

## فاعلية برنامج ارشادي قائم علي العلاج المعرفي السلوكي في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي أطفال الروضة

اعداد :

أ.م.د/ هبه إسماعيل متولي (\*)

### مستخلص البحث:

هدف البحث الحالي إلي خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي عينة من أطفال الروضة باستخدام برنامج ارشادي قائم علي العلاج المعرفي السلوكي، استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة، وتكونت عينة البحث من (١١) طفل وطفلة من أطفال الروضة تراوحت أعمارهم من (٦ - ٧) سنوات، شملت أدوات البحث مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي أطفال الروضة (إعداد الباحثة)، البرنامج الإرشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي (إعداد الباحثة)، وتوصلت نتائج البحث إلي فاعلية برنامج ارشادي قائم علي العلاج المعرفي السلوكي في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدى عينة من أطفال الروضة.

**الكلمات المفتاحية:** الاضطراب الانفعالي المتقطع - العلاج المعرفي السلوكي - أطفال الروضة

### Research abstract:

The aim of the current research is to reduce the indicators of intermittent emotional disturbance in a sample of kindergarten children using a counseling program based on cognitive behavioral therapy. The researcher used the one-group quasi-experimental approach, and the research sample consisted of (11) male and female kindergarten children whose ages ranged From (6-7) years, the research tools included a measure of indicators of intermittent emotional disturbance among kindergarten children (prepared by the researcher), a counseling program based on cognitive behavioral therapy (prepared by the researcher), and the results of the research reached the effectiveness of a counseling program based on cognitive therapy, Behavioral behavior in reducing indicators of intermittent emotional disturbance among a sample of kindergarten children.

**Keywords:** intermittent affective disorder- cognitive behavioral therapy- kindergarten children

(\*) أستاذ علم نفس الطفل المساعد - قسم العلوم النفسية - كلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة القاهرة.

## مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة من اهم مراحل عمر الإنسان، فهي المرحلة التي تشكل الأساس في بناء الشخصية حيث تتضح فيها المواهب والقدرات وتكتسب فيها القيم والاتجاهات. ويمتاز الاطفال عادة في المراحل العمرية المبكرة بالعديد من المظاهر السلوكية والتي تبدو في بعض ملامحها على انها دلائل اضطراب من الأندفاعية وسرعة الاستثارة والغضب وغيرها من المظاهر الاخرى. ومثل هذه المظاهر قد تكون طبيعية تتسجم مع خصائصهم النمائية، ومن ثم تتلاشى تدريجيا مع النضج عبر مراحل النمو اللاحقة، أو قد تتفاقم هذه المظاهر وتزداد في حدتها ومعدل تكرارها وتصبح مستمرة، عندها تصبح مظهراً حقيقياً من مظاهر الاضطراب الذي يستوجب الانتباه والاهتمام والبحث عن أسبابه وعلاجه.

ويعد الاضطراب الانفعالي المتقطع أحد الاضطرابات التي تتضح مؤشرات حدوثها في مرحلة الطفولة المبكرة فيمكن ملاحظة بعض المظاهر السلوكية علي بعض الأطفال تتضمن فترات فجائية متكررة من السلوك العدواني، ويتفاقم غالباً إلى درجة الغضب، والتي يكون رد الفعل فيها بعيداً عما يحتمه الموقف.

وتري الباحثة أن هذا النوع من الاضطراب يحتاج إلي أساليب علاجية محددة تتناسب مع الأطفال في مثل هذه المرحلة. ويمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي أحد المداخل المعاصرة في خدمة الطفل حيث يهتم هذا النوع من العلاج عن غيره بأساليب علاج إدراك الطفل واتجاهاته من خلال تحديد مصادر القصور المعرفي على اعتبار أن التفكير يؤدي دوراً جوهرياً في تشكيل السلوك الإنساني. فيساعد العلاج المعرفي السلوكي الأطفال علي رؤية كيف يقومون بتأويل وتقييم ما يحدث حولهم وتأثير هذه المدركات علي حياتهم الأنفعالية. فيعمل علي تعديل الأفكار الخاطئة والسلوكيات السلبية وتعديلها إلى سلوكيات إيجابية.

## مشكلة البحث

تبلورت مشكلة البحث من خلال قراءات الباحثة وملاحظتها ندرة الدراسات التي تناولت الاضطراب الانفعالي المتقطع خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة علي الرغم من ظهور مؤشرات هذا الاضطراب علي بعض أطفال الروضة والتي تظهر في شكل فترات فجائية متكررة من السلوك القهري، أو العدواني، أو العنيف؛ أو احتدادات شفهية غاضبة يكون رد الفعل فيها بعيداً عما يقتضيه الموقف.

مما يتسبب عن تلك الأندفاعات الانفعالية المتقطعة اعاقه الطفل من الاستفادة من طاقاته وقدراته واستخدامها على نحو فعال في عمليات التعلم والاكساب وفي التفاعلات الاجتماعية مما ينعكس ذلك في تدني مفهوم الذات لديه، وسوء توافقه النفسي والاجتماعي. وإحداث توترًا كبيرًا، وتأثيرًا سلبيًا في كافة نواحي الحياة. لذا وجب علينا البحث عن استراتيجيات وطرق إرشادية لخفض الاضطراب الانفعالي المتقطع عند الأطفال.

وانطلاقاً من مبدأ أن الاضطراب النفسي أياً كان شكله يعود للأفكار اللامنطقية و ما يمهد لحدوثه هو معتقدات الطفل و تفكيره المحدود حول المشكلة و ليس المشكلة بحد ذاتها، يأتي العلاج المعرفي السلوكي الذي يعد من الطرق العلاجية المستخدمة في علاج هذه الاضطرابات الانفعالية.

(أبو زرع عبدالله، ٢٠١٠: ١٠٣، ركزة سمير، ٢٠١١: ٣١٧)

وهذا ما أكدته دراسة (لوجان العالية، ٢٠٢١) بعنوان "العلاج السلوكي المعرفي للاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتمدرس (العناد و المعارضة نموذجاً) ". حيث هدفت الدراسة إلي بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي واستكشاف أثره في خفض اضطراب العناد و المعارضة لدى الطفل المتمدرس. حيث تم إجراء دراسة ميدانية باستخدام تقنيتي الملاحظة و المقابلة العياديتين مع تصميم استبيان اضطراب العناد و المعارضة لدى الطفل المتمدرس. تم تطبيق البرنامج العلاجي علي (٥) أطفال ذكور بالمرحلة الابتدائية ويعانون من مستويات مرتفعة لاضطراب العناد و المعارضة في البيئتين المدرسية و المنزلية، توصلت الدراسة إلى وجود اثر ايجابي لتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض مستوى اضطراب العناد و المعارضة لدى الطفل المتمدرس في البيئتين المدرسية و المنزلية، و ذلك من خلال الأبعاد التالية : المزاج العصبي - السلوك المجادل- السلوك الانتقامي - الاختلال الأدائي. كما أكدت الدراسة استمرارية الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي.

فالعلاج المعرفي السلوكي يقوم علي معالجة الأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى الأطفال ذوي الاضطراب الانفعالي المتقطع. فتنوع طرق علاج هذا الاضطراب ما بين التدريب علي الأسترخاء، والتدريب علي مهارات المواجهة. (Klyce, 2018: 1836)

ومن هنا تتبلور مشكلة البحث في الأسئلة التالية:

- ما فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدى أطفال الروضة.
- ما مدي استمرارية فاعلية برنامج ارشادي قائم علي العلاج المعرفي السلوكي في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدى أطفال الروضة.

### أهداف البحث

هدف البحث الحالي إلي:

- خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدى أطفال الروضة باستخدام برنامج ارشادي قائم علي العلاج المعرفي السلوكي.
- التأكد من استمرارية فاعلية برنامج ارشادي قائم علي العلاج المعرفي السلوكي في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدى أطفال الروضة.

### أهمية البحث

تمثلت أهمية البحث الحالي فيما يلي:

### الأهمية النظرية

تتمثل الأهمية النظرية للدراسة الحالية في أنها تقدم تراثاً نظرياً يوضح متغيرات البحث المتمثلة في الاضطراب الانفعالي المتقطع وأسبابه وطرق علاجه والعلاج المعرفي السلوكي، في كلاً من الثقافة العربية والأجنبية، ومتابعة الإسهامات النظرية المختلفة والدراسات الحديثة في هذا المجال.

### الأهمية التطبيقية

- توجيه نظر الخبراء والقائمين على تربية الطفل إلي أهمية تصميم وتنفيذ البرامج الإرشادية التي تقوم علي استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي والتي تتناسب وتتواءم مع خصائص الأطفال في مرحلة الروضة والاشادة بأهمية دورها في أرشاد الأطفال.
- مساعدة القائمين علي تربية الطفل على تصميم وتنفيذ برنامج ارشادية للحد من مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع وأرشاد وتوجيه الأطفال إلي كيفية التحكم فس سلوكياتهم الانفعالية.
- التقدم من خلال نتائج البحث والتوصيات والمقترحات نحو توجيه المتخصصين لمزيد من الاهتمام بدراسة الجوانب النفسية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات الاندفاع المتنوعة وتفسير الجوانب، العلاقات والتفاعلات في حياتهم وحياة أسرهم وعلاقتها بالاضطراب.

## المفاهيم الاجرائية للبحث

## الاضطراب الانفعالي المتقطع

تعرفه الباحثة أجرائياً بأنه " فترات فجائية أنفعالية متكررة من الأنفعال اللفظي أو الجسدي أو تدمير الممتلكات مع درجة من العدوانية والأندفاع التي لا تتناسب مع الموقف وتتعارض مع قيم وأعراف المجتمع".

## البرنامج الإرشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي

تعرفه الباحثة أجرائياً بأنه " برنامج إرشادي تم أعداده اعتماداً على القواعد العلمية المستمدة من المدرسة المعرفية السلوكية يضم مجموعة مخططة و منظمة من الإجراءات و التقنيات المعرفية والسلوكية (الاسترخاء، التعزيز، التعليم النفسي، التخيل، النمذجة، التقييم المنزلي، إعادة البناء المعرفي، إدارة الغضب والتفريغ الانفعالي ) خلال (٣٦) جلسة بهدف خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدى الأطفال من (٦-٧) سنوات".

## الأطار النظري ودراسات سابقة

## المحور الأول: الأضطراب الانفعالي المتقطع Intermittent explosive disorder

يعد الاندفاع فئة من الاضطرابات النفسية التي تتميز بفشل الطفل في مقاومته فيقوم بأداء بعض الأفعال الضارة سواء لنفسه أو للآخرين. وتضم اضطرابات التحكم في الاندفاع مجموعة واسعة من الاضطرابات منها اضطراب المتحدي العنادي، اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع، اضطراب المسلك والاضطراب الانفعالي المتقطع، وغيرها من الاضطرابات. وتتشترك جميع هذه الاضطرابات في أنها تتضمن انتهاك لحقوق الغير وتتعارض مع قيم وأعراف المجتمع، الغضب والعدوان إلا أنها تختلف فيما بينها في درجة ضبط النفس وتنظيم الانفعال والأندفاع. (American Psychiatric Association, 2022: 522)

ويعد الاضطراب الانفعالي المتقطع أحد أنواع اضطرابات التحكم في الأندفاع وفي السلوك، ويتميز بنوبات غضب سريعة ومتكررة، وبصورة عدوانية انفعالية تؤدي إلي مجموعة من الاعتداءات الجسدية واللفظية وتحطيم ممتلكات الآخرين. (Klyce, 2018: 1836)

أولاً: مفهوم الاضطراب الانفعالي المتقطع

عرف الاضطراب الانفعالي المتقطع بأنه "اضطراب في السيطرة على الانفعالات يتكون من نوبات متعددة يفشل فيها الطفل في مقاومة الانفجارات العدوانية ويرتكب فيها أعمالاً هجومية أو يدمر الممتلكات، وهذه الأعمال العدوانية لا تتناسب بشكل كبير مع العوامل المحفزة لها، ولا تنتج عن أي اضطراب عقلي آخر أو حالة طبية عامة، أو عن استخدام المواد". (VandenBos, 2015: 552)

كما عرف بأنه "اضطراب يمثل نوبات من الصراخ أو السلوك العدواني أو العنيف قد يصاحبها نوبات غضب شديدة أو معارك جسدية مع مبالغة في ردود الأفعال تجاه المواقف بطرق متطرفة لا يصاحبها تفكير في العواقب، وتحدث دون سابق إنذار وقد يشعر بعدها الطفل بالأسف أو الإحراج. (Teen Health Series, 2017: 198)

