

فعالية برنامج معرفي - سلوكي لتحسين بعض المشكلات المعرفية

والسلوكية لدى عينة من أطفال اضطرابات المسلك^١

د.نهى علي عوض أحمد

مدير مرحلة التربية الخاصة - ادارة المستقبل التعليمية

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة فعالية برنامج معرفي - سلوكي لتحسين بعض المشكلات المعرفية والسلوكية لدى أطفال اضطرابات المسلك ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً جميعهم من الذكور قسمت إلى مجموعتين الأولى من أطفال اضطرابات المسلك والتي تلقت جلسات البرنامج العلاجي ، والثانية من أطفال اضطرابات المسلك ولكن لم تتلق أي جلسات علاجية ، وقد تراوح المدى العمري لهم من (٩ إلى ١٢) سنة، وبمتوسط حسابي قدره ١٠,٥٦ سنة وانحراف معياري قدرة ١,٣٣ سنة ، وقد سحبت العينة من عيادات التأمين الصحي بمدينة ١٥ مايو ، ومستشفى حلوان للصحة النفسية . وتم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي والتي استمرت أربعة أشهر ثم المتابعة الأولى بعد أربعة أشهر من انتهاء العلاج ، والمتابعة الثانية بعد ثمانية أشهر من انتهاء العلاج ، وانتهت النتائج إلى وجود فروق في كل من أعراض اضطرابات المسلك والتشويهاات المعرفية ، والمهارات الاجتماعية ، والمشكلات الانفعالية بحيث انخفضت جوهرياً لدى مرضى اضطرابات المسلك من الأطفال بالمقارنة بالمجموعة الضابطة.

مقدمة

تعتبر مرحلة الطفولة ذات أهمية كبرى في تكوين شخصية الفرد ، وهي المرحلة التي تظهر فيها الدوافع والميول والسلوكيات التي يمكن تعديلها وتهذيبها ، وحيث ان اضطرابات المسلك تحدث في مرحلة الطفولة فإنها تحتاج إلى توفير البيئة الصحية للطفل وتقديم الرعاية اللازمة له والعمل على إشباع حاجاته وتعديل سلوكياته ، كما يجب أن يتعلم الوالدين كيفية التعامل مع أطفالهم بصفة عامة وأطفالهم المضطربين بصفة خاصة(المهدي ، ٢٠٠٧ ، ص ١٢). ويعتبر اضطراب المسلك من الاضطرابات المهمة في علم النفس الاكلينيكي للأطفال وفي الطب النفسي ، وذلك لعدد من الأسباب منها أن هذا الاضطراب يتضمن العدوان ويرتبط ذلك بدرجة عالية بالسلوك الإجرامي ، كما يرتبط بمجموعة من المشكلات الاجتماعية والنفسية والأكاديمية (Kimonis & Frick,2016) ، بالإضافة إلى ذلك فإن اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يتنبأ بمشكلات لاحقة في مرحلة المراهقة بما في ذلك مشكلات الصحة النفسية (على سبيل المثال تعاطي المخدرات) والمشكلات القانونية (على سبيل المثال: الخطورة من جراء السجن من جانب الشرطة) والمشكلات الاجتماعية (على سبيل المثال الأداء الوظيفي السيئ في العمل والمنزل) ومشكلات الصحة

١ - بحث مستخلص من رسالة دكتوراه بعنوان " فعالية برنامج معرفي - سلوكي لتحسين بعض المشكلات المعرفية والسلوكية لدى عينة من أطفال

اضطرابات المسلك أجريت تحت إشراف أ.د. محمد نجيب الصبوة ، كلية الآداب - جامعة القاهرة - قسم علم النفس

الجسمية (Odgers,2015) ، وحتى في عينة الأطفال ذوى الرابعة أو الخامسة من العمر ينبئ اضطراب المسلك بمصاعب سلوكية وتعليمية دالة بعد مرور خمس سنوات (Kim-Cohen,2015) .

وبالنظر إلى الأطفال المصابين باضطرابات المسلك نجد أنهم بحاجة ماسة إلى تطوير مهاراتهم وقدراتهم وخصالهم الشخصية بصفة عامة حتى يكونوا قادرين على جعل حياتهم ذات معنى .وقد دعم هذا الاعتقاد أن مرضى اضطرابات المسلك يتسمون بضعف في نواحي شخصية كثيرة على رأسها العلاقات الاجتماعية ، والمشكلات الانفعالية والتي تحتاج إلى مرونة كي يتوافق الفرد مع نفسه ومع الآخرين.

وبالإضافة إلى ما سبق فإن الأطفال ذوى اضطرابات المسلك عادة ما يسببون التعاسة والشقاء لأنفسهم ولأسرهم بسبب ما يقومون به من أفعال عدوانية تجاه الناس أو الحيوانات وتحطيم الممتلكات مما يحطم علاقتهم بمعظم من يتفاعلون معهم من مختلف الأعمار والثقافات .

ويعد العلاج المعرفي - السلوكي أحد أنواع العلاجات الحديثة نسبياً في علاج هذه الاضطرابات لدى الأطفال، حيث أنه مدرسة للعلاج هدفها تصحيح الأخطاء المعرفية بالإضافة إلى تعديل السلوك الخاطئ لذلك يسمى بالعلاج المعرفي - السلوكي (عبد المعطي ، ٢٠٠٠ ، ص٩).

ويذكر عبد الله (٢٠٠٠) أن العلاج المعرفي - السلوكي يعتبر اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، و يعتمد إلى التعامل مع مختلف الاضطرابات من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً، وانفعالياً، وسلوكياً، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفياً، تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعانها الفرد، وبالمنطق نفسه يتحمل الفرد مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة، وتعديل الاعتقادات الخاطئة، واستبدالها بأفكار واعتقادات تتسم بالمنطق والعقلانية والواقعية.

ونخلص مما سبق إلى أن الهدف الرئيس للدراسة الراهنة يتمثل في تحديد قدر فعالية برنامج قائم على العلاج المعرفي - السلوكي في تحسين بعض اضطرابات المسلك لدى الأطفال ، وتقليل التشويهاً المعرفية والانحرافات السلوكية ، الأمر الذي ينعكس على تحسين التفاعل الاجتماعي والتحصيل العلمي لدى هذا النمط من الأطفال ، ولن يقتصر البرنامج العلاجي على أطفال اضطرابات المسلك فقط بل يمتد ليشمل الوالدين أو القائمين بالرعاية أيضاً ؛ الأمر الذي يمكننا اعتباره إضافة علمية ومهنية حتى يكون البرنامج العلاجي متكاملًا .

مفاهيم الدراسة

أولاً : اضطرابات المسلك :

أوضحت الجمعية الأمريكية للطب النفسي^٢ (٢٠١٣) أن المعايير التشخيصية الرسمية لتشخيص

اضطراب المسلك هي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية^٣ ووفقاً لهذا الدليل فإن محكات تشخيص اضطراب المسلك تتمثل في :

نمط متكرر ودائم من السلوك الذي تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير والقواعد الاجتماعية الرئيسية المناسبة للعمر الزمني ، ويتضح هذا النمط بوجود ثلاثة أو أكثر من المظاهر التالية خلال الاثني عشر شهراً الماضية مع وجود معيار واحد على الأقل خلال الشهر الستة الماضية.

أولاً : العدوان على الناس والحيوانات :

- ١- كثيراً ما يستقوى على الآخرين أو يهددهم أو يرهبهم .
- ٢- كثيراً ما يثير شجاراً بدنياً مع الغير .
- ٣- يستخدم أسلحة يمكن أن تسبب أذى جسماً خطيراً للآخرين مثل المطواة ، أو الزجاجات المكسورة ، أو السكين ، أو المسدس ، أو العصا الغليظة إلخ .
- ٤- يعتدي بدنياً بقسوة شديدة على الآخرين .
- ٥- يعتدي بدنياً بقسوة شديدة على الحيوانات .
- ٦- يسرق في مواجهة مع الضحايا (مثل النتش أو خطف حافظة النقود أو الابتزاز أو السرقة بالإكراه أو تحت تهديد السلاح أو السطو المسلح) .
- ٧- إجبار شخص ما على ممارسة الجنس معه .

ثانياً : تدمير الممتلكات :

- ١- يقوم المضطرب عن عمد بإشعال حريق بقصد إحداث خسائر فادحة .
- ٢- يدمر ممتلكات الآخرين بطريقة أخرى غير إشعال الحريق .

ثالثاً : الاحتيال أو السرقة :

- ١- يقوم باقتحام منزل أو سيارة شخص آخر .
- ٢- غالباً ما يكذب للحصول على مكاسب أو امتيازات أو لتجنب دفع الديون والالتزامات التي قطعها على نفسه.
- ٣- يقوم بسرقة أشياء قيمة بدون مواجهة الضحية مثل سرقة المعروضات من المتاجر أو السوبر ماركت بدون تحطيم الأبواب أو كسرها والتزوير إلخ .

رابعاً : انتهاكات خطيرة للقواعد والمعايير والقوانين :

- ١- يتأخر خارج البيت ليلاً رغم تحذيرات والديه ، ويظهر ذلك قبل عمر ١٣ سنة .
- ٢- يهرب من البيت ليلاً مرتين على الأقل على الرغم من أنه يعيش مع والديه ، أو يهرب مرة واحدة دون العودة إلى البيت لفترة طويلة .
- ٣- يهرب عادة من المدرسة وذلك قبل عمر ١٣ سنة .

٤ - يسبب اضطراب المسلك خللاً كLINIKIاً ملحوظاً في الأداء الاجتماعي ، والأكاديمي ، والمهني .
٥ - إذا كان الفرد يبلغ الثامنة عشر من العمر أو يتجاوز هذا العمر ففي هذه الحالة لا تنطبق عليه المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .
ولا تقتصر مشكلات الأطفال ذوي اضطرابات المسلك على المشكلات السلوكية فقط ولكن تمتد لتشمل الجوانب المعرفية والاجتماعية ، والانفعالية ، ونذكر ذلك فيما يلي .

أولاً : المشكلات المعرفية وفقاً للنموذج المعرفي :

وفقاً للنموذج المعرفي تنشأ الاضطرابات النفسية نتيجة أخطاء التفكير حول المواقف أو الأشخاص أو الأحداث التي يمر بها الفرد ؛ فالموقف نفسه ليس سبباً في الاضطراب ولكن كيفية الاستجابة له هي التي قد تسبب هذا الاضطراب، حيث يفسر منشأ المرض أو الاضطراب من خلال مجموعة من المعتقدات الأساسية والوسيلة التي انبثقت عنها الأفكار الآلية، وتنشأ هذه المعتقدات مع الطفل بداية من الطفولة المبكرة ، وذلك عبر تفاعله مع الآخرين داخل الأسرة وخارجها عبر عمليات التقليد والمحاكاة للنماذج ورموز السلطة والنماذج السلبية من المحيطين به في السياق الاجتماعي (Happe, 2011).

وبالنظر في اضطرابات المسلك ، والتي تدور حولها الدراسة المقترحة ، نجد أن المعتقدات الأساسية التي تسيطر على هؤلاء الأطفال تتمثل في كراهية الآخرين ، والسعي نحو السيطرة ، والتحكم في الآخرين ، والانغماس الدائم في أنشطة الرعب وتهديد الآخرين والاستمتاع بذلك ، وبالتالي فإن البرنامج العلاجي سوف يعمل على تعديل الأفكار حول المواقف أو الأشخاص أو الأحداث التي تثير السلوك المضطرب لدى الأطفال ، وأيضاً لدى الوالدين أو القائمين بالرعاية بشكل يساعدهم على تدبر الاضطراب لدى الأطفال والتعامل معه.

