل المسؤولية، القدرة على اتخاذ القرارات وذلك باستخدام الدمى كنماذج.
١٣-١١	الوحدة الرابعة: العناد	<ul style="list-style-type: none"> تعليم الأطفال خطوات أسلوب حل المشكلات تعليم الأطفال استخدام 	<ul style="list-style-type: none"> أسلوب حل المشكلات: يخطط المعالج لموقف لعب تقول فيه الدمية سأستخدم خطواتي للتغلب على هذا. أولاً: ما هي المشكلة؟ اشعر بالتوتر والعصبية والغضب

د. طاهر سعد حسن عمار

الجلسات	المحتوى	الأهداف	الفنيات المستخدمة
		أسلوب حل المشكلات في التغلب على الغضب والمشكلات مع الوالدين والمعلمين	عندما يطلب مني أبي أو أمي أو معلمتي شيء لا أحبه أو يمنعونني عن فعل شيء أحبه. ماذا يمكنني أن أفعله لجعل هذا أسهل؟ أستطيع أن أتذكر أن أبي وأمي ومعلمتي يحبونني دائماً ويريدون مساعدتي. يمكنني أن أخبرهم أن هذا الشيء لا أحبه. ما الذي أستطيع أن أفعله أيضاً؟
١٤-١٦	الوحدة الخامسة: النشاط الحركي الزائد	• مساعدة الأطفال على التركيز والانتباه • مساعدة الأطفال على التحكم في سلوكهم وأفكارهم	• الجميل الذاتية الايجابية: يخطط المعالج لموقف لعب تقول فيه الدمية التي تعاني من نقص الانتباه والحركة الزائدة " أعاني من بعض المشكلات في تفكيرتي وسلوكي لذلك سوف أردد بعض أفكار مفيدة " يجب أن أعتاد الانتباه جيداً لما يقوله الآخرون سيستغرق مني ذلك بعض الوقت لكنني سوف اذكر نفسي دائماً، " يجب أن أتحرك فقط عندما يكون لدي هدف وإن لم يكن يجب أن أظل مكاني"، "أشعر بتحسن عندما أقول أشياء مفيدة"
١٧-٢٠	الوحدة السادسة: مشكلات الأقران أو الانسحاب الاجتماعي	• تعليم الأطفال تحديد وفهم مشاعر الآخرين • تعليم الأطفال التعبير عن انفعالاتهم وتفهم مشاعر الآخرين	• التعليم النفسي psycho-education : يعرض المعالج على الطفل بطاقات تظهر مشاعر مختلفة ويقول لطفل " الأطفال والبالغون لديهم مشاعر مختلفة تظهر في أوقات مختلفة، سننظر إلى كل وجه ونحدد الشعور الظاهر عليه والأوقات التي قد ينشأ فيها هذا الشعور. • التشكيل ولعب الدور والنمذجة: يعرض المعالج دمية يقول للأطفال أنها تخاف من التحدث إلى أشخاص جدد ويقوم بإعداد موقف اللعب بحيث يتضمن خطوات تزيد تدريجياً توقعات تحدث الدمية (على سبيل المثال : قول كلمة واحدة، قول جملة قصيرة، طرح سؤال، بدء محادثة) وتحصل الدمية على ملصقات (جوائز) عند انجاز كل خطوة. ثم يلعب الطفل بعد ذلك نفس الدور.

٣- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

- معامل الارتباط التتابعي لبيرسون.
- التحليل العاملي

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

- اختبار Willicoxon للمقارنة بين عينتين مرتبطتين.
- اختبار Mann-Whitney-U test للمقارنة بين عينتين مستقلتين.

٤-خطوات التطبيق:

١- تطبيق مقياس اضطرابات السلوك على عينة قوامها ٢٤٠ من تلاميذ المرحلة الابتدائية بإدارة الباجور بمحافظة المنوفية في العام الدراسي (٢٠١٨-٢٠١٩). ويوضح الجدول (٣) الوصف الإحصائي لبيانات عينة الدراسة على مقياس اضطرابات السلوك.

٢- تم اختيار عينة قوامها (٢٢) من الذين حصلوا على درجات تزيد انحراف معياري واحد أو أكثر عن المتوسط، تتراوح أعمارهم بين (٦-٩) سنوات.

٣- قام الباحث بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين هما:

- مجموعة تجريبية عددها (١١) (٦ ذكور-٥ إناث)
- مجموعة ضابطة عددها (١١) (٦ ذكور-٥ إناث)

كما قام بمجانسة أفراد عينة الدراسة في المجموعتين من حيث العمر الزمني والمستوى الاقتصادي الاجتماعي، وأبعاد اضطرابات السلوك. وتم التأكد أيضًا من التجانس بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية، للتحقق من مدى الفروق بينهم في الاستجابة للبرنامج.

جدول (٣)

المتوسط والانحراف المعياري لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس اضطرابات السلوك

الانحراف المعياري			المتوسط			البعد
الكلية	الإناث	الذكور	الكلية	الإناث	الذكور	
٢٤٠=ن	١٣٢=ن	١٠٨=ن	٢٤٠=ن	١٣٢=ن	١٠٨=ن	السلوك المضاد للمجتمع
٢.٦٣	١.٤٢	٣.٣٧	٨.١٧	٧.٣٩	٩.١٢	القلق والاكتئاب
١.٩٧	١.٧٥	٢.٠٦	٨.٤٥	٧.٩٧	٩.٠٥	الاعتمادية
١.٥٨	١.٦٩	١.٤٤	٧.٤٠	٧.٢٩	٧.٥٤	العناد
٢.٤٩	٢.٢٥	٢.٥٤	٧.١٨	٦.٥٣	٧.٩٧	النشاط الحركي الزائد
٢.٦٠	٢.٢٢	٢.٦٠	٩.٠١	٨.٠٩	١٠.١٤	مشكلات الأقران
١.٢٧	٠.٩٥	١.٥٠	٤.٢٨	٣.٩٨	٤.٦٣	السلوكيات المضطربة الخارجية
٧.٢٠	٥.١٤	٨.٠٥	٢٧.٣٠	٢٤.٧٠	٣٠.٤٩	السلوكيات المضطربة الداخلية
٣.٠٧	٣.١٠	٢.٨٦	١٧.١٩	١٦.٥٦	١٧.٩٥	الدرجة الكلية
٨.٩٤	٦.٨٨	٩.٥٨	٤٤.٤٩	٤١.٢٦	٤٨.٤٤	

د. طاهر سعد حسن عمار

جدول (٤)

دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على عدد من المتغيرات قبل تطبيق البرنامج

المتغير	التجريبية (ن=١١)	الضابطة (ن=١١)	قيمة U الصغرى	إحصائي الاختبار (Z)	الدلالة الإحصائية
	متوسط الرتب	متوسط الرتب			
السلوك المضاد للمجتمع	١٠.٣٢	١٢.٦٨	٤٧.٥٠	٠.٨٦١-	غير دال
القلق والاكتئاب	٩.٥٩	١٣.٤١	٣٩.٥٠	١.٤٣٠-	غير دال
الاعتمادية	١٢.٠٠	١١.٠٠	٥٥.٠٠	٠.٣٧٩-	غير دال
العناد	١١.٤٥	١١.٥٥	٦٠.٠٠	٠.٠٣٥-	غير دال
النشاط الحركي الزائد	١٣.٠٥	٩.٩٥	٤٣.٠٠	١.١٩٤-	غير دال
مشكلات الأقران	١٠.٢٣	١٢.٧٧	٤٦.٠٠	٠.٩٤٦-	غير دال
السلوكيات المضطربة الداخلية	١١.٥٠	١١.٥٠	٦٠.٥٠	٠.٠٠٠	غير دال
السلوكيات المضطربة الخارجية	١٠.٥٠	١٢.٥٠	٤٩.٥٠	٠.٧٢٨-	غير دال
الدرجة الكلية على مقياس اضطرابات السلوك	١١.٢٣	١١.٧٧	٥٧.٥٠	٠.١٩٨-	غير دال
المستوى الاجتماعي الاقتصادي	١١.٧٧	١١.٢٣	٥٧.٥٠	٠.٣٦٢-	غير دال
العمر الزمني	١٢.٠٠	١١.٠٠	٥٥.٠٠	٠.١٩٨-	غير دال