كما يعرف بأنه "اضطراب في السيطرة على الانفعالات والاندفاع يبدو في صورة نوبات عدوانية لفظية أو جسدية متكررة لا تتناسب مع الضغوط النفسية والاجتماعية المثيرة أو مع الاحداث المستفزة تدوم لفترة وجيزة وغالباً ما تؤدي إلى مشاكل اجتماعية ومهنية وقانونية ومالية، وتبدأ نوبات الغضب عادة بحدث مثير صغير يتعلق بصديق مقرب أو زميل أو شريك، على الرغم من أنه قد لا يتم تحديد الحدث المحفز في كثير من الحالات". (Coskun& Akca, 2018: 68)

ويعد الاضطراب الانفعالي المتقطع "نمط متكرر من الاندفاعية وعدم التحكم في الانفجارات العدوانية المتكررة التي قد تأخذ الشكل اللفظي او الجسدي". (Klyce, 2018: 1836)

وعرفته منظمة الصحة العالمية بأنه "نوبات وجيزة متكررة من الاعتداء اللفظي أو الجسدي أو تدمير الممتلكات التي تمثل فشلاً في السيطرة على العدوانية، مع شدة الاندفاع أو درجة العدوانية التي لا تتناسب بشكل كبير مع الاستفزاز أو الضغوط النفسية والاجتماعية المعرض لها، ويعتبر نمط السلوك من الشدة الكافية لينتج عنه ضعف كبير في مجالات الأداء الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة". (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢١، ٩٧٧٠)

ثانياً: محكات تشخيص الاضطراب الانفعالي المنقطع

حددت الجمعية الأمريكية لعلم النفس في إصدارها الخامس المنقح من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-TR) محكات تشخيص الاضطراب الانفعالي المنقطع في النقاط التالية:

- أ. نوبات سلوكية متكرر تمثل فشل في السيطرة على العدوان الاندفاعي يتجلى فيما يلي:
  - ١- العدوان اللفظي نوبات غضب، مشاجرات لفظية ، وجدال) أو عدوان جسدي على الممتلكات أو الحيوانات أو الافراد تحدث مرتين أسبوعياً في المتوسط ولمدة ثلاثة اشهر وهذا العدوان لا يؤدي إلى إصابات جسدية.
  - ٢- ثلاثة انفجارات سلوكية تنطوي على إتلاف أو تدمير الممتلكات أو الاعتداء الجسدي الذي يتضمن إصابات جسدية ضد الحيوانات أو أفراد آخرين تحدث في غضون فترة ١٢ شهراً.
- ب. حجم العدوانية التي يتم التعبير عنها لا تتناسب مع الاستفزاز أو مع أي ضغوط نفسية واجتماعية مسببة.
- ج. الانفجارات العدوانية المتكررة ليست متعمدة أي أنها اندفاعية أو قائمة على الغضب، وليست من اجل تحقيق هدف ملموس كالمال والسلطة والترهيب على سبيل المثال. د. تتسبب الانفجارات العدوانية المتكررة في حدوث حزن للفرد أو ضعف في الأداء المهني أو الشخصي، أو ترتبط بعواقب مالية أو قانونية.
- د. العمر الزمني ٦ سنوات على الأقل.
- هـ. لا ترجع النوبات العدوانية المتكررة إلى اضطراب عقلي آخر كالاضطراب الاكتئاب، والاضطراب ثنائي القطب، واضطراب المزاج الدوري، والاضطراب الذهاني واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، واضطراب الشخصية الحدية. (American Psychiatric Association, 2022: 527)

ثالثاً: أسباب الاضطراب الانفعالي المنقطع

- أ- العوامل البيولوجية: وتضم خلل في هرمون القشرة الأمامية للدماغ (السيروتونين)، مما يزيد من محفزات الغضب.
- ب- العوامل البيئية: كتعرض للصدمات العاطفية والانفعالية خلال الأعوام الأولى من العمر وحالات الانفصال في الأسرة تزيد من احتمالية الإصابة باضطراب الانفجار المنقطع.

ج- العوامل الوراثية والفسولوجية: توضح الخلفية الأسرية وتؤكد الدراسات أن التوائم أو أقارب الدرجة الأولى لأفراد يعانون من الاضطراب الانفعالي المتقطع تكون أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب حيث تدعم دراسات التوائم التأثير الجيني الكبير على العدوان الاندفاعي.

(American Psychiatric Association, 2022, 528- 530)

وقد تبني البحث الحالي المحكات الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المنقح للاضطرابات النفسية والعقلية والتصنيف الدولي للأمراض الطبعة الحادية عشر.

#### رابعاً: سمات الأطفال ذوي الاضطراب الانفعالي المتقطع

١. العدوان السريع الذي يخل بالعلاقات الشخصية.
٢. الاستجابات الانفعالية والعدائية للمثيرات الاجتماعية.
٣. الانفعالات الحادة.
٤. آليات الدفاع غير السوية وغير التوافقية كالتبرير والاسقاط. (Coccaro & Grant, 2017: 92)
٥. قدرة أقل على تحمل المضايقات او الإحباط.
٦. أكثر عرضة لتعمد إيذاء الذات.
٧. الانخراط في السلوكيات الانتقامية. (Garrett-Wilson, 2016: 168)

#### خامساً: النظريات المفسرة للاضطراب الانفعالي المتقطع

##### الاضطرابات الانفعالية من وجهة نظر نظرية بيك المعرفية

أوضح بيك أن هناك ثلاثة خصائص أساسية للتفكير تشيع في كل الاضطرابات الانفعالية:

- ١- التمثيل الشخصي: حيث يفسر الطفل كل الأحداث على أنها تنطبق عليهم، حيث الأفكار المتمركزة حول الذات تحل محل الأفكار الموضوعية .
- ٢- التفكير المستقطب: حيث يفكر الطفل في صورة متطرفة ومطلقة ويرتبط ذلك النوع من التفكير بالتجديد الانتقائي والاستنتاج الاختياري والتعميم الزائد.
- ٣- قانون القواعد: يستجيب الطفل باتساق للمواقف ولكن انتظام الاستجابة (ردود الفعل) تمتد إلى مطلقاً يصبح أكثر من ذلك الذي يبدوا من الأشخاص العاديين ويصبح غير مشروط ، وكذلك ولكل نوع من الاضطرابات النفسية مجموعة خاصة من القواعد.



واستنادا إلى بيك (١٩٧٦) الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية لديهم اختلال في وظيفة التفكير حيث ينشغلون بشكل مفرط بمجموعة أفكار منحرفة وهمية والذي بدوره يكون سببا رئيسيا في مشكلاتهم ويتمثل خلل وظيفة التفكير في التالي:

١. التفكير الثنائي: والذي يعتمد على القطعية النامية وكمثال على ذلك الافتراض بان الطفل الذي لا يحصل على درجة ممتاز في الامتحان يعتبر شخصا فاشلا.

٢. الاستنتاج التعسفي: والذي يرسم نتيجة متحيزة وغير مؤكدة وكمثال على ذلك عندما يلتقي الطفل بشخص مصادفة في مكان ما ويكون ذلك العابر سبيل في حالة عبوس فيقوم الطفل بتفسير ذلك بأنه نوع من الرفض أو عدم القبول له .

٣. الإفراط في التعميم: والذي يقوم على استنتاج معمم متحيز يستند على شواهد غير كافية وكمثال على ذلك اعتبار المثل في موضوع محدد دليلاً على أن الطفل غير قادر على النجاح في أي تجربة لاحقة.

٤. التضخيم: وهو المبالغة في فهم الأحداث المحددة وكمثال على اعتبار عدم حصول الطفل على أشياء يريدونها بشدة عبارة عن كارثة أو مصيبة .

أي أن بيك يرى أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي وإنما يجري تحليل المثيرات الخارجية وتفسيرها من خلال النظام المعرفي (العقلي الداخلي) وقد ينتج عن عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية الاضطرابات النفسية .

(شعبان فضل، ٢٠٠٨: ٩٤ - ٩٦)

#### سادساً: علاج الاضطراب الانفعالي المتقطع

تنشأ الاضطرابات الانفعالية من خلال ما نتعلمه من معتقدات غير عقلانية تنتقل إلينا من خلال أشخاص لهم أهمية في حياتنا وخاصة وقت الطفولة ونتعلم التمسك بها عن طريق التكرار سواء من الأهل أو من المدرسة أو الأصدقاء أو الأعلام أو وسائل التواصل الاجتماعي، فيتفاعل الطفل مع المجتمع بكل الأفكار، المشاعر والتصرفات. (عبير محمد، ٢٠١٨: ٤٨٢)

ويؤكد بيك وآخرون " أن الاضطراب الإنفعالي يعود إلى اضطراب في التكوين المعرفي للفرد الذي يتضمن الأفكار، التفسيرات، التخيلات، الذكريات، المعرفة تلعب دوراً أساسياً في إحداث واستمرار وعلاج الاضطرابات النفسية، فالطريقة التي ندرك بها الأشياء، هي التي تؤثر على سلوكنا أحياناً ما تسبب

الإضطراب. فالتعاسة والسعادة والراحة والتعب لا تنتج عن الأحداث، ولكن من إدراك الطفل ووجهات نظره تجاه تلك الأحداث. (ألفت كحلة، ٢٠٠٩: ٧٣)

لذا ترى الباحثة أنه يجب التركيز علي أرشاد الأطفال من خلال نوع من العلاج يجمع ما بين إعادة البناء المعرفي والتعديل السلوكي، واستعمال القوى العلاجية للعب لمساعدة الأطفال علي تخطي الصعوبات النفسية والاجتماعية، من خلال التركيز على الروابط السببية بين الأفكار والعواطف والسلوكيات، من خلال توظيف أساليب ضبط المثيرات، ومناقشة المعتقدات والأفكار وبعض المهارات المعرفية، مثل حل المشكلات ومهارات التعامل مع الضغوط النفسية، إطلاق الطاقات الكامنة فيه وتعليمه المعايير الاجتماعية وضبط الانفعالات والنظام والتعاون والقيادة، فيجب استخدام أسلوب ترفيهي وتربوي وعلاجي يتم من خلاله شرح وفهم شخصية الطفل. ومن هنا تبنت الباحثة طريقة الأرشاد من خلال فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

### المحور الثاني: العلاج المعرفي السلوكي

#### أولاً: تعريف العلاج المعرفي السلوكي

تتعدد تعريفات العلاج المعرفي السلوكي وإن كانت تتفق في كثير من الجوانب وفيما يلي عرض لهذه التعريفات:

عرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه " بديل فعال عن العلاجات الدوائية وهو نوع من العلاج البسيط، حدسي، وواضح، حيث يندرج تحته عائلة من التدخلات تتقاسم نفس الأفكار الرئيسية تحديداً المعارف التي تؤثر بشكل سلبي، وقوى في الوجدانيات والسلوكيات، ومن ثم تسهم في الإبقاء على المشكلات النفسية." (هوفمان اس جي، ٢٠١٢: ٧)

وعرفه بأنه " مجموعة من المبادئ و الأسس التي تؤثر في السلوك، و هذه المبادئ هي العمليات المعرفية و تعديل هذه العمليات يكون وسيطاً هاماً لتغيير السلوك المختل الناتج عن التفكير السلبي." (بسمة كريم وهدية جاسم، ٢٠١٣: ٥٨٩)

كما عرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه "مجموعة من الإجراءات و المبادئ التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية و السلوكية" (كلثوم بالميهوب، ٢٠١٤: ١٤)

كما عرف بأنه "أحد أنواع العلاج النفسي الذي يهدف إلي تصحيح المفاهيم الخاطئة المرتبطة بالسلوك

اللاتواؤمي والانفعالات". (Beck, Davis& Freeman, 2015: 59)

وكذلك عرف بأنه "أحد طرق العلاج النفسي مثبت علمياً ويعتبر علاج مباشر يستخدم به تقنيات وأدوات معينة وفتيات معرفية لمساعدة المريض في تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته اللا عقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلي معتقدات يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي".

(عبير محمد، ٢٠١٨: ٤٨١)

ويشير مصطلح العلاج المعرفي السلوكي إلي " فئة التدخلات العلاجية التي تشترك في مسلمة مؤداها أن الاضطرابات والمشكلات النفسية تستمر لدي الأطفال بسبب عوامل معرفية، فالمسلمة الجوهرية لهذا المنحي العلاجي كما قدمه أرون بيك وألبرت إليس تشير إلي أن المعارف غير التوافقية تسهم في استمرار الكدر الانفعالي واستمرار المشكلات السلوكية". (فهد بن أحمد، ٢٠٢٣: ٣٠٣)

### ثانياً: مسلمات العلاج المعرفي السلوكي

يتشارك العلاج المعرفي السلوكي بمختلف طرقه في ثلاث مسلمات أساسية:

الأولي: أن النشاط المعرفي يؤثر في السلوك: فالمصادر الأساسية للأداء هي الأبنية المعرفية التي تقوم بتشكيل المعاني، والتي تُسمى المخطوطات المعرفية. وهناك تأثير متبادل بين المنظومات المعرفية والمنظومات الأخرى، فلدى الأطفال استعداد لتكوين أخطاء معرفية محددة.