ثانياً : المشكلات الاجتماعية:

تعتبر الأسرة هي البيئة الأولى التي ينشأ فيها الطفل، وبوجه عام فإن العلاقة بين الطفل والديه ترتبط بشكل كبير بسلوكه وما يقوم به من أفعال ، وعلى سبيل المثال فإن أسلوب التنشئة الإيجابي القائم على الحوار والتفاهم يحمو خطر الإصابة باضطرابات المسلك لدى الأطفال (Gardner, Ward, Burton & Wilson , 2003) ، وعلى النقيض من ذلك فإن سلوك الوالدين القائم على الشدة وعدم الاتساق وانخفاض الدفء الأسري يمكن أن يعمل على زيادة احتمال الإصابة باضطرابات المسلك، وبالإضافة إلى ما سبق فإن تعرض الأطفال إلى الاساءة والإهمال في مرحلة الطفولة يجعلهم يميلون إلى التصرف بعدوانية ويجعلهم أكثر عرضة للتورط في أعمال جنائية ينتهك فيها القانون في المستقبل القريب ، وهذا ماتوصلت إليه دراسة جونسون وزملائه (Johnson, Kotch , Cattelier , Dufort, Hunter & Jackson (2002) .

وبالإضافة إلى ما سبق نجد أن الصحة النفسية للوالدين تؤدي دوراً مهماً في الإصابة باضطرابات المسلك ، فعلى سبيل المثال ، إن إصابة أحد الوالدين أو تورطه في القيام بأفعال معادية للمجتمع تزيد من احتمالية إصابة الأطفال باضطرابات المسلك (Tiet,2001) .

كما نلاحظ من خلال الدراسات السابقة انخفاض أداء الأطفال ذوي اضطرابات المسلك في الأداء على اختبارات السلوك الاجتماعي؛ فعلى سبيل المثال ، دراسة هابي (2006) Happe والتي استهدفت ٨ أطفالاً مصاباً باضطرابات المسلك وقام بقياس السلوك الاجتماعي من خلال مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي ، وانتهى إلى وجود انخفاض في المهارات الاجتماعية والوعي الاجتماعي ، وكما أظهرنا ميلاً للسلوكيات المضادة للمجتمع بشكل كبير. ومن خلال ما سبق يمكننا أن نجمل بعض المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها أطفال اضطرابات المسلك والتي سيتناولها البرنامج العلاجي المقترح فيما يلي :

- ١- انخفاض المهارات الاجتماعية وكثرة الاعتداء على الآخرين .
- ٢- تدمير العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.
- ٣- إثارة المشكلات وتهديد المحيطين به خاصة زملاء الفصل.
- ٤- القسوة وعدم التعاطف في العلاقات الاجتماعية مع الأقران .
- ٥- كثرة الغياب عن المدرسة والتسرب الدراسي ، ومن ثم ضعف التحصيل العلمي.
- ٦- عدم مراعاة التقاليد.
- ٧- عدم احترام مصادر السلطة ، وأهمها السلطة الأسرية والمدرسية.
- ٨- التخلي عن القيم الأخلاقية.

ثالثاً : المشكلات الانفعالية :

يعاني الأطفال ذوي اضطرابات المسلك من قائمة من المشكلات الانفعالية التي تؤثر عليهم بوجه عام وتؤثر على حياتهم الاجتماعية ، والعملية ومن ثم يجب أن توضع في الحسبان عند اعداد البرنامج العلاجي المقترح ، وأهم هذه المشكلات التصلب ، وسرعة الغضب ، والنشاط الزائد ، وعدم التعاطف ، والتلذذ بإيذاء الآخرين وإثارة المهم ، والتوتر ، والنرفزة ، والعصبية (Fric & Morris, 2004)

رابعاً : مشكلات التحصيل الدراسي :

ترتبط صعوبات القراءة والكتابة باضطراب المسلك ، ولاسيما بالنسبة للأطفال الذين تحدث لهم هذه الصعوبات في سن مبكرة (Moffitt & Lynam, 2015) ، كما توجد علاقة سالبة ودالة بين الأداء الأكاديمي أو الدراسي المنخفض وكل من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، فالمصاعب الأكاديمية أو الدراسية تسبب الإحباط، وتدنى تقدير الذات ، ويساهم ذلك في استمرار حدوث المشكلات السلوكية للأطفال ، وفي الوقت نفسه يحد عدم الامتثال الضعيف من قدرة الطفل على التعلم والإنجاز أو التحصيل الأكاديمي ، وبالتالي فهناك دورة تؤدي فيها إحدى المشكلات إلى تفاقم مشكلة أخرى . وتساهم هذه التركيبة من التأخر الدراسي والمشكلات السلوكية في نمو أو حدوث المزيد من اضطراب المسلك الحاد ، والفشل الدراسي ، وتوحي هذه البيانات بأن الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية قد يحتاجون إلى تنظيم ومراقبة ومحاولات متكررة للتعلم وذلك لكي يكفوا عن السلوكيات غير المرغوب فيها ويضبطوا انفعالاتهم، ويحتاج الوالدان والمعلمون إلى استخدام لغة بسيطة في إعادة التوجيه وتنشيط الذاكرة بين الحين

والآخر لدى هؤلاء الأطفال ، وهذه المعلومات تؤكد الحاجة إلى تدخل علاجي مباشر مع الأطفال والتركيز على احتياجاتهم الاجتماعية مثل أساليب حل المشكلات ، ومهارات اللعب ، بالإضافة إلى تعليم مبادئ القراءة والكتابة والحساب ، والاحتياجات الأكاديمية أو الدراسية الخاصة التي تختلف عما يقدم للأسوياء (Webster & Reid ,2014).

ومن خلال النظر إلى الأطفال ذوي اضطرابات المسلك نجد أنهم يتسمون بالآتي :

١- يظهرون أشكالاً من الضعف الأكاديمي، وضعف الإنجاز والتحصيل العلمي، والرسوب المتكرر، وقد يتقنون عن الدراسة مبكراً .

٢- تتسم علاقاتهم الاجتماعية الحميمة بالسطحية والضعف والتبدل في المشاعر، وينعكس ذلك على علاقاتهم بين الشخصية، وعلى مهاراتهم الاجتماعية عند التعامل مع الأقران والراشدين ومن ثم يرفضهم أقرانهم وذويهم.

٣- يظهرون اضطرابات وتشويهات في العمليات المعرفية التي تتصل بالعلاقات الاجتماعية الحميمة (الصبوه، ٢٠١٣، ص ٣)

٤- يعيشون في أسر من الممكن أن يكون لها تاريخ من السلوك الاجرامي، والأمراض النفسية ، وتحل هذه الأسر مشكلاتها مع الآخرين بالعنف والعدوان، وبالتالي ينشأ هؤلاء الأطفال في سياق يسوده الصراع ، والعدوان ، والفقر ، وضيق المسكن ، وانعدام وجود أماكن لتقديم الخدمات النفسية والصحية بشكل يساهم بدرجة كبيرة في تطور اضطراب المسلك إلى نشأة أشخاص معادين للمجتمع ، ولعل المثال على ذلك ما قام به سميث وتولان (Smith & Tolan,2008) في دراستهم والتي استهدفت مجموعة من الذكور من الأحياء ذات المستوى الاقتصادي المنخفض ووجدوا أن نسبة ٦٥% من هؤلاء الأطفال تورطوا في أعمال عنف وتدمير وإرهاب للآخرين وكذلك أعمال السرقة.

ولعل أحدث ما توصل إليه العلم في مجال اضطرابات المسلك هو الاتجاه نحو تقسيم الأطفال ذوي اضطرابات المسلك ليس كما هو متعارف عليه وفقاً لمحكي الشدة وبداية الأعراض ، ولكن على أساس سمات القسوة وعدم التعاطف مع الآخرين ، حيث أشار فريك وزملاؤه Frick , Ray , Thornton & Khan (2014) في أحدث مراجعة نقدية للدراسات السابقة إلى أن الأطفال ذوي هذه السمات يختلفون عن نظرائهم ممن لديهم اضطراب المسلك بدون هذه السمات وذلك على المستوى الوراثي ، والمعرفي ، والوجداني، والأسري ، والمزاجي وهذا ما سنجمله فيما يلي :

أولاً : المستوى الوراثي :

أظهرت مراجعة الدراسات وجود اختلافات بين الأطفال حيث تتداخل العوامل الوراثية بشكل كبير لدى الأطفال ذوي السمات القاسية وغير المتعاطفة مع الآخرين مقارنة بالأطفال ذوي اضطرابات المسلك غير المصحوبة بهذه السمات.

ثانياً : المستوى المعرفي :

يظهر لنا من خلال المراجعة النقدية للدراسات السابقة أن الأطفال ذوي هذه السمات يظهرون خللاً أكبر في الجوانب المعرفية والمهارات الاجتماعية ، وتزيد لديهم التشويهاً المعرفية والتي يسعى العلاج المعرفي - السلوكي لتقليلها.

ثالثاً : المستوى الانفعالي :

يلاحظ من خلال الدراسات السابقة أن الأطفال ذوي هذه السمات يستجيبون بطريقة عكسية مع تعبيرات الوجه التي تعبر عن الخوف أو الحزن ، وفي بعض الأحيان قد لا يفهمونها من الأساس على عكس نظرائهم من الأطفال ذوي اضطرابات المسلك غير المصحوب بهذه السمات.

رابعاً : المستوى الأسري :

يظهر لدى هؤلاء الأطفال من خلال مراجعة الإنتاج الفكري النفسي السابق ؛ من خلال نتائج مجموعة من الدراسات (Barker & Salekin , 2012 ; Dadds et al ;2011 ; Falk & Lee ,2012) انخفاض شديد في الشعور بالدفء الوالدي ، والتواصل الحميم ، والتواصل من خلال العين مع الأب بوجه خاص، كما تبين أنهم يعانون من ضعف عام في العلاقات الأسرية مع الوالدين من ناحية ، ومع الأشقاء والأقارب من ناحية أخرى.

خامساً : المستوى المزاجي :

يتضح من خلال الدراسات السابقة أن هؤلاء الأطفال تقل لديهم معدلات القلق والخوف من العقاب ، ويزيد لديهم حب الذات ، والتجنب الاجتماعي . كما نلاحظ أيضاً أن هذه السمات ترتبط بشكل سلبي بدرجة كبيرة بعدد من السمات الأخرى والتي تتمثل في العصائية ، والانبساط ، والانفتاح على الخبرة ، والوعي (, Frick , Ray) Thornton & Khan ,2014

النماذج النظرية المفسرة لاضطرابات المسلك :

أولاً : نموذج مورتون و فريث Morton & Frith

قدم أصحاب هذا النموذج تمييزاً بين ثلاثة مستويات من الوصف لأسباب اضطرابات المسلك ، وهذه المستويات هي المستوى الحيوي ، والمستوى المعرفي - الوجداني ، والمستوى السلوكي مع وضع أهمية للعوامل البيئية الاجتماعية التي يمكن أن تتداخل مع المستويات الثلاثة السابقة ، وفيما يلي عرض تفصيلي للمستويات الثلاثة :

١- المستوى الحيوي :

وفي هذا المستوى تتداخل العوامل الوراثية وإصابات الدماغ التي يمكن أن تتسبب في حدوث اضطرابات المسلك ، أما بالنسبة للتأثير البيئي الذي يتداخل مع هذا المستوى فيتمثل في مضاعفات الولادة وتأثيرها على الدماغ.

٢- المستوى المعرفي - الوجداني :

يرى أصحاب هذا النموذج أن العوامل المعرفية تمثل دور المتغير الوسيط حيث تتداخل مع المستوى الحيوي السابق بحيث تتمثل في الاستجابات ، كما تتداخل أيضاً مع المستوى السلوكي بحيث تتمثل في المظاهر المعبرة عن الجانب الوجداني مثل تعبيرات الوجه ، والتي يصعب تمييزها بدرجة كبيرة لدى أصحاب اضطرابات المسلك.

٣- المستوى السلوكي :

يتضمن هذا المستوى السلوكيات التي يمكن ملاحظتها بشكل مباشر بحيث يفسر اضطرابات المسلك على أساس السلوكيات الظاهرة الدالة على العدوان أو الشغب.

