الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

فعالية برنامج علاجي مقترح لبعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال وفق المنظور التوفيقي التكاملي (العدوان- الانسحاب- العناد المتحدي) نموذجا

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه علوم في: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة: خديجة حداش

إشراف الأستاذ: أحمد فاضلي

السنة الجامعية 2024/2023

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

فعالية برنامج علاجي مقترح لبعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال وفق المنظور التوفيقي التكاملي (العدوان- الانسحاب- العناد المتحدي) نموذجا

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه علوم في: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

خديجة حداش

أمام اللجنة المشكلة من:

فاطمة الزهراء أزروق	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 02	رئيسا
أحمد فاضلي	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 02	مشرفا ومقررا
رقية عزاق	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 02	عضوا مناقشا
زوبيدة الحطاح	أستاذ التعليم العالي	جامعة المدية	عضوا مناقشا
سميرة مرداس	أستاذ التعليم العالي	جامعة المدية	عضوا مناقشا
فوزية غماري	أستاذ التعليم العالي	المركز الجامعي تيبازة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2024/2023

شكر

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير والامتنان إلى الأستاذ المشرف "أحمد فاضلي" الذي ساعدني بنصائحه وتوجيهاته القيمة والمفيدة والتي كان لها الفضل في إنجاز هذا البحث.

كما أتوجه بشكري إلى جميع الأساتذة الذين حكموا البرنامج العلاجي وقدموا نصائحهم.

وألف شكر لتلاميذ عينة الدراسة وأمهاتهم الذين شاركوا في هذا البحث.

الإهداء

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى الوالدين الكريمين

وإلى زوجي العزيز

وإلى أفراد أسرتي الكريمة

وإلى صديقاتي العزيزات

وإلى كل من أحببت بالأمس واليوم وغدا

ملخص اللغة العربية

هدفت هذه الدراسة للتعرف على فعالية برنامج علاجي مقترح لبعض المشكلات السلوكية (العدوان – الانسحاب – العناد المتحدي) لدى الطفولة المتوسطة من منظور تكاملي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء البرنامج العلاجي وفق التناول التكاملي حيث تم استخدام المنهج الشبة تجريبي من نوع تصميم المجموعة الواحدة، وقد اشتملت عينة الدراسة التجريبية على 13 طفل يعانون من المشكلات السلوكية (10 ذكور و3 إناث)، قامت الباحثة بتطبيق البرنامج عليهم لمدة ثلاثة أشهر ونصف، والذي تبدأ جلساته بملأ استمارة دراسة حالة والقياس القبلي لمتغيرات الدراسة (العدوان، الانسحاب، العناد المتحدي) وبعدها الجلسات العلاجية وتنتهي بالقياس البعدي لمتغيرات الدراسة، ثم القياس التتبعي بعد شهر.

وباعتمادنا على المؤشرات الإحصائية: المتوسط الحسابي- الانحراف المعياري – اختبار"ت" لعينتين متشابهتين توصلنا إلى النتائج التالية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي .

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي

وأهم نتيجة توصلت إليها الدراسة هو الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي الذي يرجع لتعدد الفنيات العلاجية التي تم استخدامها في البرنامج الحالي في ظل منظومة علاجية متكاملة ومترابطة.

Abstract

This study aimed to identify the effectiveness of a suggested treatment program for some behavioral problems (aggression - withdrawal - oppositional defiant) among middle childhood from an integrative perspective, to achieve the objectives of the study, the treatment program was built according to the integrative approach, where the quasi experimental approach was used in the type of one-group design, The sample of the experimental study included 13 children suffering from behavioral problems (10 males and 3 females). The researcher applied the program to them for a period of three and a half months, whose sessions begin with filling out a case study form and pre-measurement of the study variables (aggression, withdrawal, oppositional defiant) and then the treatment sessions. It ends with the post-measurement of the study variables, then the follow-up measurement after a month.

And depending on the statistical indicators: the arithmetic mean - the standard deviation - the "T" test for two similar samples, we reached the following results:

1- There are statistically significant differences between the mean scores of aggression among children for the pre and post measurements, in favor of the post measurement.

2- There are statistically significant differences between the mean scores of withdrawal among children for the pre and post measurements, in favor of the post measurement.

3- There are statistically significant differences between the mean scores of oppositional defiant among children for the pre and post measurements, in favor of the post measurement.

4- There are no statistically significant differences between the degrees of aggression among children for the post and follow-up measurements.

5- There are no statistically significant differences between the withdrawal scores of children for the post and follow-up measurements.

6- There are no statistically significant differences between the degrees of oppositional defiant among children for the post and follow-up measurements.

The most important result of the study is the positive effect of the therapeutic program, which is due to the multiplicity of therapeutic techniques that were used in the current program in light of an integrated and interdependent treatment system.

الفهرس

شكر

الإهداء

ملخص باللغة العربية

ملخص باللغة الإنجليزية

الفهرس

قائمة الجداول والأشكال

مقدمة..... 17

الباب الأول : الخلفية النظرية لإشكالية البحث

تحديد الإشكالية..... 20

صياغة الفرضيات..... 30

أهمية البحث..... 31

أهداف البحث..... 32

تحديد المفاهيم..... 33

الباب الثاني : الجانب النظري

الفصل الأول: العدوان

تمهيد..... 37

1. تعريف العدوان..... 37

2. أشكال العدوان..... 40
3. مفاهيم ذات صلة بالعدوان..... 42
4. النظريات المفسرة للعدوان..... 44
5. العدوان لدى الأطفال..... 55
6. أشكال العدوان عند الأطفال..... 56
7. أسباب العدوان لدى الأطفال..... 57
8. أساليب المعاملة الوالدية والعدوان..... 59
9. علاج العدوان..... 61
ملخص الفصل..... 63

الفصل الثاني: الانسحاب الاجتماعي

تمهيد..... 64
1. تعريف الانسحاب الاجتماعي..... 64
2. تشخيص الانسحاب الاجتماعي..... 69
3. أشكال الانسحاب الاجتماعي..... 70
4. مظاهر الانسحاب الاجتماعي 74
5. أسباب الانسحاب الاجتماعي..... 75
6. أنماط الأبوة للطفل المنسحب..... 77
7. النظريات المفسرة للانسحاب الاجتماعي..... 78
8. مفاهيم ذات صلة بالانسحاب الاجتماعي 82

9. قياس الانسحاب الاجتماعي..... 86
10. نتائج الانسحاب الاجتماعي..... 88
11. مسارات الانسحاب الاجتماعي..... 91
12. علاج الانسحاب الاجتماعي..... 93
ملخص الفصل..... 97

الفصل الثالث: العناد المتحدي

تمهيد..... 99
1. تعريف العناد المتحدي..... 99
2. تشخيص العناد المتحدي..... 101
3. انتشار العناد المتحدي..... 110
4. العوامل المسببة للعناد المتحدي..... 112
5. العلاقة بين العناد المتحدي واضطراب المسلك..... 117
6. العلاقة بين العناد المتحدي واضطرابات أخرى..... 118
7. تقدير اضطراب العناد المتحدي..... 119
8. علاج اضطراب العناد المتحدي..... 121
ملخص الفصل..... 125

الفصل الرابع :العلاج النفسي التكاملي

تمهيد..... 127
1. تعريف العلاج النفسي التكاملي..... 128

2. الجذور المبكرة للعلاج النفسي التكاملي..... 129
3. الجهود الأولى في العلاج النفسي التكاملي..... 131
4. العوامل التي أدت لظهور العلاج النفسي التكاملي..... 138
5. نماذج العلاج النفسي التكاملي..... 145
6. الانتقائية الفنية..... 146
7. تكامل العوامل المشتركة..... 149
8. التكامل الاستيعابي..... 151
9. التكامل النظري..... 153
10. مناهج تكاملية لمشاكل إكلينيكية محددة..... 155
11. البحث والتدريب في العلاج النفسي التكاملي..... 158
12. مستقبل العلاج النفسي التكاملي..... 160
ملخص الفصل..... 162

الباب الثالث : الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإطار المنهجي للبحث

تمهيد..... 164
1. الدراسة الاستطلاعية..... 166
2. منهج الدراسة..... 167
3. أدوات الدراسة..... 169
4. البرنامج العلاجي..... 169

1.4. إجراءات بناء البرنامج العلاجي..... 169
2.4. أهداف البرنامج العلاجي..... 170
3.4. وحدات البرنامج العلاجي..... 171
4.4. مراحل البرنامج العلاجي 171
5.4. عدد الجلسات ونوعها ومعدلها في الأسبوع..... 173
6.4. الاستراتيجيات والتقنيات..... 173
7.4. طريقة تطبيق الدراسة..... 173
5. الخصائص السيكومترية للمقاييس..... 176
1.5. الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك العدواني..... 176
2.5. الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الانسحابي..... 183
3.5. الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب العناد المتحدي..... 192
6. تطبيق البرنامج العلاجي..... 201
1.6. عينة الدراسة..... 201
2.6. الإطار الزمني والمكاني للتجربة..... 203
3.6. سير الجلسات..... 203
7. أدوات تحليل البيانات..... 204

الفصل السادس : عرض وتحليل نتائج الفرضيات ومناقشتها

تمهيد..... 206
1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها..... 206

2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها..... 214

3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها..... 220

4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها..... 231

5. عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها..... 240

6. عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها..... 246

الفصل السابع: عرض الحالات الإكلينيكية

تمهيد..... 254

1. الحالة الأولى..... 255

2. الحالة الثانية..... 270

3. الحالة الثالثة..... 285

الاستنتاج العام..... 302

الخاتمة..... 304

المراجع..... 309

الملاحق..... 328

فهرس الجداول

1	وحدات البرنامج العلاجي	171
2	مراحل البرنامج العلاجي	172
3	معامل الثبات – جاتمان– لمقياس السلوك العدواني	178
4	معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس السلوك العدواني	179
5	قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والبنود التي تنتمي إليه	180
6	يبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى	182
7	قيم معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس	185
8	قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والبنود لمقياس السلوك الانسحابي	186
9	يمثل قيم معاملات ارتباط الدرجة الكلية لمقياس السلوك الانسحابي وأبعاده	188
10	يبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى	189
11	معامل الثبات – جاتمان– لمقياس السلوك الانسحابي	190
12	معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس السلوك الانسحابي	191
13	يمثل قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والبنود لمقياس العناد المتحدي	197
14	يبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى	199

15	معامل الثبات – جاتمان– لمقياس العناد المتحدي	200
16	معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس العناد المتحدي	201
17	خصائص عينة البحث	202
18	نتائج اختبار –ت– لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لمقياس العدوان في العينة التجريبية	207
19	نتائج اختبار ت لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي الدرجات الكلية لأطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الانسحاب	215
20	نتائج اختبار –ت– لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي درجات القياسين البعدي القبلي والبعدي لمقياس العناد المتحدي في العينة التجريبية	221
21	نتائج اختبار –ت– لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي لمقياس العدوان في العينة التجريبية	231
22	نتائج إختبار ت لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي الدرجات الكلية لأطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الانسحاب	240
23	نتائج اختبار –ت– لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي لمقياس العناد المتحدي في العينة التجريبية	246
24	يبين أهم أعراض العدوان لدى الحالة الأولى	259
25	يبين أهم أعراض الانسحاب لدى الحالة الثانية	274
26	يبين أهم أعراض العناد المتحدي لدى الحالة الثالثة	289

فهرس الأشكال

1	مسارات الانسحاب الاجتماعي	92
2	عوامل الخطر المتداخلة في مشاكل السلوك	116
3	العلاقة بين العناد المتحدي والاضطرابات الأخرى	119
4	مخطط الجلسات والقياسات في البرنامج	175
5	الفروق بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياس القبلي وللقياس البعدي	208
6	الفروق بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياس القبلي وللقياس البعدي	216
7	الفروق بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياس القبلي وللقياس البعدي	222
8	فروق بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياس البعدي وللقياس التتبعي	232
9	فروق بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياس البعدي وللقياس التتبعي	241
10	فروق بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياس البعدي وللقياس التتبعي	248

مقدمة

تعد الأسرة البيئة الاجتماعية الأولى للطفل، فهي التي تساهم إسهاما كبيرا في التكوين النفسي والاجتماعي له، حيث تقع عليها مسؤولية التنشئة وبناء الشخصية، إن تفاعل الطفل مع أفراد أسرته يكسبه العديد من القيم والمبادئ الاجتماعية التي تساعده في التعامل والتفاعل مع الأفراد الآخرين في مجتمعه، يعود نجاح الفرد أو فشله في ممارسة السلوكيات الاجتماعية في مجتمعه إلى ما أكسبته أسرته من إعداد وتنشئة.

إن توافق الأسرة نفسيا واجتماعيا ينتج عنه طفلا يتمتع بصحة نفسية ناتجة عن إشباع حاجاته النفسية من رعاية وحنان، أما إذا كانت الأسرة عكس ذلك ينتج عنها طفلا محروما منهما وغير مشبع من الحاجات النفسية وهذا ما يؤدي إلى سوء صحته النفسية.

إن تناغم أفراد الأسرة فيما بينهم ينتج عنه نوع من المحبة والود، مما يؤدي إلى عدم وجود مشاكل سلوكية بين الأفراد، فتكون حياتهم هادئة وهذا ما يساعدهم على الحد من المشاكل التي تنشأ بينهم بحكمة ورزانة، في حين عدم تناغم أفراد الأسرة ينتج عنه الانقسام وعدم الانسجام، مما يجعلهم يعانون من مشكلات سلوكية غير مرغوب فيها، ويعيشون حياة غير مستقرة، مما يترتب عنه عدم تمكنهم من السيطرة على المشاكل التي يواجهونها.

تتعرض الأسرة في الكثير من الأحيان لأزمات قد تؤثر على صحتها النفسية والاجتماعية، مما يترتب عنه جوا متوترا يؤثر سلبا على الأسرة وبالتالي على أطفالها، وهذا ما يؤدي إلى خلق العديد من المشكلات السلوكية عند الأطفال.

وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات أن الكثير من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل تحدث كرد فعل لما يعانيه من الحرمان وخاصة من الرعاية الوالدية فيلجأ إلى أنواع أو أنماط من السلوك اللاتوافقي ومنها السلوك العدواني، والانسحاب من البيئة والانطواء على النفس أو العناد والعصيان.

ومن خلال عملنا كأخصائية نفسانية في وحدة الكشف والمتابعة المدرسية التابعة للصحة الجوارية لاحظنا ارتفاع في نسبة المشكلات السلوكية للأطفال وزيادة شكوى المعلمين وأولياء الأمور، مما أدى إلى كثرة الطلب على الاستشارة النفسية، مع قصر الفترة المتاحة للعلاج التي تتخللها الامتحانات والغيابات، وهذا ما دفعنا إلى التفكير في بناء برنامج علاجي تكاملي يتضمن مشكلات سلوكية متنوعة للحصول على نتائج جيدة في مدة وجيزة.

لذا تسعى الدراسة الحالية إلى بناء برنامج علاجي لبعض المشكلات السلوكية (العدوان– الانسحاب– العناد المتحدي) لدى أطفال المرحلة المتوسطة من منظور توفيقي تكاملي، وخاصة أن هذا التدخل يعد من أحدث التدخلات العلاجية المستخدمة في علاج الاضطرابات النفسية بوجه عام والمشكلات السلوكية بوجه خاص.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة حاولت الباحثة عرض دراستها في ثلاثة جوانب، باب تمهيدي يتطرق لإشكالية البحث وتساؤلاتها وفرضياتها وعرض لأهمية وأهداف البحث وتحديد للمفاهيم المعتمدة في الدراسة إجرائيا.

ثم جانب نظري حمل في جعبته أربعة فصول هي: العدوان – الانسحاب الاجتماعي – العناد المتحدي – وفصل العلاج التكاملي وهو يمثل الصياغة النظرية لاتجاه الباحثة في الدراسة الحالية.

أما الجانب التطبيقي فقد احتوى على 3 فصول: فصل خصص للإطار المنهجي للبحث وفصل لعرض ومناقشة النتائج والأخير لعرض الحالات الإكلينيكية.

وفي الأخير ومن خلال زبدة البحث المتمثلة في نتائجه، تم استخلاص جملة من الاقتراحات التي ارتأيناها مناسبة.

الباب الأول

الخلفية النظرية لإشكالية البحث

تحديد الإشكالية

تكمن أهمية تناول المشكلات السلوكية للطفل في أنها تعيق نموه وتقدمه، كما أنها لا تنتهي عند سن معين وإنما قد تستمر مع الطفل في مراحله اللاحقة من عمره وأن آثارها لا تقتصر على الطفل فحسب بل على المجتمع أيضا، حيث أكدت نتائج العديد من الدراسات أن بعض الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الإنسان في سن الرشد ما هي إلا امتداد لما مر به في مرحلة الطفولة.

من أصعب مشاكل السلوك التي تواجه الآباء والمعلمين، هو العدوان، فهو يؤدي إلى عرقلة حسن سير العمل في الفصل، ويزيد صعوبة التعليم، ويخلق مشاكل تتعلق بحسن النظام، بالإضافة لصعوبة تعلم الطفل العدواني.[1]

يتضمن السلوك العدواني لدى الأطفال مشكلات مثل: عصيان الوالدين والإجابات الوقحة والمضايقة ونوبات الغضب والتذمر والتخريب، والشتائم والعض والضرب والركل، ومنذ سنوات الدراسة المبكرة يبدأ السلوك العدواني فبينما يكون الأطفال مشاكسين في مرحلة الحضانة والصف الأول ابتدائي، نجدهم أكثر عدوانية في الصف الثاني ابتدائي، لأنهم لم يتعلموا ضبط النفس،

[1] هدى محمد قناوي. الطفل تنشئته وحاجاته. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. 2013، ص252.

فالأطفال الآخرون عندما يختلفون في اللعب يتفاوضون إلا أن الأطفال المشاغبين والعدوانيين يعتمدون على القوة والعنف مما يؤدي إلى ابتعاد الأطفال عنهم بعد فترة من اللعب.[1]

تظهر الدراسات التي تتابع الأطفال من مرحلة ما قبل المدرسة حتى مرحلة المراهقة، أن حوالي نصف تلاميذ الصف الأول المشاغبين، وغير القادرين على مواكبة الأطفال الآخرين، وغير المطيعين لوالديهم، وعنيدين مع مدرسيهم، يصبحون جانحين في سن المراهقة، لكن هذا لا يعني أن جميعهم سيرتكبون أعمال عنف وجرائم في وقت لاحق من حياتهم، حتى لو كانوا أكثر عرضة لارتكابها.[2]

يتناقض العدوان مع الانسحاب الاجتماعي باعتباره أحد البعدين الرئيسيين الأكثر تحديدا للسلوك المختل في مرحلة الطفولة.[3]

حيث يميل بعض الأطفال إلى النمط الوجداني الانفرادي للسلوك الذي يتخذ شكل الانسحاب عن المجتمع، ويتجنب الطفل فيه التعرض للأشخاص، والمواقف والأشياء التي تحرض على القلق والضيق وإحباط حاجاته، فإذا اضطر لمواجهتها انطوى على نفسه.[4]

يشير صلاح مخيمر(1980) إلى أن السلوك الانسحابي هو سلوك خطير حقا وأحيانا ما تشجعه الأسرة لتوفر الراحة لنفسها وهي تتوهم أن السلبية طاعة وأن الانطواء رجحان عقل واتزان

---

[1] خالد عز الدين. السلوك العدواني عند الأطفال. الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع. 2009، ص 19.

[2] عبد الرحمان سيد سليمان، إيهاب البلاوي. الآباء والعدوانية لدى الأبناء العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. الرياض: دار الزهراء. 2010، ص95.

[3] Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. Social Withdrawal in Childhood. Annu Rev Psychol, 60, 2009, 141–171, p146.

[4] قناوي، المصدر المذكور سابقا، ص261.

ولكن مثل هذا الطفل السهل هو من الناحية النفسية أصعب الأطفال جميعا لأنه يقيم مملكته في عالم أحلام اليقظة هذه التي تعتبر الطريق إلى الأعراض المرضية.[1]

اقترح سوليفان (1953) أن تجربة علاقات الأقران كانت ضرورية لتنمية مفاهيم الاحترام المتبادل والمساواة والمعاملة بالمثل لدى الطفل، وشدد على أهمية "الصداقات"، أو الصداقات الخاصة، لظهور هذه المفاهيم وكذلك للرفاهية النفسية.[2]

إن حوالي 10% من أطفال المدرسة الابتدائية لا يتم اختيارهم من طرف زملائهم كأصدقاء يمكن قضاء الوقت معهم، وقد يتم نبذهم بشكل مقصود أو يتم تجاهلهم، ويحدث الشكل المتطرف من العزلة عندما ينسحب الأطفال على الدوام أو في أغلب الأوقات إلى عالمهم المتخيل الخاص، وهذا النوع من المشكلات يتطلب تدخلا علاجيا على الفور.[3]

وحسب (Rubin & Burgess, 2001) إن الانسحاب الاجتماعي وما يتعلق به من قضايا هي أقل القضايا حسما، ففي أمريكا الشمالية وأوروبا، الأطفال المنسحبون اجتماعيا مرفوضون من قبل أقرانهم، ويفتقرون إلى مهارات التفكير والعلاقات الاجتماعية الجيدة، ويشعرون بالوحدة ويعانون من وجود صعوبات ومشكلات في حياتهم.[4]

---

[1] نور علي سعد درويش. الانسحاب الاجتماعية وسمات الشخصية للأطفال والمراهقين بالعشوائيات. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر. 2016، ص36.

[2] Rubin, et al, Op.Cit, p144.

[3] شارلز شيفر وهوارد ميلمان. مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها (ط 1). تر: نسيمة داود، نزيه حمدي. عمان : منشورات الجامعة الأردنية. 1989، ص388.

[4] درويش، المصدر نفسه، ص158.

أفاد روبن وزملاؤه أن الانسحاب الاجتماعي الملاحظ وتقييم الأقران في عمر سبع سنوات تنبأ بتقدير الذات السلبي والشعور بالوحدة في عمر التاسعة والعاشرة[1].

وأنه من الطفولة المبكرة حتى المراهقة، يتعرض الأطفال المنسحبون اجتماعيا بشكل متزامن ومتوقع لخطر مجموعة واسعة من نتائج التكيف السلبية، بما في ذلك الصعوبات العاطفية الاجتماعية (على سبيل المثال، القلق، وتدني احترام الذات، وأعراض الاكتئاب، ومشاكل الاستيعاب)، وصعوبات الأقران (على سبيل المثال، الرفض، والإيذاء، وسوء جودة الصداقة)، والصعوبات المدرسية (على سبيل المثال، العلاقات بين المعلم والطفل رديئة الجودة، والصعوبات الأكاديمية، وتجنب المدرسة).[2]

وعدم القدرة على تحقيق هوية إيجابية وتحقيق التوافق النفسي وكل هذا ينعكس على مدى إحساسه بالرضا والسعادة.[3]

إنه من الضروري أن يستطيع الطفل الانتماء إلى مجموعة من الرفاق في عمر 12 سنة، وإلا فقد يبقى الطفل منسحبا طوال فترة دراسته وربما طوال حياته، إن الأطفال المنسحبون أو العدوانيون يتم تجنبهم لأنهم لا يمتلكون مهارات اجتماعية وبعض الخصائص الشخصية.[4]

بالإضافة إلى العدوان والانسحاب، من المشكلات السلوكية التي تؤدي إلى صعوبة التفاعل مع الأقران ورفضهم مشكل العناد المتحدي، وهو مظهرا مستمرا للسلبية والسلوك المعارض، ويتألف

---

[1] Rubin, et al, Op.Cit, p155.

[2] Ibid, p141.

[3] عادل عبد الله محمد. دراسات في الصحة النفسية (الهوية– الاغتراب– الاضطرابات النفسية)(ط1). القاهرة: دار الرشاد. 2000، ص ص 194–195.

[4] شيفر وميلمان، المصدر المذكور سابقا، ص 389.

من أعراض فقدان المزاج، الجدال، التحدي، مضايقة الآخرين، إلقاء اللوم عليهم، الشعور بالحساسية، الغضب، والحقد.[1]

الأفراد الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي معرضون لخطر متزايد لاضطرابات القلق واضطراب الاكتئاب الشديد، وهذا يبدو إلى حد كبير بسبب وجود أعراض المزاج الغاضب، والمراهقين والبالغين الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي أيضا يظهرون نسبة أعلى من اضطرابات تعاطي المخدرات.[2]

في الثلاثين سنة الماضية تزايد عدد الدراسات التي تناولت العلاج الأسري للاضطرابات السلوكية والعاطفية لدى الأطفال وهذا ما أكدته دراسة نورثي (Northey et al, 2003)[3] والتي هدفت إلى مراجعة الأدبيات حول العلاج الأسري للاضطرابات السلوكية والعاطفية للأطفال ووجدت زيادة في عدد الدراسات منذ عام 1995؛ ومع ذلك، كان هناك تباين كبير حسب الاضطراب ونموذج العلاج، هناك الكثير من الأبحاث حول الاضطرابات الخارجية (أي اضطراب السلوك، فرط الحركة ونقص الانتباه، اضطراب العناد المتحدي) ثم الاضطرابات الداخلية والاكتئاب واضطرابات القلق، تدعم البيانات الاستنتاج القائل بأن التدخلات الأسرية تنتج نتائج قابلة للمقارنة مع التدخلات الموجهة بشكل فردي، وفي بعض الحالات تكون التدخلات الأسرية أفضل من

---

[1] Burke, J.D., & Romano- Verthelyi, A.M. Oppositional defiant disorder. In Martel, M. M., Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders, (pp21-52). USA: Academic Press. 2018, p21.

[2] American psychiatric association. Diagnostic and statistical of mental disorder (fifth edition) DSM5. Washington DC : American psychiatric association. 2013. p 464.

[3] Northey, W. F., Wells, K. C., Silverman, W. K., & Bailey, C. E. Childhood behavioral and emotional disorders. Journal of Marital and Family Therapy, 29(4), 2003, 523-545.

العلاجات الفردية، حتى الآن، كان العلاج الأسري السلوكي المعرفي وإدارة الوالدين هما النموذجان المدروسان، بشكل حصري تقريبا، يتم النظر في الآثار المترتبة على العلاج الأسري والبحوث المستقبلية.

كما يتضح من مراجعة الأدبيات، أن الدراسات التي تناولت علاج المشكلات الثلاث العدوان، الانسحاب الاجتماعي والعناد المتحدي) في آن واحد منعدمة.

من الدراسات التي تناولت علاج مشكلتين سلوكيتين نجد دراسة (جابر، 1989)[1] والتي سلطت الضوء على فائدة تطبيق برنامج التدريب من خلال اللعب باستخدام أسلوب التعزيز/ الانطفاء عن طريق استخدام البالونات وما إذا كان يؤدي إلى علاج السلوكيات المزعجة (العدوان/ الانطواء) تكونت عينة البحث من 90 طفلا في المرحلة الابتدائية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة كانت عدوانية والمجموعة الأخرى انطوائية، تم تقسيم كل مجموعة من الأطفال إلى ثلاث مجموعات: مجموعة ضابطة ومجموعتين تجريبيتين، تتراوح أعمار الأطفال بين (6-10) سنوات، وتكون العينات متجانسة من حيث العمر والذكاء والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، كما استخدم الأدوات التالية: اختبارات الذكاء غير اللفظي، ومقياس سلوك الطفل، وجدول ملاحظة السلوك العدوان، وجدول ملاحظة السلوك الانطوائي، وبرنامج علاجي لسلوك الطفل المضطرب، ووجدت نتائج الدراسة فروقا بين أطفال المجموعة التجريبية الأولى الذين استخدموا طرق التعزيز المادي في التطبيق القبلي والبعدي لمقاييس السلوك، وكذلك بالنسبة للعينة

[1] عيسى عبد الله جابر. دراسة ميدانية لبناء برنامج إرشادي لعلاج أطفال مضطربين سلوكيا عن طريق اللعب، رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد دراسات الطفولة. جامعة عين شمس.1989.

الانطوائية، كذلك وجدت فروق بين درجات الأطفال في المجموعة الضابطة والتجريبية في العينة العدوانية في التطبيق البعدي لمقياس سلوك الأطفال.

من الدراسات التي تناولت علاج ثلاث مشكلات سلوكية نجد دراسة كازدين وآخرون (Kazdin et al, 2006)[1] التي هدفت إلى فحص التحالف العلاجي في العلاج القائم على الأطفال (العدد الإجمالي 77، 19 بنت، 58 ولد، تتراوح أعمارهم بين 6-14) المحولين إكلينيكيا للسلوك المعارض، والعدواني، والمعادي للمجتمع، تم تقييم التحالفات المختلفة (الطفل –المعالج، الوالدين – المعالج) من وجهة نظر كل مشارك في نقطتين خلال مسار العلاج، تنبأ كل من جودة معالج الطفل والتحالف بين الوالدين والمعالجين بالتغيرات العلاجية في الأطفال، كما توقع تحالف الوالدين والمعالجين حدوث تحسن في ممارسات الأبوة والأمومة في المنزل، وتوصلت الدراسة إلى أنه لا يمكن أن تعزى النتائج بسهولة إلى تأثير المجالات الأخرى (الحرمان الاجتماعي والاقتصادي، والاضطرابات النفسية لدى الوالدين، وشدة الاختلال الوظيفي لدى الطفل) وأنه يتطلب التحالف العلاجي مزيدا من الاهتمام لفهم الدور الدقيق في العلاج وما إذا كان يمكن أو كيف يمكن حشد التحالف لتعزيز التغيير.

[1] Kazdin, A. E., Whitley. M.,& Marciano. P. L. Child–therapist and parent–therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(5),2006, 436–445.

ومن الدراسات التي تناولت المشكلات السلوكية لدى الأطفال دراسة (الخطيب، 2007)[1] التي هدفت إلى التأكد من فعالية برنامج إرشادي لتخفيف من المشكلات السلوكية لدى تلاميذ الابتدائي (الصف الأول والثاني والثالث) باستخدام أساليب اللعب (الفن والدراما) في مدارس وكالة غوث الدولية، وبلغت العينة 2283 تلميذا، 1121 ذكور، 2283 إناث، تم اختيارهم من عشرة مدارس من قطاع غزة، وقد تم استخدام قائمة المشكلات السلوكية التي تشتمل على 15 مشكلة سلوكية والبرنامج الإرشادي الذي كانت فكرته إدخال العنصر الفني الترفيهي المنظم ضمن العملية التربوية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج وقوة تأثيره في تخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

من العلاجات النفسية الحديثة التي بدأت تطبق مؤخرا على الأطفال العلاج التوفيقي التكاملي، فيه يحاول أصحابه إحداث التكامل والتفاعل بين النظريات والطرق المختلفة وإدماجها وإقلال عددها، والذي يتبع هذه الطريقة كمثل من يريد أن يكسب الجوائز كلها.[2]

يقول باتشلارت (Bachelart, 2017)[3] "نحن لا نطبخ نفس الطبق أبدا، بما في ذلك المطاعم الكبيرة، يمكننا أن نناقش جودة المنتجات، ولكن أيضا حول مزاج الطاهي ومهارته وأيضا حول الحنك الذي يرحب بالطبق، في العلاج النفسي، يتعلق الأمر بالمكونات الأساسية، ولكنه

---

[1] محمد جواد محمد الخطيب. مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي تربوي لتخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا باستخدام أساليب اللعب (فن- دراما) في مدارس وكالة الغوث الدولية بغزة. مجلة جامعة الأزهر. غزة، 9(1)،213،2007-272.

[2] إجلال سرى. علم النفس العلاجي(ط2). القاهرة: علم الكتب. 2000، ص270.

[3] Bachelart, M. L'approche intégrative en psychothérapie Anti-manuel à l'usage des thérapeutes. Paris: ESF sciences humaines. 2017.

يتعلق أيضا بمزج النكهات والتقنيات والنظريات، ما يهم هو النكهة العامة، الانسجام، أي لقاء بين عالمين، ما يهم ليس الأداة نفسها أو النظرية التي يكرس لها البعض عبادة حقيقية، ولكن ما سنفعله بها، كيف سنجسدها على أساس كل حالة على حدة".

ما زلنا حتى الآن نتحدث قليلا عن هذا النوع من العلاج في الجزائر، حتى لو بدا المفهوم أكثر حداثة، فإن معظم المعالجين النفسيين لديهم ممارسة تكاملية خلاصة القول، لقد حان الوقت، في رأيي، للتفكير المتعمق في معنى كل هذه النماذج، في الممارسة العيادية وكذلك على المستوى النظري.

أثناء تقديم العلاج لأطفال المدارس، هناك حاجة إلى مجموعة متنوعة من التدخلات لضبط الاستشارة المقدمة للمشاكل الحالية وظروف المعيشة الشخصية واحتياجات الأطفال، الإطار الزمني المتاح للاستشارة محدود، ومع ذلك فإن احتياجات الأطفال ملحة لذلك يوصى باستخدام تدخلات مختلفة في نفس الوقت أو على التوالي لتعزيز فعالية الاستشارة.