الثانية: أن النشاط المعرفي يمكن مراقبته وتغييره: فيتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق بالمعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف مع المريض والاهتمام به وكذلك على الاحترام الصادق له وحسن الاستماع.

الثالثة: أن التغيير السلوكي المرغوب فيه يحدث من خلال التغيير المعرفي: فالعلاج المعرفي السلوكي يشدد على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الأنشطة المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات. كما يركز العلاج على الحاضر، وفي بعض الحالات يتم الرجوع إلى الماضي في حالة رغبة المريض الشديدة، وخاصة عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.

(Dobson, 2010:130) (عادل محمد، ٢٠١٧: ٨٤)

وهذا ما أكدته دراسة (برزوان حسيبة و فاضلي أحمد، ٢٠١٦) بعنوان "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من اضطراب المعارضه و الاستفزاز و تحقيق التوافق المدرسي (دراسة حالة)" حيث هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من اضطراب المعارضه والاستفزاز و تحقيق التوافق المدرسي ، أتمتت منهج الدراسة علي استخدام المنهج العيادي من خلال دراسة حالة واحدة (١٥) سنة، تكونت أدوات الدراسة من استخدام الملاحظة و المقابلة العيادية، الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع والمعدل للاضطرابات العقلية، أيضا مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، و برنامج معرفي سلوكي. أسفرت نتائج الدراسة مؤكدة الدور الفعال للتقنيات العلاجية المعرفية السلوكية في اختفاء أعراض الإضطراب، كما أصبح الحالة أكثر توافقا مع بيئته المدرسية و الإجتماعية، وتحسن مستواه الدراسي.

### ثالثاً: خصائص العلاج المعرفي السلوكي

تهتم النظرية المعرفية السلوكية بتحديد السلوك الخاطيء، والمثيرات التي أدت إلى اكتسابه، والعوامل التي ساهمت في استمراره وكيفية استبداله بسلوك أكثر ملائمة، ولذا هناك مجموعة من الخصائص المميزة له، ومنها:

١. التركيز على السلوك (التعزيز) أكثر من التركيز على أسباب مفترضة.
٢. يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات غير المتوافقة إنما هي استجابات متعلمة.
٣. يفترض العلاج السلوكي أن الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعليم يمكن أن تقيد كثيرا في تعديل السلوك غير المتوافق.
٤. يتضمن العلاج السلوكي إعداد أهداف علاجية محددة وواضحة.
٥. يعد المعالج السلوكي طريقة العلاج بما يناسب مشكلة الطفل.
٦. هنا والآن أي أنه لا يهتم بالبحث في الماضي البعيد للمسترشد إنما يهتم بما يحدث الآن.
٧. العلاج السلوكي يقوم على أساس تجريبي. (محمد نواف، ٢٠١٤: ٦٦)

### رابعاً: أهداف العلاج المعرفي السلوكي

الهدف الرئيسي من العلاج المعرفي السلوكي محاولة تغيير الأفكار الخاطئة وتعديلها من خلال أساليب وتدريبات وتكنيكات متعددة تُركز علي السلوكيات اللاتوافقية ومنها:

١. تبديل ما لدي الأفراد من أفكار سلبية وإبدالها بأفكار إيجابية.

٢. تدريب الأطفال علي استراتيجيات وفنيات سلوكية معرفية لتطبيقها علي أرض الواقع في مواقف الحياة المختلفة لتلاشي الوقوع في اضطرابات نفسية أو سلوكية وتلاشي حدوثها والتخفيف منها.
٣. إدراك العلاقة ما بين المشاعر والأفكار والسلوك لدي الطفل.
٤. تعليم الأطفال أساليب حل المشكلات والمهارات الاجتماعية الناجحة.
٥. تعليم الأطفال استخدام الحوار الداخلي لتعديل السلوكيات وتوجيه الذات.
٦. تغيير طرائق التفكير والسلوك اللاتوافقي من أجل تحسين السعادة النفسية.

(هوفمان أس جي، ٢٠١٢: ٢١) (Corey, 2017: 239)

وهذا ما أثبتته دراسة (Khodami, Malekpour, Ghamarani, & Atashpour, 2020) بعنوان "Acomparison of the Effectiveness of the Mindfulness Skills Training for Children with Oppositional Defiant and Cognitive-Behavioral Therapy on the Child-Teacher Interactions. مقارنة بين فاعلية تدريب مهارات اليقظة للأطفال ذوي التحدي المعارض والعلاج المعرفي السلوكي على تفاعلات الطفل والمعلم" حيث هدفت الدراسة إلي مقارنة فاعلية تدريب اليقظة للأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والمعارضة و العلاج المعرفي السلوكي على تفاعلات الطفل والمعلم. أتبعته الدراسة المنهج شبه التجريبي ذو المجموعتين، تكونت عينة الدراسة من (٦٠) طفل تتراوح أعمارهم بين ٨ و ١٢ عاماً يعانون من اضطراب العناد و المعارضة. تم استخدام أدوات القياس من استبيان العلاقة بين المعلم والطالب واستبيان CSI-4، وأسفرت نتائج الدراسة إلى أن تدريب اليقظة والعلاج المعرفي السلوكي لهما تأثير كبير على تعزيز تفاعل الطفل مع المعلم. أظهرت الدراسات أيضاً فرقاً كبيراً بين زيادة تفاعل المعلم مع تدريب اليقظة والعلاج المعرفي السلوكي وأن ارتفاع تفاعلات الطفل مع المعلم في المجموعة السلوكية المعرفية أكبر من الزيادة في تفاعلات الطفل مع المعلم في مجموعة تدريب اليقظة.

#### خامساً: أهمية العلاج المعرفي السلوكي

أكد العلاج المعرفي منذ ظهوره على مبدأ مهم يتمثل في تعليم المريض أن يكون هو الطبيب لذاته، ويتضمن هذا المبدأ اكتساب مهارات العلاج المعرفي السلوكي واستخدامها في مواقف واقعية (Hundt, Mignogna, Underhill & Cully, 2013)

وترجع أهمية العلاج المعرفي السلوكي كأسلوب تداخلي في خفض الاضطرابات النفسية، حيث يعمل علي إعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة، والتي تظهر من خلال سيرورة العمل الإرشادي والعلاجي. (أحمد أمين وعبدالصبور منصور ومايفيل مصطفى، ٢٠١٥: ٤٦٣)

## سادساً: انواع العلاج المعرفي السلوكي

يتضمن العلاج المعرفي السلوكي نوعين؛ وهما:

- أ- العلاج المعرفي السلوكي التقليدي: هو إعادة هيكلة لعمليات التفكير عن طريق نزع الأفكار والمعتقدات غير المنطقية وإحلال أفكار ومعتقدات منطقية محلها بالإضافة إلى تقنيات الاسترخاء وعملية نزع ومحو التفكير السلبي والتي تعني تحريك التفكير ببطء إلى تفكير منطقي تلقائي.
- ب-العلاج المعرفي السلوكي الشامل : مساعدة المريض على مواجهة أفكاره ومعتقداته غير العقلانية من خلال خطوط منطقية وإمبيريقية وبناء دلائل عقلانية وذلك بأساليب جدلية وتعليمية يتعامل من خلالها مع الأفكار والمعتقدات غير العقلانية في سياقاتها المختلفة ويرى ويناقش مجموعة الواجبات التي يجب على الطفل أن يمارسها دون أن يفرض أمامه أن مواجهة الفكرة غير العقلانية سوف يؤدي بالضرورة وبصورة آلية إلى تغيرات في معتقدات وأفكار لا عقلانية أخرى.
- (مجدي محمد، ٢٠١٤: ١٢٣)

## سابعاً: فرضيات الإرشاد المعرفي السلوكي

تحدد الافتراضات الرئيسية للإرشاد المعرفي السلوكي في النقاط التالية:

١. ضرورة التفكير قبل السلوك ضماناً للإقلال من السلوك التلقائي.
  ٢. تؤثر حديث الذات تأثيراً كبيراً على سلوك الطفل، ومن ثم يجب الاهتمام به ودراسته وتحليله وتقويمه والتدريب عليه.
  ٣. الجوانب المعرفية تؤثر على الجوانب الفسيولوجية وعلى الانفعالات، ولهذا فكلما كان الطفل ملماً بجوانب الموضوع وبطبيعة شخصيته المرتبطين به كان أقدر على التصرف الصحيح.
  ٤. توجد علاقة بين التقديرات الذاتية والحالة المزاجية للفرد، فكلما زاد التقدير الذاتي كلما تحسنت الحالة المزاجية، ومن ثم تحسن السلوك، ولهذا نجد الطفل ضعيف التقدير لذاته عادة ما يكون عصبي المزاج، شكاك في الآخرين.
  ٥. حديث الذات يُؤثر في تغيير الوجدان والتفكير، ومن ثم يأتي السلوك مرتبطاً بقدرة حديث الذات على التأثير في عمليات الانتباه والتقدير التي يجربها الطفل حول الموقف الضاغط.
- (عبدالناصر عوض، ٢٠١٣: ١٢٨)

وهذا ما أكدته دراسة (Gholamali, Mozhdah, Fatemeh., 2018) بعنوان "The Effect of play therapy with Cognitive Behavioral Approach on Reducing Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Children Aged 8 to 11 Years" "فاعلية العلاج السلوكي المعرفي باللعب في تقليل أعراض اضطراب التحدي المعارض لدى الأطفال من ٨ إلى ١١ عاماً" حيث هدفت إلى التحقق من فاعلية العلاج السلوكي المعرفي باللعب في تقليل أعراض اضطراب التحدي المعارض لدى الأطفال. استخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (١٥) حالة في المجموعة التجريبية (٧) إناث و (٨) ذكور، و (١٥) حالة في المجموعة الضابطة (٩) ذكور و (٦) إناث، تتراوح أعمارهم ما بين ٨ إلى ١١ عاماً. وتم استخدام قائمة مراجعة سلوك الطفل CBCL ونموذج تقرير المعلم TRF ومقابلة سريرية مع أولياء الأمور، يتم اختيار الأطفال الذين حصلوا على درجات أعلى (تساوي أو تزيد عن ٤) تمت دعوة أولياء الأمور للمشاركة في مقابلة إكلينيكية مدتها نصف ساعة من قبل الباحث للتشخيص النهائي. تمت مقابلتهم بناءً على معايير التشخيص في DSM-5 بدون أطفال من أجل مطابقة نتائج الاستبيان مع المقابلة. أظهرت نتائج الدراسة أن الأعراض انخفضت بشكل ملحوظ من قبل الآباء والمعلمين. لذلك، أدى العلاج باللعب مع النهج المعرفي السلوكي إلى خفض معدل أعراض اضطراب العناد الشارد بشكل كبير في الأولاد والبنات في الاختبار البعدي والمتابعة و في مراحل المتابعة.

#### ثامناً: خطوات التدخل المعرفي السلوكي

يتضمن التقدير والتدخل المعرفي السلوكي الخطوات التالية:

١. تحديد السلوك المشكل.
٢. التقدير، ويتضمن تصور عن السلوك الخاطئ والنظر إلى المقدمات التي تثير السلوك ثم نتائج ذلك، لذلك تعتبر التقارير اليومية أداة مفيدة لتوضيح ماذا حدث، وماذا فعل الطفل وما قاله هو، وكيف كان راضياً عن النتائج، فيستطيع حينئذ أن يقيم رضائه عن تصرفاته.
٣. تحديد الهدف حيث يعمل المعالج والمريض معا لتحديد أهداف التغيير.
٤. التدخل فهو يتضمن التقنيات التي تجعل الطفل قادر على أن يصل إلى الهدف الذي تم وضعه.

٥. تدعيم التغيير فاكتساب السلوكيات الجديدة الإيجابية يحتاج تدعيم إيجابي، فيشجع الطفل على الاندماج في سلوكيات جديدة مرغوبة لمنع الانتكاسة، حيث يتم تدريبه على المهارات التي تساعد

على ذلك. (Dimaggio., MacBeth., Popolo., Salvatore & Montano, 2018: 22)

تاسعاً: آليات الإرشاد المعرفي السلوكي:

ترتكز آلية الإرشاد المعرفي السلوكي على العلاقة التفاعلية بين الظروف، والمعرفة والسلوك، حيث يمتاز هذا المنحى بخاصيتين، هما:

الخاصية الأولى: التركيز على الأداء النمطي المعرفي والسلوكي والعلاقة بينهما، حيث يفترض أن ما يعرفه الطفل يؤثر ويتأثر بما يفعله سلوكياً.

الخاصية الثانية: التركيز على الموقف المحدد للسلوك والمعرفة. (فيصل الدوسري، ٢٠٢٠: ٥٩)

عاشراً: النظريات التي يستند عليها العلاج المعرفي السلوكي

## أ- نظرية التعلم الإجرائي

وتعتمد على قاعدة علمية مؤداها أن أي سلوك يصدر عن الإنسان ما هو إلا مجموعة من النتائج والآثار فإذا أردنا أن تكون نتائج هذا السلوك وآثاره الإيجابية، فلا بد من البحث عن مثير مرغوب فيه يؤدي إلى ذلك، ولكي تتأكد من نتائجها المثيرة لابد أن يؤدي إلى النتائج المرغوبة، مع توافر عوامل التدعيم والتعزيز الفعالة المناسبة لقوة وتأثير السلوك كالتعزيز أو المكافأة لكل ما هو مرغوب فيه من سلوكيات. (سيريل بوفيه، ٢٠١٩: ٢٣ - ٢٦)

## ب- نظرية التعلم الشرطي

حيث تنظر هذه النظرية إلى السلوك على أنه استجابة لمثير معين، ويشير الاشتراط هذا إلى العملية التي يتم من خلالها تعلم السلوك المرتبط بالمثير، الطفل يمكن أن يتعلم في ضوء عدد من المنبهات الشرطية وليس لمثير شرطي واحد .

## ج- نظرية التعلم المعرفي

وتؤكد هذه النظرية على أن الأطفال يتعلمون من خلال التفكير في المواقف في ضوء ادراكهم وتفسيرهم للمواقف التي يمرون بها، وليس فقط من خلال القواعد المرتبطة بنظرية التعلم الشرطي.



## د- نظرية التعلم الاجتماعي

التعلم الاجتماعي عملية نشطة وتحتاج إلى قيام المعالج بتوجيه الطفل بتعليمات لفظية، وإثارة دوافعه واهتماماته الشخصية ومساعدته على التركيز الشديد لإنجاز سلوكه والقيام بهذا السلوك علي أكمل وجه ممكن معبراً عن حالات التوافق مع نفسه وبيئته. (مني سيد: ٢٠١٣، ٩٠)

الحادي عشر: تقنيات العلاج المعرفي السلوكي

يجمع العلاج المعرفي السلوكي بين التقنيات المعرفية و التقنيات السلوكية مستمد من النظريات المعرفية ونظريات التعلم، يستند على المنهج العلمي في إثبات فعاليته، محدد بعدد جلساته و أهدافه، و يعمل على تعديل السلوك، من خلال تعديل المعارف و الانفعالات. وتستخدم لتحقيق أهداف العلاج المعرفي السلوكي مجموعة من التقنيات السلوكية والمعرفية ومنها:

## أ- التقنيات المعرفية للعلاج المعرفي السلوكي

الفكرة الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي تتمثل في الفكرة التي مؤداها أن أفكار الطفل وتوقعاته تؤثر في سلوكه، كذلك استجابتنا الوجدانية تتأثر بشكل كبير بمعارفنا والطريقة التي ندرك بها العالم، وأنفسنا، والآخرين، والمستقبل. لذا، فإن تغيير أفكارنا اتجاه شيء ما، أو حدث ما، أو موقف ما يمكن أن يغير من الاستجابة الإنفعالية المصاحبة له. (هوفمان أس جي، ٢٠١٢: ٨٦)

فالمكونات المعرفية للفرد هي المحور الذي يؤثر على مشاعره وسلوكه فإذا كان بمقدورنا أن نغير من معرفة فإننا سوف نؤثر بالضرورة على مشاعره وسلوكه. (ألفت كحلة، ٢٠٠٩: ٥٤)

فالأساليب المعرفية تهدف إلى تقديم مداخل للتنظيم المعرفي للمفحوص، فأسلوب الاستفسار، و أسلوب تحديد الأفكار اللامنطقية، و أساليب التحقق التجريبي من صحة القواعد، التي تستخدم لمساعدة كل من المعالج و المفحوص في فهم كيفية بناء الطفل للواقع من حوله جزء أساسي من العلاج في مجال العلاج المعرفي السلوكي . (ناجية دايلي، ٢٠١٧: ٦٥)

## ب- التقنيات السلوكية للعلاج المعرفي السلوكي

يركز هذا الجانب على تعلم سلوكيات جديدة توافقية، وتطبيق الجانب السلوكي يتم عند إعطاء المريض بعض المهام وهذه المهام غالباً ما يطلق عليها التنشيط السلوكي، هذا التنشيط السلوكي يمكن أن

يكسر دائرة التفكير السلبي، والطاقة والدافعية المنخفضة. هذا التنشيط السلوكي يرفع من طاقة المريض، غير من إدراكه لذاته، وحسن من مزاجه، بسبب التركيز على المظاهر السلوكية أكثر من المشكلات النفسية، يبدو أن مصطلح العلاج المعرفي السلوكي أفضل من العلاج المعرفي فقط.

(صفاء علي وحسين محمد، ٢٠١٧: ٢٦٩)

### الثاني عشر: العلاج المعرفي السلوكي عند الأطفال

الهدف من العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال ليس بأي حال من الأحوال الإفراط في تكييف الطفل مع بيئته، أو إزالة المشاكل المؤقتة مؤقتاً، بل مساعدته على تعديل الأفكار والسلوكيات التي تحد من نموه الفكري و العاطفي و الاجتماعي، إذ يمكن للطفل أن يفهم جيداً طبيعة الروابط بين الحدث والمشاعر والأفكار المتعلقة بهذا الحدث، عندما يتوافق المعالج مع مستوى نموه العاطفي والفكري، مما يساعد الطفل على أن يصبح أكثر استقلالية في إدارة عواطفه وسلوكه. (Tennessee, 2015: 243)

لذلك يتميز العلاج المعرفي السلوكي للطفل عنه عند الراشد في ضرورة مراعاة خصوصيات المرحلة النمائية للطفل، حيث يتم استخدام نفس التقنيات السلوكية المعرفية المستخدمة مع البالغين لكن مع تكييفها حسب عمر الطفل، و مستويات نموه في كل المجالات (اللغوي- الفكري- الانفعالي- الاجتماعي)، و تطبيقه للواجبات المنزلية و تجاوبه مع العلاج. و بنفس الوقت فإن هذه الخصوصية النمائية هي مصدر إبداع لطرق علاجية جديدة مكيّفة بشكل منهجي مع الأطفال، حيث تم تطوير تقنيات علاجية خصيصاً للأطفال.

(Vera, 2014: 8-9)

وهذا ما أثبتته دراسة (Mahdi, Parviz , Qassim .,2016) بعنوان "The effect of Parental Management Training base on Cognitive- Behavior Therapy on Children with Oppositional Defiant Disorder" " تأثير العلاج السلوكي المعرفي القائم على تدريب والدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد و المعارضة" استخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي وتكونت عينة الدراسة من (١٠) من أولياء المجموعة التجريبية و (١٠) من أولياء مجموعة ضابطة؛ الذين لديهم أطفال يعانون من اضطراب العناد و المعارضة من سن (٨) إلى (١٠) سنوات وأستخدمت الدراسة تم تشخيصهم بالمقابلة السريرية ومعايير DSM-5 ونظام Achenbach للتقييم القائم على التجربة (ASEBA). أظهرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في أعراض اضطراب العناد و المعارضة حيث كان هناك انخفاض كبير في أعراض اضطراب العناد و المعارضة المجموعة التجريبية ، ومن ثم كان العلاج المعرفي السلوكي القائم على تدريب الوالدين مفيداً لعلاجات اضطراب العناد و المعارضة.

والخطوات التالية تشمل العلاج المعرفي السلوكي للطفل:

١. جمع معلومات تفصيلية حول الإعدادات التي تجعل الطفل يشعر بالمشكلة، مثل القلق أو الخوف أو الخجل أو الغضب وعدم القدرة على التعامل مع موقف معين.
٢. مساعدة الطفل على تحديد وتمييز الأفكار و المشاعر و ردود الأفعال الجسدية المرتبطة بهذه المواقف.
٣. التركيز على الحديث الذاتي :مساعدة الطفل ليدرك كيف يمكن لأنواع معينة من الحديث الذاتي أن تكون مدمرة (سأبدو سخيًا).
٤. تعزيز الحديث الذاتي الإيجابي (لقد فعلت هذا جيدًا من قبل).
٥. تشجيع الطفل على استخدام هذه المهارات لتطوير تسلسل هرمي للمواقف المسببة للمشكلة، والتي يواجهها تدريجياً، مع وجود هيكل مكافآت واضح (تقنية التعزيز).
٦. غالباً ما يشمل العلاج استخدام تقنية الاسترخاء لتحسين استراتيجيات التعامل و التوافق عند الطفل.
٧. مساعدة الطفل على تقييم مهارات التوافق التي طورها حديثاً في " الحياة الواقعية "مع مكافأة هذه المهارات كلما كان ذلك مناسباً.
٨. يعزز النشاط المنزلي طوال عملية العلاج فهم سبب تطور مشاعر القلق أو الاكتئاب وكيف يمكن إدارتها بشكل فعال.
٩. بالإضافة إلى ذلك يتم التركيز على تطوير العلاقة مع الطفل طوال فترة العلاج.

(David Skuse, 2011: 267)

**ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي وخفض الاضطراب الانفعالي المتقطع**

تمثل الانفعالات دائماً العنصر الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي. علي عكس المفهوم الخاطئ الشائع، فإن العلاج المعرفي السلوكي ليس مقصوراً علي التغييرات في التفكير والسلوكيات. فالفكرة الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي تتمثل في الفكرة التي مؤداها أن استجابتنا الوجدانية تتأثر بشكل كبير بمعارفنا والطريقة التي ندرك بها العالم، وندرك بها أنفسنا، وندرك بها الآخرون، وندرك بها المستقبل. لذا، فإن تغيير تقييم شئ ما، أو حدث ما، أو موقف ما يمكن أن يغير من الاستجابة الأنفعالية المصاحبة له. (هوفمان أس جي، ٢٠١٢: ٢٦)

فينظر العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الاضطرابات النفسية من زاوية قدرة الطفل على اكتساب العادات الجيدة والتي تساعد على التعامل مع الآخرين والتصدي للمواقف والقدرة على اتخاذ القرارات المناسبة، فالإنسان من وجهة نظر الإرشاد السلوكي يقوم بسلوك معين وكل أنواع السلوك متعلمة ويمكن تعديلها وتغييرها للأفضل. (تامر فرح، ٢٠١٣: ١٠٠)

فالعلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى تخفيف الاضطراب الانفعالي، من خلال مساعدة الأطفال على تغيير سلوكياتهم و اعتقاداتهم التي تتسم بسوء التوافق. (أحمد أبو أسعد، ٢٠١٤: ٤٤)

من خلال عملية الارشاد يكشف العلاقة بين الأفكار، المشاعر والسلوك باعتبارها علاقة تفاعلية، ويتم التعرف إلى التشوهات المعرفية، الاعتقادات الخاطئة وتشخيصها، دحضها، تجربتها وتعديلها محدثة تغييراً في كيفية رؤيته لذاته وللعالم والمستقبل. لهذا كان للعلاج المعرفي السلوكي دوراً مهماً في خفض الأعراض المصاحبة للاضطرابات النفسية، وذلك لان من أهدافه تغيير التصورات والمعتقدات الخاطئة التي يتبناها الطفل والتي تؤثر على تصرفاته وانفعالاته وتؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي.

(صفاء علي وحسين محمد، ٢٠١٧: ٢٦٣)

من هنا نتوصل إلى أن الأصول الأساسية للعلاج تتمثل في النقاط الثلاثة التالية:

- أ- الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات و السلوك.
- ب- الاضطراب الانفعالي ينشأ من التفكير السلبي الذي يؤدي بدوره إلى انفعالات و سلوكيات غير ملائمة.
- ج- يمكن علاج الاضطراب الانفعالي بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض انه متعلم أو مكتسب).

### فروض البحث

١. توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي و بعد التطبيق علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لصالح القياس البعدي.
٢. لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية فى القياسين البعدي و التبعي لتطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع.

الإجراءات المنهجية للبحث

طبقت الباحثة العديد من الإجراءات المتمثلة في اختيار منهج البحث، وتحديد العينة وإعداد الأدوات المستخدمة واستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للتحقق من فروض البحث ومعالجة النتائج وتفسيرها كما يلي:

**منهج البحث:**

اعتمدت الباحثة في البحث الحالي علي المنهج شبه التجريبي باستخدام التصميم ذي المجموعة الواحدة، وذلك لمناسبته لأهداف البحث الحالي، ولطبيعة متغيراته وعينته، حيث يقوم المنهج شبه التجريبي بالتعرف على أثر المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي) على المتغيرات التابعة ( الاضطراب الانفعالي المتقطع) ثم إجراء القياس القبلي والبعدي والتتبعي لنفس المجموعة، ومعالجة النتائج إحصائياً.

**محددات البحث:**

يتحدد البحث بمتغيراته، وهي الاضطراب الانفعالي المتقطع- برنامج ارشادي قائم علي العلاج المعرفي السلوكي، كما يتحدد في ضوء العينة المتمثلة في (١١ طفل) تتراوح أعمارهم ما بين (٦ - ٧) سنوات، كما تتحدد أيضاً في ضوء أهداف البحث، فروض البحث، الأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة به.

**عينة البحث:**

العينة الإستطلاعية (عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة)

تم الاستعانة بعينة استطلاعية من الأطفال الملتحقين بالمستوى الثاني بمرحلة رياض الأطفال أجمالي قوام العينة (١٥٠) طفلاً وطفلة من غير العينة الأساسية وذلك للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، حيث تم تطبيق مقياس الاضطراب الانفعالي المتقطع (إعداد الباحثة) .

العينة الأساسية (عينة التحقق من فروض الدراسة)

**\*العينة الأولية:**

تم الاستعانة بعينة أولية مكونه من (١٧٥) طفلاً وطفلة غير العينة الاستطلاعية تم تطبيق مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع عليهم لحصر الأطفال الذين يعانون من مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع.

\*العينة النهائية:

تم اختيار العينة النهائية -الأساسية- (أطفال المجموعة التجريبية) والتي بلغ قوامها (١١) طفلاً وطفلة (٣) من الإناث، (٨) من الذكور، تتراوح أعمارهم بين (٦- ٧) سنوات ملتحقين بالمستوي الثاني بمرحلة رياض الأطفال بمدرستي العلياء التجريبية ومدرسة يوسف جاد الله، أختارتهم الباحثة وفقاً للمعايير التالية:

- أن تكون لديهم المظاهر والأعراض التشخيصية لمؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع كما وردت في الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس DSM5 والتي بني عليها مقياس البحث الحالي.
- أن يكون القائم علي رعاية الطفل لديه الرغبة في مشاركته وطفله في البرنامج.

وقامت الباحثة بإيجاد التجانس بين أطفال المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وذلك في متغيرات العمر الزمني والدرجة الكلية علي أبعاد مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع.

## تجانس العينة

## ١- من حيث العمر الزمني

قامت الباحثة بإيجاد دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات الاطفال من حيث العمر الزمني باستخدام اختبار كا ٢ كما يتضح في جدول (١)

## جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات الاطفال من حيث العمر الزمني

$$n = 11$$

الانحراف المعياري	المتوسط	حدود الدلالة		درجة حرية	مستوى الدلالة	كا ٢	المتغيرات
		٠.٠٥	٠.٠١				
١.٢١٣	٦٧.٥٤	٧.٨	١١.٣	٣	غيردالة	٠.٢٧٣	العمر الزمني

يتضح من جدول (١) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط رتب درجات الاطفال من حيث العمر الزمني مما يشير الى تجانس هؤلاء الأطفال.

## ٢- من حيث مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع

قامت الباحثة بايجاد دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات الاطفال من حيث مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع باستخدام اختبار كا ٢ كما يتضح في جدول (٢)

## جدول (٢)

دلالة الفروق بين بين متوسط رتب درجات الاطفال  
من حيث مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع

$$n = 11$$

الانحراف المعياري	المتوسط	حدود الدلالة		درجة حرية	مستوى الدلالة	كا	المتغيرات
		٠.٠٥	٠.٠١				
٠.٥٢٢	١٣.٥٤	٣.٨	٦.٦	١	غيردالة	٠.٠٩١	الأنفعالات اللفظية
٠.٨٧٣	١٥.١٨	٦	٩.٢	٢	غيردالة	٠.٧٢٧	الأنفعالات الجسدية
٠.٩٨١	١٩.١٨	٦	٩.٢	٢	غيردالة	٣.٤٥٥	الأنفعالات الاندفاعية الغاضبة
١.٢٥٠	٤٨.١٨	٩.٥	١٣.٣	٤	غيردالة	٢.١٨٢	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (٢) عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط رتب درجات الاطفال من حيث مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع مما يشير الى تجانس هؤلاء الأطفال.

أدوات البحث:

أستخدمت الباحثة في البحث الأدوات الآتية

- [١] مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع. (إعداد الباحثة)
- [٢] برنامج ارشادي قائم علي العلاج المعرفي السلوكي. (إعداد الباحثة)

وفيما يلي عرض هذه الأدوات وطريقة تطبيقها وخصائصها السيكومترية

## [١] مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع: (إعداد الباحثة) (ملحق ١)

هدف المقياس:

هدف هذا المقياس إلى الكشف عن مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة. ولجأت الباحثة إلى اعداد المقياس نظراً لندرة المقاييس التي تتناول مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي الأطفال في مرحلة الروضة.

خطوات اعداد المقياس:

استعانت الباحثة بالعديد من المصادر متمثلة في التالي:

- قامت الباحثة بالإطلاع علي الأدبيات والتراث السيكولوجي المتعلق بالاضطراب الانفعالي المتقطع المستخدم حالياً في الدراسة.
- تم تبني المحكات الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المنقح للاضطرابات النفسية والعقلية والتصنيف الدولي للأمراض الطبعة الحادية عشر.
- بناء على تحليل بنود المقاييس السابقة، والمحاور التي تضمنتها، وصياغة الفقرات، تم اعداد المقياس الحالي لتحديد مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة.

وصف المقياس:

- تكون المقياس من (٢٥) عبارة موزعة علي ثلاثة أبعاد: الأنفعالات اللفظية (٧) عبارات - الأنفعالات الجسدية (٨) عبارات - الأنفعالات الاندفاعية الغاضبة (١٠) عبارات. تم أستخلاصها وفقاً لمعايير الأصدار الخامس المنتقح من الدليل التشخيصي والأحصائي للاضطرابات النفسية (٢٠٢٢).

توزيع عبارات مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع علي أبعاده النهائية

أرقام العبارات	الأبعاد الرئيسية
٧ - ١	الأنفعالات اللفظية
١٥ - ٨	الأنفعالات الجسدية
٢٥ - ١٦	الأنفعالات الاندفاعية الغاضبة

تعليمات تطبيق المقياس:

يتم تطبيق المقياس لتحديد مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع، ويصلح لأطفال الروضة (٦-٧) سنوات، وتتم عملية التطبيق بصورة فردية كل طفل علي حدة من خلال ملاحظة المعلمة للطفل، كما يجب أن يكون القائم علي التطبيق مدرباً علي كيفية تطبيق المقياس والتسجيل وتفسير النتائج.

تقدير درجات المقياس:

تقدر درجة الطفل علي متصل ثنائي (٢-١) حيث يحصل الطفل علي درجتان في حاله قيامه بأختيار الإجابة (نعم) ودرجة واحدة في حاله قيامه بأختيار الإجابة (لا)، وتم التقدير بالمتصل الثنائي نظراً لطبيعة عبارات المقياس وطبيعة خصائص العينة.



وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للقائمة بين (٢٥ - ٥٠) درجة، حيث تتألف درجته الكلية من حاصل مجموع الدرجات التي يحصل عليها.

\* تدل الدرجة المرتفعة علي ارتفاع مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع.

الخصائص السيكومترية لمقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة

### معاملات الصدق

#### الصدق العاملي:

قامت الباحثة باجراء التحليل العاملي الاستكشافي للمقياس بتحليل المكونات الأساسية بطريقة هوتلنج على عينة قوامها ١٥٠ طفلاً ، ثم تدوير المحاور بطريقة فاريمكس Varimax فأسفرت نتائج التحليل العاملي عن وجود ثلاث عوامل الجذر الكامن لهم أكبر من الواحد الصحيح على محك كايزر لذلك فهي دالة إحصائياً، كما وجد أن قيمة اختبار كايزر - ماير - أوليكن (KMO) لكفاية و ملائمة العينة (٠.٨٧٢) وهي أكبر من ٠.٥٠، و هي تدل على مناسبة حجم العينة للتحليل العاملي ويوضح جدول (٣) العوامل الثلاثة و البنود التي تشبعت بكل عامل لمقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع.

### جدول (٣)

قيم معاملات تشبع المفردات على العوامل الثلاثة المستخرجة

لمقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع

العامل	المفردة	معامل التشبع	العامل	المفردة	معامل التشبع	العامل	المفردة	معامل التشبع
العدوان اللفظي	١	٠.٧٥	العدوان الجسدي	٨	٠.٦٩	نوبات الغضب والاندفاع	١٦	٠.٧٤
	٢	٠.٧٥		٩	٠.٦٧		١٧	٠.٦٩
	٣	٠.٧٢		١٠	٠.٦٦		١٨	٠.٦٢
	٤	٠.٧١		١١	٠.٦٥		١٩	٠.٦٠
	٥	٠.٦٧		١٢	٠.٦٣		٢٠	٠.٥٧
	٦	٠.٦٧		١٣	٠.٦٠		٢١	٠.٥٤
	٧	٠.٦٥		١٤	٠.٥٨		٢٢	٠.٥١
				١٥	٠.٥٤		٢٣	٠.٤٠
							٢٤	٠.٣٤
							٢٥	٠.٣١
نسبة التباين	٣٨.١٨%	نسبة التباين	٨.٢١%	نسبة التباين	٥.٩٤%			
الجذر الكامن	٩.٥٤	الجذر الكامن	٢.٠٥	الجذر الكامن	١.٤٨			

$$KMO = 0.872$$

يتضح من جدول (٣) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث ان قيمة كل منها أكبر

من ٠.٣٠ على محك جيلفورد.

## معاملات الثبات

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات بطريقتي كودر - ريشاردسن و إعادة التطبيق على عينة قوامها ١٥٠ طفلاً، كما يتضح فيما يلي :

## ١- معاملات الثبات بطريقة كودر - ريشاردسن

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات بطريقة كودر - ريشاردسن كما يتضح في جدول (٤)

## جدول (٤)

معاملات الثبات لمقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع

بطريقة كودر - ريشاردسن

الأبعاد	معاملات الثبات
الأنفعالات اللفظية	٠.٨١
الأنفعالات الجسدية	٠.٨٥
الأنفعالات الاندفاعية الغاضبة	٠.٩١
الدرجة الكلية	٠.٩٣

يتضح من جدول (٤) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يدل على ثبات المقياس.

## ٢- معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق بفواصل زمنية قدره أسبوعان بين

التطبيق الاول و التطبيق الثاني كما يتضح في جدول (٥)

## جدول (٥)

معاملات الثبات لمقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع

بطريقة إعادة التطبيق

الأبعاد	معاملات الثبات
الأنفعالات اللفظية	٠.٩٠
الأنفعالات الجسدية	٠.٩٣
الأنفعالات الاندفاعية الغاضبة	٠.٩٤
الدرجة الكلية	٠.٩٦

يتضح من جدول (٥) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يدل على ثبات المقياس.

## [٢] البرنامج الارشادي قائم علي العلاج المعرفي السلوكي: (إعداد الباحثة) (ملحق ٢)

التخطيط العام للبرنامج

تشتمل عملية التخطيط العام للبرنامج على تحديد الأبعاد العامة، المعايير، المؤشرات ونواتج التعلم، ومحتواه العملي، والإجرائي كالاستراتيجيات، والأساليب المتبعة في تنفيذه وتقييم الجلسات الإرشادية، وتحديد المدى الزمني للبرنامج، وعدد الجلسات الإرشادية ومدة كل جلسة، ومكان إجراء البرنامج ومن ثم تقييم البرنامج ككل.

فلسفة بناء البرنامج

يقوم البرنامج علي مجموعة من الفلسفات النفسية والتربوية التي تستخدم لاعداد البرامج الإرشادية بالإضافة إلي مجموعة من المبادئ والفنيات المستمدة من نظريات العلاج المعرفي السلوكي التي تتضمن (التعليم النفسي، الاسترخاء، إعادة البناء المعرفي، إدارة الغضب و التفريغ الانفعالي، النشاط المنزلي، التعزيز، النمذجة، بالإضافة بطاقتي التقييم الذاتي و المكافآت) ولبناء البرنامج الإرشادي تم وضع تصور مبدئي مبني على أهداف إجرائية، قسّمت السلوكيات وأعراض الاضطراب الانفعالي المتقطع إلى الأبعاد الثلاثة المعتمدة سابقا في وضع المقياس، وهي العدوان اللفظي، العدوان الجسدي، نوبات الغضب والاندفاع بحيث يتضمن كل بعد مجموعة من الأهداف الإجرائية أي سلوكيات و معارف يراد اكتسابها أو تغييرها، بعدها تم وضع الفنيات الارشادية القائمة علي العلاج المعرفي السلوكي المناسبة لكل مجموعة من الأهداف، ثم تم تقسيمها على عدد الجلسات مع الأخذ بعين الاعتبار الفئة المستهدفة (الأطفال من سن ٦ - ٧ سنوات) التي يتوجه لها البرنامج، وُحُدّد محتوى كل جلسة و أهدافها، ثم عُرض البرنامج على مجموعة من المحكمين لتحكيمه ليتم بعدها إجراء التعديلات المطلوبة حسب اقتراحاتهم.

أسس بناء برنامج

- أن ترتبط أنشطة البرنامج بالهدف الذي صمم من أجله البرنامج.
- أن يتناسب محتوى البرنامج مع قدرات وخصائص نمو أطفال في مرحلة الطفولة المبكرة.
- أن تتنوع الخبرات الفنية والتربوية المتضمنة في البرنامج بما يحفز دافعية الأطفال لمتابعة التطبيق.

الهدف العام للبرنامج

- يتمثل الهدف العام للبرنامج إلي الحد من مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لعينة من أطفال الروضة من خلال استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

الأهداف الفرعية

تتفرع من الهدف الرئيسي للبرنامج بعض الأهداف الفرعية هي:

- تحسين السلوك بشكل عام : بالامتثال للتعليمات و القواعد المدرسية والعائلية، تقبل الاقتراحات و التوجيهات، و اكتساب سلوك التسامح و التعاون، تقبل النقد.
- تحسين مهارات الأداء الاجتماعي و الدراسي من خلال تحسين علاقاته بعائلته و معلميه وزملائه ماسنعكس إيجابا على مردوده الدراسي.
- اكتساب طرق بديلة لتأكيد الذات و التعبير عن النفس غير أسلوب الغضب والاندفاع.
- إعادة البناء المعرفي و العمل على الوعي الذاتي بالانفعالات و فهم انفعالات الآخر.
- تحسين المهارات الانفعالية بالتحكم في الانفعالات السلبية كالغضب و المزاج العصبي والانزعاج وسرعة التحسس و الرغبة في الانتقام والعدوان.

الفنيات الإرشادية المتبعة:

تم الاعتماد على مجموعة من الفنيات تتمثل في :التعليم النفسي، الاسترخاء، النشاط المنزلي، إعادة البناء المعرفي، إدارة الغضب و التفرغ الانفعالي، التعزيز، النمذجة، بالإضافة لبطاقة التقييم الذاتي و بطاقة المكافآت.

الحدود الإجرائية للبرنامج:

- [أ] العينة: تم تنفيذ البرنامج على عينة مكونة من (١١) طفلاً وطفلة من أطفال الروضة (٨) ذكور (٣) إناث ممن تتراوح أعمارهم من ٦-٧ سنوات.
- [ب] المدة الزمنية: تكون البرنامج من (٣٦) جلسة تم تطبيق الجلسات بشكل فردي، استغرقت مدة التطبيق (١٢) أسبوع، بواقع تطبيق (٣) جلسات أسبوعياً، وتراوحت مدة الجلسة من ٣٠ دقيقة - ٤٥ دقيقة.

محتوى الأنشطة:

تم انتقاء محتوى الأنشطة بناءً على الأبعاد، المعايير، المؤشرات ونواتج التعلم التي تم تحديدها في البرنامج، الأسلوب الإرشادي، والوسائل المستخدمة.

## إجراءات تطبيق البحث:

- قامت الباحثة بالأطلاع على أدبيات البحث وحصر الدراسات السابقة العربية والأجنبية والأدوات والبرامج التي تعمل علي الحد من الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي أطفال الروضة.
- اعداد الأدوات المناسبة لأهداف البحث والفئة العمرية للأطفال عينة البحث، والتأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات وهي: مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة، والبرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي.
- تحديد الأطفال عينة البحث من الأطفال الملتحقين برياض الأطفال، في المرحلة العمرية من (٦-٧) سنوات، وهم (١١) طفل (٣ من الإناث، و٨ من الذكور). وللتأكد من تشخيص الأطفال قامت الباحثة بتطبيق مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة وأختيار الأطفال الذين حصلوا علي درجة مرتفعة علي مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة .
- ضبط وتجانس العينة في المتغيرات الدخيلة (العمر، المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة).
- التأكد من تجانس العينة في متغيرات البحث وهي: درجة مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة.
- تم اجراء القياس القبلي لمجموعة البحث التجريبية قبل تطبيق البرنامج وحساب درجات الأطفال علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة، تم تطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي علي مجموعة الأطفال عينة البحث.
- تم اجراء القياس البعدي لمجموعة البحث التجريبية بعد الانتهاء من تقديم البرنامج لأطفال العينة التجريبية؛ للتأكد من فاعلية البرنامج في الحد من مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة.
- تم إجراء تطبيق تتبعي لمقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة، للتأكد من بقاء فاعلية البرنامج في الحد من مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة.
- تم معالجة البيانات احصائياً باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للبحوث التربوية والاجتماعية (SPSS).
- تم عرض ومناقشة وتفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة. وتحديد التوصيات والبحوث المقترحة في ضوء نتائج البحث الحالي.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

أستخدمت الباحثة في البحث الحالي الأساليب الإحصائية والأساليب اللابارامترية كالتالي:

أ. تجانس العينة: اختبار كا<sup>٢</sup>.

ب. الخصائص السيكومترية للمقياس : طريقة هوتلنج - طريقة فاريمكس Varimax - اختبار

كايزر\_ ماير\_ اوليكن (KMO)- طريقة كودر - ريشاردسن.

ج. نتائج البحث: اختبار ولكوكسن Wilcoxon- معادلة "بلاك".

نتائج البحث ومناقشتهاالفرض الاول

ينص الفرض الاول على انه :

توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الارشادي القائم على العلاج المعرفي السلوكي و بعد التطبيق على مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لصالح القياس البعدي.

و للتحقق من صحة ذلك الفرض ، قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسن Wilcoxon لايجاد الفروق بين متوسطى رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الارشادي القائم على العلاج المعرفي السلوكي و بعد التطبيق على مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع كما يتضح فى جدول (٦)

## جدول (٦)

الفروق بين متوسطى رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي و بعد التطبيق علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع

ن=١١

المتغيرات	القياس القبلى- البعدى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	اتجاه الدلالة	معامل التأثير	حجم الأثر
الأنفعالات اللفظية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	١١ - - ١١	٦ - - ٦	٦٦ - - ٦٦	٢.٩٦٥	دالة عند مستوى ٠.٠١	في اتجاه القياس البعدى	٠.٩٠	قوى
الأنفعالات الجسدية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	١١ - - ١١	٦ - - ٦	٦٦ - - ٦٦	٢.٩٥٨	دالة عند مستوى ٠.٠١	في اتجاه القياس البعدى	٠.٨٩	قوى
الأنفعالات الاندفاعية الغاضبة	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	١١ - - ١١	٦ - - ٦	٦٦ - - ٦٦	٢.٩٥٢	دالة عند مستوى ٠.٠١	في اتجاه القياس البعدى	٠.٨٩	قوى
الدرجة الكلية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	١١ - - ١١	٦ - - ٦	٦٦ - - ٦٦	٢.٩٦٥	دالة عند مستوى ٠.٠١	في اتجاه القياس البعدى	٠.٩٠	قوى

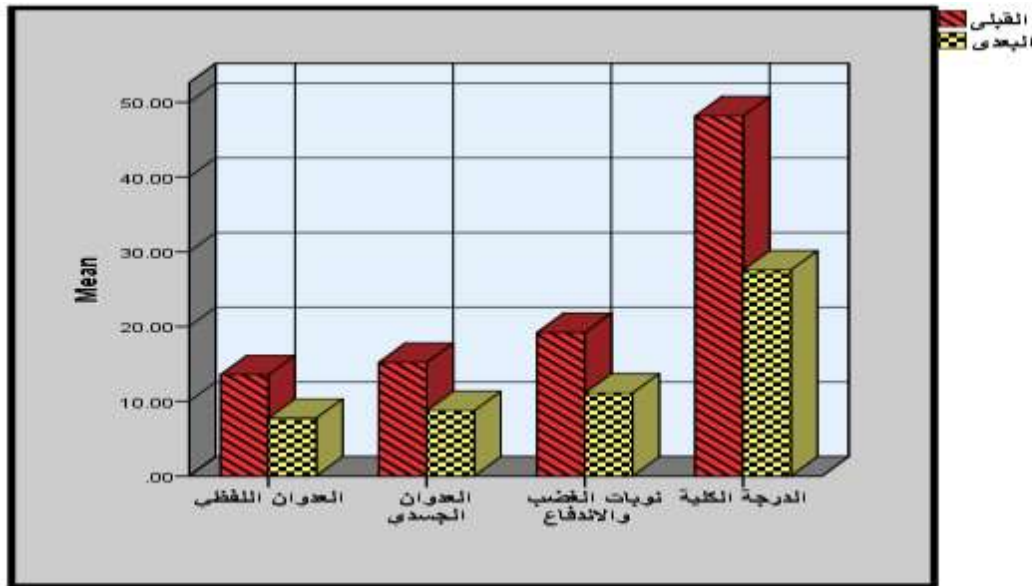
Z = ٢.٥٨ عند مستوى ٠.٠١

Z = ١.٩٦ عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من جدول (٦) وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى ٠.٠١ بين متوسط رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي و بعد التطبيق علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع فى اتجاه القياس البعدى .

كما يتضح من جدول (٦) ان حجم الأثر أكبر من ٠.٨٠، على محك كوهين هي قيم ذات تأثير قوى مما يدل على وجود أثر فعال للبرنامج فى خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لأطفال الروضة.

و يوضح شكل (١) الفروق بين متوسطى رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي و بعد التطبيق علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع.



شكل (١)

الفروق بين متوسطى رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي و بعد التطبيق علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع

ثم قامت الباحثة باستخدام معادلة "بلاك" لحساب نسبة الكسب المعدلة (Blake Gain Ratio) للتأكد من فاعلية البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع، و ذلك كما يتضح في جدول (٧)



## جدول (٧)

نتائج معادلة "بلاك" لبيان فاعلية البرنامج في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطعدلى أطفال الروضة بعد تطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	النهاية العظمى	نسبة الكسب	الدلالة
الأنفعالات اللفظية	البعدي	٧.٧٢	١٤	١.٣٣٩	ذات فاعلية كبيرة
	القبلي	١٣.٥٤			
الأنفعالات الجسدية	البعدي	٨.٧٢	١٦	١.٢٨٩	ذات فاعلية كبيرة
	القبلي	١٥.١٨			
الأنفعالات الاندفاعية الغاضبة	البعدي	١١.٠٩	٢٠	١.٣٠٤	ذات فاعلية كبيرة
	القبلي	١٩.١٨			
الدرجة الكلية	البعدي	٢٧.٥٤	٥٠	١.٣١٠	ذات فاعلية كبيرة
	القبلي	٤٨.١٨			

يتضح من جدول (٧) ان نسبة الكسب المعدلة اكبر من ١.٢ مما يشير الى وجود أثر فعال للبرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع.

كما قامت الباحثة بايجاد نسبة التحسن بين القياسين القبلي و البعدي لتطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي على مقياس خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع كما يتضح في

## جدول (٨)

## جدول (٨)

نسبة التحسن بين القياسين القبلي و البعدي لتطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي على مقياس خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع

المتغيرات	متوسط القياس القبلي	متوسط القياس البعدي	نسبة التحسن
الأنفعالات اللفظية	١٣.٥٤	٧.٧٢	%٤٢.٩
الأنفعالات الجسدية	١٥.١٨	٨.٧٢	%٤٢.٥
الأنفعالات الاندفاعية الغاضبة	١٩.١٨	١١.٠٩	%٤٢.١
الدرجة الكلية	٤٨.١٨	٢٧.٥٤	%٤٢.٨

## تفسير نتائج الفرض الأول:

أشارت نتائج الفرض الأول إلي وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي و بعد التطبيق علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لصالح القياس البعدي. وهذا ما يدعم البحث الحالي في نتائجه وفاعلية البرنامج الارشادي القائم علي فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة. وقد ترجع فاعلية البرنامج إلي بنائه علي أسس منهجية علمية ومراعاة الأدبيات والتراث السيكولوجي في بنائه والفنيات المستخدمة في البرنامج.

فكان للفنيات المعرفية السلوكية التي تضمنها البرنامج العلاجي (التعليم النفسي، الاسترخاء، إعادة البناء المعرفي، إدارة الغضب و التفريغ الانفعالي، النمذجة، التعزيز، النشاط المنزلي) دور كبير في خفض أبعاد مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع (العدوان اللفظي - العدوان الجسدي - نوبات الغضب والاندفاع) فالطفل ذوي الاضطراب الانفعالي المتقطع ذو مزاج غاضب، شديد الحساسية، كثير المجادلة، دائم الاعتراض، عنيد و يصر علي استخدام أسلوبه الخاص، يتحدى سلطة الكبار و يفعل عكس ما يؤمر به، يستفز الآخرين و يزعجهم عمداً، لا يقدم تنازلات و يرفض التعاون، سلوكه انتقامي ويرفض اللوم أو الاعتراف بالخطأ. كل هذه الصفات و الخصائص تؤثر سلباً علي أدائه الاجتماعي والدراسي سواء في بيئته المنزلية أو المدرسية لذلك يصعب عليه تكوين صداقات مع الأقران و علاقاته مع الكبار سيئة. وهنا جاء دور فنيات العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة في برنامج البحث الحالي في خفض هذه المظاهر السلوكية غير المقبولة. وهذا ما أتفق مع دراسة (برزوان حسيبة و فاضلي أحمد، ٢٠١٦) التي أكدت نتائجها علي الدور الفعال للفنيات العلاجية المعرفية السلوكية في اختفاء أعراض الإضطراب، وتحسين التوافق الأسري و المدرسي و الإجتماعي.

وهذا ما أثبتته دراسة (Khodami, et al, 2020) في أن التعليم السلوكي المعرفي يطور مهارات نفسية واجتماعية وسلوكية، وهو فعال في الحد من السلوكيات العنيفة، ويقلل من العدوان اللفظي و الجسدي، و يجهز الأطفال للمشاركة الفعالة في العلاقات الشخصية.

وعند الحديث علي دور كل فنية علي حدة فنذكر فنية إعادة البناء المعرفي الدور في تحديد المعتقدات الأساسية لتقييمها و إعادة بنائها من خلال تصحيح المعتقدات الخاطئة عن السلوكات السلبية المتعلقة بالاضطراب، كالسلوك العدواني و الغضب، وأيضاً السلوك الاندفاعي، باستخدام الحوار السقراطي و مناقشة

الأفكار المتعلقة بها، مما يؤدي إلى اكتساب مهارات اجتماعية نفسية معرفية و سلوكية تساهم في التقليل من شدة تلك السلوكيات و تخفف من الاختلال الأدائي الناجم عنها، مما يؤدي بدوره إلى خفض مؤشرات الاضطراب بشكل عام، فالأفكار المختلة و المعتقدات الخاطئة تعتبر من العوامل المسببة و المحافظة على الاضطراب.

وهذا ما أتفق مع ما جاء بالتراث النظري بوجوب إدخال أساليب متعددة لترويض الغضب، منها الابتعاد عن مصدر الاستفزاز و إعادة بناء أو تركيب موقف من الناحية المعرفية، فمن المهم للمعالج أن يتعرف على مشاعر و أفكار الأفراد أثناء الاضطراب، بالأخص عندما يطلب منهم إعادة صياغة موقف ما بطريقة معرفية، لأن المضطربين يعتقدون أن العالم المحيط بهم يمثل تهديداً لهم وأن الآخر معاد لهم، لذا ينبغي تعليمهم أن يفكروا ويواجهوا التشوهات المعرفية و أن يتصدوا لها، ومن المفيد لهم تعلم أساليب المراقبة الذاتية والتنظيم الذاتي لانفعالاتهم. (مجدي الدسوقي، ٢٠١٤: ١٤٤)

كما أنه من خلال مساعدة الطفل في التعرف على الأفكار المتكررة الغير متوافقة، الاتجاهات المختلة وظيفياً، و التصورات و الإدراكات الخاطئة، لتصحيحها و تعزيز التفكير الواقعي بإعادة البناء المعرفي من خلال الوعي الذاتي، مع زيادة الدافعية لأداء الأنشطة المنزلية لتنمية مهارات و أفكار ايجابية.

(أحمد ابو زيد و هبة جابر و عبد الحميد ابو زيد ، ٢٠١٥ : ١٢٥)

وهذا ما أكدته دراسة (محمود أبو المجد، ٢٠٢٣) حيث أكدت علي فاعلية البرامج الإرشادية لتنظيم

الانفعال في خفض الاضطراب الانفعالي المتقطع

كما كانت الأنشطة المستخدمة تساعد الطفل علي خفض مستوى السلوكيات السلبية واستبدالها بأخرى تكون أكثر فاعلية و أكثر ايجابية، و ذلك بتعليم الطفل و تزويده بمعلومات إرشادية حول: كيفية السيطرة علي الانفعالات والسلوك الاندفاعي وسلوك الغضب، وتوضح له أضرار العدوان اللفظي والجسدي وتأثيرهم على طبيعة العلاقة بين الطفل و المحيطين به، مع تعليمه طرق و أساليب سلوكية بديله عن هذا السلوك وكيفية التعبير عن الذات و تأكيدها، و اكتساب سلوك التسامح و الاعتراف بالخطأ و تقبل اللوم و كيفية طلب السماح و الاعتذار عن الأخطاء و السلوك السليبي.

وهذا يتفق مع ما جاء في أنه يجب التأكيد على أهمية تعليم المريض كيفية تغيير تفكيره في حل المشكلات مع التوضيح له أن أحاديثه مع ذاته غير منطقية و أنها مصدر للاضطراب الانفعالي، لذا يجب مساعدته حتى يصبح الحديث الذاتي لديه أكثر منطقية و أكثر فاعلية.

(برزوان حسيبة وفاضلي أحمد، ٢٠١٦: ١٦ - ١٧)

كما أن استخدام الحوار و من خلال طرح الأسئلة التالية على الطفل مع مناقشة إجابات :ماذا تشعر قبل أن تفعل ذلك (الانفعال)؟ ماذا يحدث لك جسدياً قبل أن يحدث هذا(الجسد)؟ كيف تتصرف عادة قبل أن يحدث هذا (سلوك)؟ أين ومتى يحدث هذا عادة (السياق)؟ هل تفعل هذا مع الجميع؟ أو عندما تكون مع أشخاص معينين؟.

وترى الباحثة أن هذه الفنية صححت معتقدات و مدركات الأطفال عن هذه السلوكيات، ودربتهم على التفكير في أسباب السلوك و نتائجه قبل القيام به، مهما كان الموقف سواء في البيت أو في المدرسة أو خارجهما، مع الكبار أو مع الأقران، حيث أدرك الحالة الأولى أن العدوان و الغضب ليس حلاً لمشاكله مع أقرانه بل تفسد علاقته بهم، و تؤثر سلباً على علاقته بالكبار لكثرة شكاوهم منه.

فيري "جراسكي" أن الهدف من التدخل السلوكي هو تقليل السلوكيات السلبية و زيادة السلوكيات التي يتم التناغم معها، بتعديل سوابقها و نتائجها و بممارسات سلوكية ينتج عنها تعلم جديد، أما التدخل المعرفي فيهدف إلى تعديل المعارف و المعتقدات التي يتم التناغم معها بشكل سيء، من خلال التعرف على التقييم الخاطئ للموقف وإبراز المعتقدات المشوهة. (ميشيل جراسكي و نكلس سليم، ٢٠١٢: ١٥ - ١٦)

بالإضافة إلى الفنيات السابقة تم استخدام فنية الاسترخاء النفسي بهدف جعل الطفل أكثر هدوءاً و ضبطاً لانفعالاته، بالتالي خفض مستوى المزاج الغاضب و التحكم في الانفعالات السلبية لدى الحالات، كالتحسس الشديد و سرعة الانزعاج و الاستثارة؛ و هذا بدوره ينعكس إيجاباً على أدائه الاجتماعي والدراسي كما ينعكس على سلوكه العدواني والاندفاعي.

بينما استهدفت فنيتي إدارة الغضب والتفريغ الانفعالي تنمية الوعي الذاتي للطفل بانفعالاته وانفعالات الآخر و كيفية التعامل معها للتحكم فيها خصوصاً السلبية منها، بهدف إكساب الطفل مهارة معرفة الانفعالات و القدرة على التعبير عنها و التحكم فيها.

في حين ترى الباحثة أن فنية النمذجة ساعدت على اكتساب سلوك التسامح لدى الحالات و التخلي عن السلوك العدواني والاندفاعي وسلوك الغضب، وعلى تعلم أساليب الجدل الايجابي والاعتراف بالخطأ، كما ساعدت في تخفيف السلوكيات السلبية أثناء الغضب، مما ساهم في تحسين السلوك العام للأطفال و خفض الاختلال الأدائي و تحسين العلاقات مع الكبار و الأقران. و طبقت هذه الفنية من خلال سرد قصص عن أضرار العدوان والاندفاع و عواقبه على حياة الطفل و العائلة و المجتمع ككل مع إعطاء نماذج عن شخصيات (كرتونية، عائلية).

كما كان لفنيتي التعزيز النشاط المنزلي أثرهم الواضح في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع بأبعاده الثلاثة (العدوان اللفظي - العدوان الجسدي - نوبات الغضب والاندفاع).

## الفرض الثانى

ينص الفرض الثانى على انه :

لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية فى القياسين البعدى و التبعية لتطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع.

وللتحقق من صحة ذلك الفرض ، قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسن Wilcoxon لايجاد الفروق بين متوسطي رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية فى القياسين البعدى و التبعية لتطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع كما يتضح فى جدول (٩)

## جدول (٩)

الفروق بين متوسطى رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية فى القياسين البعدى و التبعية لتطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع

ن=١١

المتغيرات	القياس البعدى - التبعية	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	اتجاه الدلالة
الأنفعالات اللفظية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	- ١ ١٠ ١١	- ١	- ١	١	غير دالة	-
الأنفعالات الجسدية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	- - ١١ ١١	- -	- -	-	غير دالة	-
الأنفعالات الاندفاعية الغاضبة	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	- ٢ ٩ ١١	- ١.٥	- ٣	١.٤١٤	غير دالة	-
الدرجة الكلية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالي	- ٣ ٨ ١١	- ٢	- ٦	١.٧٣٢	غير دالة	-

$Z = 2.08$  عند مستوى  $0.01$

$Z = 1.96$  عند مستوى  $0.05$

يتضح من جدول (٩) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطي درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية فى القياسين البعدى و التبعى لتطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع.

### تفسير نتائج الفرض الثاني

أظهرت نتائج الفرض الثاني عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطى رتب درجات اطفال الروضة بالمجموعة التجريبية فى القياسين البعدى و التبعى لتطبيق البرنامج الارشادي القائم علي العلاج المعرفي السلوكي علي مقياس مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع.

وهذا ما يدعم أستمراية فاعلية نتائج البرنامج الأرشادي القائم علي فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مؤشرات الاضطراب الانفعالي المتقطع لدي طفل الروضة. حيث أن تعرض الأطفال (المجموعة التجريبية) لبعض الجلسات المعتمدة علي العلاج المعرفي السلوكي أسهم بشكل كبير في زيادة وعيهم وأنتباههم لمشاعرهم وأنفعالاتهم وفهمها والتعبير عنها بشكل مقبول، وأصبحوا أكثر ضبطاً وتحكماً في انفعالاتهم وسلوكهم.

وهذا ما أتفق مع دراسة كلاً من (Costa, Medeiros, Redden, Grant, Tavares & Seger, 2016; Osmá, Crespo & Castellano, 2018) والتي تؤكد علي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطراب الانفعالي المتقطع.

بالإضافة إلي أن ترتيب الجلسات حسب منطقية أهدافها وفنيتها بحيث كانت كل جلسة تخدم سابقتها وتراعي المنطقية في الترتيب كان له مردور في خفض الاضطراب ومظاهره. فهدفت الجلسات إلي توعية الطفل بكيفية التوافق مع بيئته، ومساعدته على تعديل الأفكار والسلوكيات التي تحد من نموه الفكري والعاطفي والاجتماعي، إذ مكنت للطفل أن يفهم جيداً طبيعة الروابط بين الحدث والمشاعر والأفكار المتعلقة بهذا الحدث، مما ساعد الطفل على أن يصبح أكثر استقلالية في إدارة عواطفه وسلوكه.

ومن أهم الفنيات التي أستمثر أثرها وفعاليتها في البرنامج هي فنيتي التعزيز والنشاط المنزلي. فبالنسبة لفنية التعزيز أكدت جلسات البرنامج علي أهمية التعزيز الفوري والمباشر سواء كان مادياً أو معنوياً في اكتساب السلوك الجيد والمحافظة عليه، كما تم تعليم كلاً من المعلمات والأمهات كيفية تجاهل السلوك السلبي و مكافأة السلوك الايجابي. ففي البداية تم تحديد قائمة مع الحالة والمعلمة والأم تضم السلوكيات

السلبية التي يعاني منها كل حالة بهدف تعديلها و تغييرها من خلال تقنيات البرنامج العلاجي؛ و قائمة أخرى بالسلوكيات الايجابية المرغوبة في نهاية البرنامج، ليتم بعدها الاتفاق معهم على مجموعة من المكافآت و المعززات و العقوبات التي سيتم استخدامها في البرنامج، كان لهذا مردود في استمرار فاعلية البرنامج وأثره علي سلوك الأطفال. وهذا ما أتفق مع دراسة (Khodami., et al :2020) في إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يزيد من التفاعل الايجابي بين الطفل و المعلم.

أما عن فنية الأنشطة المنزلية فكانت عنصر أساسي وفعال في العلاج المعرفي السلوكي، المردود الإيجابي في تغيير سلوكيات الأطفال حيث يتم تكليفهم بواجبات منزلية على شكل مهام، مثل القراءة أو مراقبة السلوك أو ممارسة مهارات جديدة خارج الجلسات، فعملت الأنشطة المنزلية على تسهيل اكتساب الطفل للمهارات والامتثال للعلاج و تقليل الأعراض من خلال دمج المفاهيم المكتسبة أثناء الجلسات في الحياة اليومية. فالأنشطة المنزلية كانت آلية رئيسية لتسهيل العمل بين الجلسات والتحسن واستمرارية هذا التحسن.

## قائمة المراجع

١. أبو زعزع عبد الله. (٢٠١٠). مبادئ العلاج النفسي. عمان: دار جليس الزمان.
٢. أحمد أبو أسعد. (٢٠١٤). تعديل السلوك الانساني النظرية و التطبيق. ط: ٢. عمان: دار المسيرة.
٣. أحمد ابو زيد و هبة جابر و عبد الحميد ابو زيد. (٢٠١٥). اضطراب السلوك الفوضوي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
٤. أحمد أمين وعبد الصبور منصور ومايفيل مصطفى. (٢٠١٥). فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المعرفي السلوكي لخفض سلوك العنف لدى الأطفال الصم، مجلة كلية التربية جامعة بورسعيد. ١٨ (٢). ٤٥٥ - ٤٩٢.
٥. ألفت كحلة. (٢٠٠٩). العلاج المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي عن طريق التحكم الذاتي لمرضي الأكتئاب. القاهرة: اترك للنشر والتوزيع.
٦. برزوان حسيبة وفاضلي أحمد. (٢٠١٦). اضطراب المعارضة مع الأستفزاز تشخيص وعلاج نفسي لحالة من خلال المنظور السلوكي المعرفي. مجلة العلوم. جامعة الجزائر. ٨ (١)، ٤ - ١١.
٧. بسمة كريم وهدية جاسم. (٢٠١٢). اثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد الشارد لدى طالبات المرحلة الابتدائية. مجلة الأستاذ. ٢٠ (١). ٥٦٨ - ٥٩٨.
٨. تامر فرح. (٢٠١٣). أثر برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق لدي الأطفال المصابين بمرض الثلاسيميا. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات النفسية والتربوية. ١ (١)، ٩٧ - ١٣٠.
٩. ركزة سمير. (٢٠١١). العلاج السلوكي المعرفي للفوبيا الإجتماعية للتأتأة. المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية. ٣٣ (١٢). ٣١٥ - ٣٣٤.
١٠. سيريل بوفيه. (٢٠١٩). مدخل إلي العلاجات السلوكية المعرفية. ترجمة: (بوزيان فرحات). الجزائر: دار المجدد للنشر والتوزيع.
١١. شعبان فضل. (٢٠٠٨). العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات. بنغازي: دار الكتاب الوطنية.
١٢. صفاء علي وحسين محمد. (٢٠١٧). العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال. المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة. ٣ (٣)، ٢٦١ - ٢٨٩.



١٣. عادل محمد. (٢٠١٧). فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في تنمية بعض أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلاب الجامعة. مجلة الدراسات التربوية. ٩(٣)، ٧٩-١٢٠.
١٤. عبدالناصر عوض. (٢٠١٣). نظريات مختارة في خدمة الفرد. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
١٥. عبير محمد. (٢٠١٨). ورقة عمل عن العلاج المعرفي السلوكي ومرض الوسواس القهري. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس. ٥٤(١). ٤٧٩-٤٩٨.
١٦. فهد بن أحمد. (٢٠٢٣). فعالية التدريب المعرفي السلوكي في التخفيف من معاناة الفرد. المجلة العربية للآداب والدراسات الانسانية. ٢٥(٢). ٣٠١-٣٢٠.
١٧. فيصل الدوسري. (٢٠٢٠). فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في خفض العنف لدى عينة من الأطفال المراهقين بدولة الكويت، مجلة بحوث. ٣٢(١). ٥٣-٧٨.
١٨. كلثوم بالميهوب . (٢٠١٤). تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية . الجزائر :البرنامج الوطني للبحث تربوية و تكوين، crasc ، DGTSDD .
١٩. لوجان العالية. (٢٠٢١). العلاج السلوكي المعرفي للاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتمدرس " العناد و المعارضة نموذجاً". رسالة دكتوراة. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.
٢٠. مجدي الدسوقي . (٢٠١٧). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج المسلك واضطراب العناد والتحدي لدى الأطفال و المراهقين المعرضين للخطر ، مصر :المؤتمر العلمي الرابع،التربية و بناء الانسان في ظل التحولات الديمقراطية دار المنظومة، جامعة المنوفية كلية التربية.
٢١. مجدي محمد. (٢٠١٤). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب العناد لدى الأطفال والمراهقين المعرضين للخطر. المؤتمر العلمي الرابع بكلية التربية جامعة المنوفية: التربية وبناء الإنسان، ٢٩-٣٠ أبريل. ١٢٣-١٥٤.
٢٢. محمد نواف. (٢٠١٤). مبادئ الإرشاد النفسي في المجال العسكري. الرياض: دار الجنان.
٢٣. محمود أبو المجد. (٢٠٢٣). فعالية علاج تنظيم الانفعال في خفض الاضطراب الانفجاري المتقطع لدى الطلاب المعلمين.مجلة العلوم التربوية، كلية التربية جامعة قنا. ٥٥(١). ٣٩١-٤٤٢.
٢٤. منظمة الصحة العالمية. (٢٠٢١). الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض. الطبعة الحادية عشر (ICD- 11). ترجمة: (أنور الحمادي).

٢٥. مني سيد. (٢٠١٣). العلاقة بين ممارسات العلاج المعرفي السلوكي ومشكلات العمل لدى المرأة العاملة. رسالة دكتوراة غير منشورة. كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
٢٦. ميشيل ج جراسكي. ت. نكلس نسيم سلامة. (٢٠١٢). العلاج المعرفي السلوكي. القاهرة: دار الكلمة.
٢٧. ناجية دايلي. (٢٠١٧). بعض الفنيات المعرفية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي. مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، مركز جيل العلوم الانسانية والاجتماعية. ٣٣ (١). ٦٥ - ٧٩.
٢٨. هوفمان اس جي. (٢٠١٢). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الأسس والأبعاد، (ترجمة: مراد عيسى) القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

29. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed. TR). American Psychiatric Association.
30. Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). Cognitive therapy of personality disorders. Guilford Publications.
31. Coccaro, E. F., & Grant, J. E. (2017). Intermittent Explosive Disorder and the Impulse-Control Disorders. In John E. Lochman., & Walter Matthys. (Eds.). The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders. 89-101. John Wiley & Sons.
32. Corey, G. (2017). Theory and practice of counseling and psychotherapy. Eighth Edition. UNITED STATES: Nelson Education.
33. Coskun, F., & Akca, O. F. (2018). Treatment of Intermittent Explosive Disorder With Carbamazepine. Clinical Neuropharmacology, 41(2), 82-83.
34. Costa, A. M., Medeiros, G. C., Redden, S., Grant, J. E., Tavares, H., & Seger, L. (2018). Cognitive-behavioral group therapy for intermittent explosive disorder: description and preliminary analysis. Brazilian Journal of Psychiatry, 40, 316-319.
35. David Skuse. (2011). Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for practice. John Wiley & Sons, Ltd.
36. Dimaggio, G., MacBeth, A., Popolo, R., Salvatore, G. & Montano, A. (2018). The problem of overcontrol: Perfectionism, emotional inhibition, and personality disorders. Comprehensive Psychiatry, 23(1), 22- 56.
37. Dobson, K. S. [Ed]. (2010). Historical and Philosophical Bases (3rd ed.). Handbook of Cognitive Behavioral Therapies (3rd Ed).3-37. Guilford Press.
38. Garrett-Wilson, S. (2016). intermittent Explosive Disorder in Adolescents. In Carlson, J., & Dermer, S. B. (Eds.). The SAGE encyclopedia of marriage, family, and couples counseling. Sage Publications. DOI:https://dx.doi.org/10.4135/9781483369532
39. Gholamali Nikpour, Mozhdeh Zarepour, Fatemeh Nikpour. (2018). The Effect of play therapy with Cognitive Behavioral Approach on Reducing Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Children Aged 8 to 11 Years. TOLOO-E-BEHIDASHT. 17(1). 62- 72.

40. Hewage, K., Steel, Z., Mohsin, M., Tay, A. K., De Oliveira, J. C., Da Piedade, M & Silove, D. (2018). A wait-list controlled study of a trauma-focused cognitive behavioral treatment for intermittent explosive disorder in Timor-Leste. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(3), 282.
41. Hundt, N. E., Mignogna, J., Underhill, C& Cully, J. A. (2013). The Relationship Between Use of CBT Skills and Depression Treatment Outcome: A Theoretical and Methodological Review of the Literature. *Behavior Therapy*, 44(1), 12–26.
42. Khodami, Malekpour, Ghamarani, & Atashpour. (2020). A Comparison of the Effectiveness of the Mindfulness Skills Training for Children with Oppositional Defiant and Cognitive-Behavioral Therapy on the Child-Teacher Interactions. *Yafte* , 22 (1). 25-38.
43. Klyce, D.W. (2018). Intermittent Explosive Disorder. In: Kreutzer, J.S., DeLuca, J., Caplan, B. (eds) *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. 1836-1837, Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9\\_9195](https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9_9195)
44. Krick, L. C., Berman, M. E., McCloskey, M. S., Coccaro, E. F., & Fanning, J. R. (2022). Gender Moderates the Association Between Exposure to Interpersonal Violence and Intermittent Explosive Disorder Diagnosis. *Journal of interpersonal violence*, 37(15-16), NP14746-NP14771.
45. Mahdi ghodrati, Parviz Sharifidaramadi, Qassim Abdollahi Beghrabadi. (2016). The effect of Parental Management Training base on Cognitive- Behavior Therapy on Children with Oppositional Defiant Disorder. *Ravānshināsī-i Afrād-i Istiṣnāyī*. 20 (5). 109- 123. <https://doi.org/10.22054/jpe.2015.1916>.
46. McCloskey, M. S., Chen, E. Y., Olino, T. M., & Coccaro, E. F. (2022). Cognitive-behavioral versus supportive psychotherapy for intermittent explosive disorder: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 53(6), 1133-1146.
47. Osma, J., Crespo, E., & Castellano, C. (2016). Multicomponent cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder by videoconferencing: a case study. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(2), 424-432.
48. Teen Health Series (Ed.). (2017). *Mental Health Information for Teens: Health Tips about Mental Wellness and Mental Illness Including Facts about Recognizing And Treating Mood, Anxiety, Personality, Psychotic*, Omnigraphics Incorporated
49. Tennesel, M. (2015). *Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville: apports des concepts et techniques T.C.C. pour le médecin généraliste*. Psychologie. Université Toulouse le Mirail – Toulouse II.
50. VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association.
51. Vera, L. (2014). *Les thérapies comportementales et cognitives chez l'enfant et l'adolescent: modèles théoriques*. France: Elsevier Masson.