تعقيب على هذا النموذج:

- يتم وصف الاضطراب في هذا النموذج على أساس التفاعل بين المستويات الثلاثة بالإضافة إلى العوامل البيئية التي تتداخل مع المستويات الثلاثة.
- يرى أصحاب هذا النموذج أن أثر الزمن يؤثر في هذا الاضطراب ، حيث افترضوا أن نمو الطفل يؤدي إلى تغير الخلفية السلوكية والذي قد يرجع إلى عوامل النضج أو الخبرة.
- تجاهل أصحاب هذا النموذج المستوى المعرفي إلى حد كبير ، مع أنه ذكره ولكن لم يشرح دوره بشكل كاف ، وهو المستوى الذي يتمثل في أفكار الطفل ومعتقداته حول انحرافه سواء أكان ذلك من وجهة نظره الشخصية أم كان من وجهة نظر الآخرين. وهو ما تلافاه النموذج التالي.

ثانياً: نموذج آلية كف العنف :

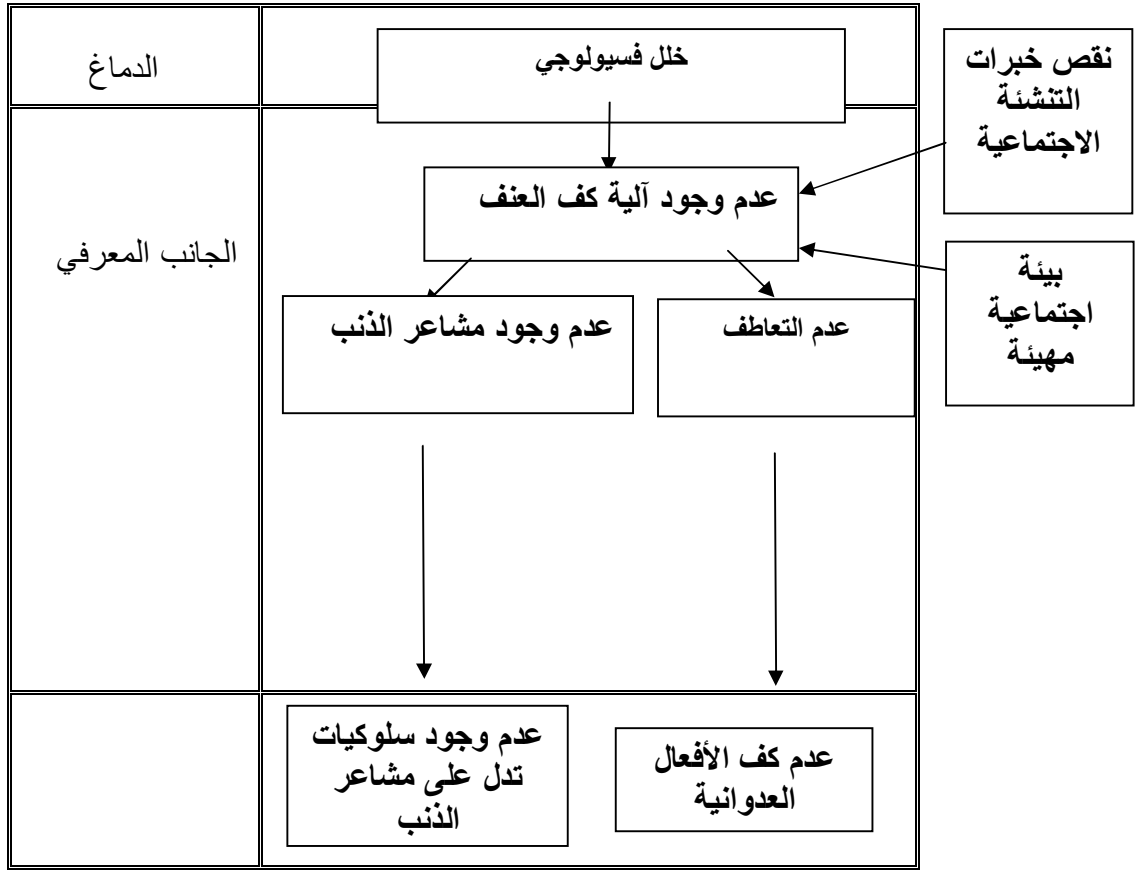
قدم جيمس بلير نموذج آلية كف العنف ٥ ، وتعرف هذه الآلية بأنها : آلية معرفية تنشط من خلال إشارات التواصل غير اللفظي الدالة على الكرب مثل (تعبيرات الوجه الدالة على الحزن أو رؤية البكاء أو سماع صوت البكاء) ، وتؤدي هذه الإشارات إلى استثارة استجابة للانسحاب وعدم الهجوم على الضحية.

كيف تعمل هذه الآلية:

يرى جيمس بلير أن هذه الآلية تعمل من خلال التشريط التقليدي عن طريق الربط بين المظاهر الدالة على الكرب، وكف العنف وعدم الهجوم.

وقدم بلير افتراضه الأساسي لهذا النموذج حيث يرى أن السلوك المنحرف يحدث بسبب خلل في هذه الآلية مما يدفع الفرد إلى القيام بالسلوكيات المنحرفة أو الجانحة ؛ كما أن غياب هذه الآلية قد يرجع إلى خلل فيسيولوجي أو بسبب نقص في الخبرات ناتج عن التنشئة الاجتماعية أو كليهما معاً .

ويؤدي انخفاض هذه الآلية لدى الأفراد إلى عدم وجود أي مشاعر أخلاقية تجاه الضحية مثل الشعور بالذنب بسبب الإيذاء بل والسعادة بما يفعل تجاه الآخرين ، وأن الطفل بدون هذه الآلية لا يتدعم سلبياً عند ظهور العلامات الدالة على الكرب ، وبالتالي فإنه يقوم بالأفعال العدوانية ، ويوضح الشكل التالي تفصيلاً لهذا النموذج: قلاً عن (Krol , Morton and Debruyne,2008)



شكل (١) نموذج آلية كف العنف

ومن خلال النظر في النموذجين السابقين لتفسير اضطرابات المسلك نجد أن هناك بعض المؤشرات التي تربط بين اضطرابات المسلك من ناحية والمهارات الاجتماعية، و الانفعالات، والجانب المعرفي والسلوكي.

ثانياً : العلاج المعرفي - السلوكي:

يعرف بيك (2001) Beck العلاج المعرفي - السلوكي بأنه علاج يقوم على مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تقترض أن الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والانفعالات السالبة ليست نتاجاً لقوى خفية تكمن في اللاشعور، ولكنها تنتج عن عمليات شعورية واعية من قبيل: التعلم الخاطئ، والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، وعدم التمييز بين الواقع والخيال، كما أن التفكير قد يكون واهماً لأنه قد يكون مستمداً من مقدمات خاطئة ومفاهيم مغلوطه.

وتجدر بنا الإشارة الآن إلى أهمية العلاج المعرفي - السلوكي في حالات اضطرابات المسلك لدى الأطفال والمراهقين، إذ تبين أن البحوث السابقة قد اقترحت أنه إذا تم تصميم التدخلات بحيث تكون معرفية و سلوكية واستخدام أساليب لزيادة الدافعية عند الأطفال والمراهقين ذوي اضطرابات المسلك تكون العلاجات فعالة بالنسبة لهم . ولتوضيح ذلك ذكر هاوس و دادس Hawes & Dadds (2013) أن الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين ٤ و ٩

سنوات ، والذين لديهم مشكلات في المسلك ، كانوا أكثر تجاوباً للتدخل المتعلق بالوالدين عما هي الحال مع الأولاد الذين لديهم مشكلات في المسلك ولم يخضعوا لأي تدخل متعلق بالوالدين ، وعلى نحو مشابه أوضح كالدويل وآخرون (2016) Caldwell أن المراهقين المودعين في دور الرعاية الذين لديهم اضطرابات بالمسلك تحسّنوا عندما تم علاجهم باستخدام برنامج علاجي معرفي - سلوكي مكثف باستخدام طرق الاتجاه نحو الإثابة مستهدفاً الفوائد أو المصالح الذاتية للمراهق ، وقاموا بتعليمهم مهارات المشاركة الوجدانية و كيفية التحكم في الغضب ، وتعديل أخطاء التفكير .

وتجدر بنا الإشارة الآن إلى أهمية العلاج المعرفي - السلوكي في حالات اضطرابات المسلك لدى الأطفال والمراهقين ، إذ تبين أن البحوث السابقة قد اقترحت أنه إذا تم تصميم التدخلات بحيث تكون معرفية و سلوكية واستخدام أساليب لزيادة الدافعية عند الأطفال والمراهقين ذوي اضطرابات المسلك تكون العلاجات فعالة بالنسبة لهم . ولتوضيح ذلك ذكر هاوس و دادس Hawes & Dadds (2013) أن الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين ٤ و ٩ سنوات ، والذين لديهم مشكلات في المسلك ، كانوا أكثر تجاوباً للتدخل المتعلق بالوالدين عما هي الحال مع الأولاد الذين لديهم مشكلات في المسلك ولم يخضعوا لأي تدخل متعلق بالوالدين ، وعلى نحو مشابه أوضح كالدويل وآخرون (2016) Caldwell أن المراهقين المودعين في دور الرعاية الذين لديهم اضطرابات بالمسلك تحسّنوا عندما تم علاجهم باستخدام برنامج علاجي معرفي - سلوكي مكثف باستخدام طرق الاتجاه نحو الإثابة مستهدفاً الفوائد أو المصالح الذاتية للمراهق ، وقاموا بتعليمهم مهارات المشاركة الوجدانية و كيفية التحكم في الغضب ، وتعديل أخطاء التفكير .

مشكلة الدراسة :

يمكن صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤل الآتي:

هل توجد فروق بين متوسطات القياس القبلي ومتوسطات القياس البعدي في الدرجات على أدوات الدراسة المعرفية والسلوكية والاجتماعية لدى الأطفال المصابين باضطرابات المسلك المتلقين للعلاج المعرفي السلوكي بالمقارنة بالمجموعة الضابطة؟ وينبثق من السؤال الرئيس مجموعة من التساؤلات الفرعية ، وهي:

- ١- هل توجد فروق بين وسيط القياس القبلي ووسيط القياس البعدي ووسيطي فترتي المتابعة في العدوان على الناس والحيوانات ، وتحطيم الممتلكات ، والاحتيال والسرقة ، وانتهاك القوانين لدى الأطفال المصابين باضطرابات المسلك المتلقين للبرنامج العلاجي ؟
- ٢- هل توجد فروق بين وسيط القياس القبلي ووسيط القياس البعدي ووسيطي فترتي المتابعة في بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال اضطرابات المسلك؟
- ٣- هل توجد فروق بين وسيط القياس القبلي ووسيط القياس البعدي ووسيطي فترتي المتابعة في التشويهاة المعرفية لدى أطفال اضطرابات المسلك؟
- ٤- هل توجد فروق بين وسيط القياس القبلي ووسيط القياس البعدي ووسيطي فترتي المتابعة في المشكلات الانفعالية لدى أطفال اضطرابات المسلك؟

٥- هل توجد فروق في القياسين القبلي والبعدي وفي فترتي المتابعة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في العدوان على الناس والحيوانات ، وتحطيم الممتلكات والاحتتيال والسرقه ، وانتهاكات القوانين ، والمهارات الاجتماعية ، والتشويهاة المعرفية ، والمشكلات الانفعالية ؟

الدراسات السابقة :

قدم لوتشمان (2002) Lochman دراسته بهدف معرفة فعالية العلاج المعرفي - السلوكي في التقليل من السلوكيات العدوانية ، والمشغبة داخل الفصل ، وتعاطي الكحوليات ، وتكونت عينة الدراسة من ٥٢ طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين ٦ و ١٢ عاماً . تكون البرنامج العلاجي من ١٢ جلسة بواقع ٤ جلسات شهرياً ، وانتهت النتائج إلى وجود انخفاض دال في السلوكيات التي استهدفها البرنامج العلاجي ؛ بل وامتد أثرها أيضاً على المدى البعيد حيث تعمل الأساليب التي تعلمها المريض في البرنامج العلاجي على الوقاية من هذه السلوكيات في المستقبل ، كما أنها تنبئ بمرحلة مراهقة أفضل.

كما نجد أيضاً أن ويبستر وهاموند (2004) Webster & Hammond أجريا دراستهما بهدف فحص مدى فعالية برنامج السنوات العجبية ٦ في خفض اضطرابات المسلك لدى الأطفال ، وتكونت عينة الدراسة من ٣٥ طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين ٣ و ٨ سنوات ، وتم تطبيق البرنامج بجلساته كاملاً ثم تمت المقارنة بين القياسات القبلي والبعدي للمجموعة نفسها ، وكذلك القائمين على رعايتهم ، وانتهت النتائج إلى وجود انخفاض دال في الاضطرابات السلوكية ، وارتفاع درجات احترام القوانين وتقاليد المجتمع ، واستمرت هذه النتائج في الارتفاع حتى بعد مرور عام من المتابعة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

وفي السياق ذاته قدم ماشالابا ، ودواريز (2005) Mashalaba and Edwards دراسة أجريت على عينة من الأطفال والمراهقين بمدى عمري يتراوح ما بين ٨ ، و ١٥ عاماً بهدف التحقق من كفاءة برنامج علاجي معرفي - سلوكي في علاج اضطرابات المسلك ، وقد تكون البرنامج من ٢٣ جلسة ركزت على تعلم مهارات التحكم الذاتي والسلوك الاجتماعي المقبول ومهارات حل المشكلات . وانتهت الدراسة إلى أن السلوك الفوضوي ، والعدوان وانتهاكات القوانين قد اختفت بنسبة بلغت ٨٥% بعد ٤ شهور من البرنامج العلاجي

وفي المجال ذاته تناولت دراسة كوفمان ، وسيلي (2005) Kaufman and Seeley عينة من المراهقين بلغ عددهم ٩٣ مراهقاً بهدف التحقق من كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي في علاج مجموعة من المراهقين المشخصين باضطراب المسلك المصحوب بالاكتئاب ، وتناولت الجلسات كيفية التغلب على المعارف السلبية والانشغال بالأنشطة السارة ومهارات الحياة اليومية . وتمت المقارنة بين القياس القبلي قبل اجراء التدخل والقياس البعدي بعد عقد جلسات البرنامج العلاجي وتبين وجود تحسن بنسبة بلغت ٧٠% بعد انتهاء جلسات العلاج و ارتفعت النسبة في جلسات المتابعة لتصل إلى ٨٣%.

وفي السياق نفسه قدم عبد المجيد (٢٠٠٦) دراسة هدفت إلى معرفة فعالية التعديل المعرفي - السلوكي في التقليل من حدة المشكلات السلوكية للأحداث الجانحين. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) حدثاً جانحاً من المودعين

في دور الرعاية ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين الأولى عددها (١٠) حالات استخدم معها نموذج التعديل المعرفي - السلوكي والمجموعة الثانية عدد (١٠) حالات ، واستخدم معها أساليب التعديل السلوكي فقط . وتوصلت نتائج الدراسة إلى زيادة فاعلية برنامج التعديل المعرفي - السلوكي في تعديل بعض أفكار ومعتقدات الحدث غير العقلانية بالمقارنة بالبرنامج السلوكي ، وذلك لأن برنامج التعديل المعرفي السلوكي ركز على تعديل أفكار ومعتقدات الحدث بجانب أنماط سلوكهم ، بينما ركز برنامج التعديل السلوكي على الأنماط السلوكية للأحداث بدون التعامل مع أفكارهم .

وفي العام نفسه قدمت صفاء مدبولي (٢٠٠٦) دراستها بهدف معرفة دور العلاج المعرفي - السلوكي في التخفيف من حدة مشكلة اضطراب العلاقات الاجتماعية للأطفال المنحرفين ، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠ طفلاً) تم تقسيمهم إلى مجموعتين احدهما تجريبية والأخرى ضابطة ، وكان قوام كل مجموعة (١٠ حالات)، وتوصلت النتائج إلى أن استخدام أساليب العلاج المعرفي - السلوكي أظهرت تحسناً ملحوظاً في علاقات أفراد المجموعة التجريبية بأفراد أسرهم وبزملائهم وبالقائمين بالرعاية.

وقامت اسماعيل (٢٠٠٩) بإجراء دراسة بهدف معرفة فعالية برنامج إرشادي سلوكي في علاج بعض حالات اضطراب المسلك. و قد تكونت العينة من عشرين مراهقاً بمدى عمري يتراوح بين ١٢ - ٢١ سنة ، تم تشخيصهم باضطراب المسلك بواسطة طبيب ، و تم تقديم مجموعة من الجلسات الإرشادية الخاصة بالبرنامج العلاجي . وانتهت إلى أن الإرشاد السلوكي كان له أثر دال في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب المسلك.

وقدم بوساري (2013) Busari دراسته التي أجريت على عينة تكونت من ٣٥٠ مراهقاً من المصابين باضطرابات المسلك ، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٠ - ١٩ عاماً من ولاية أويو بنيجيريا بهدف التحقق من كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي في علاج اضطرابات المسلك ، وقد أجريت الدراسة على ثلاث مراحل ، الأولى مرحلة القياس القبلي بهدف تحديد خط الأساس ، والثانية وفيها التدخل (البرنامج العلاجي) ، والمرحلة الثالثة والأخيرة القياس البعدي بهدف التحقق و الوقوف على مقدار التقدم و مدى كفاءة البرنامج العلاجي ، وانتهت الدراسة إلى وجود فروق دالة بين القياس القبلي و القياس البعدي من ناحية و بين المجموعتين الضابطة والتجريبية من ناحية أخرى ، مما يؤكد كفاءة البرنامج العلاجي في تحسين أعراض اضطرابات المسلك .

وفي العام نفسه قدم فونج (2013) Fung دراسته بهدف الوقوف على فعالية العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي في التقليل من المشاغبة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية في هونج كونج ، وقد تكونت عينة الدراسة من ٦٣ طفلاً ، وتم تطبيق كافة جلسات البرنامج العلاجي ثم المقارنة بين القياسات القبلي والبعدي، وانتهت إلى وجود انخفاض دال في كل من العدوان اللفظي والعدوان الجسدي ، وزيادة التعاطف مع الآخرين ، كما ألمح البرنامج العلاجي إلى إمكانية التنبؤ بانخفاض معدلات المشاغبة فيما بعد في المرحلة الاعدادية والثانوية.

وأجرى بيرد وسوجاي (2014) Beard & Sugai دراسته بهدف فحص فعالية برنامج الخطوة الأولى للنجاح ٧ في التقليل من الأعراض المصاحبة لاضطراب معاداة المجتمع ، واعتمد البرنامج العلاجي على جلسات داخل الفصل

بالمدرسة ، بالإضافة إلى الواجبات المنزلية ، وتكونت عينة الدراسة من ٦ أطفال من المصابين باضطرابات المسلك وتلقوا البرنامج العلاجي في مقابل مجموعة ضابطة لم تتلق أي علاج ، وانتهت النتائج إلى وجود انخفاض دال في المشكلات السلوكية مع ارتفاع الإنجاز الأكاديمي لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة في حين قام نيتكوفسكي وبيترمان (2016) Nitkowski & Petermann بدراسة هدفت إلى تعديل السلوك العواني لدى أطفال اضطرابات المسلك ، والمعارضة المتحدية ، والجانحين اعتماداً على العلاج السلوكي فقط ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٧ سنوات ، و ١٤ سنة ، وتبين أن العلاج السلوكي قد أدى إلى تحسن في سلوك الأطفال في حين أنه قدم في توصياته أنه لا بد من الجمع بين العلاج المعرفي إلى جانب العلاج السلوكي بهدف القضاء على أخطاء التفكير والتشويهاة المعرفية والمشكلات الانفعالية.

ومن طهران قدمت صالحى (2017) Salehi دراستها والتي تناولت تأثير العلاج المعرفي - السلوكي والتدريب الوالدي على اضطرابات المسلك ومشكلات الأقران ، وتراوحت أعمار العينة ما بين ١١ و ١٤ عاماً ، وقد تم تدريب الوالدين على أساليب التعامل مع سوررات الغضب ، والسلوكيات المضادة للمجتمع ، والعدائية التي يتصف بها أبناؤهم، وانتهت الدراسة إلى أن أفراد العينة التجريبية انتهت لديهم الأعراض بنسبة تصل إلى ٨٣% بعد انتهاء العلاج ووصلت إلى ٨١% بعد مرور عام على انتهاء العلاج.

وفي السياق ذاته قدم لنا جلينون وجريفن (2017) Glenon & Greven دراستهما التي هدفت إلى المقارنة بين أنواع مختلفة من العلاج التي تقدم لأطفال اضطرابات المسلك ؛ فقاموا بفحص ١٥٤٩ طفلاً ممن تراوحت أعمارهم بين التاسعة والحادية عشرة ، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات حسب نوع العلاج المقدم لهم (المجموعة الأولى تلقت علاجاً دوائياً فقط ، والمجموعة الثانية تلقت علاجاً سلوكياً فقط ، والمجموعة الثالثة تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً) وتمت المقارنة بين المجموعات الثلاث وانتهت النتائج إلى أن المجموعة الثالثة والتي تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً ، أظهرت تحسناً ملحوظاً وتلاها في الترتيب التي تلقت علاجاً سلوكياً فقط وفي النهاية مجموعة العلاج الدوائي. يظهر من خلال عرض الدراسات السابقة عدة نقاط أبرزها ما يلي:

١- اتضح من خلال عرض الدراسات السابقة التي فحصت الأطفال المصابين باضطرابات المسلك أن العلاج المعرفي - السلوكي ذو كفاءة في خفض هذه الاضطرابات.

٢- أشارت نتائج بعض الدراسات إلى إمكانية التنبؤ بانخفاض معدلات اضطرابات المسلك فيما بعد في المراحل العمرية التالية.

٣-ازدادت فاعلية البرنامج العلاجي كلما كان جامعاً بين الأساليب المعرفية والأساليب السلوكية معاً .

فروض الدراسة :

توجد فروق بين متوسطات القياس القبلي ومتوسطات القياس البعدي في الدرجات على أدوات الدراسة المعرفية والسلوكية والاجتماعية لدى الأطفال المصابين باضطرابات المسلك المتلقين للعلاج المعرفي السلوكي بالمقارنة بالمجموعة الضابطة.

وينبثق من الفرض الرئيس مجموعة من الفروض الفرعية ، ونعرض لها على النحو التالي:

- ١- توجد فروق بين وسيط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي ووسيطي فترتي المتابعة في العدوان على الناس والحيوانات ، وتحطيم الممتلكات ، والاحتيال والسرقة ، وانتهاك القوانين لدى الأطفال المصابين باضطرابات المسلك المتلقين للبرنامج العلاجي .
- ٢- توجد فروق بين وسيط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي ووسيطي فترتي المتابعة في بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال اضطرابات المسلك.
- ٣- توجد فروق بين وسيط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي ووسيطي فترتي المتابعة في التشويهاة المعرفية لدى أطفال اضطرابات المسلك.
- ٤- توجد فروق بين وسيط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي ووسيطي فترتي المتابعة في المشكلات الانفعالية لدى أطفال اضطرابات المسلك.
- ٥- توجد فروق في القياسين القبلي والبعدي وفي فترتي المتابعة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في العدوان على الناس والحيوانات ، وتحطيم الممتلكات والاحتيال والسرقة ، وانتهاكات القوانين ، والمهارات الاجتماعية، والتشويهاة المعرفية، والمشكلات الانفعالية .

منهج الدراسة واجراءاتها :

أولاً : منهج الدراسة :

اتبعت الدراسة الحالية المنهج التجريبي ، حيث تم فيه معالجة المتغير المستقل والتحكم فيه بشكل عمدي، ويقصد به في هذه الدراسة التدخل باستخدام برنامج معرفي- سلوكي لتحسين أعراض اضطرابات المسلك لدى الأطفال بهدف تقليل الأعراض ، وزيادة المهارات الاجتماعية ، وتحسين المشكلات المعرفية والانفعالية ، والتي تمثل المتغيرات التابعة في الدراسة الحالية، وتم هذا التدخل تبعاً لخطوات وجلسات محددة بواقع جلستين أسبوعياً ، ومدة كل جلسة (٤٥ - ٦٠) دقيقة ، وتم الاستعانة بمجموعة من المرضى باضطرابات المسلك والذين تم تشخيصهم بواسطة طبيب متخصص^٨، وقسموا إلى :

- مجموعة تجريبية تم تقديم برنامج معرفي - سلوكي لهم
- مجموعة ضابطة من المرضى على قائمة الانتظار ، ولم يخضعوا للبرنامج العلاجي.

ثانياً :التصميم البحثي لعينة الدراسة :

تم اجراء الدراسة الراهنة وفقاً لتصميم المجموعة الضابطة المتكافئة بقياس قبلي - بعدي متكرر ويمكننا عرض هذا التصميم في صورة رمزية كما يلي :

٨- د. هادي أحمد استشاري الطب النفسي بمستشفى حلوان للصحة النفسية
د. قديس محمد بالتأمين الصحي بمدينة ١٥ مايو - أخصائي الطب النفسي

المعالجات المجموعات	قياس قبلي	معالجة	قياس بعدي
مجموعة تجريبية	ق ١	✓	ق ٢، ق ٣، ق ٤
مجموعة ضابطة	ق ١	X	ق ٢، ق ٣، ق ٤

شكل (١) التصميم التجريبي للدراسة (القرشي، ٢٠٠١، ص ٢٠٠)

ثالثاً : عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة الراهنة من مجموعتين: المجموعة الأولى : هي المجموعة التجريبية التي تلقت برنامج العلاج المعرفي - السلوكي ، وتكونت من الأطفال ذوي اضطرابات المسلك الذين تم تشخيصهم بواسطة الأطباء المتخصصين ٩ ، وتكونت من ١٠ أطفال بمتوسط عمري ١٠,٥٦ عاماً ، وانحراف معياري ١,٣٣ عاماً . وقد سحبت العينة من ثلاثة أماكن مختلفة وهي مستشفى التأمين الصحي بمدينة ١٥ مايو ، ومستشفى النصر لعيادات التأمين الصحي (القسم النفسي) ، ومستشفى الصحة النفسية بجلوان . أما المجموعة الضابطة: فتكونت من ١٠ أطفال من ذوي اضطرابات المسلك المكافئين لعينة المرضى في جميع الصفات ، ولكن لا تتلقى أي جلسات علاجية، ويمتوسط عمري ١٠,١٧ عاماً ، وانحراف معياري ١,٢٣ عاماً ، وقد تم سحبهم من عيادات التأمين الصحي بمدينة ١٥ مايو ، ومستشفى النصر للتأمين الصحي - القسم النفسي - ، وقد روعي التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في المستوى التعليمي ، ونوع التعليم حيث سحبت العينة من مدارس حكومية ، وكما تم أخذ موافقة ولي أمر الطفل المشارك على التطبيق .

رابعاً : أدوات الدراسة :

تكونت بطارية هذه الدراسة من :

- ١- الاستخبار التشخيصي لاضطرابات المسلك لدي الأطفال (من إعداد الباحثة).
- ٢- استخبار المشكلات الانفعالية للأطفال (من إعداد الباحثة).
- ٣- استخبار الأفكار الآلية السلبية (من إعداد الباحثة).
- ٤- استخبار المهارات الاجتماعية لماتسون للأطفال (ترجمة : أماني عبد المقصود).

وصف البرنامج العلاجي المعرفي - السلوكي لتحسين بعض المشكلات المعرفية والسلوكية

لدى عينة أطفال اضطرابات المسلك

أ- الأطار العام للبرنامج

يشتمل البرنامج على ثلاث مراحل متتالية

المرحلة الأولى : مرحلة تحديد خط الأساس بهدف تقييم المشكلات قبل تقديم البرنامج العلاجي

المرحلة الثانية : وهي مرحلة التدخل وفيها جلسات البرنامج وانهاؤه .

د. هادي أحمد المسئول عن وحدة الأطفال والمراهقين بمستشفى حلوان للصحة النفسية
د. قديس أحمد المسئول عن وحدة الأطفال التابعة للتأمين الصحي بمدينة ١٥ مايو.

المرحلة الثالثة : وهي مرحلة المتابعة وتنقسم إلى متابعتين

المتابعة الأولى : مساوية لمدة البرنامج العلاجي أي (٤ شهور)

المتابعة الثانية وتكون ضعفي مدة البرنامج العلاجي أي (٨ شهور)

ب- **بنية الجلسات:**

لكل جلسة إطار واضح ومحدد ومنظم وتتضمن كل جلسة ما يلي :

١- أهداف الجلسة

٢- مراجعة الواجب المنزلي وتصحيحه .

٣- وضع جدول أعمال للجلسة التالية ينتهي بالمراجعة وتقييم الجلسة والواجبات المنزلية.

٤- الربط بين كل جلسة والجلسات السابقة .

٥- مناقشة جدول الأعمال .

٦- تقديم عائد في نهاية كل جلسة .

ج- **التوقيت**

تراوحت مدة كل جلسة ما بين ٤٥ و ٦٠ دقيقة بواقع جلستين أسبوعياً . وتم التطبيق نهاراً ما بين الساعة

العاشرة صباحاً والواحدة ظهراً للأطفال. وأما جلسات الوالد فكانت ٤ جلسات ولكن في فترة مسائية ما بين الرابعة

والسادسة مساءً وانتهت المتابعة الأولى في ٢٠١٦/١٢/١ والمتابعة الثانية في ٢٠١٧/٣/١ .

د- **الأهداف العلاجية طويلة المدى والأهداف العلاجية قصيرة المدى المنبثقة عنها**

الهدف العلاجي الأول طويل المدى :

تنفيذ الأوامر وفعل ما هو متوقع منه في المنزل والمدرسة والمجتمع.

وينبثق منه عدة أهداف فرعية وهي :

١- تنمية الوعي بالسلوكيات الصحيحة ، ويتم من خلال أداء الدور وقلب الدور .

٢- تحسين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، ويتم من خلال الدعم الموجب والسالب.

الهدف العلاجي الثاني طويل المدى :

التوقف عن كافة الأفعال العدوانية تجاه الناس والحيوانات أو الممتلكات.

وينبثق منه عدة أهداف فرعية وهي:

١- تحديد الأفكار الآلية السلبية المرتبطة بالسلوك العدواني ، ويتم من خلال أسلوب إعادة البناء المعرفي.

٢- تحديد الأفكار الآلية السلبية المرتبطة بسلوك تدمير الممتلكات واستبدالها بأخرى إيجابية ، ويتم من خلال

تغيير القواعد.

٣- تحديد الأفكار السلبية التي تدور حول المواقف والأشخاص والأحداث وتؤدي للسلوك العدواني ، ويتم من

خلال تغيير القواعد.

الهدف العلاجي الثالث طويل المدى:

التعبير عن الغضب بشكل منظم ومحترم ووفق أسس تعتمد على توكيد الذات.
وينبثق منه عدة أهداف فرعية وهي:

- ١- التعرف على الأفكار السلبية التي تسبب الاستثارة والانفعال ، ويتم عن طريق إعادة البناء المعرفي.
- ٢- مناقشة الأفكار الخاطئة ودحضها بالأدلة والأدلة المضادة حتى يتحكم المريض في انفعالاته ، ويتم عن طريق الأسئلة السقراطية.
- ٣- التحكم في الغضب عن طريق التعرض المباشر والاسترخاء.

الهدف العلاجي الرابع طويل المدى:

الالتفات إلى أفكار ومشاعر الآخرين بشكل منظم.
وينبثق منه عدة أهداف فرعية وهي:

- ١- التدريب على تكوين صورة ذهنية تعمل على اعتدال رؤية المريض لذاته وللآخرين ، ويتم من خلال التخيل.
- ٢- تقليل الاندفاعية والتهور ، ويتم من خلال أداء الدور وقلب الدور.

الهدف العلاجي الخامس طويل المدى:

رفع معدلات التحصيل العلمي.

وينبثق منه عدة أهداف فرعية وهي :

- ١- زيادة الالتزام بالقوانين داخل المدرسة والفصل ، ويتم من خلال الدعم الموجب والسالب ، والعقاب الموجب والسالب.
- ٢- متابعة مستوى التحصيل الدراسي مع المدرسة ، ويتم من خلال إنجاز الواجبات المنزلية بالتعويد.

الهدف العلاجي السادس طويل المدى :

تعليم الوالدين أساليب التعامل مع الأطفال ذوي اضطرابات المسلك .

وينبثق منه عدة أهداف فرعية وهي:

- ١- تدعيم الأسلوب الوالدي الإيجابي .
- ٢- تقوية علاقات الآباء مع أطفالهم .
- ٣- استبدال أسلوب التأديب القاسي والعنيف من الناحية الجسدية بخطط موجبة مثل طريقة إعطاء الأوامر ، وتعليم أبنائهم اتخاذ القرار اعتماداً على معلومات واقعية ، بطرق الإلهاء والتشتيت ووضع أهداف واقعية باستخدام أداء الدور ، وقلب الدور ، والنمذجة .
- ٤- تحسين مهارات التواصل وضبط الغضب لدى الوالدين بأساليب التنقيف النفسي والاسترخاء والإلهاء.

٥- زيادة شبكات المساندة الأسرية والارتباط مع المدرسة ، من خلال التعاقد السلوكي (Jongsma,2006,99)

خامساً : ظروف التطبيق وإجراءاته :

- ١- تم إعداد البرنامج العلاجي بناء على التدريب المسبق .
- ٢- تم تطبيق البرنامج على حالة واحده في البداية للتحقق من مدى ملاءمة جدول الأعمال للوقت المحدد للجلسة (٤٥ - ٦٠) دقيقة .
- ٣- بدأ التطبيق في ٢٠١٦/٦/١ وانتهى التطبيق في ٢٠١٦/٩/١ والمتابعة الأولى في ٢٠١٦/١٢/١ والمتابعة الثانية ٢٠١٧/٣/١
- ٤- تكفي الوالدين ٤ جلسات تدريبية لكيفية التعامل مع أطفال اضطرابات المسلك .
- ٥- تم التطبيق مع أطفال اضطرابات المسلك عن طريق تقسيم المجموعة إلى نصفين كل نصف مكون من خمسة أطفال ، وكانت جلسات النصف الأول من المجموعة تتم في يومي السبت والثلاثاء من كل أسبوع ، بينما النصف الثاني من المجموعة فكانت جلساته تتم في يومي الأحد والأربعاء من كل أسبوع حتى نضمن أن جميع أفراد العينة قد تلقوا جلستين في نهاية الأسبوع ، والتطبيق يتم بشكل فردي
- ٦- تم علاج مرضى العينة الضابطة بعد انتهاء تطبيق البرنامج على العينة التجريبية .