عل حد علمنا، لا توجد ولا دراسة تناولت العلاج التكاملي لعلاج المشكلات السلوكية (العدوان، الانسحاب، العناد المتحدي)

لذلك فإن الدراسة الحالية تهدف إلى معرفة مدى فعالية برنامج مقترح لعلاج المشكلات السلوكية (العدوان – الانسحاب –العناد المتحدي) لدى الأطفال وفق المنظور التوفيقي التكاملي، ومنه نطرح التساؤلات التالية:

1- هل توجد فروق بين درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي؟

2- هل توجد فروق بين درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي؟

3- هل توجد فروق بين درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي؟

4- هل توجد فروق بين درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي؟

5- هل توجد فروق بين درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي؟

6- هل توجد فروق بين درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي؟

صياغة الفرضيات

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي .

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

أهمية البحث

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أهمية الموضوع الذي تتناوله، حيث تحاول دراسة فعالية العلاج التكاملي في علاج المشكلات السلوكية (العدوان، الانسحاب والعناد المتحدي)، وبالتالي فإن الموضوع ينطوي على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو من الناحية التطبيقية.

فمن الناحية النظرية تشكل الدراسة الحالية إضافة علمية لظاهرة المشكلات السلوكية (العدوان، الانسحاب والعناد المتحدي) التي أصبحت المشكلة الرئيسية للطفولة بشكل عام، وإضافة معرفية جديدة لاتجاه علاجي لم يلق من الاهتمام والبحث والدراسة ما يستحقه كاتجاه يمثل العلاج في ثوبه الجديد، كما أنها تأتي في ظل ندرة الدراسات العربية والمحلية وافتقادها للتناول العلاجي من خلال بناء برامج علاجية لعلاج المشكلات السلوكية.

كما أنها تساعد في تقديم صورة شاملة لمتغيرات البحث مما يساعد في توفير فهم أفضل بطريقة أوضح مما يساعد بدوره في تقدم عملية البحث، وبالتالي فإن هذه الدراسة تعبر عن حاجة البحث العلمي إلى القيام بتصميم برامج علاجية فعالة، لتقديم الخدمات والمساعدات لفئة الطفولة التي لها من الأهمية النفسية والتربوية الاجتماعية ما يجعلها جديرة بأن تكون موضع الاهتمام البحثي.

أما من الناحية التطبيقية فإنها تتمثل في تطبيق برنامج علاجي تكاملي يهدف إلى علاج المشكلات السلوكية (العدوان، الانسحاب والعناد المتحدي) لدى عينة الدراسة، مما يساعدهم على

التفاعل الفعال وتحقيق ذواتهم وتحقيق التوافق الشخصي الاجتماعي والتوصل إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية.

كما تنعكس أهمية هذه الدراسة أيضا في حقيقة أن الباحثين الأكاديميين والممارسين العاملين في العلاج قد يستفيدون من هذه الدراسة ويطبقون خطواتها على حالات أخرى، كما يمكن أن يكون بمثابة دعوة للخبراء وتشجيع لتعزيز الجهود العلمية في هذا المجال، وكذلك لفت الانتباه إلى أهمية مثل هذه الموضوعات وأهمية البحوث التي تعتمد على البرامج العلاجية.

أهداف البحث

تهدف الدراسة الحالية إلى:

5-1- تصميم برنامج علاجي ذو طبيعة تكاملية كاتجاه حديث في مجال العلاج النفسي، اتجاه متماسك منفتح لإضافات في مجال الفنيات العلاجية، ليكون البرنامج العلاجي في إعداده وبناءه وتطبيقه وتقييمه منظومة علاجية مترابطة متسقة، تعتمد على اختيار الفنيات العلاجية، بحيث تسهم كل منها في علاج المشكلات السلوكية (العدوان، الانسحاب والعناد المتحدي).

5-2- من خلال المعالجة العلاجية والإحصائية للمجموعة التجريبية، التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة لعلاج المشكلات السلوكية (العدوان، الانسحاب والعناد المتحدي) لدى أفراد عينة البحث.

5-3- التعرف على مدى استمرارية أثر البرنامج العلاجي في علاج المشكلات السلوكية (العدوان، الانسحاب والعناد المتحدي) لدى أفراد عينة الدراسة بعد انتهاء العلاج وأثناء المتابعة.

5-4- الاستفادة من نتائج البحث في تقديم علاج لمواجهة المشكلات السلوكية (العدوان، الانسحاب والعناد المتحدي) في مجتمعات مشابهة لمجتمع الدراسة الحالية.

تحديد المفاهيم

أ- التعريف الإجرائي للعدوان

العدوان إجرائيا عبارة عن الدرجات التي يتحصل عليها كل تلميذ أو طفل ينتمي إلى عينة البحث في مقياس السلوك العدواني عند الأطفال.

ب- التعريف الإجرائي للانسحاب

الانسحاب إجرائيا عبارة عن الدرجات التي يتحصل عليها كل تلميذ أو طفل ينتمي إلى عينة البحث في مقياس السلوك الانسحابي عند الأطفال.

ج- التعريف الإجرائي للعناد المتحدي

العناد المتحدي إجرائيا عبارة عن الدرجات التي يتحصل عليها كل تلميذ أو طفل ينتمي إلى عينة البحث في مقياس سلوك العناد المتحدي للأطفال.

د- التعريف الإجرائي للبرنامج العلاجي

البرنامج العلاجي الذي تم بناؤه وتصميمه من قبل الباحثة يهدف إلى استخدام التقنيات العلاجية المستخرجة من مختلف النظريات النفسية بطريقة تكاملية لمساعدة الأطفال للتخلص من

المشكلات السلوكية، حيث يحتوي على عدة محاور، وهو عبارة عن مجموعة من الجلسات العلاجية.

هـ- التعريف الإجرائي للعلاج التوفيقي التكاملي

يعرف المنظور التوفيقي التكاملي بأنه اتجاه يدعو إلى دمج مفاهيم نظريات العلاج النفسي للاستفادة منها، وانتقاء التقنيات الفعالة بطريقة علمية حسب ما تقتضيه مشكلة المتعالج، وسيستخدم في هذه الدراسة نوع انتقاء التقنيات من العلاجات النفسية التالية: التحليلي- السلوكي- المعرفي – الجشتلتي – الواقعي-الأسري- الإيجابي .

الباب الثاني: الجانب النظري

الفصل الأول

العدوان

تمهيد

يعتبر العدوان من أكثر المشكلات السلوكية انتشارا في المدارس الابتدائية، وقد اهتمت العديد من البحوث والدراسات بتناول المشكلة من عدة زوايا، لذا يتناول هذا الفصل السلوك العدواني من خلال تعريفه من منظور مختلف التوجهات النفسية والتطرق لأشكاله والمفاهيم المرتبطة به وعرض للنظريات المفسرة له للوقوف على وجهات النظر المختلفة، كما تم التطرق للسلوك العدواني لدى الأطفال وأشكاله وأسبابه.

1- تعريف العدوان Aggression

هناك العديد من التعريفات للعدوان، نجد دولارد وميلر Dollerd and miller يعرفان العدوان في كتابهما المشهور الإحباط والعدوان بأنه: "فعل هدفه إيقاع الأذى والضرر بكيان ما"

كما تم تعريفه من قبل أرنولد بوس Arnald Buss بأنه "استجابة تطلق العنان لمتغيرات مؤذية موجهة ضد شخص آخر".

أشار سيلج H.Selg في كتابه تشخيص العدوانية بأنه "الفعل الذي يطلق النزاعات المدمرة ضد كيان ما أو شيئ ما"[1]

[1] علي أسعد وطفة. العنف والعدوانية في التحليل النفسي، مكاشفات بنيوية في سيكولوجية العدوانية عند فرويد. دمشق: الهيئة العامة السورية للكتاب. 2008، ص35.

اعتبر دانيال لاكاش في مقال له عن العدوانية عام 1960 العدوان بأنه" فعل أو توجه نحو الفعل هدفه التدمير الكلي أو الجزئي الأدبي أو الصوري لموضوع ما "أما العدوانية Agressivité فهي بالنسبة للعدوان كالحالة الكمونية بالنسبة للفعل.

بينما يرى كل من لابلانش Lapalanche وبونتاليس Pontalis في قاموسهما "مفردات التحليل النفسي" أن العدوانية "نزعة أو مجموعة نزعات كتنظيم في سلوك حقيقي أو هوامي يؤدي إلى تدمير الآخر وإيذائه ومعارضته وإهماله".[1]

وأشار سيزر Seasar بأنه "استجابة انفعالية متعلمة تتحول مع نمو الطفل وبخاصة في سنته الثانية إلى عدوان وظيفي لارتباطها ارتباطا شرطيا بإشباع الحاجات.

من جهة أخرى أشار كيلي Kelly بأنه "السلوك الذي ينشأ عن حالة عدم ملائمة الخبرات السابقة للفرد مع الخبرات والحوادث الحالية، وإذا دامت هذه الحالة فإنه يتكون لدى الفرد إحباط ينتج من جرائه سلوكيات عدوانية من شأنها أن تحدث تغيرات في الواقع حتى تصبح هذه التغيرات ملائمة للخبرات والمفاهيم التي لدى الطفل"

ورأى فيشباخ Feshbach بأنه "كل سلوك ينتج عنه إيذاء لشخص آخر أو إتلاف لشيء ما، وبالتالي فالسلوك التخريبي هو شكل من أشكال العدوان الموجه نحو الأشياء"

[1] وطفة. المصدر المذكور سابقا، ص36.

ويصف ألبرت باندورا Bandura بأنه "سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو إلى السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين، وهذا السلوك يعرف اجتماعيا على أنه عدواني.[1]

كما يصفه باص Buss "على أنه سلوك يصدره الفرد لفظيا أو بدنيا أو ماديا، صريحا أو ضمنيا، مباشرا أو غير مباشر، ناشطا أو سلبيا، ويترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني أو مادي أو نقص للشخص نفسه صاحب السلوك أو للآخرين".

بينما وصفه بركوتز Berkowitz بأنه "السلوك الذي يهدف إلى إلحاق الأذى ببعض الأشخاص والموضوعات".

وعرفه ميرز Merz بأنه "كل سلوك يؤدي إلى إيقاع الأذى بالآخرين سواء بطريق مباشر أو غير مباشر".

بينما عرفه شابلين Chaplin بأنه "هجوم أو فعل معاد موجه نحو شخص ما أو شيء ما استجابة للاحباط".

وأشار هلموث Helmoth بأنه "ضرر أو محاولة إضرار آخر، أو أنه سلوك قتال موجه من إنسان ضد الآخرين".[2]

ويرى عبد المنعم حنفي أن العدوان "غريزة أو مبدأ متخيل يحرك سلسلة من الأفعال والانفعالات"

---

[1] بطرس حافظ بطرس. المشكلات النفسية وعلاجها. الأردن: دار المسيرة. 2008، ص237.

[2] خليل قطب أبو قورة. سيكولوجية العدوان. القاهرة: مكتبة الشباب. 1996، ص20.

ويعرفه فؤاد البهي السيد بأنه "الاستجابة التي تعقب الإحباط ويراد بها إلحاق الأذى بفرد آخر أو حتى بالفرد نفسه ومثال ذلك الانتحار فهو سلوك عدواني على الذات".

ووصفه أحمد عكاشة على أنه "عقد العزم والإصرار على مطاردة اهتمامات الناس وملاحقتها، أما العنف فهو ملاحقة هذه الاهتمامات بالقوة أو هو التهديد باستعمال القوة"

كما وصفه جميل منصور العدوان على أنه "أي فعل أو سلوك يهدف إلى الضرر أو الأذى، وأنه بهذا التعريف يختلف عن أنواع السلوك الصدوق (القائم على الصداقة) أو السلوك الاجتماعي".[1]

نلاحظ من التعريفات السابقة للعدوان أنه تعريف الباحثين للعدوان يختلف باختلاف توجههم النظري (الانتماء النظري)، ولقد قامت الباحثة بوضع تعريف إجرائي للعدوان وهو" سلوك يمكن ملاحظته وتحديده وقياسه له العديد من الأشكال، فهو جسدي أو لفظي، مباشر أو غير مباشر، متواصل ومتكرر، ويعبر عن انحراف الفرد عن معايير الجماعة، مما يتسبب في أضرار نفسية وجسدية للآخرين وقد يؤذي هذا السلوك الفرد نفسه.

2- أشكال العدوان

يقسم **(عصام عبد اللطيف العقاد، 2001)**[2] أشكال العدوان إلى:

---

[1] سليمان والببلاوي. المصدر المذكور سابقا، ص77.

[2] عصام عبد اللطيف العقاد. سيكولوجية العدوانية وترويضها (منحى علاجي معرفي جديد). القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. 2001، ص99.

أ- العدوان العدائي

يعتبر أنقى أشكال العدوان حيث يكون الغرض الرئيسي منه إيذاء الهدف ونتيجة لذلك، ينمي المعتدي الكراهية والبغض تجاه الهدف.

ب- العدوان الوسيلي

الغرض منه الحفاظ على الذات أو أي غرض آخر، وينطوي على مقاصد (نوايا) الأذى، مثل إصابة الملاكم لخصم، بغرض تحقيق غاية.

ج- العدوان الايجابي

إنه جزء عدواني من الطبيعة البشرية، ليس فقط لحماية نفسه من الهجوم الخارجي، ولكن لتحقيق إنجازات مثل الاستقلال ورفع رأسه، تماما مثل إنجازات الأبطال في التاريخ، إن العدوان عندما يتم تبريره بحس الملكية الخاصة للآخرين، يصبح أبا لكل الفضائل.

د-العدوان السلبي

كل عدوان، بوعي أو بغير وعي، يؤدي إلى موت وتدمير البشر وبيئتهم.

ويقسمه **(وفيق صفوت مختار،1999)**[1] إلى:

أ- عدوان اجتماعي

إنها أعمال عدوانية يضطهد بها الإنسان غيره وحتى نفسه، مما يؤدي إلى فساد المجتمع، وهي الأفعال التي فيها تعد على الكليات الخمس، وهي: النفس والمال والشرف والعقل والدين.

[1] وفيق صفوت مختار. مشكلات الأطفال السلوكية. القاهرة: دار العلم والثقافة. 1999، ص52.

ب- عدوان إلزام

وهو عمل يقوم به الإنسان لنبذ الظلم والدفاع عن نفسه ووطنه وجسده.

ج- عدوان مباح

وهو الفعل التي يأتي به الرجل قصاصا، ممن اعتدى عليه في نفسه أو ماله أو عرضه أو دينه أو وطنه.

3- مفاهيم ذات صلة بالعدوان

3-1- العدائية

العدائية شعور داخلي بالغضب والعداوة والكراهية موجه نحو الذات أو نحو شخص أو موقف ما، والمشاعر العدائية هي المكون الانفعالي الذي يقف خلف السلوك، العداء هو رد فعل مباشر يتضمن مشاعر عدائية وتقييمات سلبية للأشخاص والأحداث.[1]

3-2- العنف

هناك فرق نوعي وموضوعي بين العنف والعدوان، ويعتبر العنف الهدف النهائي للسلوك العدواني المستمر، العدوان هو العزم والمثابرة على السعي وراء مصالح المرء ومتابعتها، في حين أن العنف هو السعي وراء تلك المصالح بالقوة أو بالتهديد بالقوة.[2]

---

[1] العقاد. المصدر المذكور سابقا، ص100.

[2] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص42.

3-3- العدوانية

هي الميل للقيام بالعدوان، أو ميل مضاد لإظهار العداوة، وميل لفرض مصالح المرء وأفكاره الخاصة على الرغم من المعارضة، وهي ميل أيضا للتسلط الاجتماعي.[1]

3-3- الإرهاب

لم تكن كلمة إرهاب موجودة في المعاجم العربية القديمة، فهي كلمة حديثة في اللغة العربية، وهي كلمة مشتقة وجذرها "رهب" بمعنى "خاف" وكلمة إرهاب هي مصدر الفعل "أرهب" وأرهبه تعني خوفه.[2]

واصطلاحا يشير إلى هجوم منظم أو تهديد للحياة أو المال أو الممتلكات العامة والخاصة من قبل دولة أو مجموعة ضد المجتمع المحلي أو الدولي، باستخدام وسائل نشر الرعب في الروح، من أجل تحقيق هدف معين.[3]

3-4- التطرف

التطرف هو الخروج عن الوسط أو البعد عن الاعتدال أو إتباع طرق في التفكير والشعور غير معتادة لمعظم الناس في المجتمع، إنه خروج عن القواعد والأطر الفكرية والدستورية والقانونية التي يرتضيها المجتمع والتي يسمح في ظلها بالاختلاف والحوار.[4]

---

[1] العقاد. المصدر المذكور سابقا، ص100.

[2] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص46.

[3] العقاد. المصدر نفسه، ص100.

[4] المصدر نفسه. ص101.

3-5- الإحباط

يشير الإحباط إلى حالة ناتجة عن منع السلوك الهادف، أي أنك تريد تحقيق شيء ما ولكن تجد صعوبة في تحقيقه، إنه شعور يشعر به الفرد عندما يمنعه شيء أو آخر من تحقيق ما يريده.[1]

3-6- الغضب

الغضب انفعال يتميز بفرط نشاط الجهاز العصبي السمبتاوي ومشاعر شديدة بالاستياء من الأخطاء المتخيلة أو الحقيقية.

ووظيفة الغضب هي مساعدة الشخص على الدفاع على نفسه، فعندما يغضب تزداد طاقته للقيام بمجهود عضلي عنيف، فيتمكن من حماية نفسه والتغلب على العقبات التي تقف في طريق أهدافه، ولا يتلازم الغضب مع العدوان دائما، فقد يؤدي الغضب إلى سلوك صامت أو إلى الانسحاب أو الانهيار أو السلوك البناء.[2]

4- النظريات المفسرة للعدوان

لقد تباينت تفسيرات العلماء والباحثين حسب خلفياتهم النظرية، حيث اتجه البعض إلى الأخذ بالتفسير البيولوجي، وأخذت طائفة بالتفسير الاجتماعي، وفيما يلي عرض لأهم النظريات:

---

[1] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا. ص49.

[2] المصدر نفسه، ص ص60-61.

4-1- النظرية البيولوجية

ترجع النظرية البيولوجية العدوان إلى عوامل بيولوجية متعددة وهي كالآتي:

أ- دور الهرمونات الجنسية في السلوك العدواني

يمكن أن تلعب الهرمونات الجنسية دورا في السلوك العدواني، فقد لاحظ المزارعون في القدم أن خصاء الحيوانات أدى إلى تهدئتهم، وعندما حقن الباحثون الفئران بهرمون التستوستيرون وجدوا أن الحيوانات تقاتل باستمرار وبإصرار، وإذا انخفض أصبحت الحيوانات أكثر هدوءا، ففي دراسة أجريت في جامعة هارفارد، تم فيها قياس مستوى هرمون التستوستيرون لدى الطلبة الملاكمين، لوحظ أن الفائزين كان لديهم مستوى الهرمون أعلى من الملاكمين الخاسرين، كما لاحظ الباحثون وجود علاقة بين زيادة الهرمون والاغتصاب الجنسي، ولقد تم إجراء إخصاء علاجي لمرتكبي الاغتصاب في الدنمارك، وكان لانخفاض مستوى التستوستيرون فعالية في إعادتهم إلى الهدوء التام، كما لاحظوا أن انخفاض مستوى هرمون البروجسترون والاستروجين في فترة ما قبل الحيض لدى النساء تسبب لهن توترا وقلقا وميولا عدائية، وارتكبت النساء جرائم كثيرة في تلك الفترة، بينما يؤدي انخفاض نسبة السكر في الدم خلال تلك الفترة إلى زيادة القابلية للإثارة والتهيج، كما وجد علماء الغدد الصماء اضطرابات في هرمونات الغدة النخامية والغدة الدرقية عند بعض المجرمين.[1]

[1] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص ص128-129.

ب- الانحرافات الكروموزومية (الجينية)

يعزو بعض الباحثين السلوك العدواني إلى الانحرافات الكروموزومية حيث وجدوا أن خلايا الرجال الجنسية الذين يتصف سلوكهم بالعدوان لديهم كروموزوم (x) والكثير من كروموزوم(y)، بينما الخلايا الذكرية السوية يوجد بها كروموزوم (y) واحد فقط وآخر (x)، مما يعني أن هؤلاء الرجال لديهم شذوذ في الخلايا الجنسية فتؤدي إلى السلوك العدواني.[1]

وهذا الافتراض أكدته عدة دراسات على سفاحين منهم الفرنسي وآخر انجليزي وآخر أمريكي واسباني ثم دراسات على مجرمين في عدة سجون.[2]

ج- المخ البشري

لقد وجد لمبروزو أستاذ الطب العصبي بجامعة pavia، عند تشريحه للعديد من جثث المجرمين بأنهم يشتركون في وجود تجويف في مؤخرة الجمجمة يشبه التجويف الموجود في مؤخرة جماجم القردة ولاحظ نتوءات شاذة في المخ وملامح غريبة في تكوينهم الجسمي تشبه ملامح الإنسان البدائي، وافترض من دراساته أن المجرم وحش بدائي لا يستوعب قوانين ونظم مجتمعه وينساق وراء نزعاته البهيمية الشرسة، غير مبال بما يصيب الضحية من آلام.[3]

كما وجد باحثون عند الدراسة الشاملة لحالة بعض المرضى الذين يرتكبون العنف وجود شذوذ في المنطقة الصدغية بالمخ مما يؤدي بهم إلى الافتقار إلى التحكم في النزوات العدوانية.[4]

---

[1] سليمان والببلاوي. المصدر المذكور سابقا، ص117.

[2] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص ص132-133.

[3] سليمان والببلاوي. المصدر نفسه، ص116.

[4] العقاد. المصدر المذكور سابقا، ص 108.

تمكن باحثون آخرون من تحديد منطقة الإصابة في المخ وهي الجهاز اللمباوي، حيث وجد أن اللوزة (amygdala) والهيبوتلاموس مرتبطتان بالسلوك العدواني.[1]

كما تم الكشف عن دور الغدة النخامية وهي الغدة الأم المسئولة على جميع الغدد، حيث وجدوا أن زيادة نشاطها يؤدي إلى زيادة الانفعال والاستعداد للمشاجرة والتعدي، ونقص نشاطها يؤدي إلى الخمول ونقص النشاط العقلي وهذا ينطبق على الغدة الدرقية أيضا.[2]

د- دور الوراثة

توصلت بعض الدراسات الانجليزية والأمريكية أن سلوك الأطفال العدوانيين يكون مثل سلوك أبائهم حتى لو نشئوا بعيدا عنهم، وأظهرت دراسات أخرى أن السلوك العدواني يمكن أن يرثه الإنسان إلى غاية الجد الرابع.[3]

4-2- النظريات الكلاسيكية

أ- النظرية الإثيولوجية Ethological theory

رائد هذه النظرية هو كونراد لورنز Konrad lorenz، الذي اعتقد أن للعدوان أصل بيولوجي فطري واستند إلى ملاحظات لمجموعة متنوعة من الحيوانات، ورأى أن العدوان يعبر عن طاقة داخلية ولد بها الإنسان مستقلة عن المثيرات الخارجية، يتم تفريغها بتأثير مثير خارجي، والعدوان لدى لورنز مثل اللبيدو عند فرويد من حيث أنه قوة الحياة، وهو يقسم العدوان إلى عدوان

---

[1] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص129.

[2] سليمان والببلاوي. المصدر المذكور سابقا، ص118.

[3] أبو قورة. المصدر نفسه، ص ص131-132.

لخدمة الحياة، وعدوان مخرب مدمر، ويقول إن العدوان يلبي حاجة الشخص لامتلاك ممتلكاته والدفاع عنها، ويصبح عدواني عندما يشعر بتهديد خارجي، وقد يعتدي بدون إثارة خارجية حتى يفرغ طاقته فقط.[1]

وفقا لهذه النظرية، يجب إفراغ الطاقة العدوانية المتراكمة قبل أن تظهر بطرق غير طبيعية، ورأى لورنز العدوان كجزء من التراث التطوري المشترك للإنسان والحيوان، وفقا له، يجب تشجيع الشباب على توجيه طاقاته إلى قضية تخدم العالم الحديث.[2]

ب- نظرية فرويد

مرت محاولة فرويد لشرح العدوان بثلاث مراحل، كان كل منها مكملا للمرحلة السابقة.[3]

وخلص أخيرا إلى أن العدوان ينبع من غريزة الموت التي تحارب دائما من أجل الأنا وتوجه العدوان المباشر إلى الخارج لتدمير الآخرين وإن لم يتم، فسوف يتجه ضد الكائن نفسه، وفي مقابل غريزة الموت توجد غريزة الحياة والتي دوافعها الحب والجنس، وهاتان الغريزتان في صراع دائم.[4]

---

[1] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص ص104-105.

[2] سليمان والببلاوي. المصدر المذكور سابقا، ص ص119-120.

[3] وطفة. المصدر المذكور سابقا، ص ص65-143.

[4] العقاد. المصدر المذكور سابقا، ص 111.

ج- يونغ

قال يونغ أن اللبيدو هو توحد غريزتي الموت والحياة، لذلك لها وجهان متناقضان هما الحب والكراهية، اللذان تقوم سيكولوجية الأنا بدمجهما لا شعوريا، ويبقى مكبوتا ويهدد الأنا وقد ينفجر عند مواجهة إحباط في شكل عدوان.[1]

د- أدلر

يعتقد أدلر أن أساس الدوافع الإنسانية هي إرادة القوة والتي طورها فيما بعد إلى النزعة نحو التمايز ثم إلى النزعة نحو الارتقاء، وأن أساسها هو العدوان الذي يعتبره دافع مستقل لاشعوري يوجه سلوك ضحاياه، وأنه دافع أساسي في حياة الفرد.[2]

افترض أدلر أن السلوك تحركه الحوافز الاجتماعية على عكس ما جاء به فرويد الذي افترض أن السلوك تحركه غرائز فطرية، وعلى عكس ما جاء به يونغ الذي افترض أن السلوك تحركه أنماط أولية فطرية.[3]

---

[1] سليمان والببلاوي. المصدر نفسه، ص121.

[2] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص102.

[3] المصدر نفسه، ص102.

هـ- نظرية ميلاني كلاين

مشت كلاين حذو فرويد في تفسيرها للعدوان، رأت أن غريزة الموت غريزة أولية نراها تقاوم غريزة الحياة، والأعراض السريرية لغريزة الموت هي: الطمع والحسد والغيرة، والتدمير والكراهية هما هدفا العدوانية.[1]

4-3- النظرية السلوكية

مرت النظرية السلوكية في تفسيرها للعدوان بمرحلتين: مرحلة دولارد وميلر في فرضهما لنظرية الإحباط –عدوان عام 1939، ثم مرحلة باندورا ونظرية التعلم الاجتماعي عام 1983.

أ- نظرية الإحباط – عدوان

أنصار هذه النظرية هم جون دولارد Dollard، نيل ميللر Miller، ليوناردو دوب Doob، وروبرت سيرز Sears، وتفترض هذه النظرية وجود ارتباط بين الإحباط والعدوان، حيث تعتبر الإحباط مثير والعدوان استجابة، وتفترض أنه بعد كل إحباط يزيد من احتمالية رد الفعل العدواني، وكل عدوان يكون ناتج عن إحباط.[2]

والإحباط في تجارب الحيوان هو معوق لاستجابة الهدف، أما بالنسبة للإنسان تتعدد التعاريف ومنها: سحب ثواب متوقع أو فشل في مهمة، وأحيانا يجتمع مع ذلك سباب لفظي، ولحدوث العدوان الناتج عن الإحباط يجب توفر شرطين:

1- يجب أن يحدث الإحباط بطريقة تعسفية ولا معنى لها ليثير العدوان.

---

[1] العقاد. المصدر المذكور سابقا، ص112.

[2] العقاد. المصدر المذكور سابقا، ص113.

2- أن يكون فعالا في إزالة الحواجز التي تمنع إشباع الحاجات بشكل فعال.

إذا لم يتم استيفاء هذين الشرطين فقد يؤدي الإحباط إلى الانسحاب أو التثبيت على سلوك عصابي أو استجابات أخرى.[1]

هناك خمسة أسس نفسية للعلاقة بين الإحباط والعدوان:

1- قوة التحريض على العدوان: مقدار الإحباط يتناسب طرديا مع شدة تحريض الفرد على السلوك العدواني وتتوقف شدة التحريض على مدى إلحاح الحاجة التي يشعر بها الفرد والتي تلح على الإشباع، وكلما وجدت عقبات أكثر لتلبية هذه الحاجة زاد الإحباط، وكلما تكرر إعاقة الفرد لإشباع حاجته، فإن هذا سيؤدي لزيادة الإحباط أيضا.

2- كبح (كف) العدوان: أحيانا يتم قمع العدوان في المواقف المحبطة تحسبا لنوع من العقاب، وقوة كبح أي سلوك عدواني يختلف باختلاف درجة العقاب.

3- العدوان المباشر والغير مباشر: إذا تم منع عدوان مباشر فإن درجة الإحباط ستزيد وتؤدي إلى عدوان غير مباشر.

4- العدوان على الذات: إذا تم منع عدوان مباشر فقد يتحول إلى عقاب ذاتي.

5- التنفيس: أي سلوك عدواني ينتج عنه تنفيس التوتر الناتج عن الإحباط.[2]

---

[1] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص115.

[2] سليمان والبلاوي. المصدر المذكور سابقا، ص ص129-131.

ب- نظرية التعلم الاجتماعي

من أنصار هذه النظرية دولارد Dollard وباندورا Banduras وآخرون، الذين يطلق عليهم السلوكيون الجدد، وتفترض النظرية أن السلوك العدواني يتم تعلمه مثل أي سلوك آخر، وأنه لا توجد غريزة للعدوان ولا يوجد دافع له، وأن طرق التنشئة الاجتماعية هي عوامل تتحكم في السلوك.[1]

أجرى ألبرت باندورا Banduras رائد هذه النظرية، العديد من الدراسات لتفسير السلوك العدواني، وشرح كيف يكتسب الأفراد السلوك العدواني من خلال ملاحظتهم للنماذج العدوانية.[2]

وخلص إلى أن السلوك العدواني يتم تعلمه من خلال الملاحظة والتقليد، بملاحظة نماذج من السلوك العدواني في بيئته، أو النماذج الرمزية مثل التلفزيون، ويمكن أيضا اكتسابها من خلال الخبرات السابقة، وتعلمها مباشرة في أي وقت، وتعزيزها بالمكافأة، وزيادتها بالعقاب، وأن العدوان لدى الطفل ينشأ من الهجوم الجسمي عليه بالتهديدات أو بالإهانة أو إعاقة وصوله لهدفه أو توقيف التعزيز أو التقليل منه.[3]

4-4- النظريات المعرفية

تناول المعرفيون السلوك العدواني بالدراسة لمعالجته، وخلصوا إلى أن مشاعر الغضب والكراهية تتشكل من خلال طريقة إدراك العقل البشري لمختلف المواقف الاجتماعية المعاشة وتأثيرها على حياته النفسية، وأن هذه المشاعر تتحول إلى إدراك داخلي يقوده إلى ممارسة السلوك

---

[1] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص117.

[2] سليمان والببلاوي. المصدر نفسه، ص123.

[3] العقاد. المصدر المذكور سابقا، ص115.

العدواني، الذي يتم علاجه من خلال تعديل الإدراك وجعله مستبصرا بكل الأبعاد والعلاقات بين السبب والنتيجة، وهناك عدة نظريات فسرت العدوان هي:

أ- نظرية العدوان الانفعالي

ترى هذه النظرية أن العدوان يمكن أن يكون ممتعا، فبعض الناس يسعدهم إيذاء الآخرين كطريقة لإثبات رجولتهم ووضعهم الاجتماعي، حتى عندما يشعرون بالملل يخرجون في مرح عدواني، ودوافع هؤلاء أنهم يريدون أن يبينوا للعالم وربما لأنفسهم أنهم أقوياء ويجب تقديرهم والاهتمام بهم، ووفقا لهذه النظرية، فإن هذا العدوان الانفعالي لا يتسم بالتفكير، ولكن الأكيد أن السلوك الانفعالي يأتي نتيجة الأفكار، فالأشخاص المثارين يتأثرون بسبب إثارتهم وكذلك بطريقة تفسيرهم لحالتهم الانفعالية.[1]

ب- نظرية بركوفتس Berkowtiz 1990

في نموذجه النظري، أوضح بيركوفيتس Berkowtiz أن هناك علاقة بين المشاعر السلبية ومشاعر الغضب والميول العدوانية الناتجة، وأنه لا مفر من أن تؤدي الأفكار إلى المشاعر، حيث أننا نغضب فقط عندما نعتقد أنه قد أسيء إلينا، أو تعرضنا لتهديد ثم نقوم بالاعتداء نتيجة لذلك، يؤكد بركوفتس أن الانفعالات السلبية تؤدي إلى تنشيط الأعراض المرتبطة بالغضب، ومن أجل تحقيق مستويات عالية من النشاط المعرفي، يجب على المرء أن يدرك

[1] العقاد. المصدر المذكور سابقا، ص117.

المشاعر والميول تجاه العداء والعدوانية الناتجة عن المشاعر السلبية وأن يفكر في أفضل طريقة للتعامل مع الآخرين.[1]

ج- نظرية العدوان الإبداعي لباخ Bach

العدوان الإبداعي لباخ هو نظام علاجي نفسي، وطريقة تعلم ذاتية مصممة لتحسين مهارات الناس في الحفاظ على علاقات طبيعية مع الآخرين، وهذا النظام العلاجي يركز على جميع أنواع العدوان، ويرفض فكرة أن العدوان هو آلية دفاعية ضد الضغوطات، ويركز على تسخير الطاقة العدوانية البناءة.

وأنه يمكن تعلم مبادئه من خلال استخدام الكتب الإرشادية وأسلوب الدمى التنفيسي والذي يستطيع من خلاله الأطفال الصغار الأسوياء أن يعبروا عن غضبهم الذي كان متراكما بصورة مستترة، وكذلك من خلال المواجهة الصريحة والواضحة والنقدية، مما يؤدي إلى تقليل التوتر.[2]

تعقيب

إذا نظرنا في هذه النظريات التي فسرت العدوان نظرة شاملة معمقة فاحصة نجد أن كلا منها فسر جانبا من السلوك ولم تفسره كله، وإذا جمعناها وجدناها متكاملة وليست متعارضة، لأن العدوان هو محصلة مجموعة من العوامل المتفاعلة بعضها ذاتي وبعضها يكمن في التنشئة الاجتماعية، وبعضها في أفكارنا.

---

[1] المصدر نفسه، ص118.

[2] العقاد. المصدر المذكور سابقا، ص119.

5- العدوان عند الأطفال

رغبة الطفل في الحصول على مزايا أو اهتمام خاص أو تعرضه لخبرات سيئة تجعله يشعر بالتهديد وعدم الطمأنينة والتعدي على حقوقه أو يفتقر إلى المهارات الاجتماعية لحل صراعاته ومشكلاته الحياتية أو تصوره بأنه ضحية يؤدي به إلى اللجوء إلى السلوك العدواني.[1]

حينما يبلغ الأطفال عامهم السادس يكون قد تكون لديهم ضمير يمنعهم من السلوك العدواني، وقد طوروا أفكارا عن الخير والشر، واكتسبوا درجة من ضبط النفس لقمع الدوافع الخاطئة، إن الطفل في هذه المرحلة حينما يحمل شعورا بالعداء لا يشتبك مع الآخرين إلا إذا استفزه خصمه.[2]

تبدأ رحلة الطفل العدوانية نحو العنف والجريمة في الصفين الأول والثاني الابتدائيين (6-7 سنوات)، وأحيانا حتى قبل ذلك، ويتسم هؤلاء الأطفال بعدم القدرة على السيطرة على انفعالاتهم، وبمستوى دراسي منخفض، وهم يعتبرون أغبياء مما يؤدي إلى نقلهم إلى أقسام خاصة لتعليمهم، كما يطردهم المعلمون لأنهم يهدرون معهم وقتا طويلا لضبطهم، كان ينبغي استثماره في تعليمهم، ويظهر فشلهم الدراسي في الصف الثالث (حوالي 9 سنوات)، ويحصلون على معامل ذكاء منخفض مقارنة بأقرانهم.[3]

---

[1] ابراهيم عبد الستار، عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، رضوان ابراهيم. العلاج السلوكي للطفل (أساليبه ونماذج من حالاته). الكويت: عالم المعرفة. 1993، ص39.

[2] مختار. المصدر المذكور سابقا، ص57.

[3] سليمان والببلاوي. المصدر المذكور سابقا، ص95.

6- أشكال العدوان عند الأطفال

يقسم **خالد عز الدين** أشكال العدوان إلى:

أ- العدوان اللفظي

الذي يقف عند حدود الكلام، ويشمل: الشتائم، القذف بالسوء، والكلمات البذيئة والجارحة والسخرية والاستهزاء بالغير، وإلقاء النكات وتهديد الآخرين والصراخ ...الخ، وأول أداة يستخدمها الإنسان للعدوان هي فمه.

ب- العدوان الجسدي

الذي يعتدي فيه الإنسان جسديا على الآخر ومن أمثلته: الضرب، والعض والخربشة والرفس، والدفع، وربما يصل إلى إصابات جسدية خطيرة أو إلى القتل، وهو يقع من شخص (المعتدي) على شخص آخر (المعتدي عليه).

ج- الشجار(العراك)

وهو عبارة عن نقاش أو جدال غاضب ومستفز بين شخصين، أي أنه فعل مشترك بين الاثنين، على عكس العدوان الذي يأخذ فيه المعتدي الدور الأساسي.

د- المضايقة والتنمر على الغير

وهي أفعال عدوانية تهدف إلى استثارة شخص ومضايقته والاستمتاع بذلك وربما ينتهي الأمر إلى الشجار أو عدوان أحد الطرفين على الآخر، والمضايقة والتنمر يشملان السخرية من الآخر لإغضابه أو التهكم عليه، وشد شعره أو ملابسه أو قرصه.[1]

7- أسباب العدوان لدى الأطفال

7-1- العوامل الذاتية أو الشخصية

1- رغبة الطفل في أن يكون مستقلا عن الكبار وأن يتحرر من الضغوط التي تمنعه من تحقيق رغباته واحتياجاته.

2- رغبة الطفل في الحصول على ممنوعات أو محرمات أو أشياء يصعب قبولها أو تحقيقها.

3- عوامل جسدية مثل التعب أو الجوع.

4- يمكن أن يؤدي الصراع والمشاعر المكبوتة إلى العدوان لدى الأطفال.

5- عدم قدرة الطفل على تكوين علاقات اجتماعية أو التكيف معها.

6- عدم الأمان أو عدم الثقة بالنفس أو الشعور بالرفض أو الغيرة.

7- قد يظهر العدوان على الطفل بسبب الغضب، وهو عاطفة داخلية طبيعية ودافع لسلوكه العدواني.

[1] عز الدين، المصدر المذكور سابقا، ص ص22-23.

8- الشعور بالفشل أو الحرمان من المودة والحب يؤدي إلى العدوان على الأشياء أو الذات، ويأخذ العدوان على الذات أشكالا مختلفة، منها الرغبة في إيذاء النفس، أو قضم الأظافر، أو التعرض للأذى عمدا، وكثيرا ما يكون الجدال أو الانتقام أو العصيان العنيد.

9- الشعور بالإحباط.

10- تكرار الفشل.

11- عدم قدرة الطفل على التحكم في دوافعه العدوانية.[1]

7-2- العوامل البيئية

1- نوع التربية والتنشئة التي تلقاها الطفل.

2- نوع العلاقات البيئية والتجارب التي يمر بها الطفل.

3- مدى تشجيع الأسرة والمجتمع على السلوك العدواني أو الحد منه

4- العقاب الذي يتوقعه الطفل نتيجة لعدوانيته.

5- العدوان الواقع على الطفل من قبل الصغار والكبار.

6- تعرض الطفل لأزمات نفسية ومواقف وتجارب جديدة انفعالية وعاطفية مثل دخوله المدرسة لأول مرة أو تغييره للمدرسة أو الفصل.

---

[1] محمد علي قطب الهمشري ووفاء محمد عبد الجواد. عدوان الأطفال(ط2). الرياض: مكتبة العبيكان.2000، ص ص41-42.

7- التدخل المستمر في حرية ونشاط وحركة الطفل وسلوكه.

8- كثرة الشجار بين الأبوين وأثر ذلك على شخصية الطفل وسلوكه.

9- إلزام الطفل بمعايير سلوكية معينة لا تتناسب مع عمره أو طبيعة نموه.

10- رفض الوالدين للطفل بسبب معاناتهما من الإحساس بالضيق والكدر.

11- عندما لا يحظى الطفل بالاهتمام الكافي من البيئة.

12- عدم قبول المشاعر العدوانية كجزء طبيعي من حياة الطفل.[1]

8- أساليب المعاملة الوالدية والعدوان

من أساليب المعاملة الوالدية التي تستثير لدى الأبناء الدوافع للقيام بالسلوك العدواني:

8-1- أسلوب الرفض

يؤدي الرفض من قبل الوالدين إلى نمو نفسي غير طبيعي للأطفال، ذلك أن إشباع الحاجات البيولوجية والنفسية للطفل يؤدي إلى النمو السليم، كما سيؤدي إلى قبول الأطفال لأنفسهم ومن حولهم.[2]

8-2- أسلوب القسوة

يرغب معظم الآباء في معاملة أطفالهم بطريقة جيدة ومتسامحة، إلا أنهم يستعملون العقاب في التربية، ولا يدركون أن هذا النوع من المعاملة يمكن أن يؤدي إلى سلوك سيء لدى

---

[1] الهمشري، عبد الجواد. المصدر المذكور سابقا، ص ص43-44.

[2] سليمان والببلاوي. المصدر المذكور سابقا، ص ص 218-222.

الطفل، خاصة عندما يشعر الطفل بأن العقاب لم يكن جزاءا له عما قام به من أعمال لا يرضى بها والديه وإنما لغرض آخر.[1]

8-3- أسلوب التدليل

عدم تعرض الطفل للتأنيب والعقاب عندما يخرج عن حدود اللياقة والأدب، أو عدم تعليمه تأخير إشباع حاجاته، يمكن أن يؤدي به إلى تعلم سلوك العدوان ليخفف من الإحباط الناجم عن ضغط الحاجة.[2]

8-4- أسلوب إثارة الشعور بالنقص

اعتمادية الطفل وقلة حيلته تولد لديه الشعور بعدم الكفاءة وبعدم الأمان والتي تعني عقدة الدونية أو عقدة النقص، والتي تتفاقم بعد مرحلة الطفولة في شكل قصور حقيقي أو متوهم في جميع جوانب الشخصية.[3]

8-5- أسلوب التفرقة

البرود العاطفي للوالدين اتجاه طفل مقارنة بالأطفال الآخرين، يؤدي إلى شعور الطفل بالتفرقة فيقوده إلى العدوان ليحصل على ما يريد أو لينفس عما بداخله.

---

[1] المصدر نفسه، ص223.

[2] المصدر نفسه، ص226.

[3] سليمان والببلاوي. المصدر المذكور سابقا، ص230.

8-6-أسلوب الحماية الزائدة

قد يخاف الوالدين على طفلهما ويعملان على حمايته من كل الأذى، وعدم السماح له بالتعرض لأي أذى، سواء كان ذلك نفسيا أو جسديا، وإذا أدرك الطفل هذا الأسلوب كحماية زائدة قد لا يرغب فيه ويتصرف بسلوك عدواني كرد فعل.[1]

8-7- أسلوب السواء

إذا كان الوالدين يعاملان طفلهما معاملة طيبة، ويعرفان متى يمنحانه الحرية ومتى يشبعان رغباته، ويمنحانه الحب الثابت والدائم، والدفء الأسري والعلاقات الحانية، ولا يستعملان أساليب العقاب البدني، ولا يقللان من شأنه ولا يشعرانه بالدونية والنقص، ويعاملانه معاملة ثابتة، وإذا عاقباه يعاقبانه عقاب يتناسب مع خطئه، فإنه يمكن القول أنهما يطبقان أسلوب التنشئة السوية، وإذا أدرك الطفل لهذا فإنه لن يلجأ إلى السلوك العدواني.[2]

9- علاج العدوان

هناك عدة فنيات واستراتيجيات فعالة لعلاج العدوان نذكر منها:

9-1- تجنب الممارسات والاتجاهات الخاطئة في تنشئة الأطفال

الممارسات الخاطئة هي إما التساهل الشديد مع الطفل وتصبح الحياة بدون ضوابط أو التشدد الذي يصل بالطفل إلى الإحساس بالرفض من والديه أو أحدهما، والإفراط في عقاب العدوان

---

[1] المصدر نفسه، ص231.

[2] سليمان والببلاوي. المصدر المذكور سابقا، ص234.

قد يؤدي إلى زيادة العدوان، والإفراط في التسامح يؤدي إلى نوع من الإثابة، وأن التناقض في التربية يخلق موقف محبطا يزيد من العدوان، والإحباط لا يؤدي إلى العدوان إلا إذا كان يلقى نوعا من التعزيز في التنشئة الاجتماعية.[1]

9-2- التقليل من فرص التعرض لنماذج عدوانية

تؤكد معظم الدراسات على أن مشاهدة الأطفال لتصرفات عدوانية تجعلهم يتصرفون بعدوانية أكثر، سواء بمشاهدة شجارات الوالدين أو مشاهد التلفزيون العنيفة، يمكن التقليل من تأثير مشاهد العنف في الأفلام بمشاهدتها مع الطفل والنقاش حولها.[2]

9-3- حديث الذات

يمكن تعليم الطفل عبارات تكف العدوان، وهي عبارات يرددها مع نفسه عندما يشعر بميل لمواجهة الآخرين، مثلا العد لعشرة، أو قف وفكر قبل أن تتصرف.

9-4- تقديم طرق بديلة للتخلص من الغضب

يمكن صرف نزعة الغضب من خلال اللعب، فاللعب يشبع رغبات لم تشبع في الواقع، مثلا ضرب دمية، أو كيس اللكم، أو ممارسة الرياضة التنافسية، أو من خلال الرسم، يمكن للطفل أن يسقط أفكاره العدوانية في رسمه.

---

[1] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص ص248-262.

[2] المصدر نفسه، ص263.

9-5- تعليم المهارات الاجتماعية

ومن المهارات الاجتماعية التي يحتاج الأطفال العدوانيين إلى تقويتها، مهارة تأكيد الذات، فعندما يكون الطفل مؤكد لذاته فإنه يعبر عن مشاعره ويدافع عن حقوقه بطريقة منطقية.

9-6- تطوير مهارة الحكم الاجتماعي

وتعني توقع نتائج الفعل بالنسبة للفرد وللآخرين، ولتطوير هذه المهارة، يمكن التحدث مع الطفل عن شجار وقع له من قبل وما ترتب عنه من نتائج، وبالتالي نشجع الطفل على التفكير في النتائج في كل مرة يجد نفسه ميالا للعدوان.[1]

ملخص الفصل

يعد العدوان من المواضيع الهامة في مجال البحث العلمي، وسيبقى أحد المواضيع التي تحتاج التعمق فيها أكثر، حيث يرى أكثر الباحثين أن السلوك العدواني مثل أي سلوك إنساني متعدد الأبعاد، متشابك المتغيرات، ومتباين الأسباب، بحيث لا يمكن رده إلى تفسير واحد، ومع تعدد أشكال السلوك العدواني ودوافعه تعددت النظريات التي فسرته.

[1] أبو قورة. المصدر المذكور سابقا، ص ص264-267.

الفصل الثاني

الانسحاب الاجتماعي

تمهيد

عادة ما كان الباحثون مهتمين أكثر بتفاعلات الأطفال مع الأقران وبالأطفال الذين يظهرون سلوكا مؤهلا اجتماعيا أكثر من أولئك الذين، لأي سبب من الأسباب، يمتنعون عن الانخراط في تفاعل الأقران، على الرغم من ذلك، حدث انفجار حقيقي على مدى السنوات الأربعين الماضية في دراسة الانسحاب الاجتماعي في مرحلة الطفولة، لذا في هذا الفصل سنتطرق لتعريف الانسحاب، تشخيصه، أشكاله، مظاهره، أسبابه، ثم نتطرق لأنماط الأبوة للطفل المنسحب ثم النظريات المفسرة للانسحاب الاجتماعي، مفاهيم ذات صلة به، قياسه، نتائجه، مساراته، وعلاجه.

1- تعريف الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal

هناك عدة تعريفات للانسحاب الاجتماعي، يعرفه معجم علم النفس بأنه: نمط من السلوك، يبتعد فيه الفرد عن أداء الوظائف اليومية العادية ومع ما يصاحبها من احباطات وتوترات وخيبة أمل، ويعني هذا إبعاد الذات عن التفاعل الاجتماعي العادي مصحوب بعدم التعاون مع الآخرين وعدم الالتزام بالمسؤولية.[1]

[1] جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي. معجم علم النفس والطب النفسي(انجليزي- عربي)(ج8). القاهرة: دار النهضة العربية. 1996، ص4225.

أشار روبن (Rubin, 1982) إلى أن مصطلح الانسحاب الاجتماعي (يشار إليه أحيانا بالانسحاب السلبي) ويستخدم للإشارة إلى أن الطفل يعزل نفسه عن مجموعة الأقران من خلال العرض المتسق (عبر المواقف وبمرور الوقت) للسلوك الانفرادي في حضور أقرانه.[1]

واتجه هورني (1988) في تعريفه بأنه سلوك الأفراد الذين يميلون إلى تكوين مسافات عاطفية تبعدهم عن كل الناس الآخرين بحيث لا يحبون ولا يكرهون ولا يتعاونون ولا يتنافسون، وهم يفضلون العمل بمعزل عن الآخرين ويعتمدون على إمكاناتهم والابتعاد عن كل شيء يقيد حريتهم.[2]

اعتبره شيفر (1989) على أنه شكل متطرف من الاضطراب في العلاقات مع الرفاق، فعندما لا يقضي الفرد وقتا في التفاعل مع الآخرين، تكون النتيجة عدم حصوله على تفاعل إيجابي كاف.[3]

ورأى كل من روبن و أسندوربف (Rubin & Asendorpf, 1993) بأنه يشير إلى عزل الطفل نفسه/ نفسها عن مجموعة الأقران، وينظر إليه على أنه ناجم عن عوامل داخلية مثل القلق، واحترام الذات السلبي، والصعوبات المتصورة في المهارات الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية.[4]

---

[1] Coplan, R. J., & Rubin, K. H. Social withdrawal in childhood: conceptual approaches, definitions, and methodological issue. In LoCoco, A., Rubin, K.H., & Zappulla, C. (Eds.), L'isolamento sociale durante l'infanzia (Social withdrawal in childhood). Milan, Italy: Unicopli. 2008. p5.

[2] صباح مرشود منوخ، رقية خلف عباد محمد. (2014). أثر برنامج تربوي في خفض الانسحاب الاجتماعي لدى طلبة المرحلة المتوسطة. مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، 21 (7)، 2014، 1087- 1119، ص1094.

[3] محمد حسن العمايرة. المشكلات الصفية السلوكية – التعليمية – الأكاديمية – مظاهرها – أسبابها – علاجها. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. 2014، ص125.

[4] Rubin. et al.Op.Cit, p145.

بينما يرى الداهري (1999) بأنه الهروب من المواقف عندما يجد الطفل نفسه غير مقبول اجتماعيا، ومنبوذ من الآخرين، ويعاني من صدهم وهجرانهم، فيميل إلى العزلة والوحدة والانطواء.

وأشار السرطاوي (2002) بأنه ذلك السلوك الموجه نحو الداخل أو نحو الذات وإنه يتضمن البعد من الناحية الجسمية والانفعالية عن الأشخاص والمواقف الاجتماعية، ويتميز أصحاب هذا السلوك بالعزلة، والاستغراق في أحلام اليقظة والكسل والخمول، ويفتقرون إلى المهارات الاجتماعية المناسبة.

من جهة أخرى أشار سالم سليم كمال (2002) بأنه أحد المظاهر التي يتميز بها الأفراد الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية وكذلك هو السلوك الذي يعبر عن فشل الطفل في التكيف مع الواقع ومع متطلبات الحياة الاجتماعية والذي من مظاهره، أحلام اليقظة والقلق والانطواء على الذات والخوف من إقامة العلاقات.[1]

ورأى الروسان (2000) بأنه السلوك الذي يعبر عن فشل الفرد في التكيف مع المتطلبات الاجتماعية ومن مظاهره الانطواء وأحلام اليقظة والقلق الزائد وادعاء المرض.[2]

ويصف روبن وكوبلان (Rubin and Coplan, 2004) الانسحاب الاجتماعي بأنه "مصطلح شامل" يشمل على الأقل "سببين" مختلفين لماذا قد يختار الأطفال اللعب بمفردهم، على

---

[1] سميرة عبد الحسين كاظم، ضحى عادل محمود العاني، أريج محمد عبد الرسول شرقي. السلوك الانسحابي عند الأطفال التوحديين بعمر الروضة (دراسة تشخيصية). مجلة البحوث التربوية والنفسية. جامعة بغداد،31، 2011، 225- 261، ص229.

[2] منوخ، محمد. المصدر المذكور سابقا، ص1094.

سبيل المثال، يرغب بعض الأطفال في التفاعل الاجتماعي ولكنهم قد يلعبون بمفردهم بسبب الخوف الاجتماعي والقلق (الخجل)، في المقابل، قد يفضل بعض الأطفال اللعب بمفردهم (عدم التواصل أو عدم الاهتمام الاجتماعي)، على الرغم من أنهم لا يزالون يمتلكون المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل بكفاءة مع أقرانهم.[1]

كما يصفه عادل عبد الله (2008)[2] بأنه بمثابة سلوك لا توافقي، يعني تحرك الطفل بعيد عن الآخرين، وانعزاله عنهم، وانغلاقه على ذاته، وعدم رغبته بل وعدم قدرته في أحيان كثيرة على إقامة علاقات أو صداقات تربطه بهم أو تجعله يندمج معهم، واجتنابه للمواقف الاجتماعية التي تجمعه بهم وابتعاده عنها، وعلى هذا الأساس فهو يتضمن انسحاب الطفل من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

بينما وصفه بطرس حافظ بطرس (2008)[3] على أنه الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية، أو بناء صداقة مع الأقران، إلى كراهية الاتصال بالآخرين والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة، وعدم الاكتراث بما يحدث في البيئة المحيطة.

---

[1] Coplan and Rubin. Op.Cit, p5.

[2] عادل عبد الله محمد. مقياس السلوك الانسحابي للأطفال (الأطفال العاديون وذوو الاحتياجات الخاصة)(ط4). القاهرة : دار الرشاد. 2008، ص6.

[3] بطرس. المصدر المذكور سابقا، ص380.

انطلاقا من التعريفات السابقة الذكر نجد أنها تتفق بالعموم في تعريف الانسحاب، لذا يمكننا اعتبار الانسحاب الاجتماعي في مرحلة الطفولة المتوسطة بأنه إزالة الذات من التفاعل الاجتماعي، لسبب أو لآخر.

2- تشخيص الانسحاب الاجتماعي

يندرج الانسحاب الاجتماعي تحت عدة فئات من الاضطرابات في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية [1] (American psychiatric association,2000)، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، (American psychiatric association, 2013) [2]، وفي تصنيف ICD-10 للاضطرابات العقلية والسلوكية [3](World Health Organization, 1992)، وفي تصنيف ICD-11 للاضطرابات العقلية والسلوكية [4](World Health Organization, 2018) في هذه الأنظمة، ينظر إلى الانسحاب الاجتماعي باعتباره عرضا وليس متلازمة لها مسبباتها الخاصة وتوقعاتها، فقد ارتبطت بالاضطرابات السريرية للطفولة والمراهقة مثل التوحد والقلق واضطرابات الرهاب والاكتئاب الشديد واضطرابات الشخصية والفصام.

---

[1] American psychiatric association. Diagnostic and statistical of mental disorder DSM IV-R Washington DC: American psychiatric association. 2000.

[2] American psychiatric association. DSM5. Op.Cit.

[3] World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva: World Health Organization.1992.

[4] World Health Organization. The ICD-11 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research, Geneva, World Health Organization.2018.

3- أشكال الانسحاب الاجتماعي

وفقا لجرينوود وآخرون (Greenwood, et al,1977) يصنف الانسحاب الاجتماعي إلى صنفين هما:

أ- **الانسحاب الاجتماعي:** ويطلق على الأطفال الذين لم يسبق لهم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، أو الذين لديهم أنشطة اجتماعية محدودة، مما أدى إلى افتقارهم إلى المهارات الاجتماعية، وخوفهم من التفاعلات الشخصية.

ب- **العزل الاجتماعي أو الرفض:** ويطلق على الطفل الذين سبق وتفاعل مع الآخرين في المجتمع، ولكن تم إهماله أو معاملته بشكل سيء، مما تسبب في انسحابه وعزله.[1]

أما (Coplan, Rubin, Fox, Calkins, & Stewart, 1994; Rubin, 1982) فصنفوا الانسحاب الاجتماعي في الطفولة المبكرة إلى:

أ- السلوك الانفرادي السلبي Solitary-passive

يتضمن استكشاف الأشياء والنشاط البناء أثناء اللعب على مسافة من الآخرين، يبدو أن مثل هذه السلوكيات تشير إلى الافتقار إلى الدافع لمقاربة الآخرين أو تجنبهم، ويبدو أنها لا ترتبط بسوء التكيف النفسي في مرحلة الطفولة.

[1] خولة أحمد يحي. الاضطرابات السلوكية والانفعالية (ط1)، عمان: دار الفكر. 2000، ص ص195-196.

ب- السلوك الانفرادي النشط Solitary-active

يتضمن تصرفات حسية متكررة مع أو بدون أشياء، والتمثيل الدرامي الانفرادي، على الرغم من ندرته، فقد ارتبط هذا السلوك بالاندفاع والعدوانية.

ج- السلوك المتحفظ Reticence

يتميز بالإنتاج المتكرر لسلوكيات شاغرة، في حين أن الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة الصامتين قد يرغبون في تفاعل الأقران، فإن أفكار النهج الاجتماعي تثير القلق / الخوف وتسبب تجنب التفاعل، يرتبط التحفظ بالمؤشرات العلنية للقلق (مثل البكاء، والتلاعب الذاتي)، والأداء الضعيف في مهام المجموعة التعاونية، وعدم القدرة على تنظيم المشاعر السلبية.[1]

حسب كوبلان وأرمر (Coplan & Armer, 2007)[2] أشكال الانسحاب الاجتماعي هي:

---

[1] Burgess, K, et al. Socially withdrawn children: Parenting and parent-child relationships. In Crozier , R., & Alden, L. E. (Eds.), The self, shyness and social anxiety: A handbook of concepts, research, and interventions (pp99-120). New York: Wiley.2001, p101.

[2] Coplan, R. J., & Armer, M. A Multitude of solitude: A Closer look at social withdrawal and nonsocial play in early childhood. Child Development Perspectives, 1(1), 2007, 26–32, pp27-29.

أ- الخجل Shyness

هو أكثر أشكال الانسحاب الاجتماعي المدروسة ويشير إلى الحذر والقلق في مواجهة الحداثة الاجتماعية والتقييم الاجتماعي المتصور هناك تداخل مفاهيمي قوي بين هذا الخجل والمصطلح الأوسع "التثبيط السلوكي"، وهي سمة مزاجية قائمة على أساس بيولوجي تشير إلى التفاعلية والعاطفة السلبية في مواجهة الحداثة، يعتقد أن الأطفال الخجولين للغاية لديهم عتبة أقل للإثارة في النواة المركزية للوزة ويظهرون تسارعا متزايدا في معدل ضربات القلب إلى الإجهاد الخفيف، ومستويات أعلى من الكورتيزول اللعابي في الصباح الباكر، وأنماط استجابات مخطط كهربية الدماغ (EEG) تتميز بتنشيط أكبر للجبهة اليمنى.

ب- عدم الاهتمام الاجتماعي أو عدم التواصل Social disinterest

قد يمتنع بعض الأطفال عن التفاعل الاجتماعي لأنهم يفتقرون إلى رغبة قوية في اللعب مع الآخرين (أي ، دافع النهج الاجتماعي المنخفض)، على الرغم من أنهم أيضا لا يكرهون بشدة التفاعل مع الأقران (أي الدافع المنخفض للتجنب الاجتماعي)، اقترح بعض الباحثين أن عدم الاهتمام الاجتماعي يتجلى بشكل سلوكي في اللعب الانفرادي السلبي، لا يزال يفترض على نطاق واسع أن عدم الاهتمام الاجتماعي يكون حميدا نسبيا في مرحلة الطفولة المبكرة ولا يعرف الكثير عنه، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى افتقارنا إلى أدوات التقييم لقياسه على وجه التحديد.

ج- التجنب الاجتماعي Social avoidance

اقترح أسندوربف (Asendorpf ,1990) أن بعض الأطفال المنعزلين اجتماعيا قد يتميزون بمزيج من النهج الاجتماعي المنخفض ودوافع التجنب الاجتماعي العالية، يعتقد أن هؤلاء

الأطفال المتجنبون يرغبون في العزلة ويسعون بنشاط لتجنب التفاعل الاجتماعي، على الرغم من تكهن أسندوربف بأن هؤلاء الأطفال سيكونون معرضين بشكل خاص لخطر سوء التكيف الاجتماعي والعاطفي، إلا أن الأطفال المتجنبون حتى الآن لا يزالون غير مدروسين تقريبا، وهناك تكهنات أخرى مفادها أن التجنب الاجتماعي قد يكون نذيرا لاكتئاب الأطفال.

يبقى السؤال الأهم كيف يمكن أن تتفاعل الدوافع المختلفة والآليات الكامنة وراء الانسحاب الاجتماعي وتؤثر على بعضها البعض بمرور الوقت؟ تشير الأعمال الأخيرة التي قام بها شميدت وزملاؤه مع البالغين (على سبيل المثال، سانتيسو، شميدت، وفوكس، 2004) وشميدت (Schmidt, 2003) مع الأطفال إلى أن الجمع بين الخجل الشديد والتواصل الاجتماعي الكبير قد يكون مشكلة بشكل خاص، علاوة على ذلك، في مرحلة الطفولة المتوسطة، ربما لا يهم بعد الآن "سبب" انسحاب الأطفال اجتماعيا، تكهن روبن وأسيندوربف (Rubin and Asendorpf,1993) بأن الخجل وعدم الاهتمام الاجتماعي سيصبحان "مندمجين" بشكل أساسي في مرحلة الطفولة المتوسطة وسيرتبط كلاهما بمؤشرات مماثلة لسوء التوافق.

ويصنفه محمد حسن العمايرة (2014)[1] إلى نمطين:

أ- **النمط الأول:** هم نمط الأفراد الذين ينفصلون عن الآخرين ولم يكن قرارهم، أي أن أسباب الانفصال ليست تحت سيطرتهم، والانسحاب يكون بالتدريج مع عدم الراحة، ويستمرون في البحث عن التواصل الاجتماعي، مثال هؤلاء: الأطفال الخجولين.

[1] العمايرة. المصدر المذكور سابقا، ص125.

ب- النمط الثاني: هم نمط الأفراد الذين ينفصلون بقرارهم، ويفضلون الانعزال، ومثال هؤلاء: الأطفال الذين يعانون صعوبات مدرسية، وسوء تكيف مع الآخرين.

4- مظاهر الانسحاب الاجتماعي

تتجلى مظاهر السلوك الانسحابي في الآتي: العزلة، انشغال البال، وعدم الرغبة في بدء محادثات مع الآخرين أو الانخراط في أنشطة مشتركة معهم، والشعور بعدم الارتياح عند التفاعل مع الآخرين، والذي يكون مصحوبا أحيانا بمشاعر التعاسة، والضيق الذي يصل إلى نقطة الاكتئاب، وسلوكيات أخرى مثل: القلق، الكسل والخمول، الخوف من التعامل مع الآخرين، الخوف من العقاب، عدم الوعي بالذات وإدراكها، البطء والتلعثم في الكلام، الشعور بالنقص وتدني احترام الذات، وسهولة الانقياد، الخوف من الكبار، الرغبة في الروتين، عدم الاستجابة للتغيير، التعبير اللفظي المحدود، ومص الأصابع.[1]

ومظاهر السلوك الانسحابي عند الأطفال في المدرسة تتمثل في:

1- العزوف عن تكوين صداقات مع الآخرين.

2- أثناء فترات الراحة يتجول بمفرده.

3- يقلب صفحات مجلة أو كتاب أثناء الاستراحة.

4- يجلس دائما في الأطراف.

5- يتجنب إقامة علاقات اجتماعية مستمرة مع الآخرين.

---

[1] يحي. المصدر المذكور سابقا، ص ص193-194.

6- التكلم بصوت خافت أو تجاهل الأعين أو السكوت عند الحديث مع الآخرين.

7- يتجنب الغرباء والأماكن المزدحمة.

8- رفض الإجابة على أسئلة الآخرين.

9- عدم المبادرة في الحوار.

10- ضآلة تطوعه في العمل الاجتماعي.

11- قلة الثقة بالنفس.

12- ضعف المهارات الاجتماعية.

13- رفض تجربة الخبرات الجديدة.

14- اكتئاب بدون مبرر، والخوف والشك والردود المتطرفة.[1]

5- أسباب الانسحاب الاجتماعي

ينتج السلوك الانسحابي عن عدة عوامل:

1- الخوف من الآخرين يؤدي إلى الرغبة في الهروب من المشاعر السلبية بتجنب الآخرين.

2- نقص المهارات الاجتماعية: قد يكون الطفل لم يتعلم كيفية تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.

[1] العمايرة. المصدر المذكور سابقا، ص126.

3- رفض الوالدين للرفاق: يجعل الطفل يشعر بأنه لا يستطيع إرضاء والديه في اختيار الأصدقاء، فيختار العزلة.[1]

4- محاكاة الوالدين: فإذا كان والدا الطفل يميلان للعزلة، فغالبا ما يسير الطفل في مسارهما.

5- عدم الأمان وعدم الثقة بالنفس: يشعر الطفل بالعجز وعدم الكفاءة فيبتعد عن الآخرين.

6- التنشئة الاجتماعية غير السليمة للطفل: مثل الحماية المفرطة أو الإهمال، والقسوة الأبوية، والنقد المستمر للطفل، ومقارنته بإخوته، والتنشئة الاجتماعية التي تتأرجح بين الحزم الشديد والتساهل.

7- عدم قدرة الطفل على التكيف مع المواقف الجديدة، بسبب الإخفاقات والمواقف المحبطة في بداية حياته التي تجعله يتجنب المواقف التي قد تناسبه.[2]

8- رفض الآباء لأبنائهم: سواء كان ذلك عن قصد أم بغير قصد، يمكن أن يؤدي إلى الانسحاب إلى العالم المثالي.

9- عدم احترام الطفل وتجاهله من قبل الآخرين: وتعرضه للأذى والألم منهم سيجعله ينأى بنفسه عنهم.

10- الخجل: وهو من أكثر الأسباب شيوعا لعدم قدرة الإنسان على التعبير عن آرائه وحقوقه بصوت عال، ومقابلة أشخاص جدد وتكوين صداقات معهم.

11- تضرر الجهاز العصبي المركزي أو خلل هرموني في الجسم.

---

[1] شيفر وميلمان. المصدر المذكور سابقا، ص ص389-390.

[2] العمايرة. المصدر المذكور سابقا، ص ص127-128.

12- وجود إعاقة عند الطفل تسبب له سلوك العزلة والانطواء.[1]

13- الانسحاب الاجتماعي لدى الأم: أثبتت دراسة Grunzeneig Stack, Serbim Ledimgham & Schwartzman 2009 أن الأمهات اللواتي كن تعانين من الانسحاب الاجتماعي وعدم تلبية احتياجاتهن في الطفولة كن سببا في شعور أطفالهن بالانسحاب والعزلة والميل للمخالفة ومن ثم العدوان لدى أطفالهن في سن 2-6 سنوات.[2]

6- أنماط الأبوة للطفل المنسحب

أثبتت الدراسات أن أمهات الأطفال المنسحبين أيدن أساليب الأبوة والأمومة المتعلقة بالحماية، والتوجيه العقابي، ونقص التركيز على التدريب على الاستقلال.

وأن الأطفال القلقين اجتماعيا والمنسحبين لديهم أمهات قد تكون متورطة بهن وتفرط في السيطرة عليهن، و قد تكون أمهات الأطفال في سن ما قبل المدرسة المنسحبين اجتماعيا ينقلون مشاكلهم الداخلية إلى أطفالهم من خلال الأبوة والأمومة المتورطة، قد يؤدي أسلوب التربية هذا إلى تفاقم شعور الطفل بعدم الأمان، علاوة على ذلك، قد تكون أمهات الأطفال المنسحبين اجتماعيا على درجة عالية من الحساسية تجاه الخصائص الاجتماعية والعاطفية لأطفالهم؛ قد تؤدي هذه الحساسية إلى سيطرة مفرطة، قد ينتج عن رد الفعل هذا تجاه السلوكيات الاجتماعية لأطفالهم

[1] يحي. المصدر المذكور سابقا، ص ص196-197.

[2] درويش. المصدر المذكور سابقا، ص158.

مزيجا من ردود الفعل الدفاعية (على سبيل المثال، التقليل من أهمية المهارات الاجتماعية) والعواطف السلبية.[1]

7- النظريات المفسرة للانسحاب الاجتماعي

7-1- النظرية البيولوجية

يؤكد العديد من الباحثين والمنظرين أن التعبير عن السلوك الانفرادي الذي يعكس المشاعر الداخلية للقلق الاجتماعي متجذر في الاختلافات في استثارة اللوزة وتوقعاتها على القشرة المخية والوطاء (تحت المهاد) hypothalamus والجهاز العصبي الودي والجسم المخطط والرمادي المركزي. وبالتالي، يقال إن تنشيط اللوزة المخية المعزز إلى التجديد وتفعيل دوائر "الخوف" قد يكمن ليس فقط في رد الفعل السلبي للرضع تجاه الحداثة، ولكن أيضا الانسحاب الاجتماعي والتحفظ الاجتماعي في مرحلة ما قبل المدرسة، لدعم هذه التخمينات، أفاد مكمانيس وزملاؤه (McManis and colleagues,2002) أن الأطفال الذين تفاعلوا عاطفيا في 4 أشهر والذين أظهروا مستويات عالية من التثبيط السلوكي في عمر 14 و21 شهرا من المحتمل أن يظهروا عدم تناسق في مخطط كهربائية الدماغ الأمامي الأيمن (EEG) في الطفولة المتأخرة.[2]

تم الكشف عن ارتباطات متزامنة وتنبؤية مماثلة بين عدم تناسق في مخطط كهربائية الدماغ EEG الأمامي الأيمن والتثبيط السلوكي في الطفولة والتحفظ في الطفولة المبكرة، ومؤخرا وجد هندرسون وزملاؤه (Henderson and colleagues, 2004) أن نوعين من العزلة (التكتم

---

[1] Burgess, et al. Op.Cit, p104.

[2] Rubin, et al. Op.Cit, p148.

الاجتماعي والسلوك الانفرادي البناء والاستكشافي) كانا مرتبطين بنمط أكبر نسبيا من عدم تناسق مخطط كهربائية الدماغ الأمامي الأيمن. ومع ذلك، تم تصنيف الأطفال الصامتين من قبل أمهاتهم على أنهم أكثر خوفا اجتماعيا وأظهروا نغمة قلبية أقل من أولئك الأطفال الذين لوحظ أنهم يقضون وقتا في الاستكشاف والبناء بمفردهم أثناء تواجدهم في صحبة اجتماعية.[1]

7-2- نظرية التحليل النفسي

يرى فرويد أن السلوك الاجتماعي للفرد هو نتيجة تفاعل ثلاثة أنظمة (الهو والأنا والأنا الأعلى) ولكل منها تأثيرها في تحريك سلوكه الاجتماعي.

أما هورني فترى أن الفرد يتجه إلى عزل نفسه والابتعاد عن الآخرين حين تفشل محاولاته في الحصول على الدفء والعلاقات المشبعة معهم، وإذا شعر أن إشباع حاجته إلى الأمن من طرف والديه غير مضمون فإنه يؤدي إلى شعوره بالقلق والذي تراه هورني أهم من الدافع الجنسي في تقرير السلوك على الرغم من أنها تؤكد على العوامل الثقافية والتنشئة، إلا أنها لا تستبعد العوامل الفيزيائية والبيولوجية.[2]

يعتقد أدلر أن الفشل في تربية الطفل أو حرمانه من الحب والعطف والتشجيع يمكن أن يؤدي إلى نقص الخبرات الاجتماعية والافتقار إلى الإحساس بالشعور الاجتماعي السليم وبالتالي إلى الشعور بالنقص ثم الانسحاب.

---

[1] Ibid, p148.

[2] سوزان عبد الله محمد. العزلة الاجتماعية لدى أطفال الرياض. مجلة كلية التربية للبنات، 33(4)، 2012، 1158- 1170. ص ص1162-1163.

أما بالنسبة لإريكسون، فيعتقد أن الانسحاب ليس دائما أمرا غير طبيعي، لأنه من الطبيعي أن يكون لدى الشخص مستوى معين من الانسحاب خلال المراحل الأولى من التطور.[1]

ويرى سوليفان Sullivan أنه يرجع إلى زيادة حرمان الفرد في طفولته من تلبية احتياجاته النفسية من حب وأمن ورعاية من الكبار مما يؤدي إلى اضطراب علاقاته الشخصية المتبادلة.[2]

7-3- نظرية التعلق

يؤكد منظرو التعلق أن العلاقة الأساسية تتطور خلال السنة الأولى من العمر، عادة بين الأم والرضيع، تؤثر حساسية واستجابة الأم على ما إذا كانت العلاقة ستكون آمنة أو غير آمنة، أظهر الباحثون أن الأطفال الرضع المرتبطين بأمان من المحتمل أن يكونوا متكيفين جيدا، ومؤهلين اجتماعيا، وناجحين في تكوين علاقات مع الأقران في مرحلة الطفولة المبكرة والمتوسطة، في حين أن الأطفال المرتبطين بشكل غير آمن قد يكونون أقل نجاحا في مهام التنمية الاجتماعية.

إن الأطفال الذين يتفاعلون مع الأحداث الاجتماعية الجديدة المجهدة بشكل معتدل هم أكثر عرضة لتصنيفهم على أنهم أطفال "C" (مقاومون للقلق) مرتبطين بشكل غير آمن مقارنة بنظرائهم الأقل تفاعلا، تشير الدراسات إلى أن الأطفال الذين يعانون من القلق ("C") يكونون أكثر تذمرا، وسهل الإحباط، ومثبطون اجتماعيا في سن الثانية من نظرائهم الآمنين(B).[3]

---

[1] منوخ، محمد، المصدر المذكور سابقا، ص ص1096 - 1097.

[2] عادل عبد الله محمد. دراسات. المصدر المذكور سابقا، ص194.

[3] Burgess, et al. Op.Cit, p102.

يميل الأطفال "C" المقاومون للقلق إلى أن يكونوا أقل مهارة اجتماعيا مثل الأطفال الصغار ويصنفهم مدرسوهم على أنهم أكثر اعتمادا وعجزا وتوترا وخوفا من نظرائهم الآمنين، أخيرا، يفتقر الأطفال "C" إلى الثقة والحزم في عمر أربع سنوات، ثم في سن السابعة، ينظر إليهم على أنهم منسحبون بشكل سلبي.

وتجدر الإشارة إلى أن علاقات التعلق غير الآمنة يتم توقعها أيضا من خلال سلوك الأم، على سبيل المثال، فإن الأمهات اللائي لديهن أطفال من نوع "C" غير آمنين يتورطون بشكل مفرط ويتحكمون بشكل مفرط مقارنة بأمهات الأطفال المرتبطين بشكل آمن، تمثل هذه النتيجة جزءا طبيعيا من الأدبيات الموجودة حول الارتباطات بين الأبوة والأمومة والتثبيط السلوكي والانسحاب الاجتماعي.[1]

7-4- نظرية الذات

يرى روجرز أن السلوك الاجتماعي يفهم من خلال فهم الإنسان كله، فالمجال الظاهري الذي يحدث فيه السلوك الاجتماعي يحدد معناه، وأن الذات تسعى لتبني السلوكيات المقبولة من قبل الآخرين وتجنب السلوكيات التي يرفضها الآخرون، وتتعرض الذات لسوء التكيف عندما يكون الفرد في موقف لا تتوفر فيه ظروف التكيف الإيجابي، ويعتبر الانعزال والانطواء على النفس من أنماط سوء التكيف.[2]

[1] Ibid, p103.

[2] محمد. المصدر المذكور سابقا، ص1162.

7-5- النظرية السلوكية

تعتقد المدرسة السلوكية أن السلوك البشري هو مجموعة من العادات التي يتعلمها الأفراد أو يطورونها في مراحل مختلفة من تطورهم، وفقا لهذه المدرسة، يرجع السلوك المنسحب إلى قلق الطفل الناتج عن النقد المستمر والعقاب الشديد، كذلك الإهمال والمعاملة القاسية اللذان يلقاهما الفرد في طفولته المبكرة من والديه أو المحيطين به لا يساعدا في خلق التعلق بينه وبينهم ويؤدي إلى غياب التفاعل الإيجابي والشعور بالأمن والطمأنينة وهو ما يؤدي إلى انخفاض مستوى التفاعل الاجتماعي، مما يؤدي بدوره إلى الانسحاب الاجتماعي.[1]

وفقا لسكينر، يتشكل الانسحاب بسبب عدم وجود تعزيز اجتماعي مهم وهو سلوك يتبناه الأفراد بناءا على الوعي بردود فعل الآخرين في البيئة الاجتماعية.[2]

8- مفاهيم ذات صلة بالانسحاب الاجتماعي

8-1- التثبيط السلوكي: behavioral inhibition

التثبيط هو الميل إلى توخي الحذر والخوف عند مواجهة مواقف جديدة (أي غير مألوفة)، وبشكل أكثر تحديدا، كان ينظر إلى التثبيط السلوكي على أنه نمط من الاستجابة أو التصرف، وربما يكون قائما على أساس بيولوجي، مثل أنه عند مواجهة مواقف غير مألوفة أو صعبة، أظهر الطفل علامات القلق أو الضيق أو عدم التنظيم.[3]

---

[1] المصدر نفسه، ص1163.

[2] منوخ ومحمد. المصدر المذكور سابقا، ص1097.

[3] Burgess, et al. Op.Cit, p100.

يوجد مثل هذا السلوك في ما يقرب من 10–20٪ من الأطفال، ويختلف عبر الثقافات.[1]

بينما ينظر إلى التثبيط السلوكي على أنه الحذر في مواجهة الأشياء غير المألوفة (الأشخاص، والمواقف، والأشياء)، ينظر إلى الانسحاب على أنه سلوك انفرادي مرتفع بين الأقران بسبب مخاوف التقييم الاجتماعي (مخاوف من سوء المعاملة من قبل الأقران و / أو عدم التصرف بكفاءة مع الأقران)، يعتقد أن التثبيط السلوكي متجذر في عتبة منخفضة للتحفيز في الجهاز الحوفي للدماغ، في حين يرتبط الانسحاب الاجتماعي بتجارب التعلم الشخصية السلبية مع الآباء والأقران، قد يؤدي التثبيط السلوكي إلى زيادة خطر الإصابة بالانسحاب الاجتماعي بين الأقران

المألوفين، ولكن تشير الدلائل إلى أن الانسحاب الاجتماعي يتطور عند الأطفال الغير مثبطين سلوكيا الذين لديهم تجارب تعلم شخصية سلبية.[2]

8-2- الوحدة النفسية Psychological Loneliness

تعددت تعريفات الباحثين للشعور بالوحدة النفسية، فقد عرفها بيبيلو وبيرلمان Peplau et Perlman على أنها عدم الرضا الذاتي عن العلاقات بين الشخصية والناتج عن التغير الذي يطرأ على العلاقات الاجتماعية الفعلية للفرد بحيث لا تصبح مشبعة لحاجات الفرد الاجتماعية، ويصاحب هذا الشعور أفكار عن الحالة النفسية والانفعالات والمشاعر وأسلوب الحياة وظروف الحياة، وهناك العديد من المصادر التي يمكن أن تؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية، مثل

---

[1] Lane, J. D., & Song, J. H. Behavioral Inhibition and Social Withdrawal across Cultures. In Wright, J. D. (Ed.), International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences (2nd ed., pp. 456-462). Oxford, UK: Elsevier Science Ltd. 2015, p456.

[2] Gazelle, H. Two models of the development of Social withdrawal and social anxiety in childhood and adolescence: progress and blind spots. Children, 9, (734),2022 , p2.

الظروف الشخصية، والاجتماعية كموت الأحبة والحراك الاجتماعي، والخجل، والطلاق، وسوء الحالة الصحية وضعف المهارات الاجتماعية، وغالبا ما تتضافر هذه العوامل في تجربة الشعور بالوحدة النفسية.[1]

يعرفها ابراهيم قشقوش بأنها إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين أشخاص وموضوعات مجاله النفسي، إلى درجة يشعر معها بافتقاد التقبل والتواد والحب من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك حرمان الفرد من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة ومشبعة مع أي من أشخاص وموضوعات الوسط الذي يعيش فيه ويمارس دوره من خلاله.[2]

يعني الانسحاب تفاعلا أقل مع الآخرين، بينما تصف الوحدة المشاعر الذاتية التي قد يعبر عنها الشخص عندما يكون بين العديد من الأشخاص، قد تربطه به علاقات شخصية حميمية.

8-3- الاغتراب Alienation

مصطلح الاغتراب قديم قدم الإنسانية، ولكن يصعب تحديد معالمه وحدوده لعدة أسباب أهمها: كونه يدخل في عدة تخصصات، يوجد الاغتراب النفسي، الاغتراب الاجتماعي، الاغتراب السياسي والاغتراب الاقتصادي، سنذكر في هذا العرض التعريف النفسي له.

---

[1] درويش. المصدر المذكور سابقا، ص41.

[2] ابراهيم قشقوش. خبرة الإحساس بالوحدة النفسية. حولية كلية التربية، جامعة قطر،1983، 2(2)، 187-218، ص191.

يعرفه فروم (Fromm, 1969) بأنه نمط من الخبرة يرى فيها الإنسان نفسه كما لو كانت غريبة ومنفصلة عنه أو هو كما يرى إريكسون (Erikson, 1968) عدم الإحساس بتحقيق الهوية وما يتمخض عن ذلك من أعراض.[1]

ويعرفه جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (1988)[2]، بأنه انهيار أي علاقات اجتماعية أو بين شخصية أو تجريبية، وفي الطب النفسي يشير المصطلح إلى الفجوة بين الفرد ونفسه والتباعد بينه وبين الآخرين، وما يتضمنه ذلك من تباعد أو غربة للفرد عن مشاعره الخاصة التي تستبعد من الوعي خلال المناورات الدفاعية، والاغتراب يميز الحالات القهرية الوسواسية، ويشاهد أيضا في أكثر صوره عنفا في الفصام.

8-3- الانطواء Introversion

ينسب إلى يونغ كونه أول من استخدم مصطلح الانطوائية في عام 1910، وقدمه للإشارة إلى فصل الرغبة الجنسية عن موضوعاتها الخارجية وتراجعها إلى عالم المرء الداخلي، وعرفها فرويد بأنه سحب اللبيدو إلى موضوعات خيالية، أو إلى الهوامات، ويشكل أحد خطوات تكوين الأعراض العصابية، وهي خطوة تلي الإحباط عادة ويمكنها أن تؤدي إلى النكوص.[3]

---

[1] محمد. المصدر المذكور سابقا، ص100.

[2] جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي. معجم علم النفس والطب النفسي(انجليزي- عربي) (ج1). القاهرة: دار النهضة العربية. 1988، ص ص125-126.

[3] جان لابلانش وج.ب. بونتاليس. معجم مصطلحات التحليل النفسي(ط3). تر مصطفى حجازي. بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. 1997، ص127.

واعتبر ايزنك (Eysenck, 1970) الانطواء بعد من أبعاد الشخصية، ويمكن تحديده وفقا للدرجة التي يحصل عليها الفرد عند قياس ما يتمتع به من سمات، حيث نجد بعدين للشخصية، بعد (الانبساط- الانطواء) وبعد (الانفعال- الاتزان)، ويمتلك الفرد العادي المتوسط على البعدين، والتطرف يعني إما انطوائي منسحب أو انبساطي عدواني.[1]

8-4- العزلة الوجدانية Affective Isolation

هناك نوعان من العزلة، عزلة اجتماعية وعزلة وجدانية، هذه الأخيرة يعرفها بترسن (Petersen,2002) بأنها شعور الفرد بأنه وحيد، مع عدم وجود أي شخص آخر يواجه مشاكله، ولا أحد يدعم اتجاهه وفي نفس الوقت يشعر بأنه غير قادر على معالجة الصعوبات، وهذه المشاعر تؤدي إلى خفض احترم الذات.[2]

9- قياس الانسحاب الاجتماعي

بدأت أول دراسة تنموية برمجية للانسحاب الاجتماعي، مشروع (Waterloo Longitudinal Project (WLP) ، في الثمانينيات.[3]

---

[1] وسيلة بن عامر. سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى التلميذ وبعض المشكلات الانفعالية المشابهة له. مجلة العلوم الإنسانية. جامعة محمد خيضر بسكرة، 105،2011،22-118، ص110.

[2] إيمان محمد الطائي. دراسات في سيكولوجية العزلة الوجدانية. الأردن. دار الجنان للنشر والتوزيع. 2013، ص52.

[3] Rubin, K. H., & Chronis-Tuscano, A. Perspectives on social withdrawal in childhood: Past, present, and prospects. Child Development Perspectives, 15(3), 2021, 160-167, p160.

وتم استخدام مجموعة متنوعة من المقاييس لتقييم الانسحاب الاجتماعي في مرحلة الطفولة والتركيبات المرتبطة به، بما في ذلك الملاحظات السلوكية، وتقييمات الوالدين والمعلمين، وتقارير الأقران والذات، تلتقط مجموعة المقاييس الموجودة مختلف أشكال ومعاني الانسحاب الاجتماعي.[1]

من أكثر مقاييس الذكاء الاصطناعي استخداما، والتي طورها كاجان وزملاؤه Kagan and colleagues، وجود أطفال صغار أو أطفال في سن ما قبل المدرسة ومقدمي الرعاية لهم في غرفة بها محفزات جديدة (مثل الألعاب والأشخاص)، يسجل المحققون ردود أفعال الأطفال، خوفهم تجاه المحفزات الجديدة، والتعامل والتفاعل معها، وميلهم للبحث عن مقدمي الرعاية لهم من أجل الراحة، تعتبر هذه المقاييس أكثر موضوعية من تقييمات الوالدين، ولكنها محدودة من حيث أن سلوك الأطفال غالبا ما يتم ملاحظته عبر فترة زمنية ضيقة وضمن سياق محدود (على سبيل المثال، ساعة في المختبر).[2]

في الآونة الأخيرة، تم استخدام تدابير التقرير الذاتي لقياس الانسحاب الاجتماعي بين الأطفال الأكبر سنا، هذه المقاييس لديها القدرة على التقاط الدوافع الشخصية الكامنة وراء السلوك الاجتماعي للأفراد بشكل كامل، ولكنها تخضع لتحيزات الإبلاغ الذاتي (على سبيل المثال، تصوير الذات بشكل إيجابي)، كشفت الدراسات التي استخدمت العديد من هذه الأساليب عن ارتباطات متواضعة إلى قوية بين التدابير (روبين وآخرون، 2009)، الأهم من ذلك، أن مثل هذه الدراسات

[1] Rubin, et al. Op.Cit, p147.

[2] Lane and Song. Op.Cit, p458.

قد حددت أيضا أن التثبيط المقاس يختلف باختلاف السياق الذي يتم فيه تقييمه واعتمادا على من يقوم بإجراء التقييمات.[1]

تتضمن الفجوة المتبقية في الأدبيات دراسة الانسحاب الاجتماعي بين المراهقين الأكبر سنا والشباب، قد تتضمن دراسة هذه الفئات العمرية طرقا جديدة، مثل استخدام الهواتف الذكية والتقييمات الأخرى المستندة إلى الويب لتقييم الانسحاب الاجتماعي في البيئات الطبيعية.[2]

10- نتائج الانسحاب الاجتماعي

10-1- مفهوم الذات والتكيف

يميل الأطفال الذين يتم تحديدهم على أنهم خجولون للغاية أو متجنبون إلى مواجهة العديد من الصعوبات الاجتماعية، مثل الإهمال ورفض الأقران، بسبب تفاعلات الأقران السلبية المتكررة، يميل الأطفال المنسحبون إلى إرجاع فشلهم الاجتماعي إلى عوامل داخلية وليس إلى أقرانهم أو إلى عوامل سياقية.

وبالتالي، فإن هؤلاء الأطفال معرضون لخطر أكبر لتطوير مفهوم الذات السيئ، علاوة على ذلك، عادة ما يستخدم الأطفال المنسحبون استراتيجيات المواجهة المتجنبة مثل عدم القيام بأي شيء، بدلا من حل المشكلات النشط عندما يواجهون مواقف اجتماعية صعبة، يعتقد الباحثون أن العقبات الرئيسية التي تحول دون التأقلم الاستباقي لهؤلاء الأطفال هي الإفراط في الإثارة في

---

[1] Ibid, p458.

[2] Rubin and Chronis-Tuscano. Op.Cit, p165.

المواقف الاجتماعية والتقييمات التي تدمر الذات لمهاراتهم الاجتماعية، يمكن أن تسهم هذه التقييمات السلبية وتدني احترام الذات في تطوير المشاكل الداخلية.[1]

10-2- القلق والاكتئاب

لقد وجدت العديد من الدراسات عبر الثقافات أن الانسحاب الاجتماعي مرتبط بمشاكل داخلية، مثل القلق والاكتئاب والشعور بالوحدة، يمكن اعتبار العلاقة بين الانسحاب الاجتماعي والقلق معاملة معاملة – يمكن للمرء أن يعزز الآخر، وبالتالي فإن الارتباط بين الاثنين غالبا ما يستمر طوليا، كما تم ربط الانسحاب الاجتماعي والاكتئاب في العديد من الدراسات، قد يكون هذا بسبب تراجع احترام الذات لدى الأطفال، أو الوحدة، أو استخدامهم لاستراتيجيات التأقلم المتجنبة، على سبيل المثال، وجد مشروع طولي في كندا أن الانسحاب الاجتماعي في مرحلة الطفولة يتنبأ بالوحدة والاكتئاب في مرحلة المراهقة، في دراسة تابعت الأطفال النرويجيين من سن الرضاعة إلى سن المراهقة المبكرة، كان الانسحاب الاجتماعي مرتبطا بشكل متزامن وطولي مع القلق والاكتئاب، كما تختلف النتائج النفسية اعتمادا على النوع الفرعي من الانسحاب الاجتماعي والسياق الثقافي.[2]

10-3- الرهاب الاجتماعي

يفترض نموذج روبن وكرونيس توسكانو (Rubin and Chronis-Tuscano, 2021) أن الانسحاب الاجتماعي في مرحلة الطفولة قد يتنبأ بالقلق الاجتماعي في مرحلة المراهقة المبكرة وما بعدها.

---

[1] Lane and Song. Op.Cit, p459.

[2] Lane and Song. Op.Cit, p459.

يتطلب تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي، المعروف سابقا باسم "الرهاب الاجتماعي" أن يشعر الفرد بالخوف أو القلق في المواقف الاجتماعية، ويتجنب المواقف الاجتماعية أو يتحملها مع القلق، ويختبر هذه الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل، وأن هذه الأعراض تكون مصحوبة بضيق أو ضعف في الحياة (على سبيل المثال، التدخل في رعاية الأطفال أو المدرسة أو العمل)، الأهم من ذلك، عند الأطفال والمراهقين، يجب أن يحدث القلق في التفاعلات مع الأقران (وليس البالغين فقط.[1]

أفاد رابي وزملاؤه (Rapee، Kennedy، Ingram، Edwards، Sweeney &، 2005) مؤخرا أن 90٪ من الأطفال "الخجولين للغاية" في سن ما قبل المدرسة يستوفون معايير اضطراب القلق، كما أظهرت النتائج من عدد متزايد من الدراسات الاسترجاعية والطولية روابط تجريبية بين التثبيط في مرحلة الطفولة المبكرة وتطور اضطرابات القلق (خاصة الرهاب الاجتماعي) في مرحلة الطفولة اللاحقة، والمراهقة، والبلوغ.[2]

10-4- التعرض للتنمر

تعد العلاقات بين الأقران إحدى بيئات التنشئة الاجتماعية الرئيسية للأطفال، ويوفر سلوك الأطفال بين أقرانهم مؤشرا ذا مغزى لكفاءتهم الاجتماعية، الأطفال المنسحبون هم أكثر عرضة من الأطفال الاجتماعيين لتجربة الإهمال والرفض من قبل أقرانهم، وأن يكونوا ضحية للتنمر المزمن من قبل أقرانهم أحد الأسباب المحتملة لهذا الرفض هو أن الأقران ينظرون إلى الأطفال المنسحبين على أنهم لا يمتثلون للمعايير السلوكية الخاصة بالعمر، الاحتمال الآخر هو أن الأطفال

[1] Gazelle. Op.Cit, p2.

[2] Rubin, et al. Op.Cit, p145.

المنسحبين يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية المناسبة للعمر وينظر إليهم على أنهم أهداف سهلة للإيذاء، تستحق تفاعلات الأقران اهتماما خاصا لأنها لا تتأثر فقط بالسلوك غير المنفتح للأطفال المنسحبين ولكن يمكنها أيضا أن تؤثر على المسار النمائي للنهج التعليمي للأطفال.[1]

11- مسارات الانسحاب الاجتماعي

يقترح (Rubin, et al, 2009)[2] نموذجا تنمويا يتعلق بالمسببات والارتباطات ونتائج الانسحاب الاجتماعي أثناء الطفولة والمراهقة (انظر الشكل 1).

باختصار، يقترح أن عدم الكفاءة الاجتماعية لطبيعة معزولة ومسيطر عليها بشكل مفرط قد يكون ناتجا عن مزاج مثبط وحذر، وعلاقة غير آمنة بين الوالدين والطفل، ونقاط ضعف أو سمات وراثية مشتركة مع الوالدين، والأبوة التوجيهية والوقائية بشكل مفرط، ورفض الأقران والإيذاء، والتفاعلات بين "كل ما سبق"، النتائج المفترضة لهذه المجموعة من العوامل هي تطور (أ) الأفكار والمشاعر السلبية حول الذات ، (ب) القلق الاجتماعي ، (ج) الوحدة، إذا كان إنشاء والحفاظ على العلاقات الشخصية الوثيقة يعتبر هدفا مهما لم يتم تحقيقه، فقد تكون النتيجة الأخرى هي الاكتئاب.

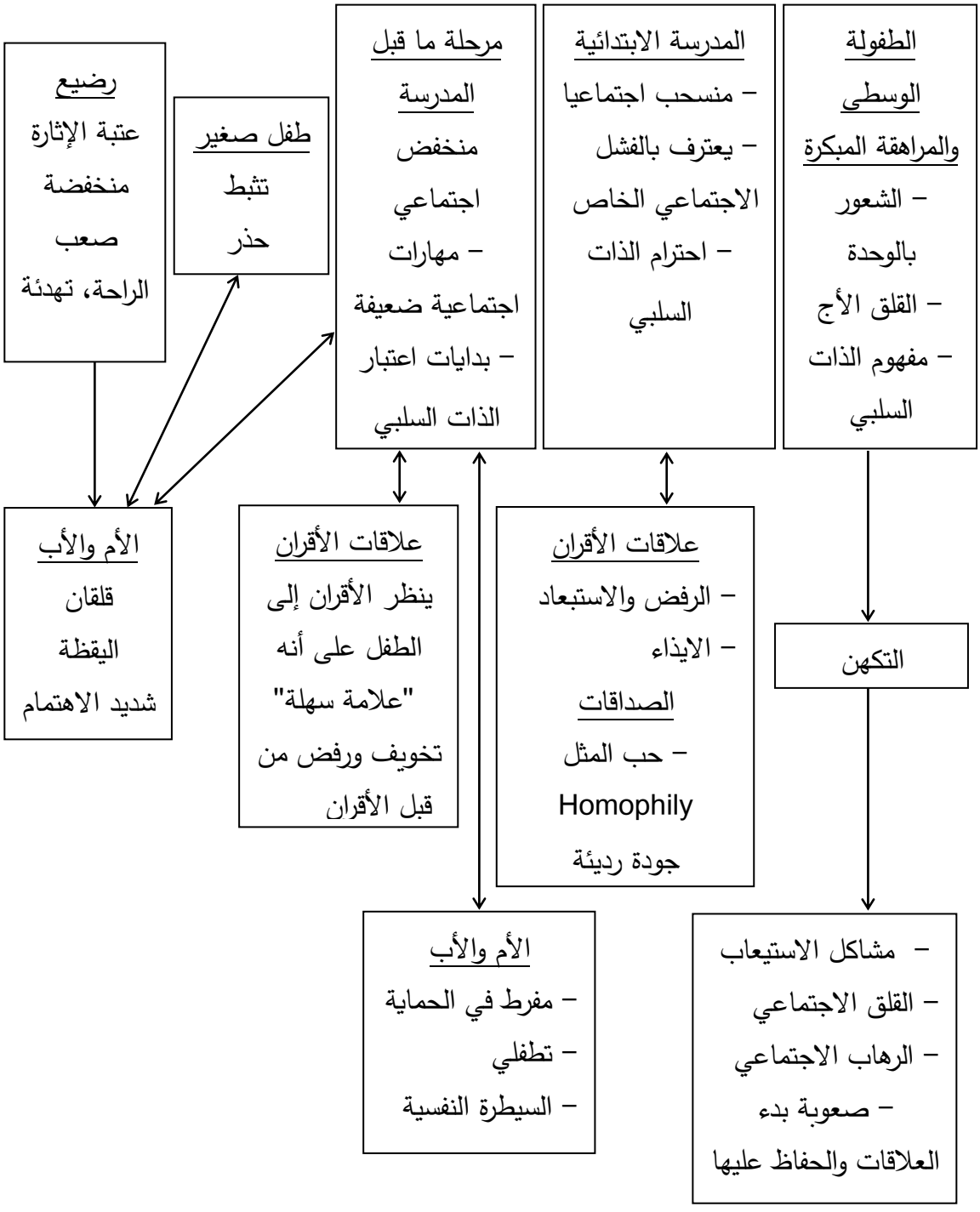
ويضيف أنه لا يعتبر أن خصائص التصرف للرضع تؤدي بالضرورة إلى المسار الموصوف أعلاه، قد ينحرف المزاج الحذر والخائف / المثبط نحو تنمية الكفاءة الاجتماعية من خلال تقديم

الرعاية المستجيبة والحساسة.

---

[1] Lane and Song. Op.Cit, p458.

[2] Rubin, et al. Ibid, p160.



الشكل رقم (1): مسارات الانسحاب الاجتماعي[1]

[1] Rubin, et al. Op.Cit, p160.

12- علاج الانسحاب الاجتماعي

هناك عدة فنيات واستراتيجيات مناسبة لعلاج الانسحاب الاجتماعي نذكر منها:

12-1- إشباع الحاجات النفسية

بحسب هدى قناوي، فإن الأطفال المنسحبين هم أطفال لا يتم تلبية احتياجاتهم العاطفية، وإذا بذلنا جهدا لتلبية تلك الاحتياجات، فسيستمتع هؤلاء الأطفال بالمشاركة في الأنشطة مع أقرانه.[1]

12-2- تشكيل السلوك

يتشكل السلوك الاجتماعي للطفل من خلال الخطوات الخمس التالية:

أ- تحديد وتعريف السلوك المستهدف: ويعني تحديد السلوك الاجتماعي الذي نريد تحقيقه، وتعريفه على شكل هدف سلوكي اجتماعي.

ب- تحديد وتعريف السلوك المدخلي: وهذا يعني اختيار استجابة قريبة من السلوك الاجتماعي المستهدف، بهدف تعزيزه لتشكيل السلوك النهائي.

ج- اختيار المعززات الفعالة: لكي يحافظ الطفل على مستوى عال من التحفيز، يجب اختيار المعزز المناسب في الوقت المناسب.

د- الاستمرار في تعزيز السلوك المدخلي حتى زيادة حدوثه.

---

[1] القناوي. المصدر المذكور سابقا، ص263.

هـ- ينتقل السلوك الاجتماعي المستهدف تدريجيا من مستوى أداء إلى آخر.[1]

12-3- النمذجة

وذلك بملاحظة الطفل المنسحب اجتماعيا لنموذج يتفاعل اجتماعيا مع زملائه بطريقة جيدة، ويقلد الطفل هذا السلوك ونعززه بعدة طرق، ولزيادة فاعلية هذا النهج، هناك عاملين مهمين :

أ- يجب أن يكون النموذج المستخدم مهما جدا للطفل، ومن جنسه.

ب- أن يكون الطفل قادرا على التقليد وتعلم السلوك النموذجي والاستمرار في أدائه.

12-4- التلقين

في هذا الإجراء، نستخدم المحفزات التمييزية كإضافات مساعدة ومؤقتة لزيادة احتمالية انخراط الأطفال في السلوكيات الاجتماعية المستهدفة، والتي تنقسم إلى 3 أنواع:

أ- التلقين الجسدي: لمس الطفل جسديا لمساعدته على أداء سلوكيات مثل المشاركة في الألعاب الجماعية والأنشطة الاجتماعية .

ب- التلقين اللفظي: مساعدة الطفل على القيام بالسلوك بإعطائه تعليمات شفهية.

ج- التلقين الإيمائي: باستخدام الإيماءات أو النظر في اتجاه معين أو بطريقة معينة.[2]

---

[1] يحي. المصدر المذكور سابقا، ص199.

[2] المصدر نفسه، ص ص199-200.

12-5-الإخفاء

هو الإزالة التدريجية للتلقين، الذي يساعد الطفل المنسحب على الانخراط بشكل مستقل في السلوك الاجتماعي المستهدف من خلال وقف استخدام المحفزات التمييزية الداعمة واستخدام المحفزات التمييزية الطبيعية التي ستتحكم في الاستجابة، تليها خطوات الإخفاء، فبعدما يؤدي الطفل السلوك المستهدف بشكل متواصل، نبدأ بإخفاء التلقين.

12-6- التعزيز الايجابي

عند انتباهنا لاقتراب الطفل من الآخرين، فإننا نعزز التفاعل، مثل مدح الطفل عندما يشارك، والتفاعل مع زملائه أثناء اللعب.[1]

12-7- تدريب الطفل على مهارات اجتماعية محددة

يجب أن يتعلم الأطفال المنسحبون المهارات المناسبة في التصرف، وأن يمارسوا الاستخدام الكفء لهذه المهارات من خلال مشاهدة الآباء وهم يلعبون دور الطفل ويتفاعلون معا، بدءا من التحيات ثم الحديث عن الموضوعات ذات الاهتمام المشترك، وتدريب الأطفال على استخدام الأسئلة المفتوحة، وإعطاء إجابات طويلة بدلا من كلمة أو كلمتين، أو لطرح أسئلة تحفز الشخص الآخر، والتدريب على طرق التظاهر بعدم الاهتمام لإنهاء محادثة ما، ولتعليم الأطفال المنسحبين المهارات الاجتماعية يجب إتباع هذه التوجيهات:

[1] يحي. المصدر المذكور سابقا، ص200.

أ- الإصغاء: يمكن تعليم الأطفال كيفية التحدث إلى أنفسهم بصمت وكيفية طرح الأسئلة للحفاظ على استمرار المحادثة.

ب- علم طفلك كيفية تكوين صداقات: علمه أن يقول مرحبا، وقبول وإعطاء المعلومات، وإشراك الآخرين في الأنشطة، وكيفية المغادرة بشكل مناسب.

ج- علم طفلك أن يعطي ويتلقى في تفاعلات إيجابية: أي علمه أن يظهر الاهتمام والانتباه والمساعدة والتعاون، وأن يعيد صياغة ما سمعه من كلام مهم، ويلخص ما قاله الآخرون، ويعبر عن الدعم والإحسان والعطف.

بالإضافة إلى استخدام النمذجة ولعب الدور والتعليمات والتغذية الراجعة، والتعزيز.[1]

12-8- تنظيم ظروف البيئة

تعني تنظيم البيئة الاجتماعية للطفل من أحداث ومثيرات قبلية، لزيادة احتمالية حدوث التفاعل الاجتماعي.

12-9- تدريب الرفاق

يتم فيه تدريب الأطفال الذين لديهم مهارات اجتماعية متطورة على التفاعل مع الأطفال المنسحبين، وتدريبهم على الاستجابة له عندما يحاول التقرب منهم.[2]

---

[1] شيفر وميليمان، المصدر المذكور سابقا، ص ص395-396.

[2] يحي. المصدر المذكور سابقا، ص201.

ملخص الفصل

يعد الانسحاب الاجتماعي من المشكلات السلوكية الأكثر انتشارا بين الأطفال والمراهقين، وتباينت الأسباب وراء هذا السلوك، فلا يمكن رده إلى سبب واحد، وله كذلك العديد من الآثار السلبية على المدى القريب والبعيد في شخصية الطفل أو المراهق المنسحب، لذا وجب التدخل العلاجي والمستعجل لهذه الحالات وبناء برامج علاجية متكاملة تشمل جميع جوانب شخصية الطفل المنسحب.

الفصل الثالث

العناد المتحدي

تمهيد

يعتبر العناد من سمات الشخصية في الطفل التي تساعده على التعلم ما بين العامين الثاني والخامس، ويعتبر أيضا مظهر لمقاومة أوامر ونواهي الوالدين، ويعتبر ظاهرة طبيعية ما بين الخامسة والسادسة، لكن إذا استمرت بعد السادسة وزادت شدة تسمى اضطراب العناد المتحدي.

وهو من الاضطرابات السلوكية التخريبية ويعتبر من أكثر الحالات النفسية شيوعا في مرحلة الطفولة والتي تحتاج إلى خدمات نفسية، لذا سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريفه، انتشاره، والعوامل المسببة له، كما سنتطرق إلى علاقته باضطراب المسلك واضطرابات أخرى وإلى كيفية تقديره وفي الأخير إلى العلاجات المتاحة.

1- تعريف العناد المتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD)

هناك تقارب في تعريفات العناد المتحدي، نجد معجم علم النفس والطب النفسي يعرفه بأنه: نمط سلوكي مستقر قوامه عصيان رموز السلطة والسلبية نحوها والمعارضة الشديدة لها ويحدث ما بين الثالثة والثامنة عشر من العمر ويظهر في نوبات انفعالية ومزاجية مخالفة للقواعد والجدل والعناد.[1]

[1] جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافي. معجم علم النفس والطب النفسي(انجليزي- عربي)(ج5). القاهرة: دار النهضة العربية. 1992، ص2514.

وأشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM IV– TR) بأن العناد المتحدي نمط من السلوك السلبي والعدائي والتحدي الدائم.[1]

واتجه عسكر(2005)[2] في تعريفه بأنه الاضطراب الذي يبدو فيه الطفل أكثر معارضة وتحدي ورفض وعدائية تجاه أشكال السلطة لمدة ستة أشهر، وتتجاوز هذه المظاهر الإطار الطبيعي لسلوك طفل مماثل له في العمر ومن نفس السياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي.

كما تم تعريفه من طرف الدسوقي(2013)[3] بأنه نمط من السلوك السلبي والمنحرف والمتمرد والعدواني تجاه الأشخاص الممثلين للسلطة يتضح في العديد من الأنماط السلوكية مثل تعمد مضايقة الآخرين وإزعاجهم، والولع بالجدل، وتقلب الحالة المزاجية، وتدمير الممتلكات، والعدوان تجاه الآخرين، وتكون بداية هذا الاضطراب قبل وصول الطفل إلى الثامنة من العمر.

ورأى بطرس(2008)[4] بأنه نمط ثابت من السلبية والعدائية والسلوك الشارد ولكن دون انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين أو للقيم الاجتماعية وهذا ما يفرقه عن اضطراب السلوك.

سنعتمد في دراستنا على تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والمعدل بأن العناد المتحدي نمط من السلوك السلبي والعدائي والتحدي الدائم.

---

[1] American psychiatric association, DSM IV–R. Op.Cit, p102.

[2] عبد الله عسكر. الاضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. 2005، ص66.

[3] مجدي محمد الدسوقي. مقياس اضطراب العناد والتحدي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية. 2013، ص6.

[4] بطرس. المصدر المذكور سابقا، ص360.

2- تشخيص العناد المتحدي

سنتطرق لتشخيص اضطراب العناد المتحدي حسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي وحسب منظمة الصحة العالمية.

2-1- حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث DSM III

أول تشخيص لاضطراب العناد المتحدي ظهر في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث DSM III، وقدمه باسم اضطراب العناد Oppositional Disorder في فئة الاضطرابات التي يبدأ ظهورها في مرحلة ما بعد الرضاعة، أو الطفولة، أو المراهقة.

والمعايير التشخيصية للاضطراب هي:

أ- تبدأ بعد 3 سنوات من العمر وقبل 18 سنة.

ب- نمط غير مطيع، سلبي، لمدة ستة أشهر على الأقل، من خلال اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

1- انتهاك القواعد البسيطة

2- نوبات الغضب

3- الجدل

4- سلوك استفزازي

5- عناد

ج- لا ينتهك الحقوق الأساسية للآخرين أو الأعراف أو القواعد الاجتماعية المناسبة للعمر (كما هو الحال في اضطراب السلوك)؛ والاضطراب ليس بسبب اضطراب عقلي آخر، مثل الفصام أو اضطراب النمو الشامل.

د- إذا كان يبلغ من العمر 18 عاما أو أكثر، لا يفي بمعايير اضطراب الشخصية العدوانية السلبية.[1]

2-2- حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (DSM III- TR)

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM III- TR) أورده تحت فئة السلوك التخريبي وعجز الانتباه الذي يظهر في مرحلة الطفولة، وتم تغيير اسم الاضطراب إلى العناد المتحدي Oppostional Defiant Disorder وحدد المحكات التشخيصية التالية:

ملاحظة: ضع في اعتبارك المعيار يتم استيفائه فقط إذا كان السلوك أكثر تكرارا بشكل ملحوظ من معظم الأشخاص في نفس العمر العقلي

أ- اضطراب مدته ستة أشهر على الأقل يحدث خلالها خمسة على الأقل مما يلي:

1- غالبا ما يفقد أعصابه.

2- كثيرا ما يجادل مع الكبار.

3- غالبا ما يتحدى أو يرفض الامتثال لطلبات أو قواعد البالغين.

---

[1] American psychiatric association. Diagnostic and statistical of mental disorder (third edition) DSM III. Washington DC: American psychiatric association.1980, pp64-65.

4- كثيرا ما يزعج الناس عمدا.

5- غالبا ما يلوم الآخرين على أخطائهم أو سوء سلوكهم.

6- غالبا ما يكون حساسا أو يتضايق بسهولة من الآخرين.

7- غالبا ما يكون غاضبا وممتعضا.

8- غالبا ما يكون حاقدا أو انتقاميا.

9- غالبا ما يقسم أو يستخدم لغة بذيئة.

ملاحظة: يتم سرد العناصر المذكورة أعلاه بترتيب تنازلي للقوة التمييزية بناءا على بيانات من تجربة ميدانية وطنية لمعايير DSM III-R لاضطرابات السلوك التخريبية.

ب- لا يفي بمعايير اضطراب السلوك، أو الاكتئاب، أو نوبة الاكتئاب أو الهوس الخفيف أو الهوس.

معايير شدة اضطراب العناد المتحدي:

خفيف: أعراض قليلة، إن وجدت، تزيد عن تلك المطلوبة لإجراء التشخيص وخلل بسيط أو معدوم في الأداء المدرسي والاجتماعي.

معتدل: أعراض أو ضعف وظيفي متوسط بين "خفيف" و "شديد".

شديد: العديد من الأعراض الزائدة عن تلك المطلوبة لإجراء التشخيص وخلل كبير وواسع في الأداء الوظيفي في المنزل والمدرسة ومع البالغين والأقران الآخرين[1].

نلاحظ أنه في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM III-TR)، تمت التعديلات التالية:

1- عتبة الأعراض التشخيصية زادت من اثنان إلى خمسة أعراض من إجمالي تسعة.

2- زادت الأعراض في المحك الأول من 5 إلى 9 أعراض.

3- إضافة كلمة غالبا للأعراض لتمييزها عن السلوك الطبيعي في مرحلة الطفولة.

4- وضع معيار الشدة لتحديد درجة العناد المتحدي.

2-3- حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية(DSM IV)

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM IV) أورده تحت فئة السلوك التخريبي وعجز الانتباه الذي يظهر في مرحلة الطفولة، وتمت التعديلات التالية:

1- حذف المعيار التشخيصي التاسع الخاص باستخدام القسم واللغة البذيئة.

2-الأعراض التشخيصية أصبحت أربعة أعراض من الإجمالي ثمانية أعراض عوض خمسة من تسعة.

[1] American psychiatric association. Diagnostic and statistical of mental disorder (third edition) Revised DSM-III-R. Washington DC: American psychiatric association. 1987, pp57-58.

3- إضافة المعايير التالية:

ب- يؤدي الاضطراب في السلوك إلى ضعف كبير سريريا في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

ج- لا تحدث السلوكيات حصريا أثناء مسار اضطراب ذهاني أو مزاجي.

د-لم يتم استيفاء معايير اضطراب السلوك، وإذا كان الفرد يبلغ من العمر 18 عاما أو أكثر، لم يتم استيفاء معايير اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.[1]

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM IV-R) لم يتم فيه أي تعديلات[2].

2-4-حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية(DSM V)

بينما أدرجه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM V) تحت فئة اضطرابات التخريب والتحكم بالاندفاع والمسلك، وأدرج المعايير السابقة تحت نمط المزاج الغاضب/ العصبي ونمط المجادل/ المتحدي ونمط نزعة الانتقام، كما حدد شدة الاضطراب كما يلي:

---

[1] American psychiatric association. Diagnostic and statistical of mental disorder (fourth edition) DSM IV. Washington DC: American psychiatric association. 1994, pp93-94.

[2] American psychiatric association, DSM IV-R. Op.Cit, p102.

الخفيف: تقتصر الأعراض على مكان واحد فقط (على سبيل المثال، في المنزل، في المدرسة، في العمل، مع أقرانهم).

المتوسط: توجد بعض الأعراض في مكانين على الأقل.

الشديد: توجد بعض الأعراض في ثلاثة أماكن أو أكثر. [1]

2-5- حسب التصنيف الدولي العاشر ICD10

أما منظمة الصحة العالمية فقد كان أول تشخيص لها لاضطراب العناد المتحدي في التصنيف الدولي العاشر ICD10، تحت فئة اضطراب المسلك، ووضعوا إرشادات التشخيص كما يلي:

السمة الأساسية لهذا الاضطراب هو نمط الإصرار، السلوك السلبي والعدائي والمتحدي والاستفزازي والتخريبي، والذي يقع بوضوح خارج النطاق الطبيعي لسلوك طفل من نفس العمر في نفس السياق الاجتماعي والثقافي، والذي لا يشمل الانتهاكات الأكثر خطورة لحقوق الآخرين كما ينعكس في السلوك العدواني وغير الاجتماعي المحدد للفئتين F91.0 وF91.2.

يميل الأطفال المصابون بهذا الاضطراب بشكل متكرر ونشط إلى تحدي طلبات أو قواعد البالغين وتعمد إزعاج الآخرين، عادة ما يميلون إلى الغضب والاستياء ومن السهل إزعاجهم من قبل الأشخاص الآخرين الذين يلومونهم على أخطائهم أو صعوباتهم، لديهم عموما قدرة منخفضة على تحمل الإحباط ويفقدون أعصابهم بسهولة، عادة ما يكون لتحديهم صفة استفزازية، بحيث

[1] American psychiatric association, DSM 5. Op.Cit, p462-463.

يشرعون في المواجهات ويظهرون عموما مستويات مفرطة من الوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة.[1]

2-6- حسب التصنيف الدولي الحادي عشر ICD11

أما في التصنيف الدولي الحادي عشر ICD11، تم تصنيفه ضمن فئة السلوك التخريبي أو الاضطرابات الانشقاقية، وتم تحديد أنواع للاضطراب كما يلي:

1- اضطراب العناد المتحدي:

اضطراب العناد المتحدي هو نمط مستمر (على سبيل المثال، 6 أشهر أو أكثر) من السلوك المتحدي أو العصيان أو الاستفزازي أو الحاقد بشكل ملحوظ والذي يحدث بشكل متكرر أكثر مما يتم ملاحظته عادة لدى الأفراد من نفس العمر ومستوى النمو ولا يقتصر ذلك على التفاعل مع الأشقاء، وقد يتجلى اضطراب التحدي المعارض في الحالة المزاجية الغاضبة أو المزاجية السائدة، وغالبا ما تكون مصحوبة بنوبات شديدة من الغضب أو بسلوك عنيد وجدالي ومتحدي، وأن يكون النمط السلوكي شديد الخطورة بحيث يؤدي إلى ضعف كبير في المجالات الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

2- اضطراب العناد المتحدي مع التهيج المزمن – الغضب:

تم استيفاء جميع المتطلبات التعريفية لاضطراب العناد المتحدي، يتميز هذا النوع من اضطراب العناد المتحدي بالمزاج السائد والمستمر الغاضب أو المزاج العصبي الذي قد يكون

[1] World Health Organisation, ICD-10. Op.Cit, p270-271.

موجودا بشكل مستقل عن أي استفزاز واضح، غالبا ما يكون المزاج السلبي مصحوبا بثورات شديدة تحدث بانتظام والتي لا تتناسب بشكل كبير من حيث الشدة أو المدة مع الاستفزاز.

التهيج المزمن والغضب من السمات المميزة لعمل الفرد تقريبا في كل يوم، يمكن ملاحظتها عبر العديد من الإعدادات أو مجالات الأداء (مثل المنزل والمدرسة والعلاقات الاجتماعية)، ولا تقتصر على علاقة الفرد بوالديه / والديها أو الأوصياء عليه، لا يقتصر نمط التهيج المزمن والغضب على نوبات عرضية (على سبيل المثال، التهيج النموذجي التطوري) أو فترات منفصلة (على سبيل المثال، المزاج العصبي في سياق نوبات الهوس أو الاكتئاب).

3- اضطراب العناد المتحدي مع التهيج المزمن – الغضب مع عواطف اجتماعية إيجابية محدودة:

يتم استيفاء جميع المتطلبات التعريفية لاضطراب العناد المتحدي مع التهيج المزمن، بالإضافة إلى ذلك، يعرض الفرد الخصائص التي تكون في بعض الأحيان يشار إليها باسم "قاس وغير عاطفي"، وتشمل هذه الخصائص عدم التعاطف أو الحساسية لمشاعر الآخرين وعدم الاهتمام بضيق الآخرين، عدم تأنيب الضمير أو الشعور بالخزي أو الشعور بالذنب على سلوكهم (ما لم يتم القبض عليهم)، واللامبالاة النسبية باحتمالية العقوبة، عدم الاهتمام بسوء الأداء في المدرسة أو العمل، والتعبير المحدود عن المشاعر، وخاصة المشاعر الإيجابية أو المحبة تجاه الآخرين، أو القيام بذلك فقط بطرق تبدو ضحلة أو غير صادقة أو مفيدة.[1]

4- اضطراب العناد المتحدي مع التهيج المزمن – الغضب مع المشاعر الاجتماعية الإيجابية:

[1] World Health Organisation, ICD-11. Op.Cit, p171.

يتم استيفاء جميع المتطلبات التعريفية لاضطراب العناد المتحدي مع الانفعال المزمن، لا يظهر الفرد سمات يشار إليها على أنها "قاسية وغير عاطفية"، مثل عدم التعاطف أو الحساسية لمشاعر الآخرين وعدم الاهتمام بضيق الآخرين.

5- اضطراب العناد المتحدي مع التهيج المزمن – الغضب، غير محدد

6- اضطراب العناد المتحدي غير المزمن التهيج–الغضب:

اضطراب العناد المتحدي بدون انفعال–غضب مزمن يلبي جميع متطلبات تعريف اضطراب العناد الشارد، لا يتسم هذا النوع من اضطراب العناد الشارد بالمزاج السائد أو المستمر أو الغاضب أو سريع الانفعال، ولكنه يتميز بالسلوك العنيد والجدل والتحدي.

7- اضطراب العناد المتحدي بدون تهيج مزمن – غضب مع عواطف اجتماعية إيجابية محدودة:

يتم استيفاء جميع المتطلبات التعريفية لاضطراب العناد المتحدي دون التهيج والغضب المزمن، بالإضافة إلى ذلك، يظهر الفرد خصائص يشار إليها أحيانا على أنها "قاسية وغير عاطفية"، وتشمل هذه الخصائص عدم التعاطف أو الحساسية لمشاعر الآخرين وعدم الاهتمام بضيق الآخرين، عدم تأنيب الضمير أو الشعور بالخزي أو الشعور بالذنب على سلوكهم (ما لم يتم القبض عليهم)، واللامبالاة النسبية باحتمالية العقوبة؛ عدم الاهتمام بسوء الأداء في المدرسة أو العمل؛ والتعبير المحدود عن المشاعر، وخاصة المشاعر الإيجابية أو المحبة تجاه الآخرين، أو القيام بذلك فقط بطرق تبدو ضحلة أو غير صادقة أو مفيدة، هذا النمط منتشر عبر المواقف والعلاقات (على سبيل المثال، لا ينبغي تطبيق المؤهل بناءا على خاصية واحدة، أو علاقة واحدة، أو مثيل واحد للسلوك) وهو نمط مستمر بمرور الوقت (على سبيل المثال، سنة واحدة على الأقل).

8- اضطراب العناد المتحدي دون التهيج المزمن – الغضب مع المشاعر الاجتماعية الإيجابية:

يتم استيفاء جميع المتطلبات التعريفية لاضطراب العناد المتحدي دون التهيج والغضب المزمن، لا يظهر الفرد سمات يشار إليها على أنها "قاسية وغير عاطفية"، مثل عدم التعاطف أو الحساسية لمشاعر الآخرين وعدم الاهتمام بضيق الآخرين

9- اضطراب العناد المتحدي بدون انفعال مزمن – غضب، غير محدد

10- اضطراب العناد المتحدي، غير محدد.[1]

3- انتشار العناد المتحدي

وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM IV) تم الإبلاغ عن معدلات اضطراب العناد المتحدي من 2٪ إلى 16٪، اعتمادا على طبيعة عينة السكان وطريقة التحقق[2].

وجدنا أنه وفقا للإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، يتراوح معدل انتشار اضطراب العناد المتحدي من 1٪ إلى 11٪، بمتوسط انتشار يقارب 3.3٪، اعتمادا على عمر وجنس الطفل، يبدو أن الاضطراب أكثر انتشارا في الذكور منه في الإناث(1.4: 1) قبل سن البلوغ، ولم يتم العثور على هيمنة الذكور بشكل ثابت في عينات المراهقين أو البالغين.[3]

---

[1] World Health Organisation, ICD-11. Op.Cit, p172.

[2] American psychiatric association, DSM IV-R. Op.Cit, p101.

[3] American psychiatric association, DSM5. Op.Cit, p464.

تشير الدراسات إلى أن تقديرات انتشار اضطراب العناد المتحدي تختلف اختلافا كبيرا عبر البلدان على سبيل المثال في ماليزيا، نشير إلى دراسة جوميز وآخرون (Gomez, et al, 2013)[1] التي اهتمت بدراسة مدى انتشار اضطراب العناد المتحدي في المدارس الابتدائية في ماليزيا، وكانت العينة 934 من والداي ومعلمي الأطفال، وباستخدام مقياس يشمل أعراض الاضطراب العناد المتحدي حسب الدليل التشخيصي الرابع المعدل، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: 3.10%، 3.85%، 7.49%، 0.64% للوالد، المعلم، الوالد أو المعلم، الوالد والمعلم.

في حين أن دراسة من اسبانيا (ويلان وأخرون، Whelan et al, 2013)[2] أجرت دراسة حول انتشار اضطراب العناد المتحدي لدى أطفال المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و16 عاما في مقاطعة قشتالة وليون (Castile et leon) بإسبانيا، وتضمنت العينة من 1049 طفلا، وباستخدام معايير الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع، وجد معدل الانتشار الكلي 5.6%، وانتشاره عند الذكور 6.8% وعند الإناث 4.3%، وانتشاره في التعليم الثانوي 6.2%، والتعليم الابتدائي 5.3%، ولم يتم العثور على اختلافات كبيرة حسب الجنس أو العمر أو الصف أو نوع المدرسة أو المنطقة الديموغرافية.

---

[1] Gomez, R., Hafety, N., & Gomez, R. M. (2013). Oppositional defiant disorder: prevalence based on parent and teacher ratings of malysian primary school children. Asian journal of psychiatry, 6, 2013, 299-302.

[2] Whelan, Y. M., Stringaris, A., Maughan B., & Barker, E. D. Developmental continuity of oppositional defiant disorder sub dimensions at ages 8, 10, 13 years and their distinct psychiatric outcomes at ages 16 years. Journal of American academy of child and adolescent psychiatry, 52(9), 2013, 961-969

بالنسبة للفروق بين الجنسين في الانتشار، من الطفولة إلى المراهقة المبكرة أو المتوسطة، يكون اضطراب العناد المتحدي أكثر انتشارا بين الأولاد منه بين الفتيات، ومع ذلك، قد تكون هناك عوامل تنموية تؤثر بشكل مختلف على الفروق بين الجنسين في اضطراب العناد المتحدي وجدت مراجعة (Boylan, Vaillancourt, Boyle, & Szatmari, 2007) زيادة معدلات اضطراب العناد المتحدي للفتيات في سن المراهقة، يبدو أن الاختلاف في معدلات الانتشار بين الأولاد والبنات كبير (ولكنه أقل من الاضطرابات السلوكية الأخرى) في مرحلة الطفولة ويتضاءل بمرور الوقت.[1]

4- العوامل المسببة للعناد المتحدي

بشكل عام، فإن اضطراب العناد المتحدي ما يقرب من 50٪ وراثي و 50٪ بيئي، ومع ذلك فإن التأثيرات الجينية والبيئية على المشاكل الخارجية تختلف باختلاف خصائص الطفل يكون التوريث والتأثيرات الوراثية أعلى، أو أقوى، للأطفال الذين يعانون من صفات غير عاطفية أو مرضية شديدة الصلابة وللأطفال الذين يعانون من مشاكل السلوك في مرحلة الطفولة.(أنظر الشكل رقم 2)

4-1- الجينات

يبدو أن المخاطر الجينية المحددة تشمل الجينات التي تؤثر على النقل العصبي لهرمون السيروتونين والدوبامين أو الجينات التي تؤثر على توافر تلك الناقلات العصبية، يمكن أن تؤدي هذه الأنماط الجينية إلى أنواع مزاجية صعبة، بما في ذلك الانفعال السلبي العالي أو الاندفاع

[1] Burke & Romano- Verthelyi .Op.Cit, p23.

العالي، في الواقع، ركز معظم العمل الذي تم إجراؤه على المخاطر الوراثية لاضطراب العناد المتحدي أو مشاكل خارجية ذات صلة على الجينات عن طريق التفاعلات البيئية، أو التفاعل، أي أن البحث ركز بشكل عام على كيفية تفاعل الأنماط الجينية ومزاج الطفل مع التأثيرات البيئية لزيادة خطر الإصابة باضطراب العناد المتحدي ومشاكل السلوك ذات الصلة، كان المورث الأكثر انتشارا من خلال اكتشاف التفاعل البيئي هو التفاعل بين تعدد أشكال MAOA وسوء معاملة الأطفال، يبدو أن الجينات ذات نشاط MAOA المنخفض (الذي يؤثر على مستويات السيروتونين والدوبامين والنورإبينفرين) تؤدي إلى مشاكل سلوك لدى الذكور، خاصة أولئك المعرضين لسوء المعاملة في مرحلة الطفولة.[1]

بالإضافة إلى ذلك، ارتبط أليل HTT-LPR5 القصير بالعناد المتحدي في وجود اللوم الذاتي المتعلق بالنزاع الأبوي، علاوة على ذلك، ارتبط علم الأمراض النفسي للوالدين مثل الإجرام بمشاكل السلوك لدى الأطفال، ولكن فقط لأولئك الذين يعانون من خطر الدوبامين؛ أي أن DRD4 مرتبط بـ اضطراب العناد المتحدي في العائلات التي لديها تاريخ من اضطراب العناد المتحدي، كما ارتبط DRD4 أيضا باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والبحث عن الإحساس.

لذلك من المحتمل أن تكون التأثيرات الجينية على مشاكل سلوك الطفل معقدة وتتفاعل مع التأثيرات البيئية، علاوة على ذلك، من المحتمل أن تكون هذه التأثيرات على الأقل خاصة بالأطفال إلى حد ما، وتعمل من خلال سمات طفل معينة، لا سيما العاطفة السلبية والبحث عن الأحاسيس.[2]

---

[1] Martel, M.M. The clinician's guide to oppositional defiant disorder (symptoms, assessment, and treatment). USA: Academic press. 2019, p20.

[2] Martel. Op.Cit, p20.

4-2- التأثيرات البيئية

أجريت غالبية الأعمال المتعلقة بالعوامل المسببة للعناد المتحدي ومشاكل خارجية أخرى على التأثيرات البيئية، الإجهاد ،على نطاق واسع، يرتبط بالتطور اللاحق للمشاكل الخارجية والعناد المتحدي على وجه الخصوص، بدءا من فترة ما قبل الولادة، يبدو أن الإجهاد قبل الولادة، وانخفاض الوزن عند الولادة والمضاعفات، وإساءة استخدام المواد مثل الكحول أثناء الحمل يزيد من خطر حدوث مشاكل خارجية للأطفال، يبدو أن مثل هذه الضغوطات والتعرضات السابقة للولادة هي على الأقل وكيل جزئي لنمط حياة الوالدين والمخاطر الجينية للمشاكل الخارجية، والجدير بالذكر أن الارتباط بين المخاطر البيئية والنتائج السلوكية يتقلص إلى النصف على الأقل عندما يتم التحكم في الارتباطات الجينية.

وبالمثل، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي ومشاكل خارجية عادة ما يتعرضون لممارسات الأبوة القاسية مثل الضرب، بالإضافة إلى إكراه الوالدين، يرتبط انخفاض الدفء الأبوي بزيادة مخاطر التعرض لمشاكل السلوك، يرتبط ضعف المراقبة الأبوية لأنشطة الأطفال بمشاكل السلوك، العنف المنزلي والخلاف بين الوالدين، بما في ذلك الطلاق، وكذلك قلة تواجد الوالدين في المنزل مرتبطان بمشاكل السلوك، أخيرا، تزيد الإساءة والضغوط المزمنة مثل البطالة والوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض من مخاطر مشاكل الطفولة الخارجية، بشكل عام، يبدو أن التربية القاسية، وضعف المراقبة، والخلاف والتوتر في المنزل تزيد من مخاطر مشاكل سلوك الطفل.[1]

[1] Martel. Op.Cit, p21.

العوامل النظيرة والثقافية مهمة أيضا في ظهور الاضطرابات الخارجية، تترك تجربة التنمر و/أو رفض الأقران بعض الشباب أكثر عرضة لمشاكل السلوك، يرتبط الانتماء مع أقران منحرفين بمشاكل سلوك الأطفال، أخيرا، من الثابت جيدا أن التعرض لوسائل الإعلام العنيفة يزيد من احتمالية السلوكيات العنيفة لدى الشباب لذلك، يبدو أن المشاكل مع الأقران، والارتباط مع أقران منحرفين، والتعرض لوسائل الإعلام العنيفة تزيد من مخاطر حدوث مشاكل السلوك لدى الشباب.

يرتبط العيش في الأحياء الفقيرة والمحرومة بمشاكل السلوك لدى الأطفال، وبالمثل فإن بطالة الوالدين، وفقر الأسرة / الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، والعنف في الحي تزيد من احتمالية تعرض الطفل لمشاكل السلوك، على وجه الخصوص، يبدو أن الترابط الاجتماعي المنخفض بين الجيران في الأحياء عالية الجريمة يزيد من مخاطر مشاكل السلوك، يمكن أن تكون التفاعلات بين جميع عوامل الخطر هذه مهمة أيضا، على وجه التحديد، يمكن للعوامل الأبوية أن تتفاعل مع المزيد من خصائص الجوار العالمية.[1]

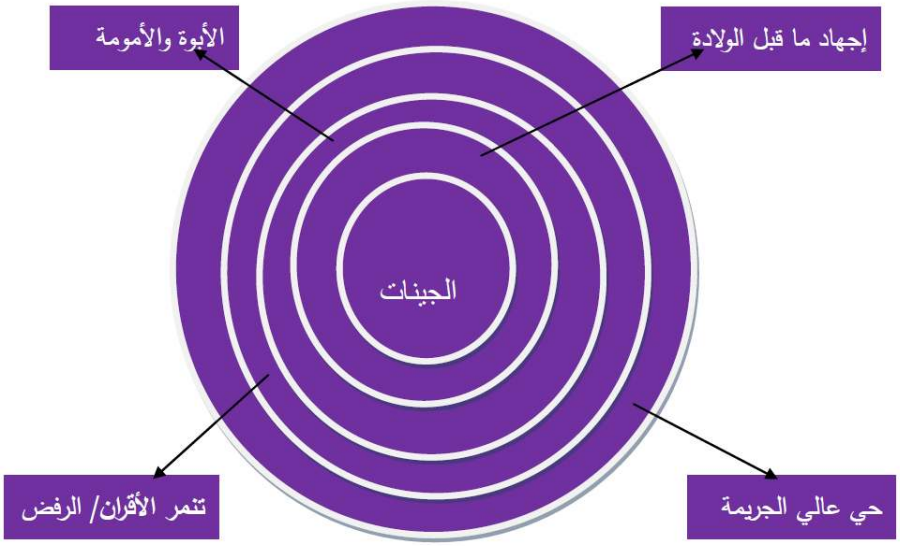
ويضيف الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس إلى أنه في الأطفال والمراهقين، يكون اضطراب العناد المتحدي أكثر انتشارا في العائلات التي تتعطل فيها رعاية الأطفال بسبب تعاقب مقدمي الرعاية المختلفين أو في الأسر التي تكون فيها ممارسات تربية الأطفال قاسية أو غير متسقة أو مهملة.[2]

---

[1] Martel. Op.Cit, p21.

[2] American psychiatric association,DSM5. Op.Cit, p947.

وهذا ما تؤكده دراسة (Lin, et al, 2016)[1] التي حققت في العلاقة بين سوء معاملة الأطفال الصينيين (الإهمال العاطفي- الإساءة الجسدية- الإساءة العاطفية) واضطراب العناد المتحدي، على عينة 256 طفلا وآبائهم، وخلصت الدراسة من خلال الاستبيانات إلى وجود ارتباط بين المتغيرات الثلاثة واضطراب العناد المتحدي، والنتائج التي تم الحصول عليها تسلط الضوء على الحاجة الملحة لمنع إساءة معاملة الأطفال وتعزيز أسلوب الأبوة الإيجابية أكثر في الأسر التي لديها أطفال مصابين باضطراب العناد المتحدي.



الشكل رقم (2): عوامل الخطر المتداخلة في مشاكل السلوك.[2]

[1] Lin, X., Li, L., Chi, P., Wang, Z., Heath, M. A., Du, H. Child maltreatment and interpersonal relationship among chinese children with oppositional defiant disorder. Child abuse and neglect ,2016, 51, 192-202.

[2] Martel. Op.Cit, p22.

5- العلاقة بين العناد المتحدي واضطراب المسلك

إن المدى الذي يجب أن يتم فيه اعتبار اضطراب العناد المتحدي واضطراب السلوك منفصلين أو كاضطراب منفرد هو موضوع فيه بعض الجدل، ينعكس هذا في أنظمة التصنيف الحالية: في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV، يمكن أن يشمل تشخيص اضطراب السلوك جميع ميزات اضطراب العناد المتحدي ويتم التعامل معه على أنه مقدمة لاضطراب السلوك.

في الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض CIM10، يعتقد أن اضطراب العناد المتحدي هو شكل أكثر اعتدالا من اضطراب السلوك، لذلك يعتبر الاثنان فئة فريدة، كما هو الحال في بعض الأحيان في الدراسات البحثية التجريبية.

ومع ذلك، في حين تم العثور على اضطراب العناد المتحدي واضطراب السلوك بمستويات عالية من الاعتلال المشترك، فإن غالبية الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب العناد المتحدي لا يستمرون في تطوير اضطراب السلوك، ويمكن تمييز هذين الاضطرابين من خلال مجموعة من الارتباطات المختلفة.[1]

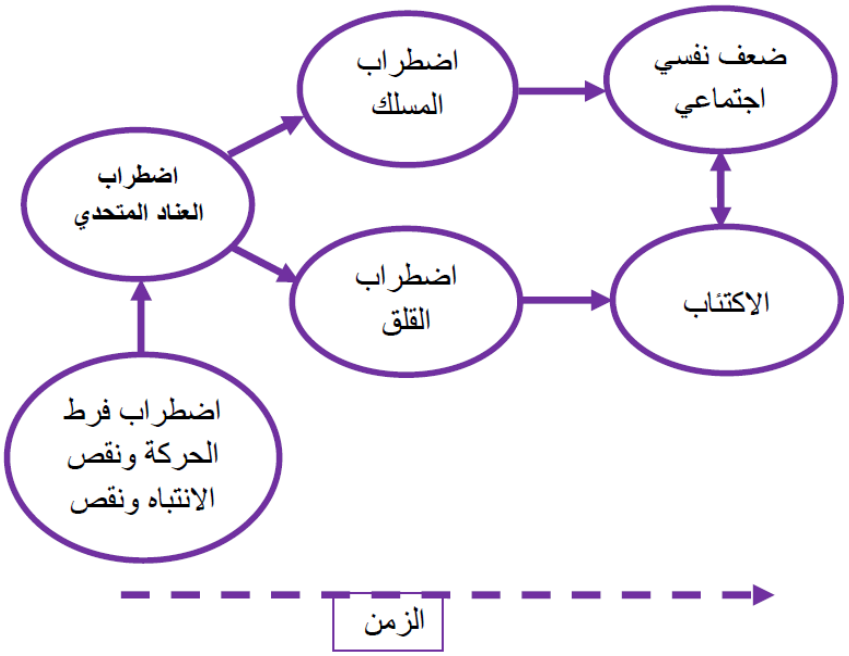
[1] Quy, K., & Stringaris. A. Oppositional defiant disorder. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012, pp2-3.

6- العلاقة بين العناد المتحدي واضطرابات أخرى

اضطراب العناد المتحدي هو مرض مشترك بشكل مميز، من حيث أنه يحدث مع أو قبل مجموعة واسعة من الاضطرابات الأخرى بما في ذلك اضطرابات القلق والاكتئاب (الفتيات)، واضطراب السلوك واضطرابات تعاطي المخدرات، غالبا ما يصاب الأطفال المصابون باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) باضطراب العناد المتحدي، يوضح الشكل رقم (3) مجموعة واسعة من الارتباطات بين اضطراب العناد المتحدي واضطرابات أخرى.

تم العثور على اضطراب العناد المتحدي باستمرار للتنبؤ بالاكتئاب اللاحق، اللافت للنظر هو أن كوبلاند وآخرون (2009) وجدوا أن اضطراب العناد المتحدي في الطفولة تنبأ بالاكتئاب لدى الشباب، غالبا ما يسبق الاكتئاب واضطرابات القلق لدى المراهقين اضطراب العناد المتحدي، ولكن ليس اضطراب المسلك، العلاقة بين اضطراب العناد المتحدي والمشاكل العاطفية محيرة بشكل خاص، فقد تم اقتراح أن الجوانب العاطفية لاضطراب العناد المتحدي هي التي تتنبأ بالاضطرابات العاطفية مثل القلق والاكتئاب.[1]

[1] Ibid, p3.



الشكل رقم (3): العلاقة بين العناد المتحدي والاضطرابات الأخرى.[1]

7- تقدير اضطراب العناد المتحدي

تظل أفضل طريقة لتشخيص اضطراب العناد المتحدي هو إجراء مقابلة سريرية دقيقة، يجب على الأطباء الحصول على تقارير من أكبر عدد ممكن من المخبرين، مع الاعتراف بأن اختلاف وجهات النظر سيؤدي إلى تقارير غير متسقة، يجب على الأطباء حل التقارير غير المتسقة من خلال دمج المعلومات عبر المخبرين، بدلا من طلب وجود جميع المعايير من قبل أحد المخبرين أو عن طريق خصم الأعراض المحددة على أنها موجودة إذا لم يتم الإبلاغ عنها من قبل شخص آخر.

[1] Quy & Stringaris. Op.Cit, p4.

سواء باستخدام مقابلة إكلينيكية منظمة أو غير منظمة، يجب أن يتأكد الأطباء من أن جميع الأعراض مستفسرة، ولا سيما التأكد من الحصول على معلومات كافية لتقييم ما إذا كان كلا من أبعاد السلوك المعارض والمتحدي والتهيج المزمن موجودا، توفر قوائم مراجعة الأعراض معلومات مفيدة حول وجود أو عدم وجود الأعراض وقد تكون إضافات قيمة للمقابلة السريرية. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يهتم الأطباء بمراجعة العناصر المحددة التي يتم الاستعلام عنها في مقياس معين من أجل التأكد من أنهم يقيمون بعناية الأعراض الفعلية لاضطراب العناد المتحدي.[1]

من الممكن تقييم مشاكل المعارضة لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات، تتوفر مجموعة واسعة من الأدوات لقياس أعراض اضطراب العناد المتحدي وللمساعدة في عملية التشخيص والمراقبة، يجب أن يضع الأطباء دائما في الاعتبار أن التشخيص يعتمد على حكمهم وتكامل المعلومات التي تم جمعها من خلال المقابلات والفحص السريري والمقاييس والوسائل الأخرى.

تتضمن المبادئ المفيدة لتقييم الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي ما يلي:

أ- محاولة الحصول على معلومات من أكبر عدد ممكن من المصادر (الوالد، الطفل، المعلم).

ب- تقييم المشاكل النفسية المرضية، وخاصة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

ج- تقييم عوامل الخطر الأخرى على مستوى الأسرة والمدرسة والحي، غالبا ما يأتي الأطفال الذين يعانون من مشاكل السلوك التخريبي من خلفيات محرومة، من المهم تحديد العوامل (مثل التنمر أو انحراف الأقران) التي تحافظ على السلوكيات المعارضة أو تزيدها، الأمر نفسه ينطبق على الأداء

[1] Burke and Romano- Verthelyi. Op.Cit, p41.

في المدرسة: قد يكون الطفل الذي يعاني من صعوبات في القراءة أو فرط النشاط أكثر عرضة لإظهار سلوكيات معارضة في المدرسة.[1]

8- علاج اضطراب العناد المتحدي

نذكر بعض العلاجات المتاحة لاضطراب العناد المتحدي:

8-1- العلاج الدوائي

البحث الدوائي المخصص حصريا لعلاج اضطراب العناد المتحدي محدود للغاية، يصعب دراسة هذه التدخلات بسبب الأعراض الأساسية التي غالبا ما يتم الخلط بينها وبين تلك الخاصة باضطراب السلوك، وبالتالي فإن العديد من الدراسات الدوائية تفحص أعراض اضطراب العناد المتحدي / اضطراب المسلك للعدوانية وعدم التنظيم العاطفي، مما يؤدي إلى انهيار التشخيصات المنفصلة للتركيز بدلا من ذلك على أعراض محددة ومضطربة، السبب الثاني لندرة الأدب المرتبط بارتفاع الاعتلال المشترك Comorbidity لاضطراب العناد المتحدي مع حالات أخرى مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أو القلق واضطرابات المزاج (AMD)، على الرغم من أن العديد من الأدوية المستخدمة لعلاج هذه الحالات المرضية المشتركة قد تساعد أيضا في تخفيف الأعراض الخارجية لاضطراب العناد المتحدي، إلا أن الأدلة والآليات البيولوجية لتحسين السلوكيات المعارضة لا تزال غير واضحة.[2]

---

[1] Quy and Stringaris. Op.Cit, pp6-7.

[2] Curtis, D. F., et al. Oppositional Defiant Disorder. In Kapalka, G. M., Disruptive Disorders and Behaviors: A Concise Guide to Psychological, Pharmacological and Integrative Treatments (pp. 99-119). New York: Routledge. 2015, p103.

نظرا لأن القليل من الدراسات مكرسة للعلاجات الدوائية لاضطراب العناد المتحدي وتوجد أدلة قوية لدعم التدخل النفسي والاجتماعي، تؤكد معايير الممارسة السريرية التي وضعتها الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين (AACAP) على أن "الأدوية المخصصة للشباب الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي "مساعد، ملطف، وغير علاجي" و"لا ينبغي أن يكون التدخل الوحيد في اضطراب العناد المتحدي" وبالمثل، فإن بيانات الإجماع الدولي حول اضطراب العناد المتحدي توصي بأن تكون الإدارة الدوائية لاضطراب العناد المتحدي في حالة عدم وجود اعتلال نفسي متزامن حذرا ومقتصرا على المرضى الذين (1) لم يستفيدوا أولا من التدخلات النفسية والاجتماعية، أو (2) أظهروا مستويات شديدة من العدوانية أو السلوكيات المدمرة.[1]

8-2- العلاج النفسي

أ- برامج تدريب الوالدين

يعد تدريب الوالدين على الإدارة على أساس مبادئ نظرية التعلم الاجتماعي سمة أساسية من سمات العلاج في اضطراب العناد المتحدي، تم تضمين أنماط التفاعل بين الوالدين والطفل الإشكالية في تطوير وصيانة السلوك المعارض، ومبادئ التعلم الاجتماعي خاصة فيما يتعلق بالتكييف الفعال (دور التعزيز / النتائج في تغيير السلوك)، وقد وجد أنها مفيدة في تعديل السلوك في كل من الوالدين والأطفال، يقوم تدريب إدارة الوالدين بتعليم الآباء تحديد السلوك الاجتماعي

[1] Curtis et al. Op.Cit, p103.

والمشكلة وتطبيق أساليب العقاب والتعزيز المصممة لزيادة تواتر السلوكيات المرغوبة وتقليل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها.[1]

تم العثور على العديد من البرامج القائمة على نظرية التعلم الاجتماعي وهي:

1- علاج التفاعل بين الوالدين والطفل (PCIT) Parent-Child Interaction Therapy

2- مساعدة الطفل غير الممتثل (HNC) Helping the Noncompliant Child

3- سنوات لا تصدق ل (Webster-Stratton, 1981) The Incredible Years

4- برنامج الأبوة الإيجابية الثلاثي The Triple P-Positive Parenting Programme

5- نموذج ولاية أوريغون للتدريب على إدارة الوالدين (PMTO) Parent Management Training Oregon Model.[2]

ب- العلاج الفردي - إدارة الغضب

تشير الأدلة الموجودة إلى أن التدريب على إدارة الغضب القائم على العلاج السلوكي المعرفي قد يكون مفيدا بشكل خاص في علاج الغضب يستخدم هذا التدريب نهج مهارات المواجهة الذي يتضمن تدخلات تلقيح الإجهاد التي تتكون من ثلاثة عناصر: الإعداد المعرفي، واكتساب المهارات، والتدريب على التطبيق.

---

[1] Quy and Stringaris. Op.Cit, pp8-9.

[2] Curtis et al. Op.Cit, p106.

– في المرحلة الأولى: الإعداد المعرفي، يعمل المدرب على إقامة علاقة مع المريض، يتم تدريب المريض على إعادة تصور الضغوطات كمشاكل يمكن تعديلها والتي يمكن إدارتها باستخدام استراتيجيات المواجهة.

– في المرحلة الثانية: اكتساب المهارات، يتم تعليم المريض استراتيجيات تأقلم محددة، مثل التنظيم الذاتي العاطفي، والقبول، وحل المشكلات، وإجراءات تحويل الانتباه؛ الأنظمة التي يمكن تطبيقها على مشاكل معينة يعاني منها المريض وعائلته.

– في المرحلة النهائية: يتم تعليم المريض تطبيق هذه الاستراتيجيات في الممارسة العملية، يتم إدخال الضغوطات تدريجيا (باستخدام تقنيات لعب الأدوار على سبيل المثال)، حتى يتمكن المريض من استخدام مهارات التأقلم في مواقف الحياة الواقعية.[1]

ج– التدريب على مهارات حل المشكلات (PSST)

يستخدم إعادة الهيكلة المعرفية ومهارات حل المشكلات (على سبيل المثال، تحديد المشكلة، وتوليد الحلول، وتقييم الحلول، وتكوين وجهات النظر) لمساعدة الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي في التعامل مع الصعوبات الشخصية، تم تصميم العلاج للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سبعة إلى ثلاثة عشر عاما، ويتكون من 12 أسبوعا من جلسات العلاج الفردية للأطفال التي تستمر من 30 إلى 50 دقيقة، يستخدم المعالج تمارين تفاعلية وألعاب ونمذجة ولعب أدوار لسيناريوهات مختلفة غالبا ما يواجهها الطفل، يستخدم المعالج نظام اقتصاد رمزي مع تكلفة الاستجابة، تركز الجلسات الأولية على مشاركة الطفل، ولكن يتم إشراك الوالدين بشكل أكثر نشاطا

[1] Quy and Stringaris. Op.Cit, p11.

في الجلسات اللاحقة من أجل ممارسة السيناريوهات اليومية الصعبة ومساعدة الطفل في تعميم المهارات لاستخدامها في المنزل.[1]

ملخص الفصل

اضطراب العناد المتحدي هو اضطراب يظهر عادة مبكرا ويستمر غالبا بمرور الوقت، عندما يكون موجودا في مرحلة الطفولة، فإنه يرتبط بإجهاد الوالدين والطلاق ويتأثر بالسلوكيات الأبوية السيئة ويؤثر عليها، على الرغم من أن الأولاد أكثر عرضة قليلا من الفتيات لإظهار اضطراب العناد المتحدي في مرحلة الطفولة، إلا أن الفروق بين الجنسين في معدلات الانتشار تضيق خلال فترة المراهقة والبلوغ، بالإضافة إلى ارتباطه بالاضطرابات السلوكية، فإن اضطراب العناد المتحدي ينبئ أيضا بالقلق والاكتئاب والانتحار، يبدو أن علاقته بالاضطرابات العاطفية ترجع إلى مستويات التهيج المزمن، من الأفضل إجراء التقييم السريري باستخدام مخبرين متعددين، بما في ذلك مقابلة تشخيصية وقائمة مراجعة للأعراض، وهناك العديد من العلاجات الراسخة لسلوكيات اضطراب العناد المتحدي في الطفولة.

[1] Curtis et al. Op.Cit, p109.

الفصل الرابع

العلاج النفسي التكاملي

تمهيد

في الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي، معظم المعالجون النفسيون التحليليون والسلوكيون والإنسانيون كانت لهم قناعة أن توجههم النظري يمثل نهجا لا جدال فيه لفهم المشكلات النفسية ومعالجتها وأنه لا يمكن تعلم أي شيء من أنظمة العلاج النفسي الأخرى، ومع ذلك، في الأربعة عقود الماضية، تم استبدال مواقف الرضا والعقيدة هذه بتقييم أكثر انفتاحا لمدارس العلاج الأخرى، مما أدى إلى حركة فعلية بدأت في الثمانينيات، وقد تعزز هذا التحرك نحو التقارب والتكامل من خلال عدم قدرة كل من هذه التوجهات على تفسير تعقيد الأداء البشري، والفعالية المحدودة للعلاج الخاص بكل منهم، على الرغم من أن تكامل العلاج النفسي لا يزال يواجه مشكلات لم يتم حلها وأسئلة لم تتم الإجابة عليها، فقد أدت هذه الحركة إلى تحقيق إنجازات مهمة، مثل محاولات التوليف النظري، وتطوير العلاجات الانتقائية، وتحديد الأساليب التكاملية لمشاكل سريرية معينة، كما سهلت البحث عن التقارب المفاهيمي والسريري وكذلك تحسين كل اتجاه من خلال اعتماد مساهمات من مناهج أخرى.

1- تعريف العلاج النفسي التكاملي

هناك تعريفات مختلفة للعلاج النفسي التكاملي، نظر هولاندرز (Hollanders,2001)[1] إلى العلاج النفسي التكاملي على أنه "عملية الجمع بين الأشياء، مع تضمينها في صنع شيء كامل وجديد".

واعتبر نوركرس (Norcross, 2005)[2] التكامل بأنه "مزج التوجهات النظرية المتنوعة وأشكال العلاج" .

بينما يرى باشيلارت (Bachelart, 2017)[3] بأنه تجميع عناصر مختلفة، سواء كانت نظرية أو عملية، بهدف تكوين كل أصلي وعملي يهدف بشكل أكثر دقة إلى تكوين ممارسة تقييمية وعلاجية أكثر كفاءة للمريض، الهدف هو تجاوز تنفيذ ممارسة واحدة، عندما لا تحقق الأخيرة الهدف المحدد مسبقا أو تحقق جزئيا فقط.

---

[1] Hollanders, H. P. Eclecticism/integration. In Palmer, S., & Woolfe, R. (Eds.), Integrative and eclectic counselling and psychotherapy (pp. 31-55). London: Sage.2001, p32.

[2] Norcross, J. C. A primer on psychotherapy integration. In Norcross, J.C. & Goldfried, M. R (Eds), Handbook of psychotherapy integration (pp. 3-23), New York: Oxford University Press. 2005, p11.

[3] Bachelart, M. L'approche intégrative en psychothérapie entre tentative de déradicalisation des thérapeutes et invitation à la rencontre. Médecine & Hygiène,. 37, 2017a, 171-181, p171.

أما ستريكر (Stricker, 1994)[1] قدم تعريفا تفصيليا، يرى بأنه يشير إلى نهج العوامل المشتركة لفهم العلاج النفسي، إلى التكامل الاستيعابي (مجموعة من العلاجات المستمدة من مناهج مختلفة ولكن تسترشد بفهم نظري موحد)، أو التكامل النظري (محاولة لفهم المريض من خلال تطوير إطار نظري فائق التنسيق يستمد من مجموعة متنوعة من الأطر المختلفة)، على عكس العلاج النفسي الانتقائي، فإنه يقوم على الفهم النظري، إنه يعترف بالدور المركزي للعلاقة العلاجية وقيمة التقنيات المستمدة من الأساليب المتباينة، نظرا لأنه يتجاوز حدود أي نهج علاجي وحيد الشكل، فإنه يعد بأن يصبح العملية المحددة (وليس المدرسة) للأجيال القادمة من المعالجين النفسيين.

2- الجذور المبكرة للعلاج النفسي التكاملي

يمكن القول أن النماذج الثلاثة الأولى لفرويد وأدلر ويونغ كانت تكاملية في الروح، كانوا جميعا، بدرجات مختلفة، يعتمدون على أو يتفاعلون أو يوسعون النظريات والتقنيات من مصادر متنوعة في الفلسفة وعلم النفس والطب، إلى نهج متماسك يقدم للمطورين أفضل معنى توضيحي لأسباب وعلاجات المرض النفسي.

بنى فرويد على مساهمات سابقة مثل تلك التي قدمها Messmer و Puys eger و Charcot و Janet، ودمج ذلك مع دراسته الخاصة وخبرته السريرية في الطب واهتماماته في الثقافة والتطور، وأثر في تطوير نظرية كل من أدلر Adler ويونغ Jung.

[1] Striker, G. Reflections on Psychotherapy Integration. Clinical Psychology: Science and Practice, 1(1), 1994, 3–12, p3.

تحدت الافتراضات الناشئة لفرويد ومعاصريه مفاهيم السلوك البشري في أيامهم، بمرور الوقت، أصبحت الاختلافات حتى بين مجموعة فيينا كبيرة لدرجة أنه حدثت سلسلة من الانقسامات، حيث انفصل أدلر ثم يونغ عن فرويد، حيث قام الثلاثة بتقديم نماذجهم من خلال تعزيز مناهجهم وتحدي الآخرين، هذا النمط من العلم النامي، الذي حدده كون (Kuhn, 1973)، كرر نفسه عدة مرات في تاريخ العلاج النفسي الذي يزيد عن 100 عام، في ما وصفه سالتزمان ونوركروس Saltzman and Norcross بالحروب العلاجية، حيث تبذل الجهود لإثبات ذلك مرة واحدة وإلى الأبد، صحة نموذج معين (وعدم صحة نموذج آخر).[1]

ويشير آيفي (Ivey, 1980)[2] إلى أن تاريخ تكامل العلاج النفسي شهد عدة نقاط تحول حتى الآن، بدءا من فترات صعود نموذج معين والاستجابات المحافظة والإبداعية له، تم تحدي التحليل النفسي، الذي تأسس من أسس الفلسفة والعلوم والطب في القرن التاسع عشر، من قبل أدلر Adler ويونغ Jung وآخرين وبدأ فترة من الصعود تم تحديها لاحقا من خلال السلوكية، والتي بدأت في الذروة في الخمسينيات، لقد تحدى صعود السلوكية ليس فقط الابستمولوجيا (نظرية المعرفة) وعلم نفس العقل وايتيولوجيا الصحة (مسببات الصحة) المتضمنة في التحليل النفسي ولكن أيضا النموذج السائد من خلال التشكيك في الفعالية في حياة الناس، وهي قضية مهمة في الأخلاق التطبيقية، جهود تكامل العلاج النفسي، المنصوص عليها عمليا، تجيب على السؤال الأساسي "ما هو العلاج الذي يجب استخدامه، ومتى تستخدمه، ومع من يجب أن تستخدمه؟".

---

[1] Athena A, Drewes., Sue C, Bratton & Charles E, Schaefer. Integrative Play Therapy.INC: John Wiley & Sons. 2011, p5.

[2] Ivey, A. E. Counseling 2000: Time to take charge. The counseling Psychologist, 8(4), 1980, 12–16.

3- الجهود الأولى في العلاج النفسي التكاملي

ربما في ما يمثل واحدة من أولى المحاولات لدمج العلاجات النفسية، ألقى فرنش French خطابا في اجتماع عام 1932 للجمعية الأمريكية للطب النفسي، حيث رسم بعض أوجه التشابه بين التحليل النفسي وتكييف بافلوف، مع الاعتراف بالتناقض الواسع بين هذين النهجين، ناقش فرنش French أوجه التشابه بين مفهوم التحليل النفسي للقمع ومفاهيم بافلوف للانقراض والتثبيط، في محاولة لربط التسامي بمبادئ التعلم، احتج بمبدأ التفاضل (التمايز)، مشيرا إلى أن نوعا من التدريب على التمييز قد حدث على الأرجح للتمييز بين غير المقبول والمظاهر الأكثر قبولا اجتماعيا لدوافع معينة، كما اقترح أن تكيف المريض مع الواقع يمكن تفسيره من حيث التجارب السابقة المشروطة للفرد، تم نشر نص عرض فرنش French في العام التالي، كما قد يتوقع المرء، نتج عن عرضه ردود فعل متباينة للغاية من الجمهور[1].

في امتداد لمحاولات فرنش French، أكد كوبي (Kubie, 1934) أن بعض جوانب تقنية التحليل النفسي نفسها يمكن تفسيرها من حيث المنعكس الشرطي، في إشارة إلى أن بافلوف Pavlov افترض أن بعض الارتباطات قد تكون موجودة خارج وعي الفرد لأنها حدثت في ظل حالة من التثبيط، اقترح كوبي Kubie أن تشجيع الارتباط الحر من جانب المريض، والدور السلبي نسبيا للمعالج، قد يخدم لإزالة شروط التثبيط وبالتالي السماح لمثل هذه الجمعيات اللاواعية بالظهور في الإدراك الواعي[2].

---

[1] Goldfried, M. R. on the history of therapeutic integration. Behavior therapy, 13, 1982, 572-593, p573.

[2] Goldfried. Op.Cit, p573.

بعد ثلاث سنوات، نشر روزينويج (Rosenzweig,1936) ورقة بعنوان "بعض العوامل المشتركة الضمنية في طرق متنوعة للعلاج النفسي" وفي عام 1940 قدم الورقة في مؤتمر مهني استضافته الجمعية الأمريكية للطب النفسي حول القواسم المشتركة بين العلاجات النفسية المختلفة، كان وصفه الأولي للعوامل المشتركة تنبئيا لما سيتم تحديده لاحقا في بحث العوامل المشتركة بعد عدة سنوات، كما اقترح روزينويج (Rosenzweig, 1936) أن "التأثير غير المحدد حتى الآن لشخصية المعالج الجيد" كان أيضا عاملا رئيسيا في العلاج النفسي الناجح، كانت مساهماته كبيرة في تطوير المجال، لكنها لم تكن موثقة جيدا حتى وقت قريب، وتجدر الإشارة إلى أن أحد المقدمين الآخرين كان روجرز Rogers، الذي أشار بعد ذلك بعامين إلى المؤتمر وروزينويج Rosenzweig في كتابه الأول، الاستشارة والعلاج النفسي، وتعاون لاحقا مع روزنزويج Rosenzweig في مساعي أخرى، كانت معظم هذه الجهود المبكرة للتكامل تهدف إلى تجميع الأفكار من التحليل النفسي، وبمرور الوقت تقاربت هذه الجهود إلى ما يمكن أن يصبح اتجاهات نحو نماذج انتقائية ومتكاملة.[1]

في عام 1953، كتب إيزنك (Eysenck)[2] أن " في الواقع، سيظل علم النفس مدينا بعمق لسنوات عديدة إلى العبقري الجريء الذي زرع حياة جديدة في نظام فلسفي وأكاديمي إلى حد ما، ولكن بغض النظر عن تقديرنا لهذه الفرضيات والرؤى، فإن التحليل النفسي كنظام قائم بذاته يدعي

[1] Drewes, A. A., Bratton, S. C., & Schaefer, C. E. Integrative play therapy. INC, Canada: John willey & Sons. 2011, p6.

[2] Eysenck, H. J. Uses and abuses. Baltimore, USA: Penguin Books Inc.1953, p232.

أنه يوفر رؤية علمية للطبيعة البشرية قد مات، على الرغم من أن الجثة المحنطة قد لا تزال معروضة على المؤمنين".

جاءت أهم مساهمة في دمج العلاجات النفسية التي ظهرت في أوائل الستينيات من القرن الماضي مع نشر فرانك (Frank, 1961) الإقناع والشفاء، يتناول هذا الكتاب القواسم المشتركة التي تتقاطع مع محاولات مختلفة للتأثير الشخصي، اقترح فرانك Frank أن العلاج النفسي يعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى الأفراد عن أنفسهم والآخرين، ومع ذلك، فإن العلاج النفسي لم يكن الطريقة الوحيدة للتأثير على الناس.[1]

في واحدة من الأوراق الأخيرة التي نشرت قبل وفاته، اقترح ألكسندر (Alexander, 1963)[2]، أن العلاج التحليلي النفسي يمكن أن يفهم بشكل مفيد من حيث نظرية التعلم، على أساس تحليل التسجيلات الشريطية لجلسات العلاج التحليلي النفسي، توصل ألكسندر Alexander إلى استنتاج مفاده أن العديد من التغييرات التي حدثت علاجيا "يمكن فهمها بشكل أفضل من منظور نظرية التعلم، يمكن التعرف بوضوح على مبدأ الثواب والعقاب وأيضا تأثير التجارب المتكررة، يتم تعريف التعلم على أنه تغيير ناتج عن الخبرات السابقة".

كما أشار ألكسندر (Alexander, 1963)[3] إلى أنه "يبدو أن نظرية التعلم في الوقت الحاضر هي الإطار الأكثر إرضاءا لتقييم بيانات الرصد ولإصدار تعميمات صحيحة، نظرا لأنه يحدث باستمرار في مراحل معينة من تطور الفكر في جميع مجالات العلوم، تندمج مناهج مستقلة

---

[1] Goldfried. Op.Cit, p576.

[2] Alexander, Frans. The dynamics of psychotherapy in light of learning theory. American Journal of Psychiatry, 1963, 120, 440-448, p446.

[3] Ibid, p448.

مختلفة وتتكامل مع بعضها البعض، في الوقت الحاضر، نشهد بدايات تكامل واعد بين نظرية التحليل النفسي ونظرية التعلم، مما قد يؤدي إلى تطورات غير متوقعة في نظرية وممارسة العلاج النفسي".

في نفس العام الذي ظهرت فيه ورقة ألكسندر، نشر كارل روجرز (Rogers, 1963)[1] مقالا يتناول الوضع الحالي للعلاج النفسي psychotherapy today، وأشار إلى أن العلاج النفسي في الوقت الحاضر في حالة من الفوضى، ومع ذلك، فهي ليست فوضى لا معنى لها، ولكنها محيط من الارتباك، يعج بالحياة، ويولد أفكارا ومقاربات وإجراءات ونظريات حيوية جديدة بمعدل سريع بشكل لا يصدق، ومن ثم فإن الوقت الحاضر هو فترة يتم فيها استخدام أكثر الطرق تنوعا، ويتم فيها تقديم التفسيرات الأكثر تباينا لحدث واحد، هذا الموقف يجعل من الحتمي تطوير موقف جديد لتقصي الحقائق (تقييم أكثر موضوعية لأنواع مختلفة من التغيير في الشخصية والسلوك، وفهم أكثر تجريبية للظروف الذاتية الدقيقة التي تؤدي إلى هذه التغييرات)، فقط على أساس هذه الحقائق يمكن للمعالج في المستقبل أن يختار طريقة العمل الأكثر فعالية في تحقيق أهدافه العميقة وأهداف عميله.

لندن (London, 1964)، في كتاب قصير ولكنه ثاقب بعنوان The Modes and Morals of Psychotherapy، أشار إلى القيود المتأصلة المرتبطة بالتوجهات الديناميكية النفسية والسلوكية.[2]

---

[1] Rogers, C. R. Psychotherapy today or where do we go from here. American journal of psychotherapy, 17, 1963, 5-15, p15.

[2] Goldfried. Op.Cit, p577.

قارن ماركس وجيلدر (Marks and Gelder, 1966)[1] أيضا العلاج السلوكي والإجراءات الديناميكية النفسية، على الرغم من الاعتراف بأنه ربما كانت هناك أرضية مشتركة بين النهجين، أكدا أيضا على بعض الاختلافات، واقترحوا كذلك أنه ينبغي النظر إلى النهجين على أنهما متكاملان ولا يتعارضان، وأنه تتطلب بعض الاضطرابات الأولى والبعض الثانية والأخرى تتطلب نهجا مشتركا، كلاهما يمكن أن يلعب دورا مفيدا في الطب النفسي.

كما أكد وولف (Wolf, 1966)[2] على تكامل نظرية التعلم مع التحليل النفسي بقوله:

"نموذج نظرية التعلم ونموذج التحليل النفسي ليسا بديلين غير متوافقين بأي حال من الأحوال، على العكس من ذلك، فإنهم يقدمون أهم مساهمات بعضهم البعض، ومن المرجح أن يؤدي التكامل متعدد التخصصات للنموذجين إلى فتح رؤى أكثر وضوحا حول نشأة الاضطرابات النفسية وعلاجها، أقر بأن اندماجهم أمر حتمي عاجلا أم آجلا، ولكن قد يختار البعض منا أو الكثير منا مقاومته بحماس، لا يمكن أن يظل التحليل النفسي بعيدا عن العلوم السلوكية لفترة أطول، ولا يمكن لعلم السلوك البشري أن يتجاهل مجموعة المعرفة التي جمعتها مدارس التحليل النفسي الفكرية لفترة أطول".

تم تقديم مفهوم "الانتقائية التقنية" في عام 1967 من قبل لازاروس (Lazarus)[1]، الذي أكد أن الانتقائية التقنية يمكن أن تثري نطاق الفعالية العلاجية للممارس دون انتهاك ولائه للنظام

---

[1] Marks, I.M., & Gelder, M. J. Common ground between behavior therapy and psychodynamic methods. British Journal. Medical Psychology, 39, 1966, 11-23, p21.

[2] Wolf, E. Learning theory and psychoanalysis. British Journal of Medical Psychology, 39(1),1966, 1-10, p9.

النظري الذي يلبي احتياجاته الذاتية على أفضل وجه، وجهة النظر المؤيدة هي أن الكفاءة العلاجية تعتمد على مجموعة من التقنيات الفعالة بدلا من مجموعة النظريات المعقولة.

ظهر في نفس العام مقالا بقلم باترسون (Patterson, 1967)[2] الذي خلص إلى أن فحص المدارس أو مناهج العلاج النفسي المختلفة يشير إلى وجود اختلافات في الفلسفة، وفي عملية العلاج النفسي، وفي الأهداف التي يبدو أنها لا يمكن التوفيق بينها، ومع ذلك، هناك بعض القواسم المشتركة الأساسية، تساهم هذه القواسم المشتركة في العلاقة بين المعالج والعميل والتي يتم تقاسمها إلى حد ما على الأقل، من قبل جميع المعالجين أو المدارس، ربما ليس من المستغرب أن تكون خصائص هذه العلاقة هي خصائص كل العلاقات الإنسانية الجيدة، لكنها تنطوي أيضا على ما يعرف عموما بتأثير الدواء الوهمي، ويخلص إلى أن هذه العلاقة هي العلاج النوعي للاضطرابات النفسية، وتشمل الشروط الضرورية والكافية للعلاج النفسي.

وأيضا ورقة كتبها وايتهاوس (Whitehouse, 1967) في أدب إعادة التأهيل حيث ناقش المبادئ العامة الكامنة وراء مجموعة واسعة من التدخلات العلاجية، واستجابة للمطالب العملية للقيام بعمل سريري فعلي، جادل برادي (Brady, 1968) بأن الأساليب السلوكية والديناميكية النفسية ليست بالضرورة متناقضة في طبيعتها، ولكن يمكن استخدامها مع حالات معينة، وصف علاج ما قبل النشوة الجنسية لامرأة عانت من القلق المرتبط بالأنشطة الجنسية، حيث تم تحقيق

---

[1] Lazarus, A. A. In support of technical eclecticism, Psychological Reports, 21, 1967, 415- 416, p416.

[2] Patterson, C.H. Divergence and convergence in psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 21, 1967, 4-17, p16.

العلاج الناجح عن طريق إزالة التحسس المنتظم والعلاج النفسي الديناميكي قصير المدى الذي يركز على علاقتها بزوجها، في مقال يقدم أساسا منطقيا لـ "العلاج النفسي السلوكي"، أكد وودي (Woody, 1968) أن تكامل العلاج السلوكي والعلاج النفسي الديناميكي مناسبين بشكل خاص للحالات التي لا تستجيب للعلاج.[1]

وصف ليفينثات (Leventhat,1968)[2] بالمثل حالة لامرأة تعاني من القلق بشأن النشاط الجنسي والتي عولجت بنجاح من خلال تدخل علاجي سلوكي وتقليدي مشترك.

في مقال نظري يبحث في أوجه التشابه بين العلاج التحليلي والسلوكي والمركز على العميل، أكد سلوان (Sloane, 1969)[3] أنه تبين أن لها أوجه تشابه أكثر من الاختلافات، وأن أكبر عائق أمام تكامل العلاجات الحالية يكمن في اختلاف الافتراضات النظرية.

في تعليق على ورقة سلوان Sloane ، وافق مارمور (Marmor, 1969) على أن جميع العلاجات تنطوي على بعض تطبيق مبادئ التعلم، إما بشكل مباشر أو عن غير قصد، علاوة على ذلك، خلص مارمور Marmor إلى أن العلاجات السلوكية والديناميكية النفسية من المحتمل أن ينظر إليها على أنها مكملة بطبيعتها، مع عدم تطبيق أي من النموذجين تماما، لجميع الحالات، في تحذيره من التفكيك العشوائي معا أو التقنيات من اتجاهات مختلفة، أكد برامر

---

[1] Goldfried. Op.Cit, p577.

[2] Leventhal, A. M. Use of a behavioral approach within a traditional psychotherapeutic context: A case study, Journal of Abnormal Psychology, 73, 1968, 178-182.

[3] Sloane, R. B. The converging paths of behavior therapy and psychotherapy. American Journal of psychiatry,125, 1969, 877-885, p877.

(Brammer, 1969) أن نوع الانتقائية الذي يحتاجه المجال هو نوع يعتمد على نتائج البحث حول فعالية الإجراءات السريرية المختلفة.[1]

4- العوامل التي أدت لظهور العلاج النفسي التكاملي

ساهمت عدة عوامل في ظهور وتطور العلاج النفسي التكاملي، حسب **كاستونجاي وجولدفريد (Castonguay & Goldfried, 1994)** أنه بالإضافة إلى عوامل مثل الشعبية المتزايدة للعلاجات الموجزة التي تركز على المشكلة، وفرص مراقبة وتعلم أشكال مختلفة من العلاج، ووجود شبكة مهنية للتكامل كان لها تأثير واضح، كانت هناك عوامل أخرى هي:

أ- الاستياء من النماذج النظرية الحالية

تظهر أدلة وافرة أن ما يفعله المعالجون يختلف عما تقول نظريتهم أنه ينبغي عليهم فعله خلافا لمبدأ "اللامركزية"، فقد ثبت أن المعالجين الإنسانيين مثل روجرز يعززون بعض السلوكيات اللفظية لعملائهم ويتجاهلون الآخرين، وبالتالي يطبقون مبادئ التكييف الفعال، كما لاحظ ألكساندر (1963)، كشفت دراسة العلاج التحليلي أيضا عن تناقضات كبيرة بين الأوصاف التقليدية للعملية العلاجية وما يحدث في العلاقة بين العميل والمعالج، ضمن هذه العلاقة، على سبيل المثال، فإن ردود أفعال المعالج بعيدة كل البعد عن التقيد بما يوصف بالتحويل المضاد، علاوة على ذلك، أشارت ملاحظات الممارسة الفعلية للعلاج السلوكي المعرفي إلى أن هذا النوع من العلاج أكثر بكثير من تطبيق المعالج للتقنيات والتزام العميل بالإجراءات الموصوفة، من بين الظواهر التي

[1] Goldfried. Ibid, p578.

لوحظت في الممارسة السريرية ولكن نادرا ما يتم التأكيد عليها في النماذج السلوكية المعرفية، تنفيس العميل، والمشاركة العاطفية، والبصيرة Insight، والتحويل وكذلك التحويل المضاد للمعالج والكشف عن الذات.[1]

ب- التقييم المتواضع لفعالية العلاج

على الرغم من وجود أدلة قوية تشير إلى أن العلاج النفسي يعمل بالفعل، فمن الواضح أنه لا يوجد نهج واحد قادر على توفير علاج فعال لجميع المشاكل المختلفة التي يقدمها العملاء، علاوة على ذلك، في جميع أشكال العلاج، يوجد عدد لا بأس به من العملاء الذين يوقفون العلاج قبل الأوان، مما يشير إلى أن بعض أنواع العلاج النفسي لا تلبي احتياجات بعض الأفراد، كانت الصعوبة المذهلة والتعقيد في العمل السريري، جنبا إلى جنب مع رغبة المعالجين المستمرة في تحسين تدخلاتهم، دافعا رئيسيا لحركة التكامل.[2]

ج- وجود التهديدات الاجتماعية والاقتصادية التي شجعت موقفا من التعاون في تحسين تأثير العلاج النفسي

على مدى العقود الماضية، كانت هناك تهديدات خطيرة لدور العلاج النفسي كخيار صالح ومثالي لعلاج المشاكل النفسية، وقد جاءت ضغوط المساءلة Pressures for accountability من شركات التأمين والهيئات الحكومية، ولا توجد مؤشرات على أن هذه الضغوط ستنخفض مع تنفيذ خطة صحية وطنية، كان من الممكن أن تؤدي مثل هذه التهديدات الاقتصادية والسياسية إلى

[1] Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. Psychotherapy integration: an idea whose time has come. Applied & preventive psychology, 3, 1994, 159-172, p160

[2] Ibid, p160.

زيادة المنافسة والتنافس بين مناهج العلاج النفسي المختلفة، بدلا من ذلك، يبدو أنهم قد ساهموا في البحث عن إجماع فيما يتعلق بالعوامل الأساسية لكل علاج فعال بالإضافة إلى العناصر الفريدة لتوجهات معينة يمكن الإشارة إليها لمشاكل سريرية محددة.[1]

حسب **كاستونجاي وآخرون (Castongay, et al, 2003)**[2]، العاملين الرئيسيين للتكامل هما:

أ- الجودة المذهلة للعديد من نتائج الأبحاث

قد يؤدي إلقاء نظرة خاطفة على أدبيات نتائج العلاج النفسي إلى الشعور بإيجابية كبيرة بشأن قدرة المجال على معالجة المعاناة النفسية للإنسان، وتظهر الأبحاث التي امتدت لسبعة عقود بشكل قاطع أن العلاج النفسي يعمل، بالإضافة إلى ذلك، استوفى عدد كبير من العلاجات المحددة معايير منهجية وسريرية صارمة إلى حد ما، مما سمح بتعريفها على أنها مدعومة تجريبيا.

ومع ذلك، فإن إلقاء نظرة فاحصة على نفس الأدبيات يكشف بوضوح أن العلاج النفسي أبعد ما يكون عن كونه دواء لكل داء، على الرغم من أنه قد ثبت أنه يتفوق على نقص العلاج والتدخلات الوهمية والعلاج الكاذب، إلا أن هناك أيضا أدلة لا لبس فيها على أن بعض العملاء يفشلون في تحقيق التحسن الكامل، وأن آخرين ينهون العلاج قبل الأوان، وأن البعض الآخر يتدهور أثناء العلاج.

---

[1] Castonguay and Goldfried. Op.Cit, p161.

[2] Castongay, L. G., et al. Psychotherapy Integration. In Stricker, G., Widiger, T. A, Handbook of psychology (pp327-345), Inc, Canada: John Wiley & Sons.2003, p329.

ب- أوجه القصور في النماذج النظرية السائدة والأساليب السريرية

إلى جانب نتائج الأبحاث التي تم تلخيصها سابقا، ساهمت الانتقادات السريرية والنظرية التي تم التعبير عنها داخل كل من التوجهات الرئيسية أيضا في الحركة الحالية للمصالحة والتكامل في العلاج النفسي، على النقيض من الحماس (إن لم يكن الغطرسة والرضا) لنهج الفرد الذي ساد حتى الستينيات، شهدت العقود الثلاثة الماضية العديد من المعالجين يشيرون إلى أوجه القصور في نماذجهم المفضلة وأساليب التدخل.[1]

كما حدد **نوركروس ونيومان (Norcross and Newman, 1992)** العديد من الأسباب التي جعلت تكامل العلاج النفسي أكثر شيوعا بين مجموعة من الباحثين والأطباء في العلاج النفسي وهي:

وجود العديد من العلاجات (400+)، أصبح من الصعب معرفة العلاجات التي يجب استخدامها، أشار تنوع العملاء والنتائج المختلطة باستمرار لتطبيق النماذج على جميع الأشخاص الذين يعانون من جميع المشكلات إلى قيود النماذج المحددة بشكل ضيق للغاية في النظرية والتطبيق، لقد حددت الدراسات في النتائج العلاجية بشكل متزايد أن القواسم المشتركة للعلاجات النفسية لها تأثير أكبر على النتائج السريرية من تأثير العناصر الفريدة لنماذج معينة، وجد أنصار نماذج مختلفة جدا أنفسهم يعملون معا لمعالجة الدور الأكبر الذي قام به دافعو الطرف الثالث وصانعو السياسات في تقييم نتائج العلاج النفسي، لقد سمح التدريب السريري والإشراف الموجه

[1] Castongay, et al, Op.Cit, pp330 -334.

بأدلة العلاج، جنبا إلى جنب مع تقنيات التعلم، بطرق متنوعة للوصول إلى جمهور أوسع من المتدربين.[1]

بالإضافة إلى هذه العوامل، اقترح **جولد (Gold, 1993)** أنه مع وجود بعض النماذج التي يبلغ عمرها الآن عدة أجيال، كان هناك تركيز أقل على نقاء النموذج والولاء للمؤسس كما وصفه برامر وشوستروم (Brammer and Shostrom, 1977)، كما هو الحال مع كل جانب تقريبا من جوانب أبحاث العلوم الاجتماعية في هذه الفترة الزمنية، كانت القوى الثقافية للتعددية الثقافية والنسوية والعولمة تشجع على مزيد من الحوار المفتوح حول الاختلافات وإعادة تقييم الافتراضات المجتمعية للعرق والجنس والطبقة والتفاعلات المحتملة في العلاج النفسي.[2]

وكذلك **باتشلارت وآخرون (Bachelart, et al, 2011)**[3] يشيرون إلى أنه قد تكون عدة أسباب ساهمت في التكامل:

أ- الضغوط الاجتماعية والاقتصادية الخارجية (هدف الفعالية)، لا سيما في جانب التأمين، الأمر الذي يتطلب التزامات من أصحاب المصلحة على مستوى كفاءة الأساليب التي يجب إثباتها وتلك الخاصة بأكبر مجموعة ممكنة من المرضى.

---

[1] Drewes et al. Op.Cit, p10.

[2] Ibid, p11.

[3] Bachelart, M., Bioy, A., & Bénony, H. Les courants intégratifs en psychothérapie. Annales Médico- Psychologique, 169, 2011, 485-489, p486.

ب- طلبت بعض جمعيات المرضى أيضا الحصول على معلومات أفضل عن مداخل وعموم الرعاية المقدمة، يمكن أن تلبي الأبحاث التي تركز على العملية هذا التوقع، وكذلك تلك التي تقيم فعالية العلاجات النفسية من خلال اقتراح إحصائيات مقارنة.

ج- الشعبية المتزايدة للعلاجات القصيرة.

د- من جانب الممارسين والباحثين، نجد الملاحظة الأولية أن نوعا واحدا من الرعاية لا يصلح لجميع المرضى أو جميع المشاكل، مما يجبرهم على التفكير مليا في مخططات التوجيه.

وحسب **باتشلارت (Bachelart, 2017)** لم يحدث تكامل الممارسات أو النظريات المختلفة عن طريق الصدفة، وإنما لعدة عوامل:

أ- مقارنة بين العلاجات النفسية

الأسباب التاريخية قد سمحت بظهور هذا التيار، ولا سيما التوسع في عدد المعالجات النفسية، لقد تم اكتشاف خلال الدراسات أنه لا يوجد علاج نفسي على المستوى الإحصائي تمكن أخيرا من تجاوز الآخرين من حيث الفعالية، وفي الوقت نفسه، جمعتهم العوامل المشتركة معا، ربما شجع تطوير المنظمات والشبكات والمجلات المهنية الأطباء والباحثين على الحوار، كما أن جمعيات المرضى، وكذلك شركات التأمين، الأولى من منطلق الاهتمام الأخلاقي والثاني فيما يتعلق بمسائل الربحية الاقتصادية، هي التي دفعت إلى إجراء مناقشات من حيث الممارسات.

ب- التركيز على المبادئ العامة

سمح التكامل بإعادة التركيز على ما يسميه مارفن جولدفريد (Goldfried، 1987)، "المبادئ العامة"، يخبرنا أن هناك طريقتين للنظر في مسألة التكامل، إما من خلال النقاط

المشتركة المختلفة للعلاجات النفسية، أو من خلال تخيل أنها تتناول أجزاء مختلفة من الأداء البشري، بهذا المعنى، يبدو من المهم بالنسبة لنا أن نفكر في تعايشهم، ليس في المشهد العام، ولكن في ذهن الممارس.[1]

ج- تحسين العلاج النفسي

يعتقد أن إحدى الرغبات المعلنة بشكل أو بآخر هي زيادة فعالية العلاج النفسي بفكرة الترتيب الأمثل، إما عن طريق منتج نهائي ناجح، أو عن طريق التكيف المفرط للمعالج مع مريضه، كما يجب التفريق بين تلبية طلبات المرضى وفهم احتياجاتهم الحقيقية، عند الرغبة في الاستجابة للطلبات التي أشار إليها المريض، يخاطر المعالج بعدم معالجة المشكلات الأعمق، حتى لو كان ذلك يعني رؤية الأعراض تختفي، ولكن بعد ذلك يلاحظ عدم الراحة أو المعاناة في المريض، هذا الميل إلى الرغبة في "التخلص من الأعراض" يبدو أنه أصبح شائعا، حيث يزداد عدد الممارسين الجدد للعلاجات النفسية الجديدة، إن الشعور بالفائدة، والتحكم، وحتى القوة، يكون ممتعا للوهلة الأولى ويعطي شعورا لا يمكن إنكاره بالقوة للمعالج المبتدئ، في تدريبهم، في بعض الأحيان سريعا جدا، غالبا ما نفضل الأداة، ونفعلها على التفكير والنظرية وخاصة القواعد النفسية المرضية الصلبة التي تبدو أساسية بالنسبة لنا.[2]

د- التكامل والشعور بالقوة

نعتقد أيضا أن المشروع التكاملي قد وصل أخيرا إلى الحد من مسألة المواجهة، للتشكيك في السيطرة والتخلي عن المعالج، الرغبة في الفهم والنمذجة قدر الإمكان والاستجابة بأسرع ما

---

[1] Bachelart. 2017a. Op.Cit, p174.

[2] Ibid, p174.

يمكن بطريقة عميقة وفعالة لمشاكل المرضى تحيل المعالج إلى فكرة التحكم في المواجهة، التنظير المفرط، تشابك العديد من النظريات أو على العكس من ذلك عمل تقني للغاية يركز على القضاء على الأعراض ربما يستجيب للطلب (الفردي والاجتماعي) للكفاءة كدفاع عن المعالج في مواجهة عجزه، يبدو أحيانا أن الخطابات المتعلقة بالعلاجات النفسية تجعلنا نعتقد أنه أصبح من الأسهل والأكثر سهولة التدخل في الاضطرابات النفسية، وهو خطاب مادي يميل إلى نسيان الشخص الذي سيحمله ويزيل مسألة أعراض المعنى.

هـ- التكامل واللقاء

أخيرا، نعتقد أنها قصة لقاء: الأمريكيون لديهم نماذج متداخلة من أجل الاقتراب قدر الإمكان من تجربة الآخر، من جانبهم، حاول الأوروبيون الاتصال بالآخر دون مساعدة من نموذج منظم أو مقام بهذه الطريقة البراغماتية، ولا سيما مع النهج الفينومينولوجي (Minkowski، Biswanger، Heiddeger ، إلخ) أو التحليل النفسي، نعتقد أن هناك نية مشتركة بين تكامل النماذج المهيكلة من ناحية والنهج الفردي للموضوع من ناحية أخرى: محاولة حل الأسئلة المتعلقة بفهم الإنسان حول الفهم والمساعدة والتحويل والتغيير و / أو التكيف مع البيئة.[1]

5- نماذج العلاج النفسي التكاملي

مع انتشار النماذج التكاملية، تم تحديد العديد من أنماط التكامل باعتبارها الأساليب الأكثر شيوعا لتكامل العلاج النفسي: الانتقائية التقنية Technical eclecticism، وتكامل العوامل المشتركة Common factors integration، والتكامل الاستيعابي assimilative

[1] Bachelart. 2017a. Op.Cit, p175.

Integration، والتكامل النظري Theoretical integration، مناهج تكاملية لمشاكل إكلنيكية محددة Integrative approaches for specific clinical problems [1].

6- الانتقائية الفنية Technical eclecticism

منذ منتصف السبعينيات من القرن الماضي، كانت هناك علامة ونتائج واضحة على استياء الأطباء من الأساليب التقليدية هي غلبة الانتقائية على الطرق العلاجية الأخرى في العلاج النفسي، تتميز الانتقائية باستخدام إجراءات مشتقة من توجهات متباينة، كما هو الحال مع مؤيدي التكامل النظري[2].

كما يعرف لازاروس (Lazarus, 1992) الانتقائية بأنها تطبيق تقنيات علاجية متنوعة، دون القلق بشأن ما إذا كانت المبررات النظرية وراء هذه التقنيات متوافقة.[3]

تحاول الانتقائية الفنية التوفيق بين المشكلات التي تواجه التقنيات أو الأساليب التي من المرجح أن تتعامل معها، مع مراعاة السياق وشخصية الموضوع ولحظة العلاج، وفقا لهذا النموذج، ليست كل النظريات قابلة للتوفيق ويمكن دمج التقنيات بطريقة عملية على أساس الفعالية السريرية الملحوظة أو المفترضة.[4]

اقترح بوتلر (Beutler, 1983) مثالا على مثل هذه الأساليب الانتقائية المحددة جيدا والتي تم بحثها، يؤكد هذا النهج على أهمية مطابقة العميل مع المعالج الأمثل وإجراءات العلاج،

---

[1] Castongay, et al. Op.Cit.

[2] Castonguay and Goldfried. Op.Cit, p159 - 160.

[3] Castongay, et al, Ibid, p334.

[4] Bachelart, et al. Op.Cit, p487.

بالاعتماد على أبعاد مختلفة من توافق المعالج مع المريض (على سبيل المثال، الكفاح بين الأشخاص، والمواقف، والقيم، والمعتقدات) والعديد من متغيرات العميل (أي مدى تعقيد المشكلة، ومستوى التفاعل، وأسلوب المواجهة)، يبدأ هذا النموذج الانتقائي في تقديم إجابات لواحد من أكثر التحديات تحديا، الأسئلة التي يواجهها العلاج النفسي: ما هو نوع العلاج، الذي يقدمه أي نوع من المعالجين يعمل بشكل أفضل لنوع معين من العملاء، لديه نوع معين من المشاكل؟، تشير الدراسات التي أجراها بولتر Beutler وزملاؤه، على سبيل المثال، إلى أن العملاء الذين لديهم أساليب تأقلم خارجية (أي إلقاء اللوم على الآخرين على مشاكلهم) يحققون نتائج أفضل في العلاج الموجه للأعراض (العلاج المعرفي) مقارنة بالعلاج الموجه بالبصيرة Insight oriented therapy (العلاج التعبيري المركز)، في حين العملاء الذين لديهم أساليب تأقلم داخلية أكثر (على سبيل المثال، الأفراد المعرضون للوم الذات) يظهرون النمط العكسي للنتائج، علاوة على ذلك، يظهر العملاء الذين يتمتعون بمستوى عال من الدفاعية مزيدا من التحسن مع العلاج غير التوجيهي (العلاج الداعم / الموجه ذاتيا) مقارنة بالعلاجات التوجيهية (العلاجات المعرفية والتعبيرية المركزة)، في حين أن العملاء ذوي المستوى الدفاعي المنخفض يحققون نتائج جيدة في كل من التوجيهات و أنواع العلاج غير الموجهة.[1]

تم تطوير عدد كبير من الأساليب الانتقائية على مدار الخمسين عاما الماضية، واحدة من أولى هذه العلاجات وأكثرها تأثيرا هي العلاج متعدد الوسائط الذي قدمه أرنولد لازاروس Lazarus (1967 ، 1992).[2]

---

[1] Castonguay and Goldfried. Op.Cit, pp162 – 163.

[2] Castongay, et al. Op.Cit, p334.

الذي يعد مثالا جيدا على هذا النهج، حيث يمكن تطبيق تقنيات من العلاجات الجشطالتية والمعرفية والسلوكية والديناميكية النفسية والعائلية النظامية، لعلاج موضوع واحد.[1]

ويستند إلى تقييم نقاط القوة والضعف لدى العميل فيما يتعلق بسبع طرق للعمل (مثل السلوك، والتأثير، والإحساس، والإدراك) كما ذكر لازاروس (1992)، فإن ممارسة العلاج متعدد الوسائط يسترشد بها:

أ- المعالجات المختارة (أي معرفة ما تقوله أدبيات البحث عن العلاجات المحددة لمشاكل معينة).

ب- التدخلات المصممة خصيصا (أي اختيار استراتيجيات العلاج النفسي لتناسب أهداف المرضى، وسلوكيات المواجهة، والسياقات الظرفية، وردود الفعل العاطفية، و"المقاومة"، والمعتقدات الأساسية).

ج- أساليب المعالجين (أي تجاوز التشخيصات الرسمية لمطابقة أساليب العلاج مع خصائص محددة للعميل)، تم تطويره بواسطة لاري بوتلر Larry Beutler، ويهدف العلاج الانتقائي المنهجي إلى مطابقة العميل مع المعالج والعلاج الأنسب.[2]

في امتداد مثير للاهتمام لنهج بوتلر Beutler المناسب لعلاج العميل، اقترح (Lampropoulos, 2000) تطبيقا انتقائيا للعوامل المشتركة اعتمادا على أنماط وخصائص

---

[1] Bachelart, et al. Op.Cit, p487.

[2] Castongay, et al. Op.Cit, p334.

العميل والمعالج، على سبيل المثال، باعتباره العامل المشترك الأكثر قوة، يجب أن يظل تحالف العمل مصمما وفقا لتوقعات كل عميل على حدة من العلاج ومستوى انفتاحه على التجربة.[1]

تتمثل إحدى مشكلات نموذج الانتقائية الفنية في النظر إلى الأداة بعيدا عن النظرية التي تقوم عليها، وبالتالي نقل استخدامات محددة من سياق إلى آخر كتقنية طبية، يبقى من المهم أن يسأل المرء نفسه ما الفائدة من تغيير الأداة مع خطوط التفكير التالية: هل هي أكثر ملاءمة؟ هل له معنى؟ هل لهذا معنى؟ هل هذا يملأ صعوبة المعالج أم المريض؟ وبطريقة أكثر عمومية، يمكننا بالتالي أن نلاحظ روح النسبية التي من شأنها أن تسود في هذا النهج، ولكن إمكانية حدوث ارتباك في نفس الوقت، تأثير "عطري" بدلا من التأثير "المصمم خصيصا"، وهذا متوقع، حيث قد تصبح الإجراءات بلا معنى أو تضع المعالج في منصب فني يتابع التجربة والخطأ.[2]

7- تكامل العوامل المشتركة Common factors integration

بدأت فكرة دمج المعالجات النفسية المختلفة بملاحظة العوامل المشتركة بين التوجهات العلاجية المختلفة، في الثمانينيات في الولايات المتحدة، كان البحث حول العوامل المشتركة مهما للغاية وكان من الممكن إثبات وجود اختلاف بسيط في النتائج بين الأساليب المختلفة.[3]

الموضوع الرئيسي لهذا النهج هو تحديد القواسم المشتركة عبر أنظمة مختلفة من العلاج النفسي، تشير هذه القواسم المشتركة إلى اتجاهات متقاربة داخل نماذج مفاهيمية متباينة وكذلك إلى أوجه التشابه في ممارسة العلاج النفسي التقارب المفاهيمي، على الرغم من أن الأنظمة الرئيسية

---

[1] Ibid, p335.

[2] Bachelart, et al. Op.Cit, p487.

[3] Ibid, p486.

للعلاج النفسي تستند إلى افتراضات فلسفية مختلفة وبنيات نظرية، فإن التطورات الأخيرة داخل كل منها تشير إلى ظهور موضوعات متقاربة، يشير هذا التقارب إلى أنه يتم الاهتمام بأبعاد مماثلة للأداء البشري، على الرغم من أن المنظور الذي يتم النظر من خلاله إلى هذه الأبعاد قد يختلف من نهج إلى آخر.[1]

أثارت العوامل المشتركة اهتمام بعض المؤلفين منذ عدة سنوات (على سبيل المثال، Rosenweig، 1936)، ولكن من الواضح أن عمل فرنك (Jerome Frank, 1961) هو الذي مهد الطريق للاعتراف الحالي بهذه المتغيرات، حدد فرانك العديد من الميزات (مثل البيئة العلاجية، والعلاقة العلاجية، والمنطق العلاجي، والمهام العلاجية التي يحددها الأساس المنطقي) والوظائف العلاجية (على سبيل المثال، زيادة الأمل، وتحقيق التعلم المعرفي والعاطفي، وزيادة الشعور بالإتقان) التي لا يشاركها فقط العديد من أشكال العلاج النفسي ولكن أيضا من خلال معظم أشكال العلاج (مثل الطقوس غير الطبية في الثقافات غير الغربية)، أدرك عدد قليل من المؤلفين (Garfield، 1957؛ Marmor، 1962) أيضا أهمية العوامل المشتركة في وقت نشر Frank's (1961) Classic Persuasion and Healing ، ولكن لم يكن لأي عمل آخر تأثير أكبر على المؤلفين الذين ناقشوا العوامل المشتركة فيما بعد، هؤلاء المؤلفون – على سبيل المثال لا الحصر – يمثلون مجموعة كبيرة: Bandler and Grinder (1975)، Ehrenwald (1967)، Goldfried and Padawer (1982)، Harper (1974)، London (1964)، Marks and Gelder (1966)، Masserman (1980)، Sloane (1969)، Strupp (1973)، Torrey (1972)، Tseng and McDermott (1975)، بمرور الوقت، تم

[1] Castonguay and Goldfried. Op.Cit, p163.

وصف عدد محير من العوامل المشتركة — قريب من 90، وفقا لـ Grencavage و Norcross (1990).[1]

ومن أبرز النتائج في هذا المجال البحثي أهمية الارتباط بين العلاقة العلاجية ونتائج العلاجات النفسية، يبدو أن هذا العامل هو الأكثر تأثيرا على التغيير فيما يتعلق بالنماذج النظرية والتقنيات المستخدمة، وفقا لامبرت Lambert، يمكننا التمييز بين أربعة أنواع من العوامل المتعلقة بتحسين العلاج النفسي، هذه هي النسبة المئوية للتحسن الذي يمكن أن يعزى إليها: الهدوء التلقائي (40٪)، العوامل المشتركة (30٪)، التقنيات (15٪) والتوقعات (15٪)، هذا النموذج من العوامل المشتركة هو في نفس الوقت حجة لصالح التكامل ويقترح تركيز الانتباه على هذه العوامل من أجل تحسينها، مع التفكير في أن ما تبقى (العوامل المحددة) خاص بكل تيار ولا يشكل قلب التغيير، اقترح شامبون وماري كاردين Chambon et Marie-Cardine، في فرنسا، التفكير في هذه العوامل المشتركة، وقاموا بتوضيح النموذج من خلال اقتراح تقنيات علاج نفسية محددة.[2]

8- التكامل الاستيعابي Assimilative integration

يقترح ميسر Messer نهجا آخر للتكامل، وهو التكامل الاستيعابي، يحاول هذا الحالي إنشاء نظام للعلاج النفسي مع الإرادة لدمج أو استيعاب وجهات نظر وممارسات المدارس النظرية المختلفة، يعترف ميسر Messer بالطبيعة السياقية لهذا النوع من التكامل، موضحا أن معنى الأساليب والتدخلات يتغير اعتمادا على الموقف، تسير النظرة التأويلية في اتجاه هذه الفكرة، مدركا

[1] Castongay, et al. Op.Cit, p336.

[2] Bachelart, et al. Op.Cit, p486.

أن كل حوار هو تفسير يتأثر بشدة بالسياق وبالتالي بالمعتقدات الموجودة مسبقا وتجارب الاختلاف.[1]

ويشير ميسر (Messer, 1992)، وكذلك (Stricker and Gold, 2002)، إلى أن النهج الاستيعابي مشتق من كل من التاريخ النظري لتكامل العلاج النفسي وتكامل البحوث ذات الصلة والانتقائية الفنية، يحافظ المعالجون على نظرية منزلية Home theory ويدمجون تقنيات من توجهات نظرية أخرى، وغالبا ما يعيدون تفسير معنى التقنية من خلال عدسة نظرية المنزل Home theory.[2]

يدعم لامبروبولوس Lampropoulos هذا التصور للتكامل الاستيعابي ويقترح أنه عندما يتم دمج تقنيات من مناهج نظرية مختلفة في اتجاه نظري رئيسي، فإن معانيها تتفاعل مع نظرية "الاستقبال"، وأن الاثنين (الأسلوب المستورد والسابق – النظرية الحالية) يتم تحويلها وتجميعها بشكل متبادل في منتج نهائي، يسمى النموذج الجديد للتكامل الاستيعابي.[3]

كما قدم لامبروبولوس (Lampropoulos, 2000) اقتراحات ملموسة لكيفية قيام المعالجين بدمج المكونات الفنية والنظرية الأخرى للطرائق الأخرى بطريقة متماسكة وعلاجية في نهاية المطاف، على وجه التحديد، يدعو إلى دمج التقنيات التي تم التحقق من صحتها تجريبيا في التوجه النظري الرئيسي للفرد، بحيث تتناسب التقنيات المتكاملة مع السياق الذي تم تحديده بالفعل

---

[1] Ibid, p487.

[2] Drewes et al. Op.Cit, pp11- 12.

[3] Bachelart, et al. Op.Cit, p487.

من خلال التوجه الرئيسي، وأن المنتج النهائي لنظرية ذات جوانب استيعابية للنظريات الأخرى يظل متسقا داخليا وتبقى المبادئ النظرية والتقنية كما هي.[1]

9- التكامل النظري Theoretical integration

الشكل الرابع للتكامل هو التكامل النظري، والذي يقترح إنشاء metatheory الذي يتكون من إدخال عناصر من عدة نظريات في تكامل نهج متماسك ومفهوم للعلاج النفسي، حاول العديد من المؤلفين تجميع نماذج بدت للوهلة الأولى غير قابلة للتوفيق بينها، يمكننا الاستشهاد بمثالين، مثال واتشيل Wachtel الذي جمع نظريات التحليل النفسي والسلوكية ضمن إطار نظري بين الأشخاص، ومثال سافران وسيجال Safran & Segal اللذين حاولا توحيد المناهج المعرفية والتجريبية والشخصية في نظرية واحدة تؤدي إلى العلاج النفسي.[2]

ربما كانت أشهر محاولة لتحسين اتجاه واحد من خلال الاعتماد على مساهمات تقليد آخر هي عمل سافران (Safran, 1990)، كما ورد في عنوان أحد كتبه، فإن جزءا كبيرا من مساهماته النظرية والسريرية والتجريبية كان يهدف إلى "توسيع نطاق العلاج المعرفي"، يسمح نظره للتقاليد الإنسانية والشخصية والديناميكية النفسية بالاعتراف بأربعة أبعاد للأداء البشري (أي العاطفي، والتنموي، والشخصي، والصراع) التي تم تجاهلها بشكل متكرر في نماذج العلاج المعرفي السلوكي، كما أنه يسمح بدمج الأساليب غير المعرفية السلوكية لمعالجة محددات السلوكيات المرتبطة بأبعاد الأداء هذه.[3]

---

[1] Castongay, et al. Op.Cit, p338-339.

[2] Bachelart, et al. Op.Cit, p487.

[3] Castongay, et al. Op.Cit, p338.

تم اقتراح واحدة من أكثر النظريات التكاملية شمولا من قبل وتشيل (Wachtel, 1977)، استنادا إلى مفهوم الديناميكا النفسية الدورية، قدم توليفة من التركيبات الديناميكية النفسية، والتفاعلية بين الأشخاص، والسلوكية، يتمثل جوهر هذا النهج في وصف سلوكيات العملاء غير القادرة على التكيف والتصورات المشوهة على أنها عواقب وأسباب النزاعات الشخصية طويلة الأمد، يفترض أيضا أن مثل هذه النزاعات تؤثر على التفاعلات الحالية مع الآخرين (على سبيل المثال، أنماط التعزيز) وتحافظ عليها، يسمح تركيز وتشيل Wachtel على الأنماط الحالية للعلاقات بين الأشخاص بدمج متماسك للطرق السلوكية (على سبيل المثال، تدريب التأكيد) إلى نوع العلاج الاستكشافي الأساسي بالإضافة إلى التفاعل بين التدخلات الفردية والنظامية.[1]

يحاول المشاركون في التكامل النظري استخلاص التركيبات والمبادئ العلاجية عبر العديد من التوجهات وتشكيلها في نظرية جديدة وأكثر شمولا وتكاملا للأداء و / أو التغيير، ضمنيا في هذا التعهد هو الاعتقاد بأن مثل هذه النظريات الشاملة ستتمتع بقوة تفسيرية أكبر من أي من النظريات الفردية التي تستمد منها، تحت عنوان التكامل النظري يندرج نموذج بروشاسكا Prochaska وديليمينتي DiClemente (1992) للتغيير العلاجي Transstheoretical، يشمل هذا النموذج سلسلة من المراحل التي من خلالها يتقدم العملاء في محاولة تغيير حالات الوجود الإشكالية، تم تحديد عدد من العمليات في كل مرحلة من هذه المراحل لمساعدة العملاء على تحقيق مستويات مختلفة من التغيير، على سبيل المثال، إذا تم تحديد العميل على أنه في مرحلة تسمى التأمل، فسيتم تشجيع المعالج على تطبيق التدخلات التي ترفع وعي العميل، أو

[1] Castonguay and Goldfried. Op.Cit, p162.

إشراك العميل في التأثير من خلال لعب الأدوار، أو إعادة تقييم بيئته، أو أي مزيج من أجل تحقيق تخفيف الأعراض.[1]

يعتبر هذا النهج أكثر شمولا، حيث طورا نظرية مبنية على العمليات اليومية للتغيير وحل المشكلات وتوسيعها لتطبيق العلاج النفسي، مراحل التغيير (التأمل المسبق، والتأمل، والقرار، والعمل، والصيانة) مع 10 عمليات تغيير محتملة في العلاج النفسي (رفع الوعي، إعادة التقييم الذاتي، إعادة التقييم الاجتماعي، التحرر الذاتي، التحرر الاجتماعي، التكييف المضاد، التحكم في المحفزات، الطوارئ الإدارة، الإغاثة الدرامية، والعلاقة المساعدة) المساهمة في التسلسل الهرمي للتدخلات (الأعراض / الظرفية، الإدراك غير المتكيف، النزاعات الحالية بين الأفراد، صراعات الأنظمة الأسرية، والصراعات الشخصية)، تم تطبيق نموذج Transtheoretical لبروشاسكا Prochaska و ديليمينتي DiClemente على العديد من القضايا السريرية، والبحث مستمر.[2]

10- مناهج تكاملية لمشاكل إكلنيكية محددة Integrative approaches for specific clinical problems

تم تطوير عدد من العلاجات التكاملية لمشاكل سريرية محددة، ولعل أشهرهما هما العلاج السلوكي الجدلي للينهان Linehan لاضطراب الشخصية الحدية وعلاج وولف Wolfe لاضطرابات القلق، يعتمد علاج لينهان Linehan (1987) على نموذج مسبب بليغ، والذي يفترض أن الجمع بين بيئة مبطلة مبكرة وحساسية بيولوجية للعاطفة ينتج عنها عمليات تنظيم عاطفية ناقصة والتي تعتبر أساسية في الصعوبات الشخصية والشخصية للمريض، في سياق

[1] Castongay, et al. Op.Cit, p335.

[2] Drewes et al. Op.Cit, p12.

التحقق من صحة المشاعر (أي تقنيات القبول)، تستخدم التدخلات السلوكية (أي تقنيات التغيير) لتدريس وتطبيق استراتيجيات المواجهة المتعلقة بخلل التنظيم العاطفي، يمثل التوازن بين استخدام تقنيات القبول والتغيير أحد المبادئ الجدلية dialectical العديدة المتأصلة في هذا العلاج المعقد والمبتكر، تستخدم أيضا في هذا التدخل التكاملي تقنيات متناقضة، ومحاولات عملية تجريبية لتعميق وتجربة المشاعر القوية، ورؤى ديناميكية لربط الأنماط الحالية بالتجارب المؤلمة السابقة، في جوهر العلاج السلوكي الجدلي هو أيضا تنفيذ مبادئ Zen، والتي تسمح للعملاء، على سبيل المثال، بامتلاك رغبات تبدو متناقضة (على سبيل المثال، أن تكون محبوبا وأن تحمي من الضعف)، بحيث ينظر إلى السلوكيات الناتجة على أنها ردود فعل مفهومة لهذه الرغبات، وهذا مبدأ جدلي آخر.[1]

من الأمور المركزية في نهج وولف Wolfe الافتراض القائل بأن اضطرابات القلق مرتبطة وظيفيا بالعديد من جوانب حياة العميل، البيئية وكذلك داخل النفس، يلفت وولف Wolfe الانتباه إلى الشعور الظاهراتي بالرهبة وانعدام الأمن الذي يواجهه باستمرار العديد من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق، إنه يدعو إلى استراتيجيات لتقليل التجنب التجريبي المستمر الناتج عن المشاعر المؤلمة، الرهاب على سبيل المثال، يتم التعامل معه بالتقنيات السلوكية القياسية ولكن يتم فحصه أيضا لمعرفة ما يقول وولف Wolfe أنه انعكاسات رمزية محتملة لنقاط الضعف الناتجة عن تجارب التخلي عن الصدمة المبكرة.

كما بدأت مناهج تكاملية أخرى في الظهور، قام ماكولوغ (McCullough, 2000)، على سبيل المثال، بتصميم علاج متكامل للاكتئاب المزمن، وهي مشكلة سريرية كانت مقاومة بشكل

[1] Castongay, et al. Op.Cit, p337.

خاص لجهود العلاج السابقة، تعكس الخلفية السلوكية للمؤلف، تتضمن العديد من مكونات هذا العلاج التنفيذ السريري لمبادئ التكييف، مثل تحديد الحالات الطارئة (خاصة التعزيزات السلبية) وتعديل السلوكيات من خلال تقنيات مثل تدريب التأكيد، يشمل العلاج أيضا التدخلات وبؤر التدخل التي ارتبطت بالتقاليد النظرية الأخرى في علم النفس والعلاج النفسي، من بينها التدريب على حل المشكلات الاجتماعية الذي يعكس مرحلة بياجيه Piaget من العمليات الرسمية، واستخدام خبرة المعالج لتقديم ملاحظات للعملاء حول تأثيرهم على الآخرين، وتحديد وتحدي قضايا التحويل.[1]

بهدف تحسين فعالية العلاج المعرفي السلوكي (العلاج المعياري الذهبي الحالي) لاضطراب القلق العام، طور نيومان وآخرون (Newman and all,1999) علاجا يجمع بين تدخلات العلاج المعرفي السلوكي مع التقنيات المستخدمة في العلاجات الإنسانية والشخصية والديناميكية النفسية، استند اختيار التقنيات المحددة المضافة إلى العلاج المعرفي السلوكي على كل من نتائج البحث الأساسية والتطبيقية، على سبيل المثال، تمت إضافة إجراءات لتعميق المشاعر (على سبيل المثال، نهج الكرسيين two chair approach) بناءا على دراسات تشير إلى أن القلق، السمة المركزية لاضطراب القلق المعمم، تعمل كتجنب إدراكي للمشاعر المؤلمة (Borkovec، Newman، Castonguay، 1998)، يتم أيضا تضمين التدخلات المصممة لمعالجة القضايا الشخصية (داخل وخارج العلاج) بناءا على النتائج التي تشير إلى أن الفشل في حل المشكلات الشخصية في نهاية العلاج المعرفي السلوكي يتوقع استجابة أسوأ عند المتابعة، على الرغم من أن الدراسات العملية قد أظهرت أن التعميق العاطفي واستكشاف قضايا شخصية

[1] Castongay, et al. Op.Cit, p337.

محددة (على سبيل المثال، العلاقة مع الوالدين أو مع المعالج) تنبئ بالتحسن في العلاج السلوكي المعرفي، أظهرت أدلة البحث أيضا أن هذه المشكلات لا يتم التأكيد عليها عادة في هذا النهج، على الأقل بالمقارنة مع العلاج الديناميكي النفسي في المقابل، يسمح هذا العلاج التكاملي بمعالجة مباشرة ومنهجية لهذه المشكلات مع الاستمرار في التأكيد على مكون مهارات التأقلم الذي يعد جزءا من العلاج المعرفي السلوكي.

مناهج تكاملية أخرى لمشاكل محددة (على سبيل المثال، تعاطي المخدرات، والاضطراب العضوي، والاكتئاب، والألم المزمن، والاضطرابات العقلية الشديدة)، والسكان (مثل الأطفال، والمراهقين، وكبار السن)، وطرق العلاج (مثل الزوجين، الأسرة، المجموعة، الأدوية، والعلاج النفسي) في (Norcross and Goldfried ,1992) و (Stricker and Gold ,1993).[1]

11- البحث والتدريب في العلاج النفسي التكاملي

قبل أربعين عاما، أكد قولدفريد (Goldfried, 1979) ، أن أكثر من نصف المعالجين الأمريكيين عرفوا أنفسهم على أنهم انتقائيون (55 إلى 58٪)، منذ ذلك الوقت، استمر عدد الكتب والمقالات حول مبادئ التكامل في النمو في جميع أنحاء العالم[2].

وتم تشكيل جمعية استكشاف تكامل العلاج النفسي (SEPI) من شبكة مهنية فضفاضة التنظيم من أخصائيي دمج العلاج النفسي، وقد بدأت في عام 1983 وعقدت أول مؤتمر لها في

[1] Castongay, et al. Op.Cit, p 338.

[2] Bachelart, et al. Op.Cit, p485.

عام 1985، كما تم إنشاء مجلة تكامل العلاج النفسي لمواصلة تطوير البحث في إنشاء نماذج تكاملية حقيقية[1].

كما تم تشكيل الجمعية البريطانية للعلاج النفسي التكاملي في عام 1987 وتطورت إلى ما يعرف الآن باسم الجمعية البريطانية لتكامل العلاج النفسي (UKAPI)، بالإضافة إلى ذلك، تم تأسيس الرابطة الأوروبية للعلاج النفسي التكاملي في عام 1993.[2]

كما تم تطوير البحث في العلاج النفسي التكاملي في الولايات المتحدة في تسعينيات القرن الماضي، وأهم منشور هو كتاب العلاج النفسي التكاملي الذي كتبه (M.R. Godfried et J.C. Newman, 1996)، الذي نشر في فرنسا من طرف (Desclée de brouwer).[3]

يمكن اعتبار جودة التدريب مقياسا لنضج المجال المهني، مما يعكس تأسيسهم القوي في العلاج النفسي المعاصر، سيكون من الخطأ القول إن التدريب لم يحظ باهتمام في حركة الاندماج، في الواقع، كانت لجنة التدريب لعدة سنوات جزءا مهما من جمعية استكشاف تكامل العلاج النفسي SEPI، بالإضافة إلى ذلك، تمت مناقشة العديد من قضايا التدريب المهمة لبعض الوقت ولا تزال محور المناقشة الحالية داخل حركة التكامل، من بين هذه القضايا استخدام نموذج انتقائي تكاملي كنقطة بداية أو نهاية لتدريب الفرد، أو تركيز الإشراف (استكشاف العلاقة بين المشرف والمشرف

[1] Drewes et al. Op.Cit, p10.

[2] Nuttall, J. The integrative attitude–a personal journey. European Journal of Psychotherapy & Counselling, 10(1),2008, 19–38. p20.

[3] Fourcade, J. M. Sociologie clinique et psychanalyse intégrative. Revista Sociedade e Estado, 35(1), 2020, 39–59, p42.

أو تقنيات التدخل الخاصة بالتعلم)، والخصائص المطلوبة من الطلاب والمدربين، تحديات ومخاوف محددة مرتبطة بالتعلم التكاملي، ومكان التدريب الرسمي في البحث.

مع استثناءات قليلة، ما ينقص هو صياغة وتنفيذ برامج تدريب تكاملية منظمة ومتماسكة، تمشيا مع روبرتسون (Robertson, 1986) يأمل في أن تكون برامج التدريب المنهجية متاحة للجيل القادم من المدربين الانتقائيين التكامليين، قدمت سلسلة حديثة من الأوراق المنشورة في مجلة تكامل العلاج النفسي وصفا لجهود التدريب الحالية والمستقبلية المتعلقة بثلاثة اتجاهات رئيسية لتكامل العلاج النفسي: التكامل النظري (Wolfe, 2000)، الانتقائية البراغماتية (Norcross & Beutler, 2000)، والعوامل المشتركة (Castonguay,2000)، تصف كل ورقة الطرق التي يقوم بها المؤلفون بالفعل بتدريب الطلاب في وضعهم المفضل في التفكير والممارسة التكامليين، على الرغم من أن مثل هذه الجهود والأفكار تمثل نقاط انطلاق جيدة، إلا أنه يلزم تكريس المزيد من الطاقة في المستقبل لتوضيح وبناء وتقييم برامج التدريب التكاملية.[1]

12- مستقبل العلاج النفسي التكاملي

يقول كاستونجاي (Castonguay, 2006) حول مستقبل العلاج النفسي التكاملي "لدي آراء متضاربة حول مستقبل حركة الاندماج، من ناحية أجد أنه من المطمئن، وليس أقلها إثارة للدهشة، أن معظم المعالجين النفسيين (على الأقل في الولايات المتحدة) يعرفون أنفسهم على أنهم متكاملون أو انتقائيون، من غير المحتمل أن يتغير هذا بشكل جذري في المستقبل القريب، بينما أعتقد أن التوجهات النظرية الرئيسية (الإنسانية، السلوكية، الديناميكية النفسية، والنظامية) موجودة

[1] Castongay, et al. Op.Cit, p339.

لتبقى، لا يمكنني التفكير في أي سبب يجعل غالبية المعالجين يتحولون فجأة إلى أحدهم كمصدر وحيد لتحديد الهوية النظرية، من ناحية أخرى، لا يسعني إلا أن أعتقد أن هناك بعض "الكتابات على الحائط" التي لا يهتم بها دعاة الاندماج، وأن عمانا عن الضغوط المهنية والاجتماعية المهمة من المحتمل أن يتسبب في أضرار جسيمة لتكامل العلاج النفسي باعتباره تقليدا محترما، وجمعية استكشاف تكامل العلاج النفسي SEPI كمنظمة مرموقة، أعتقد أن هذه الكتابات على الحائط تدعو إلى مزيد من الاهتمام بالتدريب والبحث".[1]

وحدد نوركروس (Norcross, 2005) عدة عقبات ستستمر في المستقبل في التأثير على تطوير نماذج تكامل العلاج النفسي، على الرغم من الجهود المبذولة للتقارب من قبل العديد من المعالجين النفسيين، إلا أن التعصب الحزبي مستمر إلى حد ما، والذي يتم الحفاظ عليه جزئيا من خلال التحدي المتمثل في أن السمعة المهنية والتمويل الناتج للأبحاث نادرا ما يبنى على القواسم المشتركة والتوافق، بل على المنافسة، يصف ميلون وغروسمان (Millon and Grossman, 2008)، الحالة الحالية لأبحاث العلاج النفسي بأنها "عالقة في ثرثرة من الصراع والارتباك ".

ويضيف نوركروس (Norcross, 2005) سيحتاج المزيد من تطوير تكامل العلاج النفسي إلى الاستمرار في معالجة قضايا نظرية المعرفة وفلسفة العقل، تظل الافتراضات المتناقضة للطبيعة البشرية، وتطور الشخصية، وأصول علم النفس المرضي عقبة في طريق التكامل الحقيقي.

[1] Castonguay, L. G. Personal pathways in psychotherapy integration. Journal of psychotherapy integration, 16(1), 2006, 36-58, p54.

كما اقترح (Norcross, 2005) أن أحد الأساليب لتعزيز تكامل العلاج النفسي سيكون العمل نحو تعريفات مشتركة لجميع وحدات الدراسة في بناء العلاج النفسي، ربما كان التناسق الوحيد في نظرية العلاج النفسي والبحث هو عدم اتساق المصطلحات في كل من تطوير النظرية وتفعيل تلك النظريات في وحدات خبرة مفهومة بشكل عام يمكن تنفيذها عمليا وقياسها من خلال البحث.[1]

آيفي (Ivey 1980) عندما طلب منه عمل تنبؤات لمدة 20 عاما في العلاج النفسي، كان يأمل أنه بحلول عام 2000، "سيتم سماع اللحظات الأخيرة لـ" نظريتي أفضل وأكثر كمالا من نظريتك ".[2]

مهما كان المفهوم التالي للتكامل، فإنه سيشمل حتما تطبيقه على مجموعة متنوعة من الفئات السكانية الخاصة التي يخدمها العلاج النفسي، بما في ذلك العلاج النفسي للأطفال.

ملخص الفصل

مع الأخذ في الاعتبار تفضيلاتنا النظرية ومهاراتنا الفنية ومراعاة الصحة النفسية للعميل باعتبارها الهدف الرئيسي، يجب أن نكون قادرين بعد ذلك على تطوير تكامل نظري للعلاج لاستخدامه في كل حالة، مع الأخذ في الاعتبار الأساليب الرئيسية المعمول بها والمتغيرات المحتملة.

---

[1] Drewes et al. Op.Cit, p12-13.

[2] Ivey. Op.Cit, p14

ومن ثم ينبغي تذكر الأساليب التكاملية، يعتمد نهج العوامل المشتركة على استخدام التقنيات عبر العلاجات، بغض النظر عن توجهها النظري، كان التكامل النظري محاولة للجمع بين النظرية السلوكية ونظرية التحليل النفسي من أجل توجيه التدخلات العلاجية، التكامل الاستيعابي هو نهج يعتمد على أي موقف نظري واحد، ومن هذا الموضع، يدمج التقنيات من الأساليب العلاجية الأخرى، يعتمد إطار العمل لنهج الانتقائية الفنية على الاستخدام المنهجي للتقنيات التي تغطي العديد من التوجهات بغض النظر عن التوجه النظري.

مع وضع هذا في الاعتبار، يجب أن نكون قادرين على تطوير نهجنا العلاجي الخاص، من الأفضل للمستشارين أن يأخذوا في الاعتبار أسلوبهم الشخصي في عملية تطوير نهجهم التكاملي، يعني فن الاستشارة التكاملية أنه لا توجد نماذج مسبقة الصنع تناسب أي ممارس بشكل مثالي، بدلا من ذلك، يتمثل التحدي في تخصيص نهج استشاري مصمم خصيصا لكل ممارس.

بشكل عام، نعتقد أن الاهتمام المتزايد بالتكامل يمثل خطوة مهمة ومثيرة في نمو وتطور العلاج النفسي، لكن يجب أن ننتظر العروض التجريبية التي تفيد بأن الأساليب التكاملية للتدخل تزيد بالفعل من فعاليتنا السريرية، لأنه مهما كانت اتجاهات البداية هذه واعدة، فمن المهم أن تضع في اعتبارك أنها لا تزال تنتظر التحقق التجريبي.

الباب الثالث: الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإطار المنهجي للبحث

تمهيد

يشكل هذا الفصل مدخلا للبحث الميداني، حيث تم من خلاله التطرق للدراسة الاستطلاعية ولأدوات الدراسة من برنامج علاجي ومقاييس، كما حدد في هذا الفصل منهج البحث، عينته، الإطار الزماني والمكاني للتجربة وسير الجلسات.

1- الدراسة الاستطلاعية

تسمح الدراسة الاستطلاعية للباحث بالاحتكاك بميدان دراسته واختيار عينته والتأكد من الخصائص السكومترية للمقاييس، وتمت الدراسة الاستطلاعية في الفترة الممتدة من منتصف شهر سبتمر إلى نهاية شهر نوفمبر 2019 في مدارس بلدية العمارية بولاية المدية.

1-1- اختيار العينة

تمت زيارة خمسة مدارس ابتدائية في بلدية العمارية بولاية المدية، وتمت مقابلة معلمي السنة الثانية والثالثة ابتدائي لاختيار الأطفال الذين يعانون من مشكلات السلوكية (العدوان- الانسحاب- العناد المتحدي)، وتم الكشف عن 52 حالة تم استدعائهم للمقابلة النفسية في العيادة المتعددة الخدمات ببلدية العمارية بولاية المدية، وتم تعيين كبداية 16 حالة كمجموعة ضابطة و16 حالة كمجموعة تجريبية.

1-2- التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس

المقاييس في صورها الأولية بنيت على عينات أجنبية، مما يعني أنها قد لا تكون صالحة للتطبيق في المجتمعات أو بيئات أخرى قبل إعادة تقنينها أو التحقق من مدى ملاءمتها مع البيئة الجديدة ومن هذا المنطلق الدراسة الاستطلاعية هدفت إلى محاولة التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس العدوان، مقياس الانسحاب ومقياس العناد المتحدي المدرجة في إطار الدراسة ومدى صلاحيتها للتطبيق في البيئة الجزائرية، ولقد اشتملت العينة الاستطلاعية على تلاميذ المدارس السنة الثانية والثالثة لمدرستين، وقد بلغ حجم العينة 120 تلميذا ممن كانت إجاباتهم كاملة على المقاييس.

2- منهج الدراسة

تستند الدراسة الحالية إلى المنهج الشبه تجريبي لأنه يتناسب مع طبيعتها، ويصفه ملحم بأنه يتميز بعوامل صدق مرتفعة نسبيا، إلا أن الباحث قد يواجه مشكلة الاختيار العشوائي أو التعيين العشوائي للمجموعات التجريبية والضابطة والتي تقلل من عوامل الصدق.[1]

وللمنهج الشبه تجريبي تصميمان معروفان وقد استخدمت الباحثة للتحقق من فرضيات الدراسة التصميم الشبه تجريبي لمجموعة واحدة، في هذا التصميم توجد مجموعة تجريبية واحدة يطبق عليها الاختبار مرة قبل التجربة ومرة أخرى بعد التجربة ثم يقاس الأثر الناتج من التجربة وذلك باستخراج الفرق في الأداء على الاختبارين، ويمكن إزاء ذلك إتباع الخطوات التالية عند تنفيذ هذا النوع من التصاميم:

[1] سامي محمد ملحم. مناهج البحث في التربية وعلم النفس(ط2)، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. 2002، ص397.

- إجراء اختبار قبلي على المجموعة قبل إدخال المتغير المستقل.
- إدخال المتغير المستقل بهدف إحداث تغيرات معينة في المتغير التابع.
- إجراء اختبار بعدي بهدف قياس أثر المتغير المستقل على المتغير التابع.
- حساب الفرق بين الاختبار البعدي والاختبار القبلي ثم اختبار دلالة الفرق الناتج بطريقة إحصائية.

في الدراسة الحالية :

- المتغير المستقل: البرنامج العلاجي
- المتغير التابع : المشكلات السلوكية (العدوان– الانسحاب – العناد المتحدي)

كما تستند الدراسة الحالية على منهج دراسة الحالة التي تمثل نوعا من البحث المتعمق عن العوامل المعقدة التي تسهم في فردية وحدة اجتماعية ما، شخصا كان أو أسرة أو جماعة أو مؤسسة اجتماعية أو مجتمعا محليا، فعن طريق استخدام عدد من أدوات البحث تجمع بيانات دالة عن الوضع القائم للوحدة وخبراتها الماضية وعلاقاتها مع البيئة، وبعد التعمق في العوامل والقوى التي تحكم سلوكها، وتحليل نتائج تلك العوامل وعلاقاتها يستطيع الباحث أن ينشئ صورة شاملة متكاملة للوحدة كما تعمل في المجتمع.[1]

ولقد تم اختيار ثلاث حلات لعرضها (حالة من كل مشكل سلوكي)

---

[1] حسن مصطفى عبد المعطي. منهج البحث الإكلينيكي أسسه وتطبيقاته. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق. 2003، ص44.

3- أدوات الدراسة

- البرنامج العلاجي التكاملي المتكون من 17 جلسة علاجية (الملحق رقم 01).
- مقياس السلوك العدواني: استعملنا مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (الصورة المصرية المعربة لفاروق صادق) المجال العاشر الخاص بالعدوانية (الملحق رقم 03) وبعد حذف البنود الغير دالة (الملحق رقم 04)
- مقياس السلوك الانسحابي من إعداد عادل عبد الله محمد (الملحق رقم 05)
- مقياس العناد المتحدي من إعداد مجدي محمد الدسوقي (الملحق رقم 06)
- اختبار رسم العائلة.

4- البرنامج العلاجي المقترح لبعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال وفق المنظور التوفيقي التكاملي (العدوان – الانسحاب- العناد المتحدي) نموذجا

4-1 – إجراءات بناء البرنامج العلاجي

دعت الحاجة لمساعدة الأطفال ذوي المشكلات السلوكية وأسرهم التخطيط والإعداد قصد بناء برنامج علاجي نفسي لعلاج المشكلات السلوكية، ولتحقيق هذا المشروع اطلعت الباحثة على الجوانب النظرية المتعلقة بالمشكلات السلوكية (العدوان- الانسحاب-العناد المتحدي) وجمع أكبر قدر ممكن من الدراسات السابقة المهتمة بالظاهرة موضوع البحث، وكذا النظر في مختلف التقنيات العلاجية النفسية للمدارس المعروفة، ومحاولة انتقاء أفضل هذه التقنيات مما يتلاءم،

ونوعية الاضطراب، وخصائص المرحلة العمرية للعينة، و تبويبها ضمن جلسات علاجية، ثم تطبيقه وفق منهج تجريبي.

4-2- أهداف البرنامج العلاجي

أ-الأهداف العامة

- مساعدة الأطفال على فهم أنفسهم والتبصر بها ومعرفة جوانب القوى والضعف في شخصيتهم.
- مساعدتهم على زيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف الصعبة.
- مساعدتهم على اتخاذ قرارات سