فعالية برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى خفض بعض الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة

إعداد الباحثة

حميدة السيد العربى السيد على

مدرس مساعد بقسم علم النفس –كلية التربية ببورسعيد

إشـــــــــــــــــــــــراف

أ . د / ســـامى محمد هـــــاشم

أستاذ الصحة النفسية وعميد كليـــــــــة التربـــــية

بالإسماعيلية جامعة قناة السويس

أ. د . م / عمـــــرو رفعــت عمـــــر د / أحمـــــد محمـــــد أبو زيـــــــد

أستاذ الصحة النفسية المساعد مـــــــــــدرس الصحة النفسية

بكليـــــة التربية ببورسعيد بكليـــــــــة التربية ببورسعيد

جامعـــــــة بورسعيد جامعـــــــة بورسعيد

مقدمة :

إن تقدم الشعوب فى العصر الحديث يقاس بما تملكه الأمم من ثروات بشرية قادرة على الإنتاج والإبداع، وعليه يعد الموهوبون فى كل أمة هم الدعامة التى تعتمد عليها فى تقدمها وازدهارها، ومواجهة تحديات العصر الحديث، ولذلك أصبح من الضرورى الاهتمام بالموهوبين ورعايتهم وتنمية قدراتهم.

وأحد مجموعات الطلاب التى يجدها المعلمون محيرة هم الطلاب الموهوبين ذوى صعوبات التعلم، فهؤلاء الأطفال يظهرون طاقة تعلم عامة تميز الموهوبين لا يتوازى مع الأداء الأكاديمى المنخفض المناقض لقدرتهم العقلية، فهم يظهرون مجموعة نواتج تعلم عقلية غير متوقعة فى مجموعة من المجالات لكنهم غير جيدين فى أساليب التعلم التقليدية بالمدرسة، كما أن لديهم صعوبة فى إظهار ما يعرفونه بطرق مقبولة وذات قيمة، وغالباً ما يساء فهمهم من قبل المعلمين والزملاء وذلك بسبب تصنيفهم بأنهم منخفضى الإنجاز وبالتالى لا يتم تلقيهم لما يناسبهم من برامج الرعاية المناسبة .(Munro, J., 2002, P.20)

والأطفال الموهوبين ذوى صعوبة التعلم يعانون صراعاً نفسياً كبيراً، وينبع ذلك من رغبتهم فى بلوغ الكمال، وقد كشفت العديد من الدراسات عن أنهم مضطربون عاطفياً وتعساء بشكل عام، وذلك بسبب إحباطاتهم، وجميعهم تسيطر عليهم فكرة أنه لا يمكنهم توظيف عقلهم أو جسدهم أو كليهما معاً فى القيام بما يريدون عمله، كما أنهم يمرون بصراع بين رغباتهم فى الاستقلال وشعورهم بالاعتماد على الغير بسبب صعوبة تعلمهم، أو الصراع بين التطلعات الكبيرة والتوقعات الصغيرة التى ينتظرها فهم الآخرون، ويشيع لديهم تدنى مفهوم الذات Low Self Concept مما يسبب الاستياء والغضب، ويؤثر بدوره على السلوك والعلاقات مع الآخرين وأفراد الأسرة، وعند التخطيط للتدخل لهم لا يجب إغفال الاستشارة النفسية لتلبية حاجاتهم النفسية بل وحاجاتهم العاطفية أيضاً (علا الطيبانى، ٢٠٠٤، ص ص ٥٣ - ٥٤).

وفى دراسة جنسبرج Ginsburgh,P.(2007,P.48-49) يشير إلى أن المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى ذوى الاستثناء المزدوج من الموضوعات الهامة، حيث إنهم يعانون من نفس المشكلات التى يعانى منها زملائهم الموهوبين، ومع ذلك فإن هذه المشكلات تزداد فى مقابل تراجع محاولة التغلب على تحديات التعلم، وهؤلاء الطلاب يعانون من الغضب، الخوف من الفشل والحاجة القوية للضبط وتقدير الذات المنخفض، وأحياناً الخوف من النجاح وكذلك ينتج عن صعوباتهم التعليمية ضغوط انفعالية يتولد عنها الاكتئاب والوحدة وتقدير الذات المنخفض والقلق، وهذه المشكلات الانفعالية والاجتماعية قد تزيد من صعوبات التعلم لديهم، وعلى العكس فإن الصحة الوجدانية قد تدعم أداء الأطفال الموهوبين ذوى صعوبات التعلم.

مشكلة الدراسة: عندما يكون الطفل موهوباً ويعانى فى ذات الوقت من إحدى صعوبات الـتعلم فـإن المشكلة تصبح متعددة الأبعاد، لاسيما إن كانت صعوبة التعلم هى عسر القراءة باعتبارها الـصعوبة الأكاديمية الأكثر انتشاراً، وبتواجدها يصبح الطفل معرضاً لمخاطر الإصابة بصعوبات أكاديمية أخرى مرتبطة فى الكتابة والرياضيات، وقد كان يعتقد أنه من غير المنطقى اجتماع عسر القراءة والموهبة معاً لدى الطفل، فتشير سوانسون Swanson, J.(2000) إلى أنه بينما كان تحديد طبيعة صـعوبات التعلم وبصفة خاصة صعوبات القراءة محل اهتمام كثير من البحوث، إلا أن القليل من الاهتمام وجه لهذه المشكلات لدى الطلاب الموهوبين.

وتتحدد مشكلة الدراسة الحالية فى ضوء النتائج التى توصلت إليها العديـد مـن الدراسـات، والتى تشير فى مجملها إلى ارتفاع معدل الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية التى يعانى منها الطفـل الموهوب ذو صعوبات التعلم بصفة عامة- وعسر القراءة بصفة خاصة – ومن ذلك دراسة فريمـان Freeman, J.(1994) التى هدفت إلى التعرف على المظاهر الانفعالية لدى الموهوبين، وتكونـت العينة من ٧٠ من الموهوبين أعمارهم ما بين (٥-٢٤ عاماً)،وأسفرت النتائج عـن أن الموهـوبين ذوى التحصيل المنخفض أظهروا مشاكل انفعالية ومفهوما متدنياً للذات.

كذلك دراسة دولى Dole, S.(2000) والتى كان هدفها دراسة عوامل الخطر والارتداد لـدى الطلاب الموهوبين ذوى صعوبات التعلم، وأسفرت نتائجها عن مواجهة الموهـوبين ذوى صـعوبات التعلم لمخاطر كبرى للفشل نتيجة للمشكلات الشائعة الخاصة بضعف التحصيل وارتفاع نسبة التسرب التعليمى وضعف تقدير الذات والمشكلات الانفعالية ونقص المهارات الاجتماعيـة، وضـعف فـرص العمل والاعتماد المبالغ فيه على الآخرين.

ودراسة فاكودا Fukuda, E.(2004) والتى هدفت إلى دراسة الفروق الموجودة حول مفهوم الذات لدى مجموعات خاصة من الطلاب المراهقين ، وضمت العينة ٥٤ طالباً من الموهـوبين ، ٣٠ طالباً من ذوى صعوبات التعلم، ٢١ طالباً من الموهوبين ذوى صعوبات التعلم، و٤٣ مـن الطـلاب العاديين، وقد استخدمت الدراسة مقياس مفهوم الذات، وأظهرت النتائج انخفاض مفهوم الذات لـدى كل من يعانى من صعوبات التعلم حتى الموهوبين منهم.

كما يذكر لوى Lowe, M.(2002) فى دراسته أن متعسرى القراءة يطورون تمثيلاً ظاهريـاً لإخفاء الخجل المرتبط بكونهم متعسرين فى المجتمع، إلا أنه لديهم موهبة الـشعور فـى المواقـف المختلطة والتعامل مع المعلومات المختلفة، وإذا ما وجد هؤلاء الأطفال اهتماماً مـن أبـويهم فـى سنواتهم التعليمية الأولى فإنهم سيظهرون مواهبهم الداخلية، وكذلك تقبلهم لتعسرهم فى القراءة.

وعلى الرغم من تعاظم الأثر لهذه الاضطرابات لدى الأطفال الموهوبين ذوى صعوبات التعلم، وخطورتها على مستقبل هؤلاء الأطفال إلا أن القليل جداً من الدراسات اهتم بتقديم برامج إرشـادية

لهذه الفئة من الأطفال، ومنها دراسة مورجان Morgan, V.(1992) التـى هـدفت إلـى تحليـل الحاجات المكثفة والعاجلة الاجتماعية والانفعالية بعمق لهذه الفئة المتميزة، وتشير الدراسة إلى أنه عادة ما يتم علاج هؤلاء الأطفال فى ضوء صعوباتهم التعليمية واختلالهم السلوكى ولا يتم التعامـل مع مواهبهم على الإطلاق نتيجة للنظام المدرسى غير المرن، وتصف استراتيجيات التدخل التى ثبت نجاحها فى إعادة توجيه هؤلاء الطلاب وتقييم حاجات التدريب الخاصة لمعلمى هذه الفئة.

فالدراسات المحدودة فى هذا المجال لم تحـدد الاضـطرابات الاجتماعيـة والانفعاليـة لـدى الموهوبين ذوى عسر القراءة على وجه التحديد، كما أنه لم يتم تقديم برنامج إرشادى للتغلب علـى هذه الاضطرابات، حيث تعد هذه المشكلات ثانوية بالنسبة للبرامج الإرشادية لهذه الفئة بالرغم مـن آثارها المدمرة، ومن هنا تنبثق مشكلة الدراسة الحالية والتى تتمثل فى " وجود العديد من المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة، وندرة الدراسات التى تتناول هذه المشكلات بالتحديد والعلاج وذلك من خلال برامج إرشـادية، وبـصفة خاصـة الإرشـاد المعرفـى السلوكى".

وسوف تتصدى الدراسة الحالية للبحث فى تلك المشكلة من خـلال محاولـة الإجابـة علـى التساؤل الرئيسى التالى: " ما فعالية استخدام برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى خفض حدة بعـض الاضطرابات الاجتماعية /الانفعالية لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة؟ ".

ويندرج تحته التساؤلات الفرعية التالية:

١) هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية فى القياسـين القبلـى والبعدى للاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية بعد تطبيق البرنامج الإرشادى ؟
٢) هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبيـة والـضابطة فـى مستوى الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية بعد تطبيق البرنـامج الإرشـادى مـع المجموعـة التجريبية ؟
٣) هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسـطات درجـات القيـاس البعـدى والقيـاس التتبعـى للاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية على المقياس المستخدم بعد شهر من تطبيق البرنامج ؟

أهمية الدراسة:

١- تهتم الدراسة الحالية بفئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة والتى لم تنل حظها مـن الاهتمـام والبحث خاصة فى البيئة العربية ، وهى فئة الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة.
٢- التركيز على دراسة الناحية الاجتماعية والانفعالية لدى هذه الفئة.

٣- التعرف على الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة، ومدى تأثيرها على زيادة وتعقيد مشكلاتهم وصعوباتهم التعليمية، وإعاقة إبراز مواهبهم وهو الأمر الذى لم يوجه إليه البحث الكافى على الرغم من خطورة المشكلة.

٤- تصميم مقياس لتحديد الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة بالمرحلة الابتدائية.

٥- بناء وتطبيق برنامج إرشادى لخفض بعض الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة وذلك بالاعتماد على فنيات الإرشاد المعرفى السلوكى.

أهداف الدراسة:

١- تحديد مستوى ونوعية الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة فى المرحلة الابتدائية ، ومدى تأثيرها السلبى على هؤلاء الأطفال.

٢- اختبار أثر البرنامج الإرشادى المقدم للطفل الموهوب ذى عسر القراءة فى خفض الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية لديه.

الإطار النظرى للدراسة:

أولاً: الأطفال الموهوبون ذوو عسر القراءة Gifted with dyslexia:

تشير ريم Rimm إلى أن الأطفال الموهوبين قد يعانون أحياناً من إعاقات مختلفة من بينها عسر القراءة، ومع أنهم قد يتمتعون بقدرات هائلة على التفكير المجرد أو التواصل اللفظى الفائق إلى جانب مهارات بارزة فى حل المشكلات، فإنهم قد يعانون فى ذات الوقت من إعاقات فى عدد من المجالات حيث تبدو الإعاقة فى واحد أو أكثر من المجالات التالية: الذاكرة قصيرة المدى، المهارات المكانية، المعالجة البصرية للمعلومات، المعالجة السمعية للمعلومات، التآزر البصرى الحركى (فى: عادل عبد الله، ٢٠٠٤، ص ص ١٣٠ -١٣١).

وتذكر هيرمون Hermon أن الطفل الموهوب ذو عسر القراءة Dyslexic Gifted Child هو ذلك الطفل الذى تكون نسبة ذكائه مرتفعة فوق (١٣٠) لكنه مع ذلك يتأخر عن أقرانه فى القراءة بمعدل صف دراسى واحد، ويعانى من بعض الآثار السلبية كالشعور بالإحباط من جراء ما يمر به من خبرات فشل متتالية، وانخفاض تقدير الذات نتيجة هذه الخبرات المتعددة التى يواجهها فى المواقف المدرسية المختلفة دون أن يكون بمقدوره أن يتعرف على سبب لذلك أو يحدده، وفقد الثقة بالنفس على أثر انخفاض تقدير الذات، وما يشعر به الطفل دوماً من مشاعر الإحباط وهو الأمر الذى يجعله يتردد فى الذهاب إلى المدرسة (بطرس حافظ، ٢٠٠٥ ،ص ص ٥٨٤ -٥٨٥).

وتعرف الباحثة الطفل الموهوب ذى عسر القراءة إجرائياً فى هذه الدراسة الحالية بأنه "الطفل الذى يمتلك قدرة عقلية عامة مرتفعة (على أحد اختبارات الذكاء المقننة) وتميز ملحوظ فى جانب

واحد أو أكثر من مجالات الموهبة، إلا أنه يعانى من إعاقة شديدة فى القدرة على القراءة تتمثل فـى وجود صعوبة فى الربط بين الأحرف والأصوات المعبرة عنها، وقصور عام فى مهـارات القـراءة سواء الجهرية أو الصامتة ".

والخطوة الأولى للتعامل مع هذه الفئة هى التشخيص المناسب، وينبغـى أن تـشمل بطاريـة التشخيص خمسة جوانب: الجانب العقلى، الجانب الأكاديمى، الجانب الـسمعى، التعبيـر المكتـوب، والعوامل السلوكية – الانفعالية، بما فى ذلك دراسة دقيقة لتاريخ الحالة، وكثيراً ما تفيـد الـدرجات الخاصة باختبار وكسلر فى حالة الأطفال الموهوبين ذوى صعوبات التعلم (نصرة جلجـل ، ٢٠٠٢، ١٣١).

إذا كان الطفل الذى يعانى من عسر القراءة يعانى من مشكلات فى التهجى والقراءة والكتابة فإنه مع ذلك قد يكون موهوباً من الناحية العقلية، ومما لا شك فيه أن مثل هذا الطفل لا تكون لديـه مشكلة فى فهم معنى الكلمات ، أو فى تذكر شكل الحروف كل على حدة، أو فى رؤية أى شىء آخر خلاف ذلك النص الذى يفترض أن يقرأه، وهذا ما دفع العلماء إلى القول بأن أساس هذا الاضـطراب إنما يرجع إلى مشكلة معينة فى مراكز اللغة بالمخ ترجع جذورها إلى مرحلة الجنين، حيث يرون أن هناك شيئاً ما قد أحدث خللاً فى الخلايا العصبية المسئولة عن تلقى المعلومات حول تلـك الأحـداث التى تتغير بسرعة، ومنها الكلمات وحركتها بطبيعة الحال (عادل عبد الله، ٢٠٠٤، ١٣٢).

والطلاب الموهوبون ذوو عسر القراءة لديهم فهم لفظى مرتفع وقـد يـستخدمون معـارفهم السابقة من بيئة ثرية أو مدخلات سمعية حتى يتغلبوا على مهارات الترميز الضعيفة لديهم، وغالبـاً ما يترك هؤلاء الطلاب ليتكيفوا بطريقتهم فى بيئة أكاديمية متزايدة الصعوبة، مما يجعلهم يتساءلون لماذا يعانون فيما يبدو أنه سهل بالنسبة لزملائهم ؟.(Terry, S., 2004, P.72)

إن دافع الوصول إلى الكمال الذى يتميز به معظم الأطفال الموهوبين، يولـد صـراعاً نفـسياً لدى الأطفال النابغين أكاديمياً والذين يواجهون فى نفس الوقت صعوبة فى التحصيل، فلقد وجد مسح للتلاميذ الموهوبين من ذوى صعوبات التعلم أنهم مضطربون انفعالياً ويغمرهم الحزن بوجـه عـام بسبب الإحباط، وخاصة أن الكل تقريباً لديه فكرة أنهم لا يستطيعون أن يجعلواعقلهم أو جـسدهم أو كليهما يفعل ما يريدون، كما أن الأطفال الموهوبين ذوى صعوبات التعلم قد يواجهون أيضاً الصراع بين رغبتهم فى الاستقلال وشعورهم بالاعتمادية التى تنجم عن صعوبات التعلم، وكذلك بين مستوى طموحاتهم والتوقعات المنخفضة التى قد يتوقعهـا لهـم الآخـرون , .Brody, L. & Mills, C) 1997, P. 286).

وبالتالى يمكن القول بأن ما يتمتع به الموهوب ذو عسر القراءة من قدرات إبداعية ومواهب خاصة تجعله يسعى إلى التميز والوصول إلى الكمال فى مجالات اهتمامه ، وما يعانيه الموهـوب ذو

عسر القراءة من ضعف قدراته فى القراءة مما يؤثر على تحصيله الدراسى سواء فى مادة القـراءة أو غيرها من المواد الدراسية الأخرى، فإن هذا التناقض يؤدى إلى اضطرابات فى المجال الاجتماعى والانفعالى والتى تلقى بآثارها السلبية على الطفل ولفترة طويلة من حياته، ومـن هنـا كـان مـن الضرورى التصدى لهذه الاضطرابات بالبحث والدراسة والوصول من خلال ذلك إلى التدخل الأمثـل للتعامل مع هذه الاضطرابات لدى الموهوب ذى عسر القراءة.

ثانياً: الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية Social \ Emotional Disorders:

إن فئة المضطربون انفعالياً والمضطربون اجتماعياً يتم غالباً ضمهما فى فئة واحـدة وذلـك لصعوبة عزل إحداهما عن الأخرى، وإن كان يبدو من الناحية العملية أن المعلم الذى يتعامـل مـع الأطفال المنحرفين اجتماعياً يعطى الأهمية فى عملية التربية للعوامل الاجتماعية، بينما يعطى المعلم الذى يتناول الاضطرابات الانفعالية اهتمامه للعوامل النفسية، إلا أن هناك أوجه شبه عديدة بين عمل الاثنين ما دام الاثنان يتعاملان مع أطفال سلوكهم غير سوى ولا يعزى إلى أسباب جسمانية أو فكرية (سعد جلال ، ١٩٩٢ ، ١٦٠).

ويشير ريدى (Reddy, G., et al.(2003, P.183 إلى ذوى الاضـطرابات الاجتماعيـة/ الانفعالية بأنهم الذين يحصلون على درجة ملحوظة على المؤشرات التالية:

١- عدم القدرة على بناء أو المحافظة على العلاقات الشخصية المرضية بين الأقران وأولياء الأمور، وعدم ملائمة أنواع من السلوك أو الانفعال بالنسبة للظروف العادية.

٢- الطابع العام السائد من حزن واكتئاب.

٣- قابلية تطوير الأعراض الجسدية والآلام والمخاوف المرتبطة بالمشاكل الدراسية أو الشخصية.

وفى الدراسة الحالية لم تفصل الباحثة بين الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية ذلك لأنهـا لا تتناول الاضطرابات الاجتماعية بمعنى الخروج عن السيطرة والسلوك المضاد للمجتمـع أو الجنـوح عن المعايير المجتمعية، ولكنها تتناول الاضطرابات الاجتماعية ذات الصبغة الانفعالية مثل الانسحاب الاجتماعى والافتقار للمهارات الاجتماعية والتى تعد غير منفصلة عن الاضطرابات الانفعالية وإنمـا تأخذ صبغة اجتماعية فقط ومن هنا جاءت التسمية (الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية)، كما أنها اضطرابات غير كلينيكية ولا تحتاج إلى الإرشاد داخل العيادات النفـسية، وإنمـا هـى اضـطرابات اجتماعية / انفعالية ثانوية تحتاج إلى الإرشاد داخل المجال المدرسى ولكن بشكل مكثف لا يتوافر فى الفصل العادى.

وتعرف الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية لدى الطفل الموهوب ذى عسر القراءة إجرائياً فى الدراسة الحالية بأنها " تلك الاضطرابات التى يواجهها الطفل نتيجة لتضارب قدراته ما بين موهبـة متميزة وعجز أكاديمى متمثل فى عسر القراءة ينشأ عنه شعور بالإحباط والتوتر نتاج خبرات الفشل

المتكررة وعدم إظهار قدراته المتميزة، وتتمثل هذه الاضطرابات فى (مستوى عال من القلق والخوف وفقد الثقة، انخفاض تقدير الذات، الاكتئاب، الانسحاب الاجتماعى، قصور فى المهارات الاجتماعيـة، والعدوانية) "، ومن الاضطرابات الاجتماعية الانفعالية ما يلى:

١) القلق Anxiety: كما ذكرت دائرة المعارف الأمريكية أن القلـق حالـة اضـطراب انفعـالى أو عضوى يصاب الشخص بها من تهديد حقيقى أو متخيل، ويشير بأنه فى الطب النفسى يدل مفهـوم القلق على اضطرابات سببها التهديد الظاهر فقط بالنسبة للمريض، و تجعله يسلك بطريقة ليس لهـا علاقة بالمواقف الحقيقية، و قد ينتج القلق من موقف محدد يمكن تحاشـيه وتـسمى هـذه الحالـة بالخوف المرضى Phobia، وقد يشعر الفرد بأنه بعيداً عن الواقع أو عن الأخرين و أنـه أصـبح مكتئباً سهل الاستثارة غير قادر على التركيز(هويدة الحلوجى، ٢٠٠٦ ، ٦٥) .

وقد ربط بيك Beck مؤسس العـلاج المعرفـى Cognitive Therapy بـين الانفعـالات والتفكير فى اضطرابات القلق ، حيث أشار إلى توقع أو تصور الخطر غالبـاً تـؤدى إلـى نوبـات غضب، فعندما يخبر الفرد القلق يتلقى إشارات لأخذ فعل دفاعى للتجنب أو المواجهة لأقـل أذى فـى حين أكد ميكنبوم Meichenbaum فى نظرية تدريب توجيه الذات على أهمية تدريب الفرد علـى تعديل أنماط الحديث الذاتى والبعد عن الانهزامية والسلبية، والتدريب على الاسترخاء فى المواقـف المثيرة للقلق على افتراض أن ذلك سيؤدى إلى تعديل السلوك (أسماء العطية، ٢٠٠٨، ص ص ٦٥ ـ ٦٨).

٢) تقدير الذات Self-esteem: وتعرف بورتر Porter, L.(2002,P.195) تقدير الذات بأنه الحكم الذى يصدره الفرد عن قدراته وسماته التى تتلاءم أو لا تتلاءم مع معاييره المثالية، أو بمعنى آخـر إن تقدير الذات هو المقارنة بين مفهوم الذات والذات المثالية.

ويتأثر تقدير الفرد لذاته بعوامل كثيرة منها ما يتعلق بالفرد نفسه مثل قدراتـه واسـتعداداته والفرص التى يستطيع أن يستغلها بما يحقق له الفائدة، ومنها ما يتعلق بالبيئة الخارجية فإذا كانـت البيئة تهيئ للفرد المجال للانطلاق والإنتاج والإبداع فإن تقديره لذاته يزداد، وأما إذا كانـت البيئـة محبطة وتضع العوائق أمام الفرد بحيث لا يستطيع أن يستغل قدراته واستعداداته ولا يستطيع تحقيق طموحاته عندئذ يقل تقدير الفرد لذاته (فتحى عبد القادر ، ١٩٩٣ ، ٢٨١).

٣) الاكتئاب Depression: يعرف بيك Beck الاكتئاب بأنه " اضطراب فى التفكير أكثر من كونـه اضطراب فى الوجدان، حيث يرجع الاكتئاب إلى التشويه المعرفى الذي يؤدى إلى تكوين اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل، وينتج من جراء ذلك التشويه ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية السالبة ، وهى ليست أعراض وجدانية فقط وإنما أيضاً معرفية ودافعية وفيزيائية " (فى : صـمويل بشرى، ٢٠٠٧، ١٥) .

وحتى هذا الوقت تؤيد أكثر من ٣٠٠ تجربة اكلينيكية كفاءة الإرشـاد المعرفـى الـسلوكى بالنسبة للاكتئاب ، والإرشاد المعرفى السلوكى كما طوره بيك للاكتئاب هو حالياً أفضل اسـتراتيجية علاجية تم بحثها ، كما أن فعاليته تعادل العلاج بالعقاقير بل وأكثر، كما أن فاعليتـه أكبـر مـن أى علاج نفسى آخر مثل العلاج الشخصى أو العلاج التدعيمى، بالإضافة إلى ذلك فإن فعاليته تدوم لفترة أطول من العلاج بالعقاقير وقد يكون حماية من الانتكاس .(Powell, V., et al.,2008, P.575)

٤) الانسحاب الاجتماعى Social Withdrawal: الانسحاب هو سلوك وخبرة غير سارة تتمثل فى سوء تكيف الطفل مع بيئته التى يعيش فيها والهروب من الواقع بسبب إدراكـه للـصعوبات التـى يعانى منها ، نتيجة تفاعله وتعامله واندماجه مع الآخرين، فهو نوع من الخوف يجعل الفرد يحـب العزلة ويخلو لنفسه، ويبتعد عن الآخرين، مثلاً الانطواء، الخجل، العزلة، وغيرها مما يجعـل هـذا الطفل عاجزاً يعانى من عدم القدرة على الأخذ والعطاء، والمواجهة مما يؤدى إلى الشعور بـالنقص وإعاقة التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، وحرمانه من فـرص النمـو والتطـور المناسـبة (محمـد السفاسفة، ٢٠٠٣ ، ٢١٦).

وقد طورت ميرنا شور وجورج سبيفاك فى الولايات المتحدة الأمريكية برنامج التدخل الأكثـر شمولاً والذى يطلق عليه حل المشكلات المعرفية المتعلقة بالعلاقات بين الأفراد، وقد أظهرت العديـد من الدراسات فعالية هذا البرنامج مع مجموعات متعـددة مـن الأطفـال والمـراهقين العـدوانيين والمنسحبين اجتماعياً والذين يعانون من الاكتئاب، وهذا البرنامج يركز على ثلاثة عمليات معرفيـة جوهرية وهى: تكوين البدائل، التفكير والاستبصار بالنتائج ، تفكير الوسائل- الغايات (Goodman, R.& Scott, S., 2005, P.283).

٥) المهارات الاجتماعيSocial Skills : يعرف عادل عبد الله وسـليمان محمـد (٢٠٠٥، ٤٠٩) المهارات الاجتماعية إجرائياً بأنها مجموعة الاستجابات والأنماط السلوكية الهادفة، اللفظيـة منهـا وغير اللفظية التى تصدر عن الطفل والتى تتضمن المبادأة بالتفاعـل الاجتمـاعى مـع الآخـرين، والتعاون معهم، ومشاركتهم ما يقومون به من أنشطة وألعاب ومهام مختلفـة، وتكـوين علاقـات اجتماعية إيجابية وصداقات معهم، والتعبير عن المشاعر، والانفعالات، والاتجاهات نحوهم، واتبـاع القواعد والتعليمات، والقدرة على مواجهة وحل المشكلات الاجتماعية المختلفة.

ويعد تدريب المهارات الاجتماعية من الأشكال المحببة للعلاج النفسى الجماعى حيـث يهـدف إلى تحسين العلاقات الاجتماعية عن طريق تنمية الصداقات أو إجراء المحادثات وتشجيع المشاركين على اتباع سلوكيات جديدة، ولقد نجح تدريب المهارات الاجتماعية فى مساعدة الأطفال للتغلب علـى الخجل، والمراهقين فى التغلب على القلق الاجتماعى، والبالغين فى التغلب على الاكتئاب، ومن أحـد أشكال تدريب المهارات الاجتماعية ما يسمى تدريب التوكيدية Assertiveness Training وذلـك

فى المساعدة على التعبير عن المشاعر بطريقة بناءة فى المواقف الاجتماعيـة (أيمـن منـصور، ٢٠٠١ ، ٨٦).

٦) العدوان Aggression: يعرف العدوان بأنه " أى سلوك يصدره فرد (أو جماعة) صوب آخر (أو آخرين) أو صوب ذاته، لفظياً كان أم مادياً، إيجابياً كان أم سلبياً، مباشراً أم غيـر مباشـر، أملتـه مواقف الغضب أو الإحباط، أو الدفاع عن الذات أو الممتلكات، أو الرغبة فى الانتقـام أو الحـصول على مكاسب معينة، ترتب عليه إلحاق أذى بدنى أو مادى أو نفسى بصورة متعمدة بالطرف الآخـر (زين العابدين درويش ،٢٠٠٥، ٣٢٩).

ويعتقد العدوانيون أن سلوكهم العدوانى سوف يزيد من تقديرهم لذواتهم، ولذلك يميلون إلـى السيطرة والانتقام بصورة أكبر من غيرهم ولا ينتمون إلى مجموعات اجتماعيـة بـصورة كبيـرة، وعادة تستهدف التدخلات علاج هذا الانحراف المعرفى، ولكنها تخاطب أيضاً المهارات الاجتماعيـة العامة المرتبطة بالعلاقات بين الأشخاص، مع التركيز على تثبـيط ردود الأفعـال الفوريـة الآليـة للمواقف المثيرة للعدوان حتى تتاح الفرصة أمام الاستجابات المناسبة (Goodman, R.& Scott, S.,2005, P.283).

يتضح من العرض السابق أنه من أهم أنواع الإرشاد التى يمكن استخدامها مـع كثيـر مـن الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية الإرشاد المعرفى السلوكى، حيث ثبتت فعاليته مع كثير من هذه الاضطرابات وذلك من خلال استبدال الأفكار المشوهة والمحرفة وغير العقلانيـة بـأخرى منطقيـة وعقلانية، ومن ثم تعتمد هذه الدراسة على هذا النوع من الإرشاد.

ثالثاً: الإرشاد المعرفى السلوكى Cognitive-Behavioral Counseling:

تعرفه أسماء العطية (٢٠٠٨، ص ص ١٤- ١٥) بأنه برنامج على أسس علميـة يتـضمن مجموعة من الأنشطة والخبرات المنظمة والمخططة والمحددة بجدول زمنى معين، يهدف إلى خفض بعض الاضطرابات باستخدام بعض التقنيات المعرفية كالتحكم الذاتى وأسلوب حل المشكلة والواجبات المنزلية وبعض التقنيات السلوكية كالتحصين التدريجى والاسترخاء والنمذجة ولعب الدور والتعزيز.

ومن أسباب فعالية الإرشاد المعرفى السلوكى:

- أن مبادئه سهلة الفهم يمكن أن تلائم الأطفال فى الأعمار المختلفة.
- عادة ما يكون قصير الأجل يقوم على توظيف التدخلات المختصرة.
- مفاهيم التعلم يمكن أن تترجم إلى مهارات حياتية مكتسبة.
- يمكن تعليم الأطفال والمراهقين التحكم الذاتى فى السلوك والمشاعر من خلال فهم العلاقـة بـين الأفكار والمشاعر والسلوك.
- يساعد المشاركين على التعامل مع ما يمكن تغييره وتقبل ما لا يمكن تغييره.

- المبادىء المعرفية تعمل على تمكين الشباب من التعامل مـع المخـاوف الحاليـة والمـشكلات المستقبلية. (Corey, G., 2008,P.365)

ومن أهم مناهج الإرشاد المعرفى السلوكى منهج بيك Beck حيث يرى بيـك أن الطريقـة التى يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون وكيف يسلكون، فإذا فسر موقف على أنـه خطر فإنهم يشعرون بالقلق ويحاولون الهرب، وتستمد معارفهم من الأحداث اللفظية أو المصورة فى مجرى الشعور، ومن الاعتقادات والاقتراحات، فهو يرى أن الاضطرابات النفسية غالباً ما تنبع مـن أخطاء معينة فى عادات التفكير أو المعرفة (أسماء العطية، ٢٠٠٦ ، ٦٦)، ومـن أهـم المفـاهيم الأساسية المكونة للنموذج المعرفى عند بيك: الأفكار التلقائية وأخطاء التفكير والمخططات والثلاثـى المعرفى، وتعتبر هذه المفاهيم مكونات معرفية أى أنها تتعلق بأحداث داخلية قد يكون الفـرد علـى وعى بها ولكن لاتلاحظ بشكل مباشر من قبل الآخرين (هناء آل ثانى ، ٢٠٠٤، ٥٣).

كذلك من أهم مناهج الإرشاد المعرفى السلوكى منهج إليس للإرشـاد العقلانـى الانفعـالى، والفكرة الأساسية التى أقام عليها إليس نظامه العلاجى هى أن الخبرات العـصابية المبكـرة التـى عاشها واكتسبها المتعالج فى طفولته تستمر وتبقى رغم أنها لا تحصل على أى تدعيم يساعد علـى بقائها، وذلك لأن المريض نفسه يعمل على تثبيتها عن طريق تلقين ذاته، ومقاومة العلاج ورفـض معرفة العوامل المبقية على الأعراض والمهيئة دائماً لخلق أعراض جديدة، ومن هنا نشأت فكرة أن يقوم العلاج النفسى الصحيح على معرفة أسباب رفض المريض للاستبصار والعلاج (عمار الناعمة ، ٢٠٠٨ ، ٦٧).

وقد بلور إليس نظريته التى يقوم عليها الإرشاد العقلانى الانفعالى وأطلق عليها اسـم" A B C" أما "A" فتعنى Activating Experience ومعناها الخبرة المنشطة وهى عادة خبرة صـادمة كطلاق أو رسوب أو وفاة (هنا والآن) يتم إدراكها فى جو غير عقلانـى، وبـذلك تكـون الخبـرة المنشطة خبرة لاعقلانية، أما " B " فتعنى Belief System ويقصد بها نظام معتقـدات لاعقلانـى مدمر للذات وكل خبرة يوجد حولها جمل داخلية ومعتقدات منها معتقدات لاعقلانية تعمى الفرد، أمـا "C" فتعنى Consequence أى النتيجة الانفعالية وتكون مناسبة لنظام المعتقدات، فإذا كـان نظـام المعتقدات لاعقلانى كانت النتيجة اضطراب انفعالى وخلل سلوكى كما فى حـالات القلـق والاكتئـاب (إجلال سرى ، ١٩٩٧ ، ١٧٠).

يتضح مما سبق أنه يمكن استخدام الإرشاد المعرفى السلوكى مع الأطفال، كما أنـه إرشـاد قصير المدى وعلى الرغم من ذلك فإنه آثاره الإيجابية تستمر لفترات طويلة بعد انتهاء الإرشاد وهو ما لا يتوافر فى كثير من أنواع الإرشاد والعلاجات الأخرى، فهو يعتمد على تعليم المسترشد الفنيات التى يمكن بها تغيير سلوكياته وانفعالاته السلبية، وهى خبرة يمكن الاستفادة منها على المدى البعيد،

ومن ثم تعتمد الدراسة الحالية على برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى خفض بعض الاضـطرابات الانفعالية / الاجتماعية لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة.

الدراسات السابقة:

والتى يمكن تقسيمها إلى:

- دراسات اهتمت بالاضطرابات الانفعالية / الاجتماعية لدى الموهوبين ذوى عسر القراءة:

ومنها دراسة لافرانس Lafrance, E.(1997) وعنوانهـا " الطفـل الموهـوب ذو عـسر القراءة: خصائص ومعالجة مواطن القوة والضعف " والتى تهدف إلـى تحليـل خـصائص الطفـل الموهوب ذى عسر القراءة وتوضيح الاختلافات بينه وبين ذوى عسر القراءة من غير الموهـوبين، وتألفت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة تتراوح أعمارهم بـين ٩- ١٤ سنة، وقد اعتمدت الدراسة على مقياس وكسلر للذكاء بالإضافة إلى مقـاييس فـى مجـال (التفكير – الجانب الأكاديمى، الاجتماعى / الانفعالى، والتفكير الإبداعى)، وتشير نتائج الدراسة إلى تشابه الصعوبات الأكاديمية بين كلا من الموهوبين وغير الموهوبين من ذوى عسر القراءة، إلا أنه يوجد اختلافات نوعية بينهما حيث يظهر الموهوبون ذوو عسر القراءة قوة فى خـصائص التفكيـر الإبداعى، التعبير عن الفكاهة، القدرة على حل المشكلات، التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابيـة، بينما يعانى الطفل الموهوب ذى عسر القراءة من انخفاض فى تقدير الذات وضعف الدافعية.

وفى دراسة باوم وآخرون Baum, M. et al.(2001) بعنوان " الاختلافات المزدوجة: منهج لتلبية احتياجات الطلاب الموهوبين ذوى صعوبات التعلم " حيث تتناول هـذه الدراسـة الخـصائص المزدوجة للطلاب الموهوبين ذوى صعوبات التعلم، وتوضح أن الطلاب الموهوبين الذين يواجهـون صعوبات فى القراءة أو الرياضيات أو التهجئة أو الكتابة يصابون بالإحباط فى سن مبكر، وبـالرغم من محاولة المعلمين إصلاح نقاط ضعفهم إلا أهم لا يزالوا يشعرون بالعزلة داخل الفصل الدراسـى، بالإضافة إلى أن صعوباتهم الأكاديمية تخفى قدراً كبيراً من موهبتهم، وهكذا فإن الطلاب الموهـوبين ذوى صعوبات التعلم يحتاجون إلى استراتيجيات توفر لهم تطوير مواهبهم بالإضافة إلى استراتيجيات تعويضية لنقاط ضعفهم، وتقترح الدراسة منهجاً فريداً يجمع بين نوعى الاستراتيجيات مـن خـلال مشروع الآمال الكبيرةProject High Hopes.

أما دراسة هويا(2002).Hua, C وعنوانها " دراسة مقارنة لإدراك وفعالية الذات والقـدرة على صنع القرار لدى طلاب المدارس الثانوية الموهوبين، الموهوبين ذوى صعوبات الـتعلم، وذوى صعوبات التعلم " فقد تكونت العينة من ٧٢ طالباً من فئات الدراسة الثلاث، وتمثلت أدوات الدراسـة فى مقياس فعالية الذات، ومقياس القدرة على اتخاذ القرار المتعلق بالمهنة، كما تم استخدام الأسلوب

الإحصائى تحليل التباين وتحليل الانحدار، وتشير النتائج إلى امتلاك الطلاب الموهوبين لمستوى مرتفع من فعالية الذات والقدرة على اتخاذ القرار، يليهم فى الدرجة الموهوبين ذوى صعوبات التعلم، يليهم مجموعة ذوى صعوبات التعلم فقط.

كذلك دراسة بطرس حافظ (٢٠٠٥) بعنوان " المساندة الاجتماعية وأثرها فى خفض الضغوط النفسية للأطفال المتفوقين عقلياً ذوى صعوبات القراءة " وتهدف إلى تحديد مستوى الضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية للأطفال المتفوقين عقلياً ذوى صعوبات القراءة، ومدى تأثير المساندة الاجتماعية فى خفض حدة الضغوط النفسية التى يواجهونها، وتكونت العينة من ٣٨ طفلاً من أطفال الحضانة، تم تقسيمها إلى مجموعتين إحداهما من المتفوقين عقلياً بدون صعوبات القراءة (٢٠ طفلاً) والأخرى (١٨ طفلاً) من الأطفال المتفوقين ذوى صعوبات القراءة، واعتمدت الدراسة على مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، ومقياس المساندة الاجتماعية لأطفال ما قبل المدرسة للباحث، ومقياس الضغوط النفسية لأطفال ما قبل المدرسة للباحث، وتوضح النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المتفوقين عقلياً (بدون صعوبات القراءة وذوى صعوبات القراءة) على مقياس (المساندة الاجتماعية) لصالح المتفوقين، وعلى مقياس (الضغوط النفسية) لصالح المتفوقين ذوى صعوبات القراءة، مما يدل على معاناة الأطفال المتفوقين ذوى صعوبات القراءة من الضغوط النفسية بشكل أكبر من المتفوقين بدون صعوبات فى القراءة.

ودراسة مونتجومرى Montgomery, J.(2007) وعنوانها " خصائص ونمو الطلاب الذكور المراهقين الموهوبين، الموهوبين ذوى الاستثناء المزدوج، وذوى قصور الانتباه – دراسة مختلطة الطرق " وهدفها اكتشاف خصائص النمو الشخصى، السلوكى، والأكاديمى لتسعة طلاب ذكور من الموهوبين، الموهوبين ذوى صعوبات التعلم، الطلاب ذوى قصور الانتباه وفرط الحركة، وكذلك التعرف على أثر النمو الاستثنائى المزدوج على مفهوم الذات، التعلم، خصائص الدافعية لنفس الفئات السابقة، وقد اعتمدت الدراسة على إجراء مقابلات فردية مع الطلاب عينة الدراسة بالإضافة إلى مقاييس وظيفية مختلفة، وتظهر النتائج وجود فروق فردية بين الفئات الثلاثة، إلا أن الطلاب الموهوبين ذوى صعوبات التعلم يتعرضون للخطر بشكل أكبر لأن موهبتهم يمكن غالباً أن تضع قناعاً على صعوباتهم وبالتالى لا يتلقون الرعاية اللازمة لهم.

ثانياً: دراسات اهتمت بفعالية الإرشاد المعرفى السلوكى فى خفض بعض الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية:

ومن هذه الدراسات دراسة سكهودلسكى وآخرون Sukhodolsky, D., et al.(2004) وعنوانها " العلاج المعرفى السلوكى عند الأطفال والمراهقين " وهدفها دراسة نتائج العلاج المعرفى السلوكى للمشاكل المرتبطة بالغضب والعدوان لدى عينة من الأطفال والمراهقين، وقد اعتمدت

الدراسة على استخدام تقنيات مختلفة للعلاج المعرفى السلوكى متمثلة فى (التدريب المعرفى، التدريب على حل المشكلات، التغذية الراجعة، الواجبات المنزلية، النمذجة)، وتشير النتائج إلى فعالية التدريب المعرفى والعلاجات متعددة الوسائط فى الحد من السلوك العدوانى وتحسين المهارات الاجتماعية أكثر من التقنيات الأخرى، ومع ذلك كانت فنية التدريب على حل المشكلات أكثر فعالية فى الحد من تجارب الغضب الشخصية، وقد ارتبطت فنيات النمذجة والتغذية الراجعة والواجب المنزلى بإيجابية بمدى حجم التأثير.

وفى دراسة فوجلر وآخرون Fogler, J., et al.(2007) وعنوانها " تأثير التعبير عن الانفعال والعلاج المعرفى السلوكى على المخاوف الاجتماعية " وتهدف إلى اختبار التأثير الإيجابى للتعبير عن الانفعال والنقد كإجراءات للعلاج المعرفى السلوكى، وتتكون العينة من ٤٠ مريضاً من ذوى القلق الاجتماعى، وتعتمد الدراسة على تطبيق استبيان قبلى وبعدى لقياس الانتقادات المتوقعة، القلق، وأعراض الاكتئاب، وكذلك تقييم القدرة على التعبير عن الانفعال، النقد، العداء، واستخدام المقابلة مع الأسرة، وتشير النتائج إلى انخفاض النقد السلبى وكذلك المخاوف الاجتماعية نتيجة لإجراءات التدخل المعرفى السلوكى.

ودراسة كرستينسن وآخرون Christensen, L., et al. (2007) بعنوان " خطة التدخل السلوكى لزيادة السلوك التوافقى لدى تلميذ منسحب اجتماعياً " حيث هدفت إلى دراسة فعالية برنامج سلوكى قائم على تقييم السلوك المناسب فى الفصل، وتأثير تدخل الأقران فى البرنامج السلوكى، وتمثلت العينة فى طالب منعزل اجتماعياً من أصل أسبانى لديه صعوبات تعلم وفى الصف الثالث، وتمثلت الأدوات فى برنامج التدخل السلوكى والذى اعتمد على ثلاث استراتيجيات رئيسية (تنمية المهارات الاجتماعية – السيطرة الذاتية متضمنة التعزيز الايجابى- توسط الأقران) كما تم تصميم نموذج للانسحاب الاجتماعى كأداة للتقييم واستبيان يتم ملأه بواسطة المعلم، التلميذ، القرين، وقد أسفرت النتائج عن تحسن واضح وفورى فى السلوك الفصلى الاجتماعى الملائم وفى العمل الأكاديمى أيضاً، كما أن هذا التأثير استمر بمرور الوقت وحتى بعد تقليل التعزيز.

وفى دراسة كلينى Cilene, S.(2010) وعنوانها " فعالية العلاج المعرفى السلوكى الجمعى والعلاج الجشتلطى فى تحسين مستوى الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى النساء المعاقات جسدياً واللائى هن عرضة للإساءة "، وكان الهدف منها دراسة الآثار المختلفة للتدخلات العلاجية السلوكية المعرفية الجمعية والعلاج الجشتلطى على الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى النساء المعاقات جسدياً والمعرضات للإساءة، وتألفت العينة من ١١ سيدة توفرت فيهن شروط العينة وقد تم تعيينهم بطريقة عشوائية، وقد اعتمدت الدراسة على الاستبيان الديمغرافى، ومقاييس الثقة بالنفس وتقدير الذات، بالإضافة إلى العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الجشتلطى، وقد استمر البرنامج العلاجى لمدة ٦

أسابيع (جلستين أسبوعياً ، مدة الجلسة ساعتين)، وتشير النتائج إلى فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين مستوى الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى عينة الدراسة.

كذلك دراسة بيراتيكيوس Peratikos, A. (2011) بعنوان " العلاج باللعب المعرفى السلوكى للأطفال المكتئبين "، والتى تهدف إلى دراسة أثر تطبيق برنامج معرفى سلوكى عن طريق العب فى علاج الاكتئاب لدى الأطفال، وذلك لأن الأطفال قد لا يملكون القدرات اللفظية للتعبير عن أفكارهم ومشاعرهم، وبالتالى يستخدم اللعب فى هذا البرنامج لمساعدة الأطفال فى التعبير عن أنفسهم، وتكونت العينة من مجموعة من الأطفال المكتئبين وأولياء أمورهم، وقد تم تطبيق مقياس الاكتئاب المنقح للأطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج ، وقد تم تألف البرنامج من ساعة واحدة فى الأسبوع لمدة ١٠ أسابيع والذى يغطى موضوعات مثل تقدير الذات، التواصل، حل المشكلات، وتعليم المهارات الاجتماعية ومهارات التكيف، وتشير النتائج إلى فعالية هذا البرنامج العلاجى فى خفض الاكتئاب لدى الأطفال.

فروض الدراسة:

من خلال الإطار النظرى للدراسة، وفى ضوء أهداف الدراسة ونتائج الدراسات السابقة وضعت الباحثة فروض الدراسة الحالية وهى:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية فى القياسين(القبلى / البعدى) للاضطرابات الاجتماعية والانفعالية على مقياس الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية المستخدم فى الدراسة بعد تطبيق البرنامج الإرشادى لصالح القياس البعدى.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى مستوى الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية على مقياس الاضطرابات الاجتماعية/ الانفعالية المستخدم فى الدراسة بعد تطبيق البرنامج مع المجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات القياسين (البعدى/ التتبعى) للاضطرابات الاجتماعية والانفعالية على المقياس المستخدم بعد شهر من تطبيق البرنامج.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة فى الدراسة الحالية المنهج التجريبى ذى تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة والقياسين القبلى والبعدى، وذلك وفقاً لمتغيرات التصميم التجريبى وهى:

١- المتغير المستقل: ويتمثل فى البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى الذى يعتمد على النظرية المعرفية السلوكية بأساليبها وفنياتها المختلفة.

٢- المتغير التابع: والمتمثل فى بعض الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية لدى الأطفال الموهـوبين ذوى عسر القراءة والمتمثلة فى (القلق – انخفاض تقـدير الـذات – الاكتئـاب – الانـسحاب الاجتماعى – قصور المهارات الاجتماعية – والعدوانية) كما تم تحديدها فى الدراسة الحالية.

٣- المتغيرات الدخيلة: والتى يمكن أن يكون لها تأثير دال على فعالية البرنامج فى خفض مـستوى الاضطرابات المستهدفة، وتتمثل فى: السن – الذكاء – الجنس – المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى للأسرة – مستوى العسر القرائى – مستوى الاضطرابات الاجتماعية / الانفعاليـة لـدى عينة الدراسة.

عينة الدراسة:

يقدم البرنامج الحالى للأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة والذين يعانون مـن عـدد مـن الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية التى تتمثل فى (القلق – انخفاض تقـدير الـذات – الاكتئـاب– الانسحاب الاجتماعى – نقص المهارات الاجتماعية – والعدوان)، وتتـضمن عينـة الدراسـة (١٠ أطفال) من الموهوبين ذوى عسر القراءة (٣ موهبة موسـيقية – ٥ موهبـة فنيـة –٢موهبـة رياضية) تم اختيارهم من خلال ترشيح معلمين الأنشطة لهم، وممن تتراوح نسب ذكائهم بين(١٣٠– ١٣٧) درجة على مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، كما أنهم حاصلين على درجات أقـل مـن ٥٠ % على الاختبارات التحصيلية الشهرية التى يقدمها المعلم فى الصف وذلك بالنسبة لمادة القراءة، كمـا أنهم جميعاً ينتمون إلى مستوى اقتصادى اجتماعى متوسط، وتشمل العينة النهائية للدراسة على (٨ ذكور– وبنتين) تم توزيعهم بالتساوى على المجموعتين التجريبية والضابطة.

ويستفيد من البرنامج أطفال المجموعة التجريبية (٥ أطفال) مـن أطفـال الـصف الثالـث الابتدائى بمدارس (التيمورية – مصطفى كامل – الفرما) ببورسعيد، وقد تم اختيارهم من الـصف الثالث الابتدائى لأهمية هذه المرحلة التعليمية فى تشخيص صعوبات القراءة وعلاجها، حيـث يـذكر محمد الشعيبى (٢٠٠٠، ٢٤٦) أنه إذا لم يتم علاج صعوبات القراءة فى الصف الثالث الابتدائى فإنه يتعذر علاجها بعد ذلك وتكون الآثار خطيرة، وكذلك تتضمن العينة مجموعة من المعلمـين وأوليـاء الأمور ذوى التأثير المباشر على أطفال العينة.

أدوات الدراسة: والتى تتمثل فى : مقياس تشخيص الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية – البرنـامج الإرشادى المعرفى السلوكى.

أولاً : مقياس تشخيص الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية.

يهدف المقياس الحالى إلى تحديد نوعية الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية وحـدتها لـدى أفراد العينة ، حيث يعد تشخيص الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية لدى الأطفال الموهـوبين ذوى

عسر القراءة أحد إجراءات الدراسة، وذلك وصولاً إلى العينة التى سيتم تجريب البرنامج الإرشادى عليها.

مراحل تصميم المقياس:

قامت الباحثة باتباع الخطوات التالية فى إعداد المقياس:

١- مراجعة التراث النظرى الخاص بالاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية وأهم مظاهرها، وأهم المحكات العالمية الحديثة فى تشخيصها.

٢- الاطلاع على الدراسات والبحوث العربية والأجنبية السابقة والخاصة بهذا المجال وما بها من مقاييس لتشخيص ذوى الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية المختلفة.

٣- قامت الباحثة بزيارات ميدانية لمقابلة بعض المدرسين لتلاميذ الصف الثالث الابتدائى للتعرف على أهم المظاهر السلوكية لأطفال الذين يعانون من اضطرابات اجتماعية وانفعالية فى هذه المرحلة العمرية وذلك بالنسبة لعينات مختلفة (عاديين – موهوبين – ذوى صعوبات تعلم).

٤- من كل ما سبق استطاعت الباحثة الوصول إلى تعريف إجرائى محدد للاضطرابات الاجتماعية والانفعالية وينص على أنها " تلك الاضطرابات التى يواجهها الطفل نتيجة لتضارب قدراته ما بين موهبة متميزة وعجز أكاديمى متمثل فى عسر القراءة ينشأ عنه شعور بالإحباط والتوتر نتاج خبرات الفشل المتكررة وعدم إظهار قدراته المتميزة، وتتمثل هذه الاضطرابات فى (مستوى عال من القلق والخوف وفقد الثقة، انخفاض تقدير الذات، الاكتئاب، الانسحاب الاجتماعى، قصور فى المهارات الاجتماعية، والعدوانية) ".

٦- العرض على المحكمين: تم عرض المقياس فى صورته الأولية على مجموعة من أساتذة علم النفس والصحة النفسية لاستطلاع آرائهم حول: مدى ملاءمة بنود المقياس للهدف الذى وضعت له، مدى سلامة صياغتها اللغوية لعبارات المقياس، مدى انتماء كل عبارة للبعد الذى وضعت لقياسه، مدى مناسبة البدائل لعبارات المقياس، وقد قام المحكمين بحذف بعض العبارات التى تحمل معان مكررة، كما رأى البعض ضرورة إضافة بعض العبارات ذات الاتجاه السلبى للمقياس، وكانت أهم التعديلات التى اقترحها المحكمون تتلخص فيما يلى:

- البعد الأول (القلق): تم حذف ٥ عبارات، وتعديل صياغة ٣ عبارات ليصبح عدد عبارات هذا البعد بعد التحكيم (٢٥ عبارة).
- البعد الثانى (انخفاض تقدير الذات): تم تعدل صياغة ٥ عبارات وجعلها عبارات سلبية ليصبح عدد عبارات هذا البعد بعد التحكيم (٢٠ عبارة).

- بالنسبة للبعد الثالث (الاكتئاب): تم استبدال ثلاث عبارات بعبارات أخرى سلبية ليصبح عدد عبارات هذا البعد بعد التحكيم (٢٠ عبارة): تم استبدال ٥ عبارات بأخرى سلبية ليصبح عدد عبارات هذا البعد بعد التحكيم (٢٠ عبارة).
- بالنسبة للبعد الخامس (القصور فى المهارات الاجتماعية): لم يتم حذف أى عبارات.
- بالنسبة للبعد السادس (العدوان): لم يتم حذف أى عبارات أو تعديلها.

٧- الدراسة الاستطلاعية: تم تطبيق المقياس على عينة من الأطفال من الصف الثالث الابتدائى من خلال ترشيح المعلمين والمعلمات لهم باعتبارهم يواجهون صعوبات تكيفية فى الجانب الاجتماعى أو الانفعالى، وقد تألفت هذه العينة من (١٣٠ طفلاً) حيث قامت الباحثة بالتطبيق بنفسها وبشكل فردى على كل طفل، والهدف من هذه الدراسة الاستطلاعية هو تحديد الخصائص السيكومترية للمقياس (من حيث صدق وثبات المقياس) وبالتالى مدى صلاحية التطبيق فى الدراسة الحالية.

أولاً: صدق المقياس: قامت الباحثة بحساب الصدق بعدة طرق هى:

١- الصدق المنطقى (المحكمين): وقد تم عرض المقياس على (١٠) من أساتذة علم النفس والصحة النفسية من المهتمين بمجال الفئات الخاصة، وذلك للحكم على المقياس من حيث مدى ملاءمة بنوده لقياس الهدف منه، ومدى صحة صياغة عباراته وقد كان المقياس فى صورته الأولية يتكون من(١٤٠ عبارة) موزعة على الستة أبعاد بواقع (٣٠ عبارة) للبعد الأول، و(٢٠ عبارة) للبعد الثانى، و(٢٠ عبارة) للبعد الثالث، و(٢٠ عبارة) للبعد الرابع، و (٣٠ عبارة) للبعد الخامس، و (٢٠ عبارة) للبعد السادس، وبالتالى كان المقياس فى صورته الأولية قبل العرض على المحكمين (١٤٠ عبارة)، وبناء على ملاحظاتهم تم استبعاد العبارات التى قرر المحكمون عدم صلاحيتها، والإبقاء على العبارات التى تم الاتفاق عليها بنسبة ٨٠%، ليصبح عدد عبارات المقياس (١٣٥) بواقع (٢٥ عبارة) للبعد الأول وباقى الأبعاد تحظى بنفس العدد من العبارات بعد تعديل صياغتها، ويشتمل المقياس على ١٣ عبارة سلبية.

٢- صدق الاتساق الداخلى: وذلك بحساب الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية على المقياس، ودرجة العبارة والدرجة الكلية للبعد، وبين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس، ويتضح من الجدول أن جميع عبارات المقياس ترتبط بالدرجة الكلية للمقياس ماعدا العبارات التالية ويتم عرضها وفقاً للأبعاد المختلفة:

- البعد الأول ويتم حذف ٦ عبارات وهى العبارات رقم (٧٣- ٨٦- ٩٧- ١٠٩- ١٢١- ١٢٢) ، البعد الثانى ويتم حذف عبارتين وهى العبارات رقم (٣- ٤٦).
- البعد الثالث ويتم حذف ٤ عبارات وهى العبارات رقم (٦- ٧٧- ١١٣- ١١٤).
- البعد الرابع ويتم حذف ٣ عبارات وهى العبارات رقم (٤٣- ٧٩- ١٠٣).

- البعد الخامس ويتم حذف ٦ عبارات وهـى العبـارات رقـم(٥٨- ٨٢- ١١٧- ١٢٤- ١٢٨- ١٣٢)، البعد السادس (العدوان) لم يتم حذف أى عبارة من عبارات هذا البعد.

الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للمقياس

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٢٦٧**	٤١	٠,٥٠٤**
٢	٠,٢٤٣**	٤٢	٠,١٩٦*
٣	٠,١١١	٤٣	٠,١٢١
٤	٠,٢٠٨*	٤٤	٠,١٩٨*
٥	٠,٣١١**	٤٥	٠,٣٥٧**
٦	٠,١٥١	٤٦	٠,٣٧٦**
٧	٠,٣٨٦**	٤٧	٠,٤٧٥**
٨	٠,٢٢٦*	٤٨	٠,٣٦٢**
٩	٠,٢٦١**	٤٩	٠,٣٢٥**
١٠	٠,٤٢٩**	٥٠	٠,٢٧٦**
١١	٠,٤٨٥**	٥١	٠,٤٢٢**
١٢	٠,٣٧٨**	٥٢	٠,٥١٧**
١٣	٠,٤٧٤**	٥٣	٠,٢٧٨**
١٤	٠,٢٢٣*	٥٤	٠,١٨٧*
١٥	٠,٣٨٩**	٥٥	٠,١٩٥*
١٦	٠,٢١٧*	٥٦	٠,٣٧٩**
١٧	٠,٣٣٨**	٥٧	٠,٢٩٨**
١٨	٠,٥٢٤**	٥٨	-٠,٠٣٩
١٩	٠,٤٩١**	٥٩	٠,٤٦١**
٢٠	٠,٢٦٦**	٦٠	٠,٥٦٦**
٢١	٠,٣١٨**	٦١	٠,٤١١**
٢٢	٠,٤٩٥**	٦٢	٠,٤٥٠**
٢٣	٠,٢٤٧**	٦٣	٠,٤٠٠**
٢٤	٠,٣٥١**	٦٤	٠,٠٦١

٢٥	٠,٢٤٢**	٦٥	٠,٤٣٢**
٢٦	٠,٢٢٩**	٦٦	٠,٤٨٨**
٢٧	٠,٢٧٢**	٦٧	٠,١٩٤*
٢٨	٠,٢٦٧**	٦٨	٠,٢٤٢**
٢٩	٠,٣٣٦**	٦٩	٠,٢٨٣**
٣٠	٠,٣٨٩**	٧٠	٠,٢٩٣**
٣١	٠,٢٢٣*	٧١	٠,٣٧٣**
٣٢	٠,٢١٧*	٧٢	٠,٤٤٩**
٣٣	٠,٣٢٣**	٧٣	٠,٠٠١
٣٤	٠,٢٨٥**	٧٤	٠,٤٩٠**
٣٥	٠,٣٨٨**	٧٥	٠,٣١٦**
٣٦	٠,٣١٤**	٧٦	٠,٤٠٦**
٣٧	٠,١٨٦*	٧٧	٠,١٥٤
٣٨	٠,٢٢٣*	٧٨	٠,١٨٧*
٣٩	٠,٥٠٥**	٧٩	٠,٠٠٧
٤٠	٠,٤٨٧**	٨٠	٠,٢٥٧**
٨١	٠,٣٥٤**	١٠٨	٠,٣٧٨**
٨٢	٠,١٥٧	١٠٩	٠,١٣٠
٨٣	٠,٣٦٠**	١١٠	٠,١٨٥*
٨٤	٠,٤٠٨**	١١١	٠,٢٧٦**
٨٥	٠,٣٩٠**	١١٢	٠,٤٥١**
٨٦	٠,٥٧	١١٣	٠,٠٧٤
٨٧	٠,٣٧٤**	١١٤	٠,١٠٠
٨٨	٠,٤٣٤**	١١٥	٠,٢٢٦*
٨٩	٠,٢٨٦**	١١٦	٠,٣٤١**
٩٠	٠,٢٤٩**	١١٧	٠,٠٦٢
٩١	٠,٤٦٧**	١١٨	٠,١٩٩*
٩٢	٠,٢٢٨*	١١٩	٠,٢٥٣**

٩٣	٠,٣٠٥**	١٢٠	٠,٢٥٨**
٩٤	٠,٢٨٣**	١٢١	٠,٠٣٨
٩٥	٠,٣٧٩**	١٢٢	٠,٠٠٩
٩٦	٠,٣٩٢**	١٢٣	٠,٤٧٧**
٩٧	-٠,٢٠١	١٢٤	٠,٠٤٥
٩٨	٠,٢٢٠*	١٢٥	٠,٢١٢*
٩٩	٠,٤٩١**	١٢٦	٠,٢٦٦**
١٠٠	٠,٤٥٤**	١٢٧	٠,٣٣٨**
١٠١	٠,٢٠٨*	١٢٨	-٠,٠٢٨
١٠٢	٠,٥٧٥**	١٢٩	٠,٣٦٦**
١٠٣	٠,٥٦	١٣٠	٠,٤٩٦**
١٠٤	٠,١٩٥*	١٣١	٠,٣١٨**
١٠٥	٠,٢١٧*	١٣٢	-٠,٠٠٧
١٠٦	٠,٤٦٠**	١٣٣	٠,٣٦٣**
١٠٧	٠,٤١٣**	١٣٤	٠,٢١٠*
		١٣٥	٠,٣٠٠**

الارتباط بين درجة العبارة والدرجة ن = ١٣٠

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٥٣٥**	٦١	٠,٤١٩**
٢	٠,٤٥٢**	٦٢	٠,٢٧٣**
١٣	٠,٤٧٥**	٧٣	٠,١٦٠
١٤	٠,٣٢٠**	٧٤	٠,٤٦١**
٢٥	٠,٤٩٦**	٨٥	٠,٣٤٨**
٢٦	٠,٤٣٩**	٨٦	٠,٢٧٢**
٣٧	٠,٤٥٦**	٩٧	٠,٠٥٥
٣٨	٠,٤٧٩**	٩٨	٠,٣٨١**
٤٩	٠,٤٤٤**	١٠٩	٠,٣٩٠**
٥٠	٠,٣٧٣**	١١٠	٠,٣١٥**

١٢١	**٠,٤٠٦	١٢٥	*٠,١٩٨
١٢٢	**٠,٢٥٦	١٢٦	**٠,٢٦٧
		١٢٩	**٠,٣٢٧

يتضح أن جميع العبارات ترتبط ارتباطاً دالاً بهذا البعد عدا العبارتين رقم٧٣ و ٩٧ وبالتــالى يتم حذفهما من المقياس .

الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الثانى (انخفاض تقدير الذات)

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
٣	٠,١٠٦	٦٣	**٠,٤١١
٤	**٠,٣٤٥	٦٤	**٠,٢٢٦
١٥	**٠,٤٠١	٧٥	**٠,٣٣٥
١٦	*٠,١٩٥	٧٦	**٠,٤٦٥
٢٧	**٠,٣١٩	٨٧	**٠,٤٤٣
٢٨	**٠,٤٣٠	٨٨	**٠,٥٩١
٣٩	**٠,٤٩١	٩٩	**٠,٦٧٦
٤٠	**٠,٤٩١	١٠٠	**٠,٦٢٤
٥١	**٠,٤٥٣	١١١	**٠,٤٣٧
٥٢	**٠,٥٧٤	١١٢	**٠,٥٠٥

يتضح أن جميع عبارات البعد الثانى ترتبط ارتباطاً دالاً بهذا البعد عدا العبارة رقم(٣).

الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الثالث (الاكتئاب)

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
٥	**٠,٤٠٥	٦٥	**٠,٥٢٣
٦	**٠,٣٣١	٦٦	**٠,٥٤٣
١٧	**٠,٣٠٥	٧٧	٠,١١٤
١٨	**٠,٤٨٠	٧٨	**٠,٣٧٨
٢٩	**٠,٤٥٦	٨٩	**٠,٤٢٥
٣٠	**٠,٥٧٧	٩٠	**٠,٣٧٤
٤١	**٠,٥٧٦	١٠١	**٠,٤٠٤
٤٢	**٠,٢٩٠	١٠٢	**٠,٥٩٤

٥٣	٠,٣١٢**	١١٣	٠,٢٢١*
٥٤	٠,٢٨١**	١١٤	٠,٢٤٣**

يتضح من الجدول السابق أن جميع عبارات البعد الثالث ترتبط ارتباطاً دالاً بهذا البعد ماعـدا العبارة رقم (٧٧) وبالتالى يتم حذفها من المقياس .

الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الرابع (الانسحاب الاجتماعى)

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
٧	٠,٥٣٤**	٦٧	٠,٤٧٨**
٨	٠,١٨٢*	٦٨	٠,٣٩٣**
١٩	٠,٣٢٢**	٧٩	٠,٤٤٧**
٢٠	٠,٥٥١**	٨٠	٠,٥١٩**
٣١	٠,٤٢٥**	٩١	٠,٥١٠**
٣٢	٠,٣٠٩**	٩٢	٠,٤٢٢**
٤٣	٠,٢٧٥**	١٠٣	٠,٤٧٥**
٤٤	٠,٥٧٦**	١٠٤	٠,٣٨٣**
٥٥	٠,٥٣٥**	١١٥	٠,٣٤٤**
٥٦	٠,٤١٥**	١١٦	٠,٤٢٩**

يتضح من الجدول السابق أن جميع عبارات البعد الرابع ترتبط ارتباطاً دالاً بهذا البعـد عنـد مستوى دلالة ٠,٠١ .

الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الخامس (قصور المهارات الاجتماعية)

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
٩	-٠,٠٢٩	٩٤	٠,٤٣٧**
١٠	٠,٤٤٢**	١٠٥	٠,٣٨١**
٢١	٠,٢٨٤**	١٠٦	٠,٥٩٣**
٢٢	٠,٤١٥**	١١٧	٠,٢٩٧**
٣٣	٠,٣٥٤**	١١٨	٠,١٨٤**
٣٤	٠,٤٧٦**	١٢٣	٠,٦٠٦**
٤٥	٠,٥١٣**	١٢٤	٠,٣٠٢**
٤٦	٠,٣٢٤**	١٢٧	٠,٤٩٤**

٥٧	*٠,٢١٠	١٢٨	*٠,١٨٩
٥٨	٠,٠٨١	١٣٠	**٠,٦١١
٦٩	**٠,٣٧٠	١٣١	**٠,٣٩٧
٧٠	**٠,٢٦١	١٣٢	-٠,١٦٣
٨١	**٠,٤٥٠	١٣٣	**٠,٤٤٠
٨٢	**٠,٣١١	١٣٤	**٠,٤٣٤
٩٣	**٠,٣٢٥	١٣٥	**٠,٤١٥

يتضح من الجدول السابق أن جميع عبارات البعد الخامس ترتبط ارتباطاً دالاً بهــذا البعــد ماعدا العبارات رقم (٩- ٥٨- ١٣٢) وبالتالى يتم حذفها من المقياس .

الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد السادس (العدوان)

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١١	**٠,٦٥٤	٧١	**٠,٧٠٨
١٢	**٠,٧٤٦	٧٢	**٠,٦٧٤
٢٣	**٠,٥٩٢	٨٣	**٠,٧٢١
٢٤	**٠,٥٤٧	٨٤	**٠,٧٦٩
٣٥	**٠,٧٢٨	٩٥	**٠,٧١٦
٣٦	**٠,٦٤٨	٩٦	**٠,٧٢٧
٤٧	**٠,٦٦١	١٠٧	**٠,٦٧٢
٤٨	**٠,٦٩٧	١٠٨	**٠,٦٢٧
٥٩	**٠,٧٥١	١١٩	**٠,٦١٢
٦٠	**٠,٦٨٧	١٢٠	**٠,٦٤١

يتضح من الجدول السابق أن جميع عبارات البعد السادس ترتبط ارتباطاً دالاً بهذا البعد .

الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس

البعـــــــــــــــــــد	معامل الارتباط
القلق	**٠,٦١١
انخفاض تقدير الذات	**٠,٨١٦
الاكتئاب	**٠,٧٥٢

الانسحاب الاجتماعى	**٠,٥٠٣
القصور فى المهارات الاجتماعية	**٠,٧٧٤
العدوان	**٠,٥٦٣

يتضح أن جميع أبعاد المقياس ترتبط ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية للمقياس مما يدل على تماسك المقياس وارتباطه ببعضه البعض ، وأنه صادق فى قياس الظاهرة التى وضع لقياسها ، وأنه صالح للاستخدام فى الدراسة الحالية وذلك بعد حذف العبارات غير الدالة .

٣- حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية : وذلك بمقارنة درجات الإرباع الأعلى ودرجات الإرباع الأدنى واستخدام اختبار (ت) T- Test للمجموعات المرتبطة كما يلى :

قيم (ت) ودلالتها للفرق بين الإرباعى الأعلى والإرباعى الأدنى لكل بعد من أبعاد المقياس

البعد	الارباعى الاعلى		الارباعى الادنى		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى	
القلق	٦٧,٠٦١	٠,٧٧١	٥٨,٦٩٧	٠,٩٠٥	-٧,٠٣٤**
تقدير الذات	٥٤,٠٦١	٠,٥٤٦	٤١,٣٩٣	٠,٩٢٤	-١١,٧٩٥**
الاكتئاب	٥٢,٣٣٣	٠,٦٤٦	٤١,٧٥٧	٠,٧٣١	-١٠,٨٣٩**
الانسحاب	٥٣,٨٧٨	٠,٨٢٥	٤٦,٢٤٢	١,١٢٤	-٥,٤٧٦**
المهارات الاجتماعية	٧٨,٦٩٧	٠,٧٩٦	٦٢,٥١٥	١,٠٠٤	-١٢,٦٢٤**
العدوان	٤٧,٣٦٣	١,٤٠٢	٢٩,٢٧٢	١,٣٨٧	-٩,١٧٠**
المجموع الكلى	٣٥٣,٣٩٣	٢,٠١١	٢٧٩,٨٧٨	٢,٧٩٣	-٢١,٣٥٩**

يتضح من الجدول السابق أن قيم (ت) جميعها دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ وهذا يشير إلى أن أبعاد المقياس لها القدرة التمييزية بين المستويات المختلفة من الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية، وهذا يشير إلى صدق المقياس.

ثانياً: ثبات المقياس:

أ) أسلوب التجزئة النصفية: حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون لدرجات النصفين (٠,٧٢٤) وأصبح بعد التصحيح باستخدام معادلة التصحيح لسبيرمان براون Spearman Brown ٠,٨٤٠ وهو معامل ثبات مقبول يدل على ثبات مناسب للمقياس.

ب) طريقة ألفا كرونباخ: تم تعيين الثبات باستخدام معامل ألفا للأبعاد الستة وللمقياس ككل:

تعيين الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

البعد	معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ
القلق	٠,٧١٣
انخفاض تقدير الذات	٠,٧٦٩
الاكتئاب	٠,٧٢٥
الانسحاب الاجتماعى	٠,٧٦٥
القصور فى المهارات الاجتماعية	٠,٧٥٣
العدوان	٠,٩٣٨
المجموع الكلى	٠,٩١٧

يتضح من الجدول السابق ارتفاع معاملات ثبات المقياس وأبعاده المختلفة، حيث كانت درجات ثبات المقياس ككل بأبعاده الفرعية الستة هو (٠,٩١٧) مما يشير إلـى معامـل ثبـات مرتفـع، وتراوحت معاملات الثبات للأبعاد بين ٠,٧١٣ و ٠,٩٣٨ وهى قيم عالية.

وصف المقياس فى صورته النهائية: يتكون المقياس فى صورته النهائية والذى طبق علـى أفـراد العينة الأساسية من ستة أبعاد ممثلة للاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية فى الدراسة الحالية، وهى (القلق – انخفاض تقدير الذات – الاكتئاب – الانسحاب الاجتماعى – قصور المهارات الاجتماعية – والعدوان)، ويشتمل البعد الأول على (١٩) عبارة، والبعد الثانى على (١٨) عبارة، أما البعـد الثالث فيشتمل على (١٦) عبارة، ويشتمل البعد الرابع على (١٧ عبارة)، والبعد الخامس علـى (٢٣) عبارة، أما البعد السادس فيشمل (٢٠) عبارة، ويصبح العدد الإجمالى لعبارات المقياس فى صورته النهائية (١١٣عبارة) بعد حذف العبارات غير الدالة والناتجة من حساب الصدق والثبـات للمقياس، وقد قامت الباحثة بترتيبها دائرياً (عبارة لكل بعد).

البعد الأول (القلق) Anxiety: ويعرف إجرائياً فى الدراسة الحالية بأنه " اضطراب انفعالى يتميز بشعور غير سار مصحوب بحالة من التوتر العام والضيق والانزعاج، والخوف وتوقع الخطر وعـدم الاستقرار، مصحوبا بأعراض جسمية مثل العرق المفرط وصعوبة التنفس وسرعة نبـضات القلـب، ويزداد هذا الشعور فى المواقف الاجتماعية أو المدرسية التى يتوقع فيها الفشل، وتتمثل أبعاده فـى الدراسة الحالية فى (القلق العام – الأعراض النفسجسمية – سلوك رفض المدرسـة – المخـاوف الاجتماعية) "، ويتضمن هذا البعد العبـارات ذات الأرقـام: ١- ٧- ١٣- ١٩- ٢٥- ٣١- ٣٧- ٤٣- ٤٩- ٥٥- ٦١- ٦٧- ٧٣- ٧٩- ٨٥- ٩١- ٩٧- ١٠٢- ١٠٦.

البعد الثانى (انخفاض تقدير الذات) Self – Esteem: ويعرف إجرائياً بأنه " حكـم الفـرد علـى شخصيته سواء بالسلب أو بالإيجاب، ويتضمن ذلك تقدير الفرد وقدراته لإمكانياته، ونجاحه وفـشله،

ومظهره وكفاءته الشخصية أو الأكاديمية أو الاجتماعية، وكذلك رؤية الآخرين له من وجهة نظره " وتتمثل أبعاد تقدير الذات فى:

١- تقدير الذات الشخصى: ويقصد به تقدير الطفل لإمكاناته وقدراته ومظهره وثقته بنفسه.

٢- تقدير الذات الاجتماعى: تقدير الطفل النابع من مكانته بين أصدقائه والمجتمع من حوله.

٣- تقدير الذات الأسرى: أى تقدير الطفل لنفسه كفرد من أفراد العائلة ونظرة والديه وأخوته له.

٤- تقدير الذات الأكاديمى: ويقصد به تقدير الطفل لكفاءته الدراسية، وقدرته على النجاح وعلاقته بمدرسيه، ويتضمن هذا البعد العبارات ذات الأرقام: ٢- ٨- ١٤- ٢٠- ٢٦- ٣٢- ٣٨- ٤٤- ٥٠- ٥٦- ٦٢- ٦٨- ٧٤- ٨٠- ٨٦- ٩٢- ٩٨- ١٠٣.

البعد الثالث (الاكتئاب) Depression : " هو حالة انفعالية مركبة من مجموعة من الأعراض المعرفية والسلوكية والفسيولوجية تتمثل فى: الحزن والتشاؤم وكثرة البكاء، كراهية الذات والشعور بالذنب، الإحساس بالفشل والنقص، الشعور بعدم الاستمتاع وفقدان الاهتمامات الاجتماعية، الرغبة فى الانعزال عن الآخرين، ضعف الشهية يصاحبه انخفاض فى الوزن، اضطرابات النوم، فقدان الحيوية، التردد وعدم القدرة على اصدر أحكام صحيحة على الأشياء، وتصور سالب للجسم "، ويتضمن هذا البعد العبارات ذات الأرقام: ٣- ٩- ١٥- ٢١- ٢٧- ٣٣- ٣٩- ٤٥- ٥١- ٥٧- ٦٣- ٦٩- ٧٥- ٨١- ٨٧- ٩٣.

البعد الرابع (الانسحاب الاجتماعى) Social Withdrawal: " هو اضطراب فى العلاقات الاجتماعية مع الآخرين يتمثل فى الانطواء والميل إلى العزلة، ووجود صعوبات فى عقد صداقات حميمة أو الاستمرار بها، والانشغال بالذات والعالم الداخلى للفرد، والخجل والارتباك والتردد والتحفظ فى المواقف الاجتماعية بصفة عامة "، ويتضمن هذا البعد العبارات: ٤- ١٠- ١٦- ٢٢- ٢٨- ٣٤- ٤٠- ٤٦- ٥٢- ٥٨- ٦٤- ٧٠- ٧٦- ٨٢- ٨٨- ٩٤- ٩٩.

البعد الخامس (القصور فى المهارات الاجتماعية) Social Skills: يعرف هذا البعد إجرائياً فى هذه الدراسة بأنه: " القصور فى مجموعة السلوكيات المتعلمة والمقبولة اجتماعياً، التى تتفق مع قيم وقواعد المجتمع، وتتناسب مع طبيعة المواقف الاجتماعية التى يتعرض إليها الطفل، ويتضمن ذلك القصور فى كل من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التى تتضمن فى الدراسة الحالية القصور فى :مهارة التفاعل الاجتماعى، مهارة التعبير الاجتماعى، المشاركة الاجتماعية، التعاون، إتباع القواعد والتعليمات، وحل المشكلات الاجتماعية "، ويتضمن هذا البعد العبارات ذات الأرقام: ٥- ١١- ١٧- ٢٣- ٢٩- ٣٥- ٤١- ٤٧- ٥٣- ٥٩- ٦٥- ٧١- ٧٧- ٨٣- ٨٩- ٩٥- ١٠٠- ١٠٤- ١٠٧- ١٠٩- ١١١- ١١٢- ١١٣.

البعد السادس (العدوان) Aggressive: هو اضطراب اجتماعى ينتج عن حالة الإحباط والـشعور بالنقص لدى الطفل، يتمثل فى أى سلوك لفظى أو فعل مادى أو سـلوك فوضـوى يلحـق الـضرر بالآخرين أو بالممتلكات الخاصة أو العامة، ويتضمن (العدوان البدنى – العدوان اللفظـى–الـسلوك الفوضوى – وتدمير ممتلكات الآخرين الخاصة أو العامة)، ويتضمن هذا البعد العبارات ذات الأرقام: ٦- ١٢- ١٨- ٢٤- ٣٠- ٣٦- ٤٢- ٤٨- ٥٤- ٦٠- ٦٦- ٧٢- ٧٨- ٨٤- ٩٠- ٩٦- ١٠١- ١٠٥- ١٠٨- ١١٠.

طريقة التطبيق وتقدير الدرجات: يتم تطبيق المقياس بشكل فردى، حيث تقوم الباحثـة باصـطحاب الطفل خارج حجرة النشاط حيث يكون بعيداً عن بقية الأطفال حتى لا يتأثر الأطفال باستجابات بعضهم البعض، ثم تحاول إقامة حوار مع الطفل بعيداً عن موضوع المقياس بهدف إزالة ما قد يكون لـدى الطفل من رهبة أو خجل، وحتى يتكون نوع من الألفة والطمأنينة بين الباحثة والطفل تمكنهـا مـن طرح عبارات المقياس، كما كانت الباحثة تستعين بمعلم الصف فى بعض العبارات التى يصعب علـى الطفل التجاوب معها ، أو يمكنه الكذب فيها، وليس للمقياس زمن محدد للإجابة، إلا أنه يستغرق فى المتوسط من (٢٠ – ٢٥ دقيقة).

أما بالنسبة لطريقة تقدير الدرجات على المقياس، فتقوم الباحثة بتحويل البديل الذى اختـاره الطفل فى كل بند من بنود المقياس إلى الدرجة المقابلة له، وذلـك مـن خـلال مفتـاح التـصحيح المصاحب للمقياس، حيث يصاحب كل عبارة ثلاثة بدائل متدرجـة (نعـم – أحيانـاً – لا) وتـوزع الدرجات على هذه البدائل على الترتيب (٣ – ٢ – ١) فى حالة العبارات الموجبة، أما فـى حالـة العبارات السالبة فيكون التقدير عكسياً (١ – ٢ – ٣)، والدرجة الكلية للمقيـاس (٣٣٩ درجـة) بينما الوسطى هى (١٦٩,٥ درجة)، وكلما انخفضت الدرجة التى يحـصل عليهـا الطفـل علـى المقياس دل ذلك على انخفاض وجود الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية لديه والعكس صحيح، ويعد الطفل يعانى من الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية إذا ارتفعت نسبة درجاته على المقيـاس ككـل لأكثر من ٧٥ % .

ثانياً: البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكىCognitive Behavioral Counseling Program

– أهمية البرنامج: تأتى أهمية البرنامج من أهمية الفئة التى يقدم إليها وهى الأطفـال الموهـوبين ذوى عسر القراءة، فهؤلاء الأطفال يمثلون ثروة مهملة، كذلك أهمية التصدى للاضـطرابات التـى تعانى منها هذه الفئة والتى إذا ما استمرت مع هؤلاء الأطفال تصبح جزء من التكوين النفسى لهـم ويصعب التغلب عليها، كما تنبع أهمية البرنامج الإرشادى من أهمية النظريـة التـى يقـوم عليهـا (النظرية السلوكية المعرفية) باعتبارها طريقة فعالة فى علاج الاضطرابات النفسية المتنوعة، وذلك لسهولة تطبيقه خلال فترة زمنية قصيرة، وتنوع فنياته وأساليبه، كما أنه يصلح للتطبيـق بـصورة

فردية أو جماعية، كما أن نتائجه لها صفة الاستمرار والبقاء حتى بعد انتهاء البرنامج، كما يسهم فى تعلم طرق جديدة للتغلب على الاضطرابات النفسية والمواقف المثيرة للانفعال والتوتر، وذلك من خلال تصحيح الأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى الطفل مما يساعده على مواجهة مشكلاته بشكل أفضل.

- الأساس العلمى للبرنامج: تبنى البرامج الإرشادية على أسس نظرية ومفاهيم محددة وواضحة، حيث يعطى الأساس النظرى رؤية واضحة للموضوع مما يمكن من بناء البرنامج واختيار الفنيات والاستراتيجيات التى تقود لتحقيق أهداف البرنامج، ويقوم البرنامج الحالى على أسس النظرية المعرفية السلوكية فى الإرشاد.

ويعرف محمد درويش (١٩٩٧، ٣) الإرشاد المعرفى السلوكى بأنه مصطلح عام يشير إلى تشكيلة من الاتجاهات العلاجية مكانيزمها الرئيسى فى العمل يكون تعديل الأخطاء الأسلوبية فى التفكير، حيث إنه يقوم على نظرية مؤداها أن المسالك والانفعالات تتسبب جزئياً عن العمليات المعرفية التى يمكن وضعها للتغيير، وذلك فى ضوء مجموعة من الأسس والمبادىء العلاجية التى تتحد فى المشاركة العلاجية بين العميل والمعالج، والتى تم وصفها بإمبيريقية تعاونية، وما يتمخض عنها من ألفة ومصداقية تحث العميل على أن يتعلم من خبراته العلاجية فى قهر سلوكيات إحباط الذات لديه، وأخيراً اختزال المشكلة أى تبين القاسم المشترك وراء زملة مشاكل العميل وتحويلها إلى عرض مستهدف.

ويضم الإرشاد المعرفى السلوكى عدداً من المكونات الهامة فى إحداث التغيير ومنها:

١- الإقناع الجدلى: ويقصد به العمل على التخلص من مجموعة الأفكار اللاعقلانية التى تؤدى إلى قصور الفرد فى تأدية بعض المهام.

٢- التدريب على الملاحظة (ملاحظة تصرفات الفرد اللفظية وغير اللفظية).

٣- التغذية الراجعة المباشرة.

٤- قيام المرشد بالنمذجة ولعب الدور (عبد الستار إبراهيم،١٩٩٤ ، ٤٦) .

ويعتمد الإرشاد المعرفى السلوكى للأطفال كما هو الحال مع الكبار على افتراض مؤداه أن السلوك تكيفى يمكن تغييره، وأن هناك تفاعلاً بين أفكار الفرد ومشاعره وسلوكه، فالتوجه الأساسى فى فى هذا الإرشاد يتجه نحو فهم طبيعة ونمو الأنماط السلوكية للفرد والمصاحبة لها فى النواحى المعرفية، وهى مجموعة من المعارف والمعتقدات والاستراتيجيات التى توظف المعلومات بطريقة تكيفية (أسماء العطية، ٢٠٠٦ ، ٦١).

ويعد ذلك النموذج الذى قدمه آرون بيك من أبرز النماذج العلاجية فى هذا الاتجاه وأكثرها شيوعاً، ويعتبر منهجاً فينومونولوجياً ومعرفياً معاً، ففى الوقت الذى يركز على معارف ومعتقدات

الفرد فى الهنا والآن Here and Now كسبب فى اضطراب الشخصية، فإنه يستعين أيضاً بـبعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التى يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل، ويرى بيك أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفيـة Schemas تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسـية لـدى الفـرد والتـى يكتسبها خلال مراحل النمو، وأن الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة تكون نتاجاً لمعـارف محرفـة ولاعقلانية (عادل عبد الله، ٢٠٠٠ ، ص ص ٥٩ – ٦٠).

وعلاج بيك المعرفى عبارة عن حزمة علاجية مشتقة من نظرية أهدافها هى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بهدف تطوير وإنتاج بدائل أكثر مناسبة وأفكار توافقية، ويـتم تـشجيع الاسـتجابات المعرفية والسلوكية القائمة على هذه الأفكار التوافقية، وهناك تأكيد علـى العلاقـة بـين المعـالج والمريض، وصميم عمل الإرشاد امعرفى السلوكى لبيك هو التعرف على الافتراضات السلبية المؤدية إلى حالة مزاجية سالبة، واستبدال هذه الأفكار بأفكار دقيقة وإيجابية وموضوعية (محمد هندية، ٢٠٠٣ ، ٩٧) .

ومن النماذج البارزة أيضاً فى الإرشاد المعرفى السلوكى اتجاه الإرشاد العقلانـى الانفعـالى Rational Emotive Counseling والذى أسسـه العالم الأمـريكى ألبرت إليس A.Ellis، والإرشاد العقلانى الانفعالى هو طريقة فى المعالجة النفسية تقوم على أن النتائج الانفعالية التى تتبع حدثاً منشطاً ليست ناتجة عن الحدث المنشط، بل إنها ناتجة عن نظام الأفكار لدى الفرد، ولذلك فـإن حدوثه نتيجة انفعالية غير مرغوب فيها مثل القلق والاكتئاب أو الغضب تكون متأثرة بنظام الأفكـار اللاعقلانى لدى الفرد، وعندما تدحض هذه الأفكار اللاعقلانية عن طريق المواجهة العقلانية فإن هذه النتائج سوف تختفى ولن تعود للظهور ثانية (نيرة عبد الفتاح، ٢٠٠٤ ، ٤).

ويمكن إجمال أهداف الإرشاد العقلانى الانفعالى السلوكى فيما يلى: يساعد الفرد على حمايـة نفسه، يساعد الفرد على تحقيق أهدافه الواقعيـة ، يبعـد الفـرد عـن المـشاكل مـع الآخـرين، يحرر الفرد من الصراعات الانفعالية (سامى هاشم، ١٩٩٧ ، ٦٨)، مساعدة المريض فى التعـرف على أفكاره غير العقلانية التى تسبب سوء توافقه الاجتماعى، زيادة اهتمام المريض بنفسه وتقبلـه لذاته وتقبله للتفكير العلمى والمنطقى، زيادة المرونة لدى المريض ومحاربـة الأفكـار والمعتقـدات اللاعقلانية لديه (إجلال سرى ، ١٩٩٧ ، ١٦٩)، حل مشكلات المريض الحياتية ومساعدته علـى تعديل حالته المزاجية، إعادة بناء فلسفة الفرد فى الحياة بصورة شاملة بحيث تتضمن هذه الفلـسفة الجديدة (تقبل إيجابى للذات، اتجاهات غير معادية أو ناقدة للآخرين، وتقبل قوى للواقع، وتـسامح وتساهل دون الإحساس بالإحباط أو الضعف أو الحرمان، مع تحديد رغبات لا تثقـل علـى الـذات) (محمد بيومى، ١٩٩٦ ، ١٤).

ومن هنا جاء اختيار الباحثة للإرشاد المعرفى السلوكى كأساس فى تطبيق برنامجها على أطفال العينة من الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة، وذلك بناء على ما أوصت به نتائج الدراسات السابقة من فعالية هذا النوع من الإرشاد فى التعامل مع الاضطرابات التى تعانى منها هذه الفئة من جهة، ومن جهة أخرى فاعليته فى التعامل مع الأطفال بناء على ما أشارت إليه الدراسات الحديثة فى المجال.

- أهداف البرنامج: يهدف البرنامج إلى خفض بعض الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية لدى عينة من الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة مستنداً فى ذلك إلى النظرية السلوكية المعرفية فى الإرشاد النفسى، وبصفة خاصة النموذج المعرفى لبيك، ونموذج الإرشاد العقلانى الانفعالى السلوكى لإليس، ويتحدد هذا الهدف العام فى هدفين أساسيين:

- هدف إرشادى: حيث يهدف إلى خفض بعض الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة من خلال تدريبهم على استخدام بعض الأساليب المعرفية والسلوكية المتضمنة فى البرنامج مثل (التحكم الذاتى – والتدريب على فنية حل المشكلة – والحوار الذاتى – والتخيل العقلانى الانفعالى – جدولة الأنشطة – الاسترخاء – التحصين التدريجى – التوكيدية – والتدريب على المهارات الاجتماعية).

- هدف وقائى: حيث يكتسب أطفال العينة التجريبية بعض الفنيات المعرفية والسلوكية التى تساعدهم على مواجهة المواقف المثيرة للقلق والاكتئاب والعدوان ومشاعر النقص والدونية مما يكفل لهم حياة اجتماعية وانفعالية سليمة فى المستقبل، ومواجهة الأفكار والمعتقدات الخاطئة التى قد تواجههم فى المستقبل.

- تحديد محتوى البرنامج: محتوى البرنامج هو المواقف المنظمة والأنشطة والتدريبات المصممة وفقاً لأسس معينة لتحقيق أهداف الدراسة، ويتم تحديدها من خلال عدة خطوات:

١- الاطلاع على التراث النظرى الخاص بطبيعة الاضطرابات الانفعالية والاجتماعية التى تهتم بها الدراسة بصفة عامة، ولدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة بصفة خاصة، وكذلك الاطلاع على التراث النظرى الخاص بالإرشاد المعرفى السلوكى.

٢- الاطلاع على البرامج العربية والأجنبية التى استخدمت الإرشاد المعرفى السلوكى فى خفض الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية بصفة عامة وخفضها لدى الأطفال بصفة خاصة، ومن البرامج العربية فى هذا الإطار المتضمنة فى الدراسات التالية: دراسة محمد هندية(٢٠٠٣) ودراسة عمار الناعمة (٢٠٠٨)، أما بالنسبة للبرامج الأجنبية فى هذا الإطار فمنها: البرنامج المتضمن فى دراسة سكهودلسكى وآخرين(Sukhodolsky, D., et al.(2004 ، ودراسة

فوجلر وآخرون Fogler, J., et al.(2007) ، ودراسة جلاجو وآخرين Glago,K., et al.(2009) ، ودراسة كلينى Cilene, S.(2010).

٣- عقدت الباحثة عدداً من المقابلات الفردية مع أولياء أمور أطفال العينة، وكذلك المعلمين والمعلمات والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين فى المدراس، وقد أسفرت هذه المقابلات عن عدد من المعلومات حول طبيعة مشكلات هؤلاء الأطفال وأسبابها والمواقف المثيرة لهذه المشكلات، وطبيعة علاقاتهم الاجتماعية، ولقد كان لهذه المعلومات كثير من الأهمية فى بناء مواقف البرنامج وتحديد أنشطته، وكذلك تحديد المعززات التى يحبها الأطفال، ومدى أفضلية بعضها على البعض الآخر لديهم.

وقد تم وضع البرنامج فى ضوء عدد من المحكات:

١- مراعاة مبدأ الفروق الفردية بين الأطفال أثناء عملية الإرشاد.

٢- اختيار المواقف والأنشطة التى تتواءم مع أهداف البرنامج وتحققها.

٣- ملاءمة محتوى البرنامج لطبيعة أطفال العينة من كونهم موهوبين ويعانون من عسر القراءة

٤- مراعاة أن يكون المحتوى مثيراً لدافعية العينة ، ومحفزاً للاستمرار فى البرنامج.

٥- عرض خبرات ونماذج تطبيقية للطفل تظهر فاعلية البرنامج فى التغيير الإيجابى.

٦- أن يوفر البرنامج التغذية الراجعة للمشاركين فيه.

٧- أن يوفر البرنامج الفرصة للمرور بخبرات مباشرة من خلال التدريبات والأنشطة سواء فى الجلسات أو فى التدريبات المنزلية للممارسة الفعلية لما يتم التدريب عليه.

- وصف وحدات البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى وجلساته: اشتمل البرنامج على تسع وحدات متصلة وليست منفصلة، فهذا التقسيم لتسهيل الإجراءات وتنظيمها وليس انفصالاً فى الأهداف والنواتج المترتبة عليها، وتشمل هذه الوحدات الإرشادية:

- الوحدة الأولى (الجلسات من ١ – ٢) وهى الجلسات التمهيدية.
- الوحدة الثانية (الجلسات من ٣ – ٧) وهى المرحلة المعرفية للبرنامج.
- الوحدة الثالثة (الجلسات من ٨ – ١٥) وهى الجلسات الخاصة باضطراب القلق.
- الوحدة الرابعة (الجلسات ١٦ – ٢١) وهى الجلسات الخاصة بتقدير الذات المنخفض.
- الوحدة الخامسة (الجلسات من ٢٢- ٢٧) وهى الجلسات الخاصة باضطراب الاكتئاب.
- الوحدة السادسة (الجلسات من ٢٨ – ٣٣) وهى الخاصة الانسحاب الاجتماعى.
- الوحدة السابعة (الجلسات من ٣٤ – ٤١) وهى الخاصة بقصور المهارات الاجتماعية.
- الوحدة الثامنة (الجلسات من ٤٢ – ٤٦) الجلسات الخاصة بمشكلة العدوانية.
- الوحدة التاسعة (الجلسات من ٤٧ – ٤٨) الجلسات الختامية.

ويتم تطبيق البرنامج فى عدد من المراحل كما يلى:

- المرحلة الأولى: وهى التى يتم فيها التعارف بين الباحثة وتلاميذ المجموعة التجريبية وذلك من خلال جلسات الوحدة الأولى.

- المرحلة الثانية: وهى المرحلة المعرفية والتى يتم فيها تقديم المفاهيم النظرية والمهارات المعرفية حول بعض الاضطرابات التى يتناولها البرنامج والأسس المعرفية للتعامل معها، وهذه المرحلة تتمثل فى جلسات الوحدة الثانية.

- المرحلة السلوكية: والتى تهدف إلى ممارسة المبادىء النظرية والفنيات السلوكية (مثل الاسترخاء والتحصين التدريجى) وذلك للسيطرة الفعلية على الاضطرابات، وتتمثل هذه المرحلة فى الوحدات من الثالثة وحتى الثامنة.

- المرحلة الختامية والتى يتم فيها إنهاء وتقييم البرنامج، وتتمثل فى جلسات الوحدة التاسعة.

- الفنيات والأساليب التى اعتمد عليها البرنامج: وتنقسم إلى فنيات معرفية وأخرى سلوكية:

أولاً: الفنيات المعرفية:

١- التحكم الذاتى Self Control: إجراء تعليمى علاجى يتضمن عدة مراحل متسلسلة، حيث يتم فى المرحلة الأولى تعريف الأفكار السيئة التوافق، فيتعلم الطفل هنا أنه يستطيع تغيير السلوك المشكل الذى يعانى منه بتحديد الأفكار الخاطئة المتضمنة به، وفى المرحلة الثانية يتم تعليمه كيف يركز على جسمه، وعليه كتابة معلومات يمكن الاستفادة منها، أما فى المرحلة الثالثة فيتم تنمية مهارة الإحساس بالمثير المسبب للمشكلة لديه فيتعلم الاسترخاء، وفى المرحلة الرابعة يبدأ فى تعلم مهارات التحكم الذاتى المتضمن ملاحظة وتقييم ومكافأة الذات، وأسلوب حل المشكلة وهى تلك الخطوات التى تساعد على التخلص من المشكلة(أسماء العطية، ٢٠٠٦ ،ص ص ٩١ – ٩٢).

وسوف يتم استخدام هذه الفنية بتعليم أفراد العينة الفرق بين المشاعر المختلفة الإيجابية منها والسلبية، ثم الانتقال إلى المشاعر السلبية كمشاعر الضيق والتوتر وسرعة الاستثارة، ويتم تعليمه أن هذه المشاعر يمكن تعديلها، ويطلب منهم تحديد مواقف مثيرة لهذه المشاعر حدثت لهم بالفعل، ثم تعليمهم ملاحظة أنفسهم فى مواقف الغضب والعدوان والمنافسة القوية وغيرها، وتحديد الأفكار والكلمات التى يتحدثون بها مع أنفسهم والأعراض الفسيولوجية التى يشعرون بها، ثم مساعدتهم على استخدام عبارات إيجابية واستخدام الاسترخاء للتغلب على ذلك، ثم تقييم أنفسهم ثم تعزيزها.

٢- إعادة البناء المعرفى Cognitive Restructuring: هو العملية الخاصة بتعريف وتقدير معرفة الفرد، وتفسير سلوكه السلبى ومدى تأثره بأفكار محددة، وتعلم كيفية استبدال هذه المعارف المشوهة بأفكار أخرى واقعية وملائمة، فإعادة البناء المعرفى عملية جوهرية لإجراء التغيير فى تفكير الفرد وله تأثير قوى على المشاعر والأداء .(Corey, G., 2008, P.348)، وسوف تقوم

الباحثة باستخدام هذه الفنية مع الأطفال من خلال تحديد الشعور أو الفكرة الخاطئة المسيطرة علـى الطفل، ثم تدريبه على كيفية استخدام الأفكار البديلة الصحيحة فى مواجهة هذه الأفكار فى المواقـف المختلفة.

٣- التدريب على أسلوب حل المـشكلة Problem Solving Training: يعـرف بأنـه إجـراء كلينيكى تم استخدامه فى العلاج تم استخدامه فى العلاج السلوكى، ويتكون من عدة خطوات تتمثل فى تعريف المشكلة، تحديد الاحتياجات لحلها، توليد البدائل التى يمكن أن تستخدم، تقييم البدائل والنتائج المرتبطة بها، ثم التحقق من النتـائج (نبيلـة شـيحة، ٢٠٠٦، ص ص ١٩٩- ٢٠٠)، ويمكـن استخدام هذه الفنية من خلال تدريب الطفل على أن يسأل نفسه ما المشكلة ؟ ما الحلول التى أستطيع أن أطبقها لحل المشكلة ؟ ما الحل المناسب للمشكلة ؟ ما نتيجة تطبيق الحل؟ وتقوم الباحثة بتقـديم نماذج لمواقف ومشكلات تواجههم، وكيفية حلها والتغلب عليها بتطبيق خطوات تلك الفنية.

٤- فنية المتصل المعرفى: وفى هذه الفنية يطلب من الطفل أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مـع الآخرين، على سبيل المثال يطلب من الطفل الذى لديه فكرة أنه (شخص عديم الفائدة) أن يعـرف المقصود بعديم الفائدة ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعـرفهم علـى معيـار متدرج لهذه الصفة يبدأ بصفر (عديم الفائدة) حتى ١٠٠% (فعال جداً)، وهى طريقة مفيدة فـى استبدال الأفكار التلقائية (محمد هندية، ٢٠٠٣ ، ٢٦٩).

٥- فنية الإلهاء والتحول Diversion: وهى تساعد المتدرب على التخفيض المؤقـت للانفعـالات السلبية كأن يركز المتدرب على أحد الأشياء الموجودة فى مكان الجلسة أو الغرفة التى يتواجد فيهـا ثم يصفها بالتفصيل، أو العد من ١ إلى ١٠ والتوقف لمدة قصيرة بعد الرقم (١)، ثم إعـادة العـد والوقوف لمدة قصيرة بعد الرقم (٢) وهكذا بالتدريج يقف لمدة قصيرة بعد كل رقم إلى أن تنتهـى الأرقام العشرة، وقد يأخذ التحول أشكال مختلفة مثل المشى أو القراءة أو التكلم مع أحد أو التأمل فى البيئة المحيطة، وقد يأخذ التحول شكل التصور الذهنى، وذلك بأن يتصور مشاعر سارة فى الماضى (هناء آل ثانى، ٢٠٠٤ ، ١٩٨).

٦- الحوار الذاتى: بمعنى تدريب الطفل على ملاحظة حواره مع نفسه لأن الحوار إذا كـان سـلبى سيدفع الفرد للاتجاه السلبى، والعكس إذا كان حواره مع نفسه إيجابياً فإن ذلـك يـدعوه لمواجهـة الموقف وتحقيق الهدف، وإذا لم يتدرب الفرد على ملاحظة حواره مع نفسه فسوف لا ينتبـه إلـى تأثير هذا الحوار السلبى، وسيعتقد أن هذه حقيقة الموقف (نيرة عبد الفتاح ، ٢٠٠٤ ، ١١٩).

٧- التخيل العقلانى الانفعالى: يستخدم المعالج أسلوب التخيل العقلانى الانفعالى السلوكى وهو أحـد أساليب الدحض والتفنيد، حيث يطلب من الطفل أن يتخيل نفسه فى موقف من الانفعال الكـدر، ثـم

يتخيل نفسه غير من هذا الانفعال إلى انفعال أقل (مثل أن يغير من تقليل ذاته من خلال الآخرين إلى تقدير ذات إيجابية من الآخرين)، وله ثلاث أشكال:

- حيث يطلب المعالج من الطفل تخيل صورة واضحة للموقف الذى يشعر فيه بمشكلته الانفعاليـة مع حثهم على تغير الانفعال السلبى غير المناسب إلى انفعال مناسب.
- يتخيل الطفل نفسه يشعر ويتصرف بطريقة مناسبة فى المواقف التى تنشأ قبل أن يحـدث هـذا الموقف فى واقع الحياة.
- يتخيل الطفل نفسه بعد وقوع ما يكره مباشرة، ثم بعد مرور ساعات وأيام وشهور إلـخ، وهـذا النوع من التخيل يحث الطفل على تغيير معتقداته اللاعقلانية عندما يدرك أثناء تخيله أنه يمكـن أن يشعر بالسعادة مرة أخرى بعد وقوع ما يكره (محمد هندية، ٢٠٠٣، ص ص٢٧٥- ٢٧٦).

٨- الإقناع الجدلى: والذى يمثل مكوناً هاماً للعلاج المعرفى السلوكى بدءاً من تقديم الأساس المنطقى للعلاج إلى إقناع الشخص المضطرب بضرورة العلاج وأهمية الالتزام به، وإيضاح مسئولية الشخص المضطرب فى حدوث الاضطراب، وذلك بسبب ما يعتنقه من أفكار لاعقلانية، وفى سبيل ذلك يستخدم عدد من الفنيات: تقديم الأساس المنطقى للعلاج، التحليل المنطقى والتقييم، تقليل لامعقولية الأفكـار، التحليل، والتقييم الامبيريقى، التعارض بين المعارف والاعتقادات السائدة، الاسـتجابة الدالـة علـى الشك من جانب المعالج، التماثل السلبى (أى يوضح للشخص التماثل أو التـشابه بـين معـارف لا تواؤمية لديه وبين مثير سلبى من خلال مشهداً متخيلاً غير سار، تناول النتائج الإيجابيـة للتغييـر، المناقشة المعرفية الشاملة (عادل عبد الله ، ٢٠٠٠، ص ص ٩٠ – ٩٥).

٩- جدولة الأنشطة: تستخدم هذه الفنية لمساعدة المـريض علـى تخطـيط الأنـشطة اليوميـة أو الأسبوعية وتعتبر ذات فاعلية فى العلاج المعرفى نظراً لأن الشخص المضطرب يرى نفسه على أنه غير فعال، فيكون من المهم أن يصبح فعالاً وينظم يومه، كما تساعد الشخص علـى تحديـد بعـض الأشياء المتعلقة باضطرابه خارج الجلسات، ومراقبة تفكيره المشوه، ويجب أن يؤكد المرشـد عنـد استخدام جدول الأنشطة على أنه لا يمكن أن ينجز الفرد كل شىء يخطـط لـه، وبالتـالى لا تـشعر بالحزن أو اليأس ما لم تحقق كل ما خططت له، وكن متأكداً أن مجرد محاولة تنفيذ الخطـط يعتبـر خطوة مهمة فى وضع الهدف القائم، بالإضافة إلى أنه قد يكون هناك عوامل خارجية تؤثر فى إنجاز ما خططت له (سيد عبد العظيم، ١٩٩٨ ، ٣٠٥).

١٠- الواجبات المنزلية: يتم دائماً فى الإرشاد المعرفى تكليـف العمـلاء بـأداء بعـض الواجبـات المنزلية، والتى تتضمن أنشطة عقلية وانفعالية وسلوكية، ويتم تحديدها لهم خلال الجلسات، ثم يـتم مراجعتها ليرى كل منهم إذا كان قد أنجزها بالشكل المناسب أم تحتاج إلى أن يعيدها من جديد، ومثل هذه الواجبات قد يطلب فيها من العميل أن يوظف أفكاره ومعارفه المنطقية الجديدة التى تعلمها فـى

مواقف الحياة الفعلية، وعندما يفشل العميل فى تنفيذها يساعده المرشد فى تحدى الأفكار اللاعقلانية من جديد، كأن يطلب منه تكرار كمية كبيرة من المعلومات والأفكار الصحيحة والتى تناقض الأفكـار الخاطئة (الفرحاتى محمود، ٢٠٠٥ ، ١١٤).

١١- المحاضرة والمناقشة: حيث تستخدم الباحثة أسلوب المحاضرات فى الجلسات بغرض تبـسيط المعلومات والمصطلحات المرتبطة بالبرنامج وبالمشكلات التى يعانى منها أطفال العينة بما يتناسـب مع مستوى تفكيرهم، أما بالنسبة للمناقشة والحوار فإنه يلعب الإقناع الجدلى اللفظى دوراً هاماً فيها، يلى ذلك شرح منطق الإرشاد وضرورته، وكيفية تنفيذه، ولإقناع العملاء وتبصيرهم فيها، والكيفيـة التى يمكنهم بموجبها أن يقوموا بتنفيذ مثل هذه الإجراءات (خالد عسل، ٢٠٠٥ ، ١١٥)، وتستخدم الباحثة هذه الفنية فى إقناع الطفل بأهمية الجلسات الإرشادية، وإقناعه بخطـأ مفاهيمـه وضـرورة تغييرها، والرد على استفسارات الأطفال، وتحقيق المزيد من التفاعل بين الباحثة والأطفـال وبـين الأطفال بعضهم البعض.

ثانياً: الفنيات السلوكية:

١- الاسترخاء Relaxation: يعرف الاسترخاء بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العقلية المصاحبة للتوتر، ويستخدم الاسترخاء فى الطب النفسى وعلم النفس الكلينيكى بأساليب متعددة منـذ فترة طويلة، ويجمع علماء النفس اليوم على فائدة التدريب على الاسـترخاء فـى تخفـيض القلـق وتطوير الصحة النفسية، حيث يعتبر الاسترخاء من العوامل الكافة للقلـق، فـلا يمكـن أن يكـون الشخص مسترخياً وقلقاً فى الوقت نفسه (نبيلة شيحة، ٢٠٠٦، ٢٠٢).

٢- التحصين التدريجى Systematic Desensitization: يتطلب استخدام هـذا الأسـلوب مـع الأطفال قدرة الطفل على تحديد الاستجابات المتعارضة مع القلق، ثم تقسيمها إلى مواقـف فرعيـة صغيرة متدرجة بحسب الشدة، بحيث تبدأ بأقلها إثارة لمخاوف الطفل، ثم تعريضه للمواقف المخيفـة تدريجياً، وذلك إما من خلال الخيال أو الواقع، ويتم تدريب الأطفال على هذه الفنية بعد تدريبهم على الاسترخاء، وتحديد المواقف المثيرة للقلق لديهم، ثم الاقتران بين تلك المواقف فى الخيال (أسـماء العطية، ٢٠٠٦، ص ص ٩٥ – ٩٦).

٣- التعزيز Reinforcement: يعرف سلافين (1991) Slavin, R. المعزز على أنه تابع يقـوى الاستجابة أو يزيد من تكرار السلوكيات، ولا يمكننا افتراض أن تابع معين هو فى الحقيقة معزز حتى يظهر دليل على أنه يقوى السلوك فى فرد معين، كمثال الحلوى ربما عامـة تعـد معـززاً للأطفـال الصغار، لكن بعد وجبة كبيرة ربما لا يجد الأطفال متعة فيها، كما أن بعض الأطفال لا تحب الحلـوى عامة (P.104).

٤- النمذجة Modeling: هى عملية تعنى التعلم بملاحظة الآخرين ومراقبتهم، ويطلب من الطفل أن يقلدها وذلك طبقاً لقوانين محددة، وقد أوضحت الدراسات أن نتائج ملاحظة الطفل للنماذج المختلفة تؤكد على فائدتين هما: اكتساب سلوكيات جديدة لم تكن موجودة لدى الطفل من قبل، تقليل أو زيادة سلوكيات موجودة لدى الطفل من قبل (هويدة الحلوجى، ٢٠٠٦، ١٩٩).

٥- لعب الدور Role Playing: يتم فيه تدريب الشخص على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها، حيث يطلب المرشد من الشخص الذى يعانى من الخجل مثلاً أن يؤدى دوراً مخالفاً لشخصيته، أو أن يقوم بأداء دور رجل عدوانى أو انفعالى وهكذا، ولكى ينجح هذا الأسلوب يجب على المرشد مراعاة الآتى:

- عرض السلوك المطلوب تعلمه أو اكتسابه من قبل المرشد أو نماذج.
- تشجيع الشخص على أداء الدور مع المرشد أو مساعدته أو مع شخص آخر.
- تصحيح الأداء وتوجيه انتباه الشخص لجوانب القصور فيه، وتدعيم الجوانب الصحيحة منه
- إعادة الأداء وتكراره إلى أن يتبين للمرشد أن الشخص قد أتقن الدور.
- الممارسة الفعلية فى مواقف حية لتعلم الخبرة الجديدة أو تصحيح الاستجابات فى ضوء ما تم فعلاً فى المواقف الحياتية (محمد غانم، ٢٠٠٦، ١٠٠).

٦- التوكيدية Assertiveness: يعرف ولبى Wolpe مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أى انفعال فيما عدا التعبير عن انفعال القلق، إلا أن المرشدين السلوكيين يعالجون هذا المفهوم بصورة أكثر اتساعاً، فالشخص التوكيدى ليس هو فقط من يدرب نفسه على العدوان وإعطاء الأوامر والتحكم فى الآخرين، بل هو أيضاً يستطيع التعبير الإيجابى عن كثير من المشاعر الأخرى مثل الصداقة والود والإعجاب والشكر (عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر، ٢٠٠٥، ٢٥٤).

٧- التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training: يذكر Geldard, K.& Geldard, D.(1997, P.179) أن هناك ثلاث مكونات للتدريب على المهارات الاجتماعية وهى مهمة ليكون التدريب مؤثر وفعال:

- مساعدة الطفل على اكتساب أفكار واضحة حول السلوك التكيفى المقبول اجتماعياً.
- مساعدة الطفل على اكتشاف كيفية استخدام المهارات الاجتماعية المناسبة.
- مساعدة الطفل على تعميم المهارات المكتسبة حتى يضعهم بالفعل فى المواقف الاجتماعية المختلفة فى بيئة الطفل الشخصية، كما أن هناك ثلاث مكونات أخرى تحتاج إلى تحديد عند تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية وهى (التحديد والتعبير عن المشاعر – الاتصال مع الآخرين – إدارة الذات).

٨- التغذية الراجعة Feedback: بعد ممارسة العميل لسلوك جديد أو إعطاء تقرير عن الواجبات المنزلية فى الحياة اليومية، يتم توفير التغذية الراجعة من المرشد أو أعضاء المجموعة الإرشادية فى صورة لفظية، ويكون لها وجهتى نظر، الإطراء أو التشجيع السلوكى، والاقتراحات الخاصة لتصحيح أو تقليل الأخطاء، والتغذية المرتدة جزء مفيد لتعليم سلوك جديد وخاصة إذا كان سلوكاً إيجابياً .(Corey, G., 2008,P.348)

- الأسلوب الإرشادى المستخدم فى البرنامج: اعتمد البرنامج الحالى على أسلوب الإرشاد الفردى بشكل أساسى، وفى بعض الجلسات تم اللجوء إلى الإرشاد الجماعى حيث تناسب هذا الأسلوب مع الجلسات التى كان هدفها تكوين علاقات اجتماعية سليمة، واكتساب مهارات اجتماعية كالتفاعل الاجتماعى والتواصل والمشاركة والتخلص من السلوكيات العدوانية تجاه الآخرين، كما كان لهذا الأسلوب أهمية فى حالة المناقشات المفتوحة عن المشاعر المكبوتة التى تؤدى إلى الاضطراب، وعرض كل طفل لتجاربه وأفكاره، ولهذه المشاركة بين الأطفال فى الحوار فاعليتها فى التنفيس الانفعالى، والتقليل من الشعور بالتوتر والقلق والاكتئاب، كما لجأت الباحثة لأسلوب الإرشاد الفردى فى كثير من الجلسات وفقاً للهدف منها، وكذلك فى حالة استخدام التحصين التدريجى، وأيضاً فى حالة خصوصية بعض أوجه الاضطرابات بطفل معين مما يتوجب عليه الانفراد مع الطفل ليعبر بحرية عما بداخله وتوفير الشعور بالأمان والسرية.

- الأنشطة المستخدمة فى البرنامج: اعتمدت الباحثة على عدد من الأنشطة الاجتماعية (مثل التعاون مع الزملاء فى تجميل الفصل أو تنظيفه – عمل حفل ميلاد لأحد الزملاء)، أنشطة لغوية (مثل نشاط تقديم نفسى للآخرين والتحدث عن أهم الأشياء المفضلة لى وأهم الشخصيات فى حياتى)، أنشطة فنية كالرسم والتلوين والتشكيل، أنشطة موسيقية ولها أهمية بالغة فى تنمية قدرة الطفل على الانتباه والاستيعاب والتخيل، وإزالة التوتر، أنشطة قصصية وهى تساعد على تنمية الثروة اللغوية وزيادة فرص التعبير عن أنفسهم أمام الآخرين، والتواصل اللغوى معهم، أنشطة تمثيلية وذلك من خلال تمثيل الأطفال لمواقف وخبرات مروا بها، أو تمثيل مواقف اجتماعية منتقاة (مثل محادثة تليفونية مثلاً) أو تمثيل لأحداث قصة، وأنشطة رياضية مثل الألعاب الجماعية (كمباريات كرة القدم).

- الأدوات والوسائل المستخدمة فى البرنامج: وتتمثل فيما يلى:

- مجموعة من القصص التى تحكى مواقف سلوكية وقيم اجتماعية إيجابية.
- تصميم مجموعة مواقف تمثل نماذج سلوكية إيجابية وسلبية.
- شرائط فيديو مسجل عليها بعض المواقف الممثلة للمهارات الاجتماعية المقبولة.
- شريط كاسيت للتدريب على الاسترخاء، أوراق عمل متنوعة حسب طبيعة كل جلسة.

- التسجيلات الصوتية لنماذج من الحوارات التى تجرى داخل حجرة الدراسة لاسترجاعها وتقويمها فى ضوء المهارات الاجتماعية.
- مجموعة من الدمى، أوراق وبطاقات للرسم، شرائط لأغانى الأطفال، ألوان وصلـصال، قـصص للتلوين، قص ولصق، ملابس لتمثيل الأدوار المختلفة.
- تسجيل لبعض الأحداث التى ترد فى وسائل الإعلام للتعقيب عليها.
- قيام أحد الأطفال بسرد قصة معينة عايشها، ويقوم باقى الأطفال بطرح كل الأسئلة الممكنة عليها ، مجموعة من الصور المعبرة عن حالات انفعالية معينة.

– زمن ومكان البرنامج: يتم تنفيذ البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى على مـدى سـت عـشرة أسبوعاً بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، مدة كل جلسة تتراوح ما بين ٥٠ – ٦٠ دقيقة، وبذلك يبلـغ عدد جلسات البرنامج (٤٨ جلسة)، وقد تم التطبيق فى المدارس الملحق بها أطفـال المجموعـة التجريبية وهى (مدرسة مصطفى كامل الابتدائية – مدرسة التيمورية الابتدائية – مدرسـة الفرمـا الابتدائية)، حيث وفرت المدارس أماكن مناسبة للقاء مع الطفل (وفى بعض الأحيـان مـع بعـض زملائه حسب مقتضيات الجلسة)، كما تم استضافة الأطفال فى الجلسات التى تتطلب اجتماع أفـراد المجموعة التجريبية فى مؤسسة نور الرحمن لذوى الاحتياجات الخاصة والتى توفر فـصل خـاص لذوى صعوبات التعلم.

– تقييم البرنامج: ويتم التقييم على ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: قبل تطبيق البرنامج وذلك من خلال القياس القبلى، الذى يحدد مستوى الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية والضابطة.

المرحلة الثانية: أثناء تطبيق البرنامج مع العينة التجريبية فقط، ويسمى التقييم المـصاحب ويـشمل على ملاحظة الباحثة لأداء الأطفال وتقييمها لأداء الطفل بعد كل نشاط.

المرحلة الثالثة: التقييم النهائى وذلك من خلال تطبيق المقياس مرة أخـرى (القيـاس البعـدى)، ومقارنته بالقياس القبلى للتأكد من وجود تحسن قد طرأ على مستوى أفراد العينة التجريبيـة، كمـا سيتم تقييم مدى استمرار فعالية البرنامج، وذلك من خلال تطبيق القياس التتبعى بعد شهر من انتهاء البرنامج.

إجراءات الدراسة:

١– اختيار عينة الدراسة النهائية من الموهوبين ذوى عسر القراءة وإجراء الاختبارات التشخيصية المناسبة لها.

٢– إجراء المجانسة بين أفراد العينة من خلال تطبيق أدوات الدراسة الحالية.

٣– تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

٤- التطبيق القبلى لمقياس الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية على المجموعتين.

٥- تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية فقط.

٦- التطبيق البعدى للمقياس على مجموعتى الدراسة.

٧- التطبيق التتبعى للمقياس بعد شهر من انتهاء البرنامج على المجموعتين.

٨- القيام بالمعالجة الإحصائية للبيانات ورصد النتائج.

٩- تفسير النتائج ومناقشتها، وصياغة التوصيات والمقترحات فى ضوء النتائج.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

وينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية فى القياسين (القبلى / البعدى) للاضطرابات الاجتماعية والانفعالية على مقياس الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية المستخدم فى الدراسة بعد تطبيق البرنامج الإرشادى لصالح القياس البعدى "، ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام قيمة Z كأسلوب لابارامترى للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة فى القياس القبلى والقياس البعدى لتطبيق البرنامج، وذلك للوقوف على دلالة ما قد حدث من تغير كما تعكسه الدرجات على المقياس المستخدم، وكذلك للتعرف على اتجاه هذه الفروق، ويلخص الجدول التالى نتائج هذا الفرض:

الفرق بين متوسطات الرتب للقياسين القبلى والبعدى
للاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية لدى المجموعة التجريبية

البعد	القياس القبلى – البعدى				Z	الدلالة
	متوسط الرتب		مجموع الرتب			
	السالبة	الموجبة	السالبة	الموجبة		
القلق	٣	٠,٠٠	١٥	٠,٠٠	- ٢,٠٦٠	دالة
تقدير الذات	٣	٠,٠٠	١٥	٠,٠٠	- ٢,٠٦٠	دالة
الاكتئاب	٣	٠,٠٠	١٥	٠,٠٠	- ٢,٠٣٢	دالة
الانسحاب الاجتماعى	٣	٠,٠٠	١٥	٠,٠٠	- ٢,١٢١	دالة

المهارات الاجتماعية	٣	٠,٠٠	١٥	٠,٠٠	- ٢,٠٦٠	دالة
العدوانية	٣	٠,٠٠	١٥	٠,٠٠	- ٢,٠٣٢	دالة
إجمالى المقياس	٣	٠,٠٠	١٥	٠,٠٠	- ٢,٠٣٢	دالة

يتضح من الجدول السابق وجود فروق إحصائية دالة بين القياس البعدى والقياس القبلى للاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية بأبعادها الستة (القلق- انخفاض تقدير الذات – الاكتئاب – الانسحاب الاجتماعى – القصور فى المهارات الاجتماعية – والعدوانية) بالنسبة للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدى، وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات للقياسين يتضح أن اتجاه هذه الفروق فى صالح المجموعة ذات المتوسط الأصغر وهى للقياس البعدى، وبما أن البرنامج يعمل على خفض الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية فإن اتجاه البرنامج يعمل على خفض القيم السالبة وهو ما يتضح من نتائج الجدول السابق مما يدل على أثر البرنامج فى خفض الاضطرابات المنشودة، وجميع قيم Z هى قيم دالة عند مستوى دلالة(٠,٠٥) وعلى ذلك تتحقق صحة الفرض الأول.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج الدراسات التى تناولت الاضطرابات الاجتماعية/ الانفعالية لدى الموهوبين ذوى عسر القراءة، ومن هذه الدراسات دراسة بطرس حافظ (٢٠٠٥) ودراسة مونتجومرى (2007).Montgomery, J ، ويفسر ذلك فى ضوء الإطار النظرى حيث يشير ليرنر وكلين (2006).Lerner, J.& Kline, F إلى أنه إذا لم يتم تلبية احتياجات هؤلاء الأطفال فإنهم يتحولون إلى اعتماديين على غيرهم وغير منتبهين ومثيرين للشغب، كما أنهم يعانون من الإحباط والفشل أو الاكتئاب.

ثانياً: نتائج الفرض الثانى ومناقشتها:

ينص الفرض الثانى على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى مستوى الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية على مقياس الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية المستخدم فى الدراسة بعد تطبيق البرنامج الإرشادى مع المجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية "، ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة نفس الاختبارات السابق ذكرها، ويوضح الجدول التالى نتائج هذا الفرض.

يتضح من الجدول وجود فروق إحصائية دالة فى القياس البعدى للاضطرابات الاجتماعية/ الانفعالية بأبعادها الستة (القلق- انخفاض تقدير الذات – الاكتئاب – الانسحاب الاجتماعى – القصور فى المهارات الاجتماعية – والعدوانية) لمتوسطات درجات المجموعتين التجريبية

والضابطة بعد تطبيق البرنامج، وبالرجوع إلى متوسطات درجات المجموعتين، يتضح أن اتجاه هذه الفروق فى صالح المجموعة ذات المتوسط الأصغر وهى المجموعة التجريبية، وهى فروق دالة عند مستوى (٠,٠١) وعلى ذلك تتحقق صحة الفرض الثانى.

الفرق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة للاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية فى القياس البعدى

البعد	المجموعة التجريبية ن = ٥		المجموعة لضابطة ن = ٥		U	W	Z	الدلالة
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
القلق	٣	١٥	٨	٤٠	.٠٠	١٥	– ٢,٦١٩	دالة
تقدير الذات	٣	١٥	٨	٤٠	.٠٠	١٥	– ٢,٦٢٧	دالة
الاكتئاب	٣	١٥	٨	٤٠	.٠٠	١٥	– ٢,٦٣٥	دالة
الانسحاب الاجتماعى	٣	١٥	٨	٤٠	.٠٠	١٥	– ٢,٦١٩	دالة
المهارات الاجتماعية	٣	١٥	٨	٤٠	.٠٠	١٥	– ٢,٦٢٧	دالة
العدوانية	٣	١٥	٨	٤٠	.٠٠	١٥	– ٢,٦١٩	دالة
الإجمالى	٣	١٥	٨	٤٠	.٠٠	١٥	– ٢,٦١٩	دالة

حيث إن أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادى معهم كانوا مثل المجموعة الضابطة يعانون من مستوى مرتفع من الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية، ولكن بعد تطبيق البرنامج الإرشادى مع أطفال المجموعة التجريبية أدى ذلك إلى شعور هؤلاء الأطفال بالثقة فى أنفسهم والإقبال على العملية التعليمية، مما ساعد فى التقليل من ميولهم العدوانية، كما أن الاشتراك فى أنشطة البرنامج المختلفة ساعد على خفض سلوكياتهم الانسحابية والاكتئابية وزيادة مهاراتهم الاجتماعية، وجدير بالذكر أن المسئول عن تثبيت هذه النتائج هو تدريب هؤلاء الأطفال على ممارسة الفنيات السلوكية المعرفية التى تساهم فى خفض الاضطرابات الاجتماعية الانفعالية، ليس هذا فقط بل تعمل على تثبيت هذا التحسن مع مرور الوقت لأن الطفل يتعلم هنا كيفية التعامل مع مشكلاته بنفسه.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج الدراسات السابقة التـى تـدعم دور البـرامج الإرشـادية السلوكية المعرفية بصفة عامة فى خفض الاضطرابات الاجتماعية الانفعالية المختلفة مثـل دراسـة جلاجو وآخرون Glago, K., et al.(2009) والهدف منها اختبار فعالية التدريب على اسـتراتيجية حل المشكلة على مجموعة من الأطفال ذوى صعوبات التعلم والاضطرابات الانفعالية، ودراسة كلينى Cilene, S.(2010) والتى أثبتت فعالية العلاج المعرفى السلوكى الجمعى والعلاج الجشتلطى فـى تحسين مستوى الثقة بالنفس وتقدير الذات.

ويمكن تفسير هذه النتائج فى ضوء الإطار النظرى للدراسة حيث يشير طارق عـامر(٢٠٠٤، ١٨٢) إلى أن الأطفال الموهوبين فى حاجة إلى التوجيه والإرشاد ومجموعة من الخدمات تهدف إلى مساعدتهم فى فهم أنفسهم وفهم مشكلاتهم والاستفادة من إمكاناتهم وقدراتهم واستعداداتهم وميولهم حتى يمكنهم تحديد أهداف تتحقق مع هذه القدرات والإمكانات من جهة وإمكانات المجتمع من جهـة أخرى، واختيار الطرق التى تمكنهم من حل مشكلاتهم حلولاً علمية تؤدى إلى حـسن تكيـيفهم مـع أنفسهم وتكييفهم مع المجتمع الذى يعيشون فيه.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

وينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القيـاس البعـدى والقياس التتبعى للاضطرابات الاجتماعية والانفعالية على المقياس المستخدم بعد شهر مـن تطبيـق البرنامج "، ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة قيمة Z كأسلوب لابارامترى يتناسب مـع العينات الصغيرة للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية فـى القياسين البعدى والتتبعى، ويلخص الجدول التالى نتائج هذا الفرض.

الفرق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية
للاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية فى القياسين البعدى والتتبعى

البعد	القياس البعدى – التتبعى				Z	الدلالة
	متوسط الرتب		مجموع الرتب			
	السالبة	الموجبة	السالبة	الموجبة		
القلق	٢	٢,٦٧	٢	٨	- ١,١٣٤	غ. د
تقدير الذات	٣,٣٣	٢,٥٠	١٠	٥	- ٠,٧٠٧	غ . د
الاكتئاب	٢,٢٥	١,٥٠	٤,٥	١,٥	- ٠,٨١٦	غ . د

الانـــــــسحاب لاجتماعى	٣	٢	٦	٤	٠,٣٧٨ -	غ. د
المهـــــــارات لاجتماعية	٣	٣	٦	٩	٠,٤٤٧ -	غ. د
العدوانية	٢,٣٣	٤	٧	٨	٠,١٣٨ -	غ. د
إجمالى المقياس	٢,٨٣	٣,٢٥	٨,٥	٦,٥	٠,٢٧٦ -	غ. د

ويتضح من الجدول عدم وجود دلالة للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات القياسين البعـدى والتتبعى للمجموعة التجريبية فى الاضطرابات الاجتماعية / الانفعالية بأبعادهـا الـستة وبالنـسبة للمجموع الكلى، وهذا يدل على ثبات أثر البرنامج حتى بعد الانتهاء من التطبيق، وعلى ذلك يتحقـق صحة هذا الفرض.

ويمكن تفسير ذلك فى ضوء الإطار النظرى للدراسة، حيث يشير حامـد زهـران (١٩٩٧، ٣٧٤) إلى أنه تتلخص مزايا الإرشاد العقلانى الانفعالى فيما يلى:

- تصل نسبة التحسن باستخدامه إلى حوالى ٩٠% من الحالات، ويؤتى الإرشـاد ثمـاره عنـدما يستخدمه المرشد الكفء مع المريض الذكى.
- يناسب مجتمعنا حيث المعتقدات غير العقلانية والأفكار الخرافية كثيرة.
- يعتبر أسلوباً مثالياً لتغيير المعتقدات غيرالعقلانية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.
- يحصن المريض ضد الأفكار غير العقلانية التى قد يتعرض لها مستقبلاً.

ويؤيد نتائج هذا الفرض نتائج الدراسات السابقة ومنها دراسة محمد هنديـة (٢٠٠٣) عـن مدى فاعلية برنامج علاجى معرفى – سلوكى فى تخفيف حدة الاكتئـاب لـدى الأطفـال، ودراسـة سكهودلسكى وآخرون Sukhodolsky, D., et al.(2004) عن العلاج المعرفى الـسلوكى عنـد الأطفال والمراهقين، كذلك دراسة جلاجو وآخرون Glago, K., et al.(2009) بعنـوان " تحـسين القدرة على حل المشكلات لدى طلاب المرحلة الابتدائية ذوى الصعوبات الخفيفة".

توصيات الدراسة:

من منطلق ما توصلت إليه الدراسة من نتائج توصى الدراسة بما يلى:

- الاهتمام بعمل تشخيص مبكر لفئة الموهوبين ذوى صعوبات التعلم بصفة عامـة، والموهـوبين ذوى عسر القراءة بصفة خاصة، بحيث يعتمد هذا التشخيص على محكـات وأدوات تشخيـصية متعددة، وذلك من أجل تيسير التدخل المبكر للحد من مشكلات هذه الفئة السلوكية والأكاديميـة، وتنمية قدراتهم مما يكون له أثر بالغ عنه لو تم هذا التدخل فى مرحلة متأخرة.

- وضع خطة منظمة ومتكاملة على المستوى القومى من خلال مدارس التربية والتعليم، بالاشتراك مع المتخصصين فى مجال علم النفس والتربية الخاصة من أجل إجراء الدراسات والبحوث المسحية والكشفية والعلاجية والتى يستفيد منها الأطفال الموهوبين ذوى صعوبات التعلم بصفة عامة، الموهوبين ذوى عسر القراءة بصفة خاصة.
- تدريب كوادر خاصة للتعامل مع هذه الفئة، وإعداد دورات متخصصة لهم بصفة مستمرة لمواكبة المستحدثات فى المجال.
- ضرورة تضافر الجهود بين المدرسة وأسر هؤلاء الأطفال وذلك بإشراكهم فى البرامج المقدمة لأولادهم، وإرشادهم لكيفية التعامل مع جوانب القوة وجوانب القصور لدى الأطفال.
- الاهتمام بالبرامج الإرشادية التى تواجه الآثار النفسية المترتبة على تعرض الطفل لخبرات الفشل والإحباط، وبصفة خاصة البرامج الإرشادية السلوكية المعرفية، وذلك بالنسبة لفئات أخرى من الموهوبين ذوى صعوبات التعلم.

البحوث المقترحة:

- فعالية برنامج معرفى سلوكى لتحسين المهارات الوالدية فى خفض القلق والاكتئاب لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة.
- فعالية برنامج للتدخل المبكر فى الحد من الآثار النفسية السلبية لدى الأطفال الموهوبين المعرضين لخطر العسر القرائى.
- فعالية برنامج إرشادى فى تنمية المهارات الاجتماعية وفعالية الذات لدى الطلاب الموهوبين ذوى عسر القراءة فى المرحلة الثانوية.
- العلاقة بين سمات الشخصية والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الموهوبين ذوى عسر القراءة.

المراجع

١- إجلال محمد سرى (١٩٩٧). علم النفس العلاجى، القاهرة: عالم الكتب.

٢- أسماء عبد الله العطية (٢٠٠٦). الإرشاد المعرفى السلوكى لإضطرابات القلق لدى الأطفـال، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.

٣- ـــــــــــــــ (٢٠٠٨). اضطرابات القلق لدى الأطفال فى مرحلة الطفولـة المتـأخرة، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.

٤- الفرحاتى السيد محمود (٢٠٠٥). سيكولوجية تحصين الأطفـال ضـد العجـز المـتعلم: رؤى معرفية، القاهرة: دار السحاب.

٥- أيمن أحمد منصور (٢٠٠١). فعالية الدراما للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية وأثـره فى تنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة، رسالة دكتـوراة، كليـة التربية، جامعة الزقازيق.

٦- بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٥). المساندة الاجتماعية وأثرها فى خفض حدة الضغوط النفـسية للأطفال المتفوقين عقلياً ذوى صعوبات القراءة، المؤتمر الثانى عشر لمركز الإرشـاد النفـسى، جامعة عين شمس، المجلد الأول، ٥٧٥- ٦٢٥.

٧- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسى، الطبعة الثالثة، القـاهرة: عالم الكتب.

٨- خالد محمد عسل (٢٠٠٥). فعالية برنامج إرشادى معرفى ــ سلوكى فى تعديل بعض خصائص النمط السلوكى (أ) لدى طلاب الجامعة، رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

٩- سامى محمد هاشم (١٩٩٧). فاعلية الإرشاد العقلانى الانفعالى مقترناً بالواجبات المنزلية فـى علاج الخوف الاجتماعى، مجلة كلية التربية بجامعة الزقازيق، العدد ٢٩، ص ٤١- ٩٨.

١٠- سعد جلال (١٩٩٢). التوجيه النفسى والتربوى والمهنى مع مقدمة عن التربية للاستثمار، الطبعة الثانية، القاهرة: دار الفكر العربى.

١١- سيد عبد العظيم محمد (١٩٩٨). أثر الإرشاد المعرفى فى خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين، مجلة الإرشاد النفسى لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، العدد الثـامن، ص ٢٩٥- ٣١٧.

١٢- صمويل تامر بشرى (٢٠٠٧). الاكتئاب والعلاج بالواقع، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٣- طارق عبد الرؤوف عامر (٢٠٠٤). اكتشاف ورعاية المتفوقين والموهـوبين، القـاهرة: الدار العالمية للنشر والتوزيع.

١٤- زين العابدين درويش (٢٠٠٥). علم النفس الاجتماعى أسس وتطبيقاتـه، القـاهرة: دار الفكر العربى.

١٥- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). العلاج المعرفى السلوكى " أسس وتطبيقات "، القاهرة: دار الرشاد.

١٦- ـــــــــــــ (٢٠٠٤). الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات، القاهرة: دار الرشاد.

١٧- عادل عبد الله محمد وسليمان محمد سليمان (٢٠٠٥). المهـارات الاجتماعيـة لأطفـال الروضة ذوى قصور المهارات قبل الأكاديمية كمؤشر لصعوبات التعلم، المؤتمر السنوى الثـانى عشر لمركز الإرشاد النفسى، بجامعة عين شمس، المجلد الأول، ص ٤٠٥- ٤٤٣.

١٨- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤). العلاج النفسى المعرفى السلوكى الحديث أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

١٩- عبد الستار إبراهيم، وعبد الله عسكر (١٩٩٩). علم النفس الاكلينكـى فـى ميـدان الطـب النفسى، الطبعة الثانية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٠- علا محمد الطيبانى (٢٠٠٤). فاعلية التدخل المبكر فى عـلاج الأطفـال ذوى صـعوبات التعلم الموهوبين، رسالة دكتوراة، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.

٢١- عمار محمد الناعمة (٢٠٠٨). فاعلية برنامج علاج عقلانى إنفعالى سلوكى فى تخفـيض القلق الاجتماعى لدى طلبة المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراة، معهد البحوث التربويـة، جامعـة القاهرة.

٢٢- فتحى عبد الحميد عبد القادر (١٩٩٣). أثر مستوى التحصيل والصف الدراسى والجـنس على تقدير الذات لدى تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسى، مجلة كليـة التربيـة، جامعـة الزقازيق، العدد ٢٠، الجزء الأول، ص ٢٨١- ٣٠٢.

٢٣- محمد إبراهيم السفاسفة (٢٠٠٣). أساسيات فى الإرشاد والتوجيه النفـسى والتربـوى، الكويت: مكتبة الفلاح.

٢٤- محمد حسن غانم (٢٠٠٤). الاكتئاب لدى الأطفال وكيف نتعامل معه، الإسكندرية: المكتبة المصرية.

٢٥- محمد درويش محمد (١٩٩٧). دراسة عن الاتجاهات الحديثة فى مجال العلاج المعرفـى، مقدمة إلى اللجنة العلمية الدائمة للتربية وعلم النفس، الدورة السادسة، بحث منشور.

٢٦- محمد سعيد سلامة هندية (٢٠٠٣). مدى فعالية برنامج علاجى معرفى ــ سـلوكى فـى تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال، رسالة دكتوراة، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.

٢٧- محمد علاء الشعيبى (٢٠٠٠). خطة أنشطة علاجية (مقترحة) لصعوبات القراءة لـدى التلاميذ الصف الثالث الابتدائى، مجلة البحث فى التربية وعلم النفس، المجلد ١٣، العـددالرابع، ص ص ٢٤٤- ٢٨٥.

٢٨- محمد محمد بيومى (١٩٩٦). الاتجاهات الحديثة فى تناول العلاج العقلانى فى إطار علـم النفس المعرفى المعاصر، كلية التربية، جامعة الزقازيق، بحث منشور.

٢٩- نبيلة عبد الفتاح شيحة (٢٠٠٦). فاعلية برنامج إرشادى لتخفيف بعـض الاضـطرابات النفسية المترتبة على صعوبات التعلم، رسالة دكتوراة، كلية التربية، جانعة عين شمس.

٣٠- نصرة عبد الجليل جلجل (٢٠٠٢). قراءات حول الموهوبون مـن ذوى العـسر القرائـى الدسلكسيا، القاهرة: مكتبة النهضة.

٣١- نيرة عز السعيد عبد الفتاح (٢٠٠٤). مدى فاعلية برنامج إرشادى عقلانى إنفعالى فـى تخفيض القلق والاكتئاب والخوف من الموت لدى عينة من الأطفـال مرضـى القلـب، رسـالة دكتوراة، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.

٣٢- هناء محمد آل ثانى (٢٠٠٤). مدى فاعلية برنامج إرشادى لتنمية المهارت المعرفية لدى عينة من الطالبات ذوى السمات الاكتئابية فى المرحلة الثانوية بمدارس قطر، رسالة دكتـوراة، معهد البحوث التربوية، جامعة القاهرة.

٣٣- هويده محمد الحلوجى (٢٠٠٦). مدى فاعلية برنامج إرشادى للتحكم فى انفعالات طفـل ماقبل المدرسة، رسالة دكتوراة، معهد البحوث التربوية، جامعة القاهرة.

34- Baum, M.; Cooper, C.; Neu, T. (2001). Dual Differentiation: An Approach for Meeting The Curricular Needs Of Gifted Students with Learning Disabilities, Psychology in the School, Vol. 38, Issue (5), P. 477-490.

35- Brody, L.; Mills, C. (1997). Gifted Children with Learning Disabilities, Journal of Learning Disabilities, Vol. 30, N. (3), PP. 282-286.

36- Christensen, L.; Young, R. Marchant, M. (2007). Behavioral International Planning: Increasing Appropriate Behavior of Socially Withdrawn Student, Student, Education and Treatment of Children, Vol. 30,N. (4) P. 81-103.

37- Cilene, S. (2010). The Effects of Gestalt and Cognitive – Behavioral Therapy Group Interventions on The Assertiveness and Self-Esteem of Women with Physical Disabilities Facing BUSE, Dissertation Abstracts International, Vol. 71/04-B.

38- Corey, G. (2008). Therapy and Practice of Group Counseling Australia, Thomson Brooks Cole.

39- Dole, S. (2000). Implications of the Risk and Resilience Literature for Gifted Students with Learning Disabilities, Roeper Review, Vol. 23, N. (2), P. 91-96.

40- Fakuda, E. (2004). Examining the Self Concept of Groups of Students (Gifted, Gifted Learning Disabled, Learning Disabled and Regular class, Degree of master of Science University of Calgary, Dissertation Abstract International, Vol. 43-02 , P. 373.

41- Forgler, J.; Tompson, M., Steketee, G.; Hofmann, S. (2007): Influence of Expressed Emotion and Perceived Criticism on Cognitive Behavioral Therapy for Social Phobia, Behavior Research and Therapy, Vol. 45, Issue (2), P. 235-249.

42- Freeman, J. (1994). Some Emotional Aspects Of Being Gifted, Journal for The Educational The Gifted, Vol. 17, N. (2), PP.180-197.

43- Geldard, K.; Geldard, D. (1997). Counseling Children A Practical Introduction, SAGE Publication LTD, London.

44- Ginsburg, P. (2007). An Exploratory Study of the Academic Journey of Successful Twice Exceptional Students at a Selective Institution of Higher Learning, Doctor of Philosophy of Education, the College of William and Mary in Virginia.

45- Goodman, R.; Scott, S. (2005). Child Psychiatry, Oxford, Blackwell Publishing LTD.

46- Hua, C. (2002). A comparative Study on Career Self-Efficacy and Perceptions of career Decision-making Among Secondary Students with Gifts / Talents, Those with both Gifts / Talents and Learning Disabilities And Those with Learning Disabilities, Doctor Of Education, University Of Northern Colorado.

47- Lafrance, E. (1997). The Gifted / Dyslexic child: Characterizing and Addressing and Weaknesses, Annals of Dyslexia, Vol. 47, N.(1), P. 163-182.

48- Lerner, J.; Kline, F. (2006). Learning Disabilities and Related Disorder, Characteristics and Teaching Strategies, Boston, New York, Houghton Mifflin Company.

49- Lowe, M. (2002). Dyslexia, a different ability: A Phenomenological Study, Dissertation Abstracts International, Vol.63-09- B, P.4376.

50- Montgomery, J. (2007). Characteristics and Development of Male Adolescent Students who are Gifted, Gifted Twice -Exceptional, or Attention Deficit: A Mixed – Methods study, Doctor of Philosophy, university of Idaho.

51- Morgan, L. (1992). Intervention Strategies for Gifted Children at Risk: Finding The Angel in The Marble, Dissertation Abstracts International, Vol. 53-10- A, P. 3436.

52- Munro, J. (2002). Understanding and Identifying Gifted Learning Disabled Students, Australian Journal of learning Disabilities, Vol.7, N. (2), P. 20-24.

53- Peratikos, A. (2011). Cognitive Behavioral Play Therapy for Children with Depression: A Manual For Individual Treatment, Dissertation Abstracts International, Vol. 71- 12- B .

54- Porter, L. (2002). Educating Young Children with Special Needs, London, Paul Chapman Publishing.

55- Powell, V.; Abreu, N.; Oliveira, I; Sudak, D. (2008). Cognitive – Behavioral Therapy For Depression, Rev Bars Psiquiatr, Vol. 30, (Supp / II), P.573-580.

56- Reddy, G.; Ramar, R.; Kusuma, A. (2003). Education of Children with special needs, New Delhi, Discovery Publishing House.

57- Slavin, R. (1991). Educational Psychology, Third Edition, New Jersey, Prentice Hall.

58- Sukhodolsky, D.; Kassinove, H.; Gorman, B. (2004). Cognitive - Behavioral Therapy For Angering Children and Adolescent: A Meta-Analysis, Aggression and Violent Behavioral, Vol. 9, Issue (3), P. 247-269.

59- Swanson, J. (2000). The Identification of Reading Disabilities In verbally Gifted Students: A Validation Study, Doctor of Philosophy, University of Denver.

60- Terry, S. (2004). In Research of the Characteristics of Adults Who Are Gifted and Have a Learning Disabilities, Doctor of Education, Northern Illinois University.