خامساً : تقدير الكفاءة القياسية للأدوات

أولاً : حساب الثبات : تم حساب الثبات بعدة طرق مختلفة نعرضها في الجدول التالي:

جدول (١) معاملات ثبات الاختبارات لعينة الأسوياء وأطفال اضطرابات المسلك

ن = ٢٠ لكل مجموعة منهما على حدة

الطريقة الإختبار	إعادة الاختبار		ألفا كرونباخ		القسمه النصفية بعد تصحيح الطول	
	أسوياء	مرضى	أسوياء	مرضى	أسوياء	مرضى
اضطرابات المسلك	٠,٩١٣	٠,٧٣٢	٠,٨٩١	٠,٥٩٦	٠,٨٢١	٠,٧٦٨
العدوان على الناس والحيوانات	٠,٧٣٤	٠,٨٢٧	٠,٧٧٨	٠,٦٣٦	٠,٨٤٢	٠,٦٦٧
تحطيم الممتلكات	٠,٨١٤	٠,٧٤٣	٠,٩٢١	٠,٨٨٥	٠,٧٣٢	٠,٦٠٥
الاحتيال والسرقة	٠,٧٠٢	٠,٨٣٠	٠,٦٤٧	٠,٧٧٤	٠,٦٤٨	٠,٧٠٩
انتهاك القوانين	٠,٦٠٣	٠,٦٥٥	٠,٧٧١	٠,٦١٣	٠,٧٥٦	٠,٧٤٧
المشكلات الانفعالية	٠,٧٣١	٠,٧٠٢	٠,٦٩٨	٠,٦٩٨	٠,٧٠١	٠,٧٣٣
الأفكار الآلية السلبية	٠,٨١٣	٠,٦٨٥	٠,٧٩٩	٠,٧٥٨	٠,٨٠١	٠,٨٢١
المهارات الاجتماعية	٠,٧٦١	٠,٨٢٤	٠,٧٥٤	٠,٧٤٨	٠,٧١٨	٠,٧٩٨
التحصيل العلمي	٠,٧٣٣	٠,٨٥٠	٠,٦٧٥	٠,٧٩١	٠,٦١٨	٠,٧٢١

يتبين من الجدول السابق أن طرق حساب معاملات الثبات الثلاث قد أجمعت على أن بطارية الإختبارات تتميز بإرتفاع معاملات الثبات؛ فوفقاً للطرق الثلاث تراوحت معاملات الثبات لدى عينة الأسوياء ما بين ٠,٧، ٠,٩، أما لدى عينة المرضى فقد تراوحت ٠,٦، ٠,٩، مما يوضح لنا أن هناك استقرار في الأداء عبر الزمن وعبر البنود، الأمر الذي يجعلنا نثق في أدوات جمع البيانات ونتقدم في إجراء التحليلات الإحصائية بإطمئنان، كما يتضح لنا ارتفاع معاملات الثبات لدى عينة الأسوياء بقيم طفيفة مقارنة بعينة أطفال اضطرابات المسلك.

ثانياً : حساب معاملات الصدق :

استخدمنا في الدراسة الراهنة الصدق التلازمي : وهو أحد أنواع الصدق التي تهدف إلى اختبار مدى قدرة الاختبار على الارتباط باختبار آخر يقيس الوظيفة نفسها أو يقيس وظيفة مختلفة عنها تماماً، وقد تم الحصول على مؤشرات الصدق التلازمي لاختبارات الدراسة الراهنة من خلال **صدق التعلق بمحك خارجي**، وقد تم الاستعانة باستخبارات ذات صدق وثبات مقبول لكل اختبار من الاستخبارات المحكية، ونعرض لها فيما يلي:

جدول (٢) معاملات صدق الارتباط بمحك خارجي

اسم الاختبار	الاختبار المحكي	معاملات الصدق للأسوياء	معاملات الصدق للمرضى
اضطرابات المسلك	مقياس عين شمس للسلوك العدواني	٠,٨٣	٠,٨١
الأفكار الآلية السلبية	مقياس جبهان حمزة لأطفال الشوارع	٠,٨٧	٠,٧٦
المشكلات الانفعالية	مقياس بيرلسون لاكتئاب الأطفال ^{١٠}	٠,٧٧	٠,٨٠
المهارات الاجتماعية	مقياس الذكاء الوجداني من اعداد الباحثة ^{١١}	٠,٨١	٠,٦٢

يظهر لنا من خلال النظر إلى الجدول السابق أن معاملات الصدق مرتفعة حيث أنها لا تقل عن ٠,٧ مما يدعم أن بطارية استخبارات الدراسة صادقه وتقيس ما وضعت لقياسه.

سادساً : التحليلات الإحصائية للدراسة :

- ١- الوسيط ونصف مدى الانحراف الربيعي .
- ٢- اختبارمان ويتي لاختبار الفروق بين مجموعتي الدراسة وهو اختبار لا معلمي ، يستخدم للمقارنة بين عينتين مستقلتين حينما تكون بيانات كل عينة في صورة رتبية.
- ٣- اختبار ويلكوكسون ، ويسمى اختبار اشارات الرتب ويستخدم هذا الاختبار في تحديد الفروق بين عينتين مرتبطتين فيما يتعلق بمتغير تابع معين ، بحيث تشمل العينتين على المجموعة نفسها من الأفراد يجري عليهم قياس قبلي و قياس بعدي.

١٠- مقياس بيرلسون لاكتئاب الأطفال ترجمة د. عبد العزيز ثابت
١١- تم اعداد اختبار الذكاء الوجداني للأطفال في رسالة الماجستير التي أعدها الباحثة بعنوان (الفروق بين الأطفال ذوي اضطرابات المسلك والأسوياء في بعض متغيرات الشخصية الإيجابية) ٢٠١٢

سابعاً : نتائج الدراسة :

يوضح الجدول التالي نتائج الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية لمعرفة فعالية البرنامج العلاجي.

جدول (٣) نتائج الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية

الدلالة	قيمة Z	الفروق بين القياس القبلي والبعدي		متغيرات الدراسة
		متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة	
٠,٠٠١	٥,١ -	٣٨	صفر	اضطرابات المسلك
٠,٠٠١	٤,٦ -	٢٨	١	العدوان على الناس والحيوانات
٠,٠٠١	٤,٦ -	٢٨	١	تخطيم الممتلكات
٠,٠٠١	٤,٦ -	٢٨	صفر	الاحتيال والسرقه
٠,٠٠١	٤,٦ -	٢٨	١	انتهاكات القوانين
٠,٠٠١	٤,٦ -	٣٢	صفر	التشويه المعرفي
٠,٠٠١	٤,٨ -	٣٢	صفر	المشكلات الانفعالية
٠,٠٠١	٥,٠٠ -	٣٦	صفر	المهارات الاجتماعية
٠,٠٠١	٥,٠٨ -	٣٢	١	التحصيل العلمي

يوضح الجدول السابق وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي بعد انتهاء البرنامج العلاجي في جميع متغيرات الدراسة.

أما لحساب الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي بعد انتهاء البرنامج العلاجي ننظر إلى الجدول التالي.

جدول (٤) نتائج الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي

الدلالة	قيمة ذ	ضابطة ن = ١٠		تجريبية ن = ١٠		متغيرات الدراسة
		نصف المدى الربيعي	وسيط	نصف المدى الربيعي	وسيط	
٠,٠٠١	٥,٨ -	١٣,٢٣	١٥٠,١٢	١١,١٦	٤٣,٤٤	اضطرابات المسلك
٠,٠٠٠	٤,٩ -	١٥,٣٨	٣٨,٣٣	٨,٠٣	١٠,٦٨	العدوان على الناس والحيوانات
٠,٠٠١	٦,٣ -	١٨,٥٥	٣٩,٤٥	٨,٩٨	١٠,٠٤	تخطيم الممتلكات
٠,٠٠١	٧,٨ -	١٣,٠٥	٣٦,١٧	٧,٧٤	٨,٨٨	الاحتيال والسرقه
٠,٠٠١	٤,٦ -	١٦,١١	٣٨,٠١	٨,١٢	٩,٤٦	انتهاكات القوانين
٠,٠٠١	٤,٣ -	١١,٥٨	١١٧,١١	١١,٢٣	٢٣,٠١	التشويه المعرفي

تابع جدول (٤)

٠,٠٠١	٤,٦ -	٩,٢٣	٩٨,١١	١٢,٠٤	٢١,٩٨	المشكلات الانفعالية
٠,٠٠١	٥,١ -	١٤,٠٠	٣٤,٨٨	١٨,٠١	٩٨,١٣	المهارات الاجتماعية
٠,٠٠١	٤,٨ -	١١,٠٠	٤٨,١٢	١٧,٠٣	٩٩,٨٨	التحصيل العلمي

توضح النتائج السابقة وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي بعد انتهاء البرنامج العلاجي في اتجاه تفوق المجموعة التجريبية ، حيث يظهر لنا من خلال التدقيق في الجدول السابق أن درجات المجموعة التجريبية انخفضت بشكل ملحوظ في كل من اضطرابات المسلك بأبعاده الأربعة ، والتشويه المعرفي ، و المشكلات الانفعالية ؛ بينما ارتفعت درجات المهارات الاجتماعية لديهم بعد انتهاء البرنامج العلاجي مما يؤكد لنا فعالية البرنامج العلاجي في تخليص الأطفال من اضطرابات المسلك ومصاحبتها

أما لحساب الفروق بين المجموعتين في المتابعة الأولى نجدها في الجدول التالي:

جدول (٥) نتائج الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في المتابعة الأولى

(بعد ٤ شهور من انتهاء العلاج)

الدالة	قيمة ذ	ضابطة ن = ١٠		تجريبية ن = ١٠		متغيرات الدراسة
		نصف المدى الربيعي	وسيط	نصف المدى الربيعي	وسيط	
٠,٠٠١	٤,٨ -	١٤,٤٥	١٤٥,١٨	١١,٠٤	٣٨,٨٧	اضطرابات المسلك
٠,٠٠١	٤,٦ -	١٥,١٢	٣٧,١٢	٩,٤٤	١٠,١٤	العنوان على الناس والحيوانات
٠,٠٠١	٥,٤ -	١٤,١٨	٣٨,٤٤	١٠,٦٨	١١,٠٨	تحطيم الممتلكات
٠,٠٠١	٥,٢ -	١٥,٦٦	٣٨,٠١	١١,٠٠	١٠,٦٦	الاحتتيال والسرقة
٠,٠٠١	٤,١ -	١٥,٠٠	٣٦,٠٣	١٠,٠٠	٩,٤٥	انتهاكات القوانين
٠,٠٠١	٤,٨ -	١٠,١٣	١١٦,١٨	١١,٢٢	٢٢,١٨	التشويه المعرفي
٠,٠٠١	٥,٧ -	٩,٠٩	١٠١,١٤	١١,٠٩	٢٠,٥٧	المشكلات الانفعالية
٠,٠٠١	٦,١ -	٤,٠٥	٣٣,٢٤	٩,٠٨	١٠٣,١	المهارات الاجتماعية
٠,٠٠١	٤,٨ -	١٠,٠٠	٤٤,٢٢	١٥,٠١	٩٧,١٨	التحصيل العلمي

يوضح الجدول السابق وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد انتهاء العلاج بأربعة أشهر في أول متابعة، حيث نجد من خلال التدقيق في النتائج السابقة أن أطفال المجموعة التجريبية استمر انخفاض التقديرات لديهم في الأداء على اختبارات اضطرابات المسلك بأبعاده الأربعة ، و التشويه المعرفي ، والمشكلات الانفعالية ؛ بينما استمر ارتفاع المهارات الاجتماعية لديهم بعد مرور أربعة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

ولحساب الفروق بين المجموعتين في المتابعة الثانية كما سبق نجدها في الجدول التالي.

جدول (٦) نتائج الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في المتابعة الثانية
(بعد ٨ شهور من انتهاء العلاج)

الدلالة	قيمة ذ	ضابطة ن = ١٠		تجريبية ن = ١٠		متغيرات الدراسة
		نصف المدى الربيعي	وسيط	نصف المدى الربيعي	وسيط	
٠,٠٠١	٦,١٨ -	١٤,٨٧	١٤٦,١٦	١٨,١١	٣٩,١١	اضطرابات المسلك
٠,٠٠١	٥,١٤ -	١٦,٢٣	٣٩,٥٤	٥,٠٠	١١,٠٨	العدوان على الناس والحيوانات
٠,٠٠١	٥,١٦ -	١١,٣٧	٤٦,٠٠	٧,٠٠	١٠,١٧	تحطيم الممتلكات
٠,٠٠١	٥,٠١ -	١٣,٤٣	٤٣,٠٠	٨,٠١	١٠,٨٩	الاحتيال والسرقة
٠,٠٠١	٦,١٣ -	٨,١٨	٣٩,٠٠	٧,٠٤	١١,٠٠	انتهاكات القوانين
٠,٠٠١	٤,٨٨ -	٩,٨٩	١٠٥,١٨	١٠,٠٠	٢٤,٠٠	التشويه المعرفي
٠,٠٠١	٤,٧٨ -	٩,٨١	١٠١,١١	١١,٨٤	٢٢,٠٠	المشكلات الانفعالية
٠,٠٠١	٤,٤٦ -	٧,٠٢	٢٩,٠٠	١٨,١٢	١٠٠,١٦	المهارات الاجتماعية
٠,٠٠١	٥,٨ -	١٠,٠٠	٤٥,٨٢	١٦,٣٣	٩٨,٨٢	التحصيل العلمي

يوضح الجدول السابق وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة ، حيث نجد استمرار الانخفاض في تقديرات أفراد المجموعة التجريبية في الأداء على كل من اختبار اضطرابات المسلك بأبعاده الأربعة ، والتشويه المعرفي ، والمشكلات الانفعالية ؛ بينما استمر ارتفاع تقديرات المهارات الاجتماعية وذلك بعد مرور ثمانية أشهر على انتهاء البرنامج العلاجي ، مما يدعم فكرة أن العلاج المعرفي - السلوكي عملية تعليمية تؤدي إلى تراكم الخبرات لدى الفرد ليعمها على المواقف المختلفة.

ولحساب الفروق بين القياس البعدي والمتابعين الأولى والثانية ننظر إلى الجدول التالي.

جدول (٧) نتائج الفروق بين القياس البعدي وقياسات المتابعة (الأولى والثانية)

الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس البعدي ومتابعة (٢)		الدلالة	قيمة Z	الفروق بين القياس البعدي ومتابعة (١)		المتغيرات
		متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة			متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة	
٠,٦٥	٠,٨٣ -	٣٦	٣٣	٠,٦٣	١-	٣٤	٣٢	اضطرابات المسلك
٠,٦٤	٠,٨٤ -	٣٥	٣٣	٠,٦٥	٠,٤٦ -	٢٥,٤	٢٦	العدوان على الناس والحيوانات
٠,٦٤	٠,٧٩ -	٣٣	٣٤	٠,٦٧	٠,٤٤ -	٢٧,٥	٢٨,٥	تحطيم الممتلكات
٠,٦٦	٠,٧٧ -	٣١	٣٣	٠,٦٧	٠,٥٦ -	٢٧,٥	٢٨,٥	الاحتيال والسرقة
٠,٦٧	٠,٧٧ -	٣١	٣٠	٠,٦٥	٠,٤٣ -	٢٦,٨٩	٢٨	انتهاكات القوانين
٠,٦٧	٠,٧٧ -	٣٢	٣٣	٠,٦٨	٠,٤٥ -	٣١	٣٣	التشويه المعرفي
٠,٦٦	٠,٧٨ -	٣٣	٣٤	٠,٦٣	٠,٦٥ -	٣٣	٣٥	المشكلات الانفعالية
٠,٦٥	٠,٦٤ -	٣٤	٣٥	٦١	٠,١٣ -	٣٦	٣٦	المهارات الاجتماعية
٠,٦٨	٠,٧٦ -	٣٢	٣٣	٠,٦٦	٠,٤٥ -	٣٣	٣٤	التحصيل العلمي

يوضح الجدول السابق عدم وجود فروق بين مختلف القياسات لدى المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج العلاجي ، حيث نجد من خلال التدقيق في النتائج السابقة للمقارنة بين القياس البعدي والمتابعة الأولى عدم وجود فروق بين القياسين بمعنى أن التحسن مستمر ، والتراكم العلاجي شديد ، أما بالنسبة للمقارنة بين القياس البعدي والمتابعة الثانية ؛ فنجد أيضاً عدم وجود فروق بين القياس البعدي والمتابعة الثانية - أي بعد ثمانية أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي - مما يدعم فكرة استقرار التحسن وعدم وجود أي انتكاسات بعد مرور ضعفي مدة العلاج.

مناقشة النتائج :

أولاً: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء التحقق من صحة فروض الدراسة ومدى اتساق تلك النتائج مع الدراسات السابقة:

تبين من نتائج الدراسة الحالية تحقق صحة فرض الدراسة كلياً بوجود فروق ذات دلالة داخل المجموعة ، ثم بين المجموعتين وذلك قبل تقديم البرنامج العلاجي وبعده ، وكذلك تم التحقق من صحة الفروض الفرعية المنبثقة عن فرض الدراسة الرئيس ، واتفق ذلك مع الانتاج الفكري السابق حيث انتهى لوتشمان (2002) lochman في دراسته إلى وجود انخفاض دال في العدوان على الآخرين ، وتعاطي الكحوليات ، وانتهاكات القوانين ، وتصحيح الأخطاء والتشويهات المعرفية ، وكذلك ارتفاع درجات التحصيل الدراسي ، وهو ما اتفق فيه مع نتائج دراسة ويبستر وهاموند (2004) Webster & Hammond أيضاً ، حيث انخفضت أعراض اضطرابات المسلك بشكل عام ، وارتفعت درجات احترام القوانين بشكل خاص حتى بعد مرور عام على المتابعة. وفي السياق ذاته نجد أن أعراض اضطرابات المسلك قد اختفت تماماً بنسبة تراوحت ما بين ٧٠% إلى ٨٥% لدى ماشلابا وإدواردز (2005) Mashalaba & Edwards) ، وأيضاً لدى كوفمان وسيلي Kaufman & Seeley (2005) ، وأيضاً لدى بوساري (2013) Busari ، والذي انتهى إلى النتائج نفسها أن أعراض اضطرابات المسلك قد اختفت تماماً بنسبة تراوحت ما بين ٧٠% إلى ٨٥% لدى بوساري (2013) Busari ، وهو ما اتفق أيضاً مع الانتاج الفكري لسابق في السياق المحلي ممثلاً في دراسة صفاء مدبولي (٢٠٠٦) ، وكذلك اسماعيل (٢٠٠٩) والتي انتهت إلى النتائج نفسها.

وفي سياق متصل جاءت نتائج كل من بيرد وسوجاي (2014) Beard & Sugai متفقة مع نتائج الدراسة الحالية حيث انتهى إلى أن العلاج المعرفي - السلوكي أدى إلى انخفاض اضطراب المسلك بأبعاده الأربعة انخفاضاً جوهرياً ، وكذلك ارتفاع التحصيل العلمي والانجاز الأكاديمي.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع نتائج الدراسة التي قام بها كل من موتوس وبيرنال (Motos) (2016) Bernal والتي انتهت إلى تحسن أعراض اضطرابات المسلك لدى الأطفال مع التوصية بضرورة الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي للوصول إلى نتائج أفضل ، وهو فعلياً ما تم في الدراسة الراهنة.

أما نتائج دراسة فونج (2013) Fung فقد انتهت إلى انخفاض حدة المشكلات الانفعالية بشكل ملحوظ وبالتبعية انخفاض دال في أعراض اضطرابات المسلك وكذلك كل من بيرد وسوجاي Beard & Sugai

(2014) متفقة مع نتائج الدراسة الحالية حيث انتهى إلى أن العلاج المعرفي - السلوكي أدى إلى انخفاض اضطراب المسلك بأبعاده الأربعة انخفاضاً جوهرياً ، وكذلك ارتفاع التحصيل العلمي والإنجاز الأكاديمي . وفي السياق ذاته نتائج كل من كولكو وبارديني (2015) Kolko&Bardini فقد انتهيا إلى أن الأطفال ذوي اضطرابات المسلك تحسنت علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين مع ارتفاع درجات المهارات الاجتماعية، وهو ما يتفق مع نتائج الدراسة الراهنة.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع نتائج الدراسة التي قام بها كل من موتوس وبيرنال Motos (2016) وBernal والتي انتهت إلى تحسن أعراض اضطرابات المسلك لدى الأطفال مع التوصية بضرورة الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي للوصول إلى نتائج أفضل ، وهو فعلياً ما تم في الدراسة الراهنة.

وعلى صعيد متصل تتفق النتائج مع جورجيو وفانتي (2017) Georgiou & Fanti دراستهما والتي هدفت إلى دراسة فاعلية برنامج علاجي معرفي - سلوكي على أطفال اضطرابات المسلك لخفض أعراض الاضطراب لديهم وكذلك مشكلة عدم الاحساس بالذنب وعدم التعاطف مع الآخرين، وتراوحت أعمارهم ما بين ٨ و ١٠ أعوام ، وتم تطبيق جلسات البرنامج عليهم ثم المتابعات بعد ثلاث شهور وأخرى بعد تسعة أشهر، وانتهت النتائج إلى أن نسبة التحسن في الأعراض قد بلغت ٨٤% مقارنة بخط الأساس ، وبلغت ٨٠% في المتابعة الثانية وهو ما اتفق أيضاً مع نتائج ويلاند ورابيا (2017) Weeland & Rabia وأيضاً ثيمو وروبرت (2017) Thimo & Robert والتي اتفقت نتائجها إلى أن العلاج المعرفي - السلوكي يؤدي إلى مزيد من التحسن عبر الزمن من خلال فترات المتابعة.

ثانياً : مناقشة النتائج في ضوء النماذج النظرية:

انتهت نتائج الدراسة إلى قبول جميع فروض الدراسة الفرعية وفرضها الرئيس والقائل " توجد فروق بين متوسطات رتب القياس القبلي ومتوسطات القياس البعدي في الدرجات على أدوات الدراسة المعرفية والسلوكية والاجتماعية لدى الأطفال المصابين باضطرابات المسلك المتلقين للعلاج المعرفي السلوكي بالمقارنة بالمجموعة الضابطة" فيمكننا تفسير النتائج في ضوء النموذج المعرفي كما صاغه بيك أن أطفال اضطرابات المسلك تتمثل المعتقدات الأساسية لديهم في كراهية الآخرين ، والسعي نحو السيطرة ، والتحكم في الآخرين ، والانغماس الدائم في أنشطة الرعب وتهديد الآخرين والاستمتاع بذلك ، وبالتالي فإن البرنامج العلاجي عمل على تعديل الأفكار حول المواقف أو الأشخاص أو الأحداث التي تثير السلوك المضطرب لدى الأطفال ، وأيضاً لدى الوالدين أو القائمين بالرعاية بشكل يساعدهم على إدارة الاضطراب لدى الأطفال والتعامل معه مما أدى إلى هذه النتائج.

أما عن تفسير النتائج في ضوء نماذج التعلم الاجتماعي ، ومن خلال الرجوع إلى نماذج التعلم الاجتماعي ، نجد أن التعلم الإنساني وأغلب سلوكيات الإنسان متعلمة من خلال المشاهدة والتقليد والاقتران بسلوكيات الآخرين، ويذكر باندورا أن الطفل يتعلم كثيراً من سلوكياته عن طريق المشاهدة والتقليد ، وقام باندورا في إحدى دراساته النموذجية بتوزيع أطفال إحدى مدارس رياض الأطفال على خمس مجموعات معالجة ، تعرضت لمشاهدة نماذج عدوانية مختلفة ، حيث شاهدت المجموعة الأولى نموذجاً إنسانياً حياً راشداً ، وهو يقوم باستجابات عدوانية جسدية ولفظية نحو لعبة بلاستيكية بحجم الإنسان الطبيعي ، وتعرضت المجموعة الثانية لمشاهدة الحوادث العدوانية ذاتها ،

ولكن من خلال فيلم سينمائي . أما المجموعة الثالثة ، فقد تعرضت لمشاهدة الحوادث ذاتها من خلال فيلم كرتوني. واستخدمت المجموعة الرابعة كمجموعة ضابطة ، لأنها لم تتعرض لمشاهدة أي من هذه الحوادث العدوانية ، في حين تعرضت المجموعة الخامسة لمشاهدة نموذج إنساني ذي مزاج مسالم وغير عدواني. بعد اجراء المعالجة وعرض النماذج المختلفة على أفراد المجموعة التجريبية جميعها ، تم وضع كل طفل من هؤلاء الأطفال في هذه المجموعات في وضع مشابه للوضع الذي لاحظ فيه سلوك النموذج ، وقام عدد من المشاهدين بمشاهدة سلوك الأطفال عبر زجاج يمكنهم من الرؤية في اتجاه واحد، وتسجيل الاستجابات العدوانية الجسدية واللفظية التي أداها أطفال مختلف المجموعات، ثم استخرجوا متوسط استجابات كل مجموعة على حدة ، فبلغ متوسط الاستجابات العدوانية للمجموعة الأولى ١٨٣ استجابة ، للثانية ٩٢ استجابة ، وللثالثة ١٩٨ استجابة ، والرابعة ٥٢ استجابة ، والخامسة ٤٢ استجابة. تبين نتائج هذه الدراسة أن متوسط الاستجابات العدوانية للمجموعات الثلاث الأولى التي تعرضت للنماذج العدوانية، يفوق كثيرا متوسط استجابات المجموعة الرابعة (الضابطة) التي لم تتعرض لمشاهدة النموذج . كما تبين النتائج أن متوسط استجابات المجموعة الخامسة ، التي تعرضت لنموذج مسالم وغير عدواني ، أقل من متوسط استجابات المجموعة الرابعة . وبتطبيق ذلك على اضطرابات المسلك نجد أن التعلم يكون عن طريق الاقتداء بنموذج ذي سلوك عدواني يلقي تعزيزاً من المجتمع (الدسوقي ، ٢٠١٤ ، ١٢٣)

أما عن تفسير النتائج في ضوء النماذج النظرية التي فسرت اضطرابات المسلك فنجد أن نموذج آلية كف العنف لصاحبه جيمس بلير والذي كانافتراضه الأساسي لهذا النموذج أن السلوك المنحرف يحدث بسبب خلل في هذه الآلية ، مما يدفع الفرد إلى القيام بالسلوكيات المنحرفة أو الجانحة ؛ كما أن غياب هذه الآلية قد يرجع إلى خلل فسيولوجي أو بسبب نقص في الخبرات ناتج عن التنشئة الاجتماعية أو كليهما معاً .

ويؤدي انخفاض هذه الآلية لدى الأفراد إلى عدم وجود أي مشاعر أخلاقية تجاه الضحية مثل الشعور بالذنب بسبب الإيذاء بل والسعادة بما يفعل تجاه الآخرين ، وأن الطفل بدون هذه الآلية لا يتدعم سلبياً عند ظهور العلامات الدالة على الكرب ، وبالتالي فإنه يقوم بالأفعال العدوانية ، والسلوكيات المعادية للمجتمع (Krol , Morton and Debruyn,2008)، وبالتالي فإن العلاج المعرفي - السلوكي يعمل على تعديل هذه الأفكار السلبية والمخططات التي تكمن وراء القيام بالسلوكيات العدوانية ، وكذلك نموذج مورتون وفريث المفسر لاضطرابات المسلك أشار إلى أن الاضطراب يحدث بسبب الخلل في الجانب المعرفي وكيفية تفسير علامات الكرب من تعبيرات الوجوه وبالتالي يعمل العلاج - المعرفي السلوكي على تعديل ذلك من خلال مختلف الأساليب العلاجية.

حدود تعميم نتائج الدراسة.

حتى يمكننا تعميم نتائج هذه الدراسة على عينات أخرى يجب الأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية :

- ١- أن الدراسة الحالية طبقت على عينة من الأطفال الذين تم تشخيصهم كمصابين باضطرابات المسلك بواسطة طبيب نفسي متخصص ، وتم التأكيد على التشخيص من خلال الاستخبار التشخيصي لاضطرابات المسلك.
- ٢- أجريت الدراسة الحالية على أطفال تراوح المدى العمري لهم ما بين ٨ و ١٢ عاماً .

وستنظر النتائج التي تم الخروج بها من الدراسة موضع تساؤل مستقبلي في حال إذا ما طبقت على مدى عمري أكبر .

المراجع

أولاً مراجع باللغة العربية

- اسماعيل ، صفاء (٢٠٠٩). فعالية برنامج إرشادي سلوكي في علاج بعض حالات اضطراب المسلك، **مجلة المؤتمر الإقليمي لقسم علم النفس جامعة القاهرة** ، ص ص ٦٥ - ١١٧ .
- الدسوقي ، مجدي (٢٠١٤) . **اضطراب المسلك** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- عبدالله ، عادل (٢٠٠٠) . **العلاج المعرفي السلوكي** : أسس وتطبيقات ، القاهرة : دار الرشاد .
- عبدالمعطي ، حسن (٢٠٠٦) . **العلاج المعرفي بين النظرية والتطبيق** ، القاهرة : مكتبة النهضة العربية .
- عبد المجيد ، هشام (٢٠٠٦) . مقارنة فعالية كلاً من التعديل المعرفي السلوكي والتعديل السلوكي في خدمة الفرد في التقليل من حدة المشكلات السلوكية للأحداث الجانحين، **بحوث المؤتمر العلمي الرابع لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان** . (١٣٣ - ١٥٢) .
- القرشي ، عبد الفتاح و الصبوة ، محمد نجيب (٢٠٠١) . **علم النفس التجريبي** . القاهرة : دار القلم .
- مدبولي ، صفاء (٢٠٠٦) . ممارسة العلاج المعرفي - السلوكي في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلة اضطراب العلاقات الاجتماعية للأطفال المعرضين للانحراف، **مجلة المؤتمر العلمي التاسع عشر لكلية التربية، جامعة حلوان** . ١١٢ - ١٣٢
- المهدي ، محمد (٢٠٠٧) . **الصحة النفسية للطفل** ، القاهرة : الأنجلو المصرية .

ثانياً مراجع باللغة الإنجليزية References

- Beck , A(2001) . **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders** , New York : International Universities press .
- Bread, K. and Sugai,R.(2014). First Step to success : An Early Intervention For Elementary Children At Risk For Antisocial Behavior. **Behavioral Disorder**. 39 , 396 – 409.
- Busari , A . (2013) . Cognitive Behavior Therapy In The Management Of Conduct Disorder Among Adolescents. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** . 93 (1) 45 – 60
- Caldwell, M. (2016). Treatment Response Of Adolescent Offenders With Psychopathy Features: A 2-year follow-up. **Criminal Justice and Behavior**, 33(5), 571- 596.
- Fung, A.(2013). Cognitive – Behavioral Group Theray For Hong Kong Students That Engage In Bullying .**Social Science**.42, 68 – 48.
- Georgiou,G& Fanti,K (2017). Preventing Conduct Disorder And Callous Unemotional Traits. **Journal Of Abnormal Child Psychology**. (47) 1-13.

- Glenon, J. & Greven, C. (2017). Psychological Treatments For Children And Adolescents With Conduct Disorder Problems Asystematic & Comparative Review. **Journal Of Child Psycholog And Psychiatry**. (58) 4-18.
- Hawes, D. I., & Dadds, M. R. (2005) . The Treatment Of Conduct Problems In Children With Callous – Unemotional Traits .**Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **73 (4)**, PP.737 - 741 .
- Kaufman, N and Seeley, J.(2005). Cognitive Behavioral Therapy For Adolescents With Comorbid Major Depression And Conduct Disorder. **Journal of consulting and clinical psychology**. **73 (1)** 38 – 46.
- Kim-Cohen, J. (2016). Five-Year Predictive Validity Of Conduct Research Diagnosis in 4.5 -5 year old children. **European Child & Adolescent Psychiatry**, **18(5)**, 284 - 291.
- Kimonis, E. R. ; Frick, P. J. ; Fazekas, H., & Loney, B. R. (2016). Psychopathy, Aggression, And The Processing Of Emotional Stimuli In Non- Referred Girls And Boys. **Behavioral Science and the Law**, **24(1)**, 21- 37.
- Kolko, D. J., & Pardini, D. A. (2015). ODD Dimensions, ADHD, And Callous-Unemotional Traits As Predictors Of Treatment Response In Children With Disruptive Behavior Disorders. **Journal of Abnormal Psychology**, **119(4)**, 713 - 725.
- Krol, N, Morton, J, and Debruyne, E .(2008). Theories Of Conduct Disorder : A Causal Modeling Analysis. **Journal Of Child Psychology And Psychiatry**. (45)4 , 727-742.
- Lochman, J.& Pardini (2002). Cognitive Behavioral Interventions with Aggressive Boys. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**. **70 (3)**. 426 – 432.
- Mashalaba, E and Edwards, D.(2005). A successful Cognitive Behavioral Intervention: A case Study Of Adolescent Conduct Disorder At School. **Journal of Child and Adolescent Mental Health** **17 (2)** 69 – 78
- Motos, M. & Bernal, G. (2016). Parent-Child Interaction Therapy For Puerto Rican Preschool Children with ADHD And Behavior Problems: a pilot efficacy study. **Family Process**, **48(2)**, 232 – 242
- Nitkowski, D. & Petermann, U. (2016). Behavior Modification Of Aggressive Children In Child Welfare: Evaluation Of A combined Intervention Program. **Behavior Modification**, **33(4)**, 474-492.
- Odgers, D. L. (2016). Female And Male Antisocial Trajectories: From Childhood Origins To Adult Outcomes. **Development Psychopathology**, **20(2)**, 673 - 716.
- Salehi, S. (2017). Cognitive Behavioral Therapy And Parent Training For Aggressive Behavior And Conduct Disorder. **Journal of Applied Behavioral Science In Iran**. **3 (2)**. 301-331.
- Thimo, M. & Robert, R (2017). The Effectiveness Of Family Therapy And Behavioral Therapy In Treating Adolescents With Multiple Behavioral Problems. **Journal of Child Psychology And Psychiatry**. **(8) 18** – 29.
- Webster, C and Hammond, M.(2004). Treating Children With Early Onset Conduct Problems. **Journal of clinical child and adolescent psychology**. **33**, 105 – 124.

- Weeland,J. & Rabia,C. (2017). Effectivness Of The Incredible Years Program: New Prespective. **Journal of clinical child and adolescent psychology** (48)1-18.

Efficacy Of Cognitive – Behavioral Program For Improvement Some Cognitive and Behavioral Problems Among Sample Of Conduct Disorder Children

Noha A. Awad Ahmad

Director of the special education stage

Future Educational Administration

Abstract

The purpose of the present study was to evaluate the efficacy of cognitive – behavioral program in improving cognitive and behavioral problems among conduct disorder children. The present study was conducted on a sample of (20) children divided into two groups. The first group was an experimental group consists of (10) patients suffered from conduct disorder; their age range from 9 to 12 years old with mean 10.33 years old, and the standard deviation was 1.33 years old, who attended cognitive - behavioral program sessions. The second group was a control group consists of (10) patients with conduct disorder, their age range from 9 to 12 years old with mean 10.17 years old and the standard deviation was 1.23 years old. Collected from Helwan Mental Health Hospital, El-Nasr Hospital, and Health insurance in 15th May City. The first follow up was after 4 months of the end of program, and the second was after 8 months. We concluded to accept all hypothesis of this study, as we found difference with in the two groups, and the difference into the experimental group was (pre treatment & post treatment) in all symptoms of conduct disorder, cognitive distortion, emotional problems, and social skills were improving. We also assessed the effectiveness of this program by asking the care givers (the parents, and the teachers) who said they noticed an improving in children’s behavior.