جدول (٥)

دلالة الفروق بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على عدد من المتغيرات قبل تطبيق البرنامج

المتغير	الذكور (ن=٦)	الإناث (ن=٥)	قيمة U الصغرى	إحصائي الاختبار (Z)	الدلالة الإحصائية
	متوسط الرتب	متوسط الرتب			
السلوك المضاد للمجتمع	٥.٤٢	٦.٧٠	١١.٥٠	٠.٦٤٦-	غير دال
القلق والاكتئاب	٦.٣٣	٥.٦٠	١٣.٠٠	٠.٣٨٣-	غير دال
الاعتمادية	٧.٢٥	٤.٥٠	٧.٥٠	١.٤١٩-	غير دال
العناد	٧.٥٠	٤.٢٠	٦.٠٠	١.٧٤١-	غير دال
النشاط الحركي الزائد	٥.٣٣	٦.٨٠	١١.٠٠	٠.٧٨٢-	غير دال
مشكلات الأقران	٦.٨٣	٥.٠٠	١٠.٠٠	٠.٩٣٤-	غير دال
السلوكيات المضطربة الداخلية	٦.٨٣	٥.٠٠	١٠.٠٠	٠.٩٣٩-	غير دال
السلوكيات المضطربة الخارجية	٦.٥٠	٥.٤٠	١٢.٠٠	٠.٥٥٣-	غير دال
الدرجة الكلية على مقياس اضطرابات السلوك	٦.٣٣	٥.٦٠	١٣.٠٠	٠.٣٦٩-	غير دال
المستوى الاجتماعي الاقتصادي	٦.١٧	٥.٨٠	١٤.٠٠	٠.١٨٣-	غير دال
العمر الزمني	٧.٦٧	٤.٠٠	٥.٠٠	١.٨٢٦-	غير دال

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

٤- تم تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية على مدى ٢٠ جلسة، ثم أعاد الباحث تطبيق مقياس اضطرابات السلوك بعد انتهاء جلسات البرنامج، وبعد مرور فترة متابعة مدتها شهرًا.

٥- تم تقييم فاعلية البرنامج عن طريق مقارنة درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج بدرجاتهم بعد التطبيق، وبعد مرور فترة المتابعة، وكذلك بمقارنة درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة. بالإضافة لمقارنة درجات الذكور والإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

النتائج وتفسيرها:

١. التحقق من صحة الفرض الأول:

ينص هذا الفرض على: " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس اضطرابات السلوك لصالح القياس البعدي (في الاتجاه الأفضل)."

لاختبار صحة الفرض الأول تم استخدام أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في "اختبار ويلكوكسن" لدلالة الفروق بين متوسط رتب مجموعتين مرتبطتين كما يلي:

جدول (٦)

دلالة الفروق باستخدام اختبار ويلكوكسن بين درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس اضطرابات السلوك في

القياسين القبلي والبعدي

مستوى الدلالة الإحصائية	إحصائي الاختبار (Z)	متوسط الرتب		البعد
		الموجبة (+)	السالبة (-)	
٠.٠٠٥	٢.٨٢١-	٥.٥٠	صفر	السلوك المضاد للمجتمع
٠.٠٠٤	٢.٨٤٢-	٥.٥٠	صفر	القلق والاكتئاب
٠.٠٠٤	٢.٨٤٨-	٥.٥٠	صفر	الاعتمادية
٠.٠٠٢	٣.٠٦٦-	٦.٠٠	صفر	العناد
٠.٠٠٣	٢.٩٥٦-	٦.٠٠	صفر	النشاط الحركي الزائد
٠.٠٠٧	٢.٦٩٢-	٥.٠٠	صفر	مشكلات الأقران
٠.٠٠٣	٢.٩٦٥-	٦.٠٠	صفر	السلوكيات المضطربة الخارجية
٠.٠٠٣	٢.٩٤٩-	٦.٠٠	صفر	السلوكيات المضطربة الداخلية
٠.٠٠٣	٢.٩٥٢-	٦.٠٠	صفر	الدرجة الكلية على مقياس اضطرابات السلوك

ويتضح من خلال جدول (٦) وجود دلالة إحصائية للفروق بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية. أي أنه قد حدث انخفاض دال إحصائيًا في

د. طاهر سعد حسن عمار

درجات مقياس اضطرابات السلوك وأبعاده وذلك لأثر استخدام البرنامج الإرشادي، وهو ما يثبت صحة الفرض الأول ومن ثم يمكن الحكم بفاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف اضطرابات السلوك لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

٢. التحقق من صحة الفرض الثاني:

ينص هذا الفرض على: " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس اضطرابات السلوك لصالح المجموعة التجريبية (في الاتجاه الأفضل)".
لاختبار صحة الفرض الثاني تم استخدام أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار مان ويتني " لدلالة الفروق بين متوسط رتب مجموعتين مستقلتين كما يلي:

جدول (٧)

حساب دلالة الفروق باستخدام اختبار مان- ويتني بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على

مقياس اضطرابات السلوك

مستوى الدلالة الإحصائية	إحصائي الاختبار (Z)	متوسط الرتب		البعدي
		الضابطة	التجريبية	
٠.٠٠٢	٣.١٤٩-	١٥.٨٢	٧.١٨	السلوك المضاد للمجتمع
٠.٠٠٢	٣.١٢٨-	١٥.٧٣	٧.٢٧	القلق والاكتئاب
٠.٠١٦	٢.٤٠٢-	١٤.٧٣	٨.٢٧	الاعتمادية
٠.٠٠٤	٢.٨٤٤-	١٥.٣٢	٧.٦٨	العناد
٠.٠٠١	٣.٢٥٣-	١٥.٨٢	٧.١٨	النشاط الحركي الزائد
٠.٠٠١	٣.٢٣٦-	١٥.٨٢	٧.١٨	مشكلات الأقران
٠.٠٠١	٣.٤٠١-	١٦.١٨	٦.٨٢	السلوكيات المضطربة الخارجية
٠.٠٠٥	٢.٧٨٨-	١٥.٣٢	٧.٦٨	السلوكيات المضطربة الداخلية
٠.٠٠١	٣.٦٥٤-	١٦.٥٥	٦.٤٥	الدرجة الكلية على مقياس اضطرابات السلوك

ويتضح من خلال جدول (٧) وجود دلالة إحصائية مقبولة للفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطرابات السلوك. أي أنه قد حدث انخفاض دال إحصائياً في درجات مقياس اضطرابات السلوك وأبعاده وذلك لأثر

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

استخدام البرنامج الإرشادي، وهو ما يثبت صحة الفرض الثاني ومن ثم يمكن الحكم بفاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

٣. التحقق من صحة الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على: " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس اضطرابات السلوك."

لاختبار صحة الفرض الثالث تم استخدام أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار مان ويتني " لدلالة الفروق بين متوسط رتب مجموعتين مستقلتين كما يلي:

جدول (٨)

حساب دلالة الفروق باستخدام اختبار مان- ويتني بين درجات الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس اضطرابات السلوك

مستوى الدلالة الإحصائية	إحصائي الاختبار (Z)	متوسط الرتب		البعدي
		إناث القياس البعدي	ذكور القياس البعدي	
غير دالة	٠.٩٣٩-	٧.٠٠	٥.١٧	السلوك المضاد للمجتمع
غير دالة	١.٧١٥-	٤.٢٠	٧.٥٠	القلق والاكتئاب
غير دالة	١.٥٤٠-	٤.٤٠	٧.٣٣	الاعتمادية
غير دالة	١.٣٠٨-	٤.٧٠	٧.٠٨	العناد
غير دالة	٠.٢٣٢-	٥.٨٠	٦.١٧	النشاط الحركي الزائد
غير دالة	١.٥٣٥-	٤.٥٠	٧.٢٥	مشكلات الأقران
غير دالة	٠.٧٥١-	٥.٢٠	٦.٦٧	السلوكيات المضطربة الخارجية
غير دالة	١.٧١٥-	٤.٢٠	٧.٥٠	السلوكيات المضطربة الداخلية
غير دالة	١.٦٥٤-	٤.٢٠	٧.٥٠	الدرجة الكلية على مقياس اضطرابات السلوك

ويتضح من خلال جدول (٨) لا توجد دلالة إحصائية للفروق بين متوسط رتب درجات الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس اضطرابات السلوك. أي أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في الاستجابة للبرنامج. وهو ما يثبت صحة الفرض الثالث. وربما يمكن تفسير ذلك بأنه على الرغم مما أشارت إليه نتائج بعض الدراسات أن الذكور أعلى في اضطرابات السلوك مقارنة بالإناث، إلا أنه ربما لا توجد اختلافات في العوامل الأخرى -

د. طاهر سعد حسن عمار

بخلاف عامل الجنس أو النوع- المسؤولة عن هذا الاضطرابات لدى الجنسين، فكلاهما قد يتعرض لنفس العوامل التي تؤدي لنمو اضطرابات السلوك وكلاهما يحقق نتائج ايجابية في الاستجابة للبرنامج.

٤. التحقق من صحة الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض على: " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وبعد مرور فترة المتابعة على مقياس اضطرابات السلوك."

لاختبار صحة الفرض الرابع تم استخدام أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في "اختبار ويلكوكسن" لدلالة الفروق بين متوسط رتب مجموعتين مرتبطتين كما يلي:

جدول (٩)

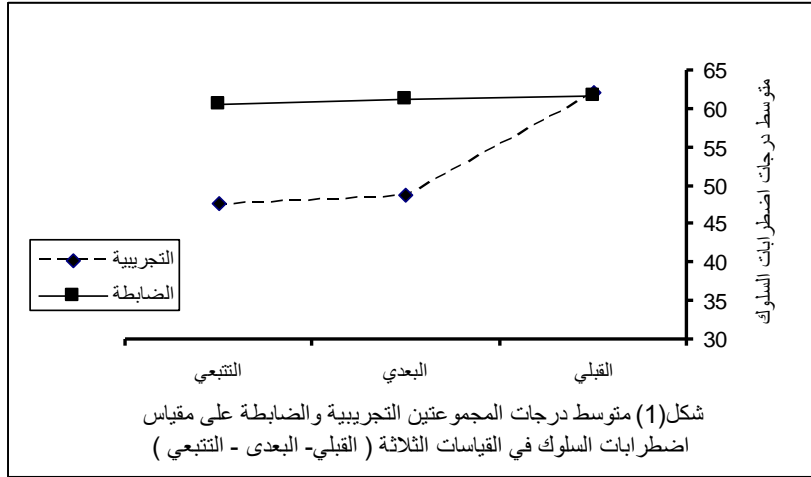
دلالة الفروق باستخدام اختبار ويلكوكسن بين درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس اضطرابات السلوك في القياسين البعدي والتتبعي

مستوى الدلالة الإحصائية	إحصائي الاختبار (Z)	متوسط الرتب		البعدي
		الموجبة (+)	السالبة (-)	
غير دالة	١.٧٣٢-	٢.٠٠	صفر	السلوك المضاد للمجتمع
غير دالة	١.٤١٤-	١.٥٠	صفر	القلق والاكتئاب
غير دالة	١.٠٠٠-	١.٠٠	صفر	الاعتمادية
غير دالة	١.٤١٤-	١.٥٠	صفر	العناد
غير دالة	١.٠٠٠-	١.٠٠	صفر	النشاط الحركي الزائد
غير دالة	١.٠٠٠-	صفر	١.٠٠	مشكلات الأقران
٠.٠٠٥	٢.٠٦٠-	٣.٠٠	صفر	السلوكيات المضطربة الخارجية
٠.٠٠٥	٢.٠٦٠-	٣.٠٠	صفر	السلوكيات المضطربة الداخلية
٠.٠٠٥	٢.٢٣٢-	٣.٥٠	صفر	الدرجة الكلية على مقياس اضطرابات السلوك

ويتضح من خلال جدول (٩) لا توجد دلالة إحصائية للفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس اضطرابات السلوك (السلوك المضاد للمجتمع،القلق والاكتئاب،الاعتمادية،العناد، النشاط الحركي الزائد، المشكلات مع الأقران) في القياسين البعدي والتتبعي. في حين وجدت فروق دالة إحصائية على بعدى المقياس الرئيسيين (السلوكيات المضطربة الخارجية، والسلوكيات المضطربة الداخلية) والدرجة الكلية للمقياس

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

لصالح القياس التتبعي وهو ما يثبت صحة الفرض الرابع في احتفاظ أفراد المجموعة التجريبية بالمكاسب العلاجية للبرنامج الإرشادي وتحقق مكاسب إضافية في بعض الأبعاد وفي الدرجة الكلية. والشكل التالي يوضح نتائج المكاسب العلاجية للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج وبعد مرور فترة المتابعة.



التعقيب على النتائج:

أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن تحقيق جميع الفروض التي وضعها الباحث، حيث أظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي في:

- تخفيف حدة القلق والاكتئاب والذي يتضمن تغير المزاج بشكل مفاجئ والخوف والقلق الشديد والشعور بانعدام القيمة.
- تخفيف حدة السلوك المضاد للمجتمع والذي يتضمن الكذب والقسوة والتمرد وإثارة المشاكل.
- تخفيف حدة الاعتمادية الذي يتضمن الالتصاق الشديد بالديه وعدم القدرة على القيام بأعماله دون الاعتماد على الآخرين.
- تخفيف حدة العناد الذي يتضمن التوتر والعصبية وسرعة الغضب.
- تخفيف حدة النشاط الحركي الزائد الذي يتضمن الحركة المفرطة وصعوبة التركيز والانتباه والتصرف بتهور ودون تفكير.

- تخفيف حدة المشكلات مع الأقران أو الانسحاب الاجتماعي الذي يتضمن صعوبة الاندماج مع الأقران والاندماج.

وذلك عن طريق عن طريق التعليم النفسي، الذي يتضمن تقديم معلومات نمائية وكينائية على درجة كبيرة من الأهمية للطفل ولأسرته مثل تعليم الطفل معلومات عن المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه وتفهم الطفل الصور الطبيعية للحالات الانفعالية المختلفة، وإعادة البناء المعرفي للأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية وأخطاء التفكير، والجمل الذاتية الايجابية والعقلانية التي تتضمن تدريب الطفل على تنمية نوع من "الحديث الداخلي الايجابي" يساعد في تعلم مهارات التأقلم من خلال التحكم النشط في الانفعالات السلبية، والنمذجة التي تتضمن تقديم نماذج توضح سلوكيات وأفكار أكثر تكيفاً من خلال العرائس والدمى المتحركة والقصص، وأساليب حل المشكلات الذي يتضمن تعليم الطفل الطرق المنهجية والفعالة للمواجهة، والتشكيل الذي يتضمن مساعدة الطفل على الاقتراب تدريجياً من السلوك المرغوب عن طريق استخدام التعزيز الايجابي لوحدات السلوك الأصغر. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع عدد من البحوث والدراسات السابقة التي تناولت أثر تطبيقات مشابهة مثل: (Ghodousi et al.,2017, Badamian and Moghaddam,2017, Mohammadinia et al., 2018)

توصيات الدراسة:

- يمكن تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في علاج الأطفال بسهولة أكبر إذا تم دمجهم مع تقنيات العلاج باللعب.
- يجب العمل على دمج الأنواع المختلفة من العلاج النفسي أيضاً مع العلاج باللعب لتتناسب مع الطبيعة النمائية للأطفال في سن ما قبل المدرسة والمراحل الأولى من المدرسة. فالأطفال لا يمكنهم التعبير عن مشاكلهم واستيائهم لفظياً، لكن بدلاً من ذلك يعبرون عنها أثناء اللعب.
- معظم الاضطرابات النفسية للبالغين لها جذورها في وقت مبكر من الحياة. وتعد البيئة المدرسية هي المكان المثالي للطفل لاكتساب المهارات الأساسية الفعالة اللازمة لبناء شخصيته وتدعيم وجوده النفسي الممتلئ والوقاية والعلاج من الكثير من الاضطرابات السلوكية. ومن ثم يجب الاهتمام بالعمل على بناء البرامج الإرشادية لأطفال المدارس.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

١. حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨). *التوجيه والإرشاد النفسي*. (ط٣). القاهرة: عالم الكتب.
٢. طاهر سعد عمار (٢٠٠٦). فاعلية بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الشباب. *رسالة دكتوراه*. كلية التربية جامعة عين شمس.
٣. طاهر سعد عمار (٢٠١٨). الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها باضطرابات السلوك والتحصيل الدراسي لدى أطفال المرحلة الابتدائية: دراسة تنبؤية. *مجلة الإرشاد النفسي*. كلية التربية جامعة عين شمس، ٥٣(١)، ١٥١-١٩٦.
٤. عبد العزيز السيد الشخص (٢٠١٣). *مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٥. علا عبدالكريم الحويان ونسيمة علي داود (٢٠١٥). فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية والمرونة النفسية لدى الأطفال المساء إليهم جسدياً. *مجلة دراسات العلوم التربوية بالأردن*، ٤٢(٢)، ٤٠٥-٤٢١.
٦. فتحي مصطفى الزيات (٢٠٠٦). *الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات*. (ط٢). القاهرة: دار النشر للجامعات.
٧. لويس كامل مليكه (١٩٩٤). *العلاج السلوكي وتعديل السلوك*. (ط٢). القاهرة: دار النهضة العربية.
٨. محمد معوض الحربي وهشام إبراهيم عبدالله (٢٠١٧). فاعلية برنامج إرشادي قائم على اللعب في خفض العزلة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. *مجلة العلوم التربوية والنفسية بالجامعة الإسلامية بغزة*، ٢٥(٣)، ٣٠٧-٣٢٢.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1981). *Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed*

- children aged four through sixteen*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 46(1), 1-82.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
 3. Axline, V. M. (1969). *Play Therapy*. New York: Ballantine Books.
 4. Badamian, R., Moghaddam, N. E. (2017). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on flexibility in aggressive children. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19, 133-7.
 5. Baker, S., & Gerler, E. (2004). *School counseling for the twenty-first century* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
 6. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
 7. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Harper & Row.
 8. Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. New York, NY: International Universities Press.
 9. Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.
 10. Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49, 226–236.
 11. Bowman, I. (1990). Curriculum, Support and Continuum of Emotional and Behavioural Difficulties in Evans, P. and Varma, V. (Eds) *Special Education: Past present and Future*. London: The Falmer Press.
 12. Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A Meta-analytic review of the outcome research. *Prof Psychol: Res Pract*, 36, 376-390.
 13. Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930–959.

14. Faravelli, C., Sauro, C. L., Castellini, G., Ricca, V., & Pallanti, S. (2009). *Prevalence and Correlates of Mental Disorders in a School-Survey Sample*. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2009, 5, 1-8.
15. George, R. L.; Dustin, D. (1988). *Group Counseling Theory and Practice*. New Jersey: Prentic-Hall.
16. Ghodousi, N., Sajedi, F., Mirzaie, H., Rezasoltani, P. (2017). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Externalizing Behavior Problems Among Street and Working Children. *Iranian Rehabilitation Journal*, 15(4), 359-366.
17. Gimple G. and Holland, M.(2003). *Emotional and Behavior problems of young children*, New York. The Guilford press.
18. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>.
19. Graubard, P. S.(1973). Children with behavioral disabilities. In L. M. Dunn (Ed.), *Exceptional children in the schools: Special education in transition* (2nd edition). New York, New York, Holt, Rinehart and Winston.
20. Jafari, N., Mohammadi, M. R., Khanbani, M., Farid, S., Chiti, P. (2011). Effect of Play Therapy on Behavioral Problems of Maladjusted Preschool Children. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6(1), 37-42.
21. Kauffman, J. M. (1977). *Characteristics of children's behavior disorders*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
22. Kauffman, J. M. (1997). Conclusion: A little of everything, a lot of nothing is an agenda for failure. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5, 76–81.
23. Knell, S. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Play Therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
24. Knell, S. M. (1998). Cognitive-Behavioral Play Therapy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 28- 33.
25. Knell, S. M. (2015). Cognitive-Behavioral Play Therapy. In : K. J. O'Connor, C. E. Schaefer, L. D. Braverman (Eds.) *Handbook of Play Therapy* (2nd ed., pp. 119-133). New Jersey: Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119140467.ch6>

26. Landreth, G. (2012). *Play Therapy: The Art of the Relationship* (3rd ed.). New York: Brunner-Routledge.
27. Lulla, D., Mascarenhas, S. S., How, C. H., Yeleswarapu, S. P. (2019). An approach to problem behaviours in children. *Singapore Medical Journal*, 60(4), 168-172. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019034>
28. Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive Behavior Modification on: Retrospective and Prospect . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,. 61(2), 202-204.
29. Mohammadinia, N., Fatemi, F. S., Nasiri, M., Pirnia, B. (2018). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Anxiety and Academic Achievement among Children with LD. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 5(1), 41-48.
30. Newsome, D., & Gladding, S. (2003). Counseling individuals and groups in school. In B. Erford (Ed.), *Transforming the school counseling profession* (pp. 209-229). Upper Saddle River, NJ: Brunner-Routledge.
31. Ogundele, M. O.(2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World J Clin Pediatr*, 7(1), 9-26. <http://dx.doi.org/10.5409/wjcp.v7.i1.9>
32. Peterson, J. L., & Zill, N. (1986). Marital disruption, parent-child relationships, and behavioral problems in children. *Journal of Marriage and the Family*, 48(2), p.295.
33. Ray, D., Muro, J., & Schumann, B. (2004). Implementing play therapy in the schools: Lessons learned. *International Journal of Play Therapy*, 13(1), 79-100.
34. Razak, N. H. A., Johari, K. S. K., Mahmud, M. I., Zubir, N. M., & Johan, S. (2018). General Review on Cognitive Behavior Play Therapy on Childrens' Psychology Development. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 7(4), 134–147.
35. Ross, A.O.(1974). Psychological disorders of children. New York, McGraw-Hill.
36. Schmidt, J. (2003). *Counseling in schools: Essential services and comprehensive programs* (4th ed.). Boston, IL: Allyn & Bacon.
37. Shen, Y. M., Chan, B. S., Liu1, J. B., Zhou, Y., Cui, X. L., He1, Y., Fang, Y., Xiang, Y. , & Luo, X. (2018). The prevalence of

◆ فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك ◆

- psychiatric disorders among students aged 6-16 years old in central Hunan, China. *BMC Psychiatry*, 18:243. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1823-7>
38. Siahkalroudi, S.G., Bahri, M. Z. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral play therapy group on self-esteem and social skills in girls' elementary school. *Journal of Scientific Research and Development*, 2 (4), 114-120.
39. United Nations. (1989). Convention on the Rights of the Child. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>.
40. White, J., & Flynt, M. (1999). Play groups in elementary school. In D. S. Sweeney & L. E. Homeyer (Eds.), *Group play therapy: How to do it, how it works, and whom* (pp. 336-358). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.
41. Williams, P. (1991). *The Special Education Handbook: An Introductory Reference*. Milton Keynes : Open University Press.

**The effectiveness of a cognitive behavioral play therapy program
in reducing behavior disorders in primary school children**

Abstract

The aim of this study is to investigate the effectiveness of a cognitive behavioral play therapy program in reducing behavior disorders in primary school children. The study is determined by the sample used consisting of 240 children of primary school pupils, (22) of those whose scores were increased by one or more standard deviations from the mean on the Behavior Disorder Scale, aged between 6-9 years, were divided equally into two groups: an experimental group (11) (6 males and 5 females), A control group (11) (6 males - 5 females). The study also determined the following variables and tools: Behavior Disorder Scale, which has six dimensions: anti-social behavior, anxiety and depression, dependency, headstrong, hyperactivity, and problems with peers. And the cognitive behavioral play therapy program which consists of (20) sessions with the rate of two sessions per week. The results showed the effectiveness of the program in reducing behavior disorders in the children of the experimental group, as well as this improvements were maintained within the follow-up period. There was no statistically significant differences between males and females in response to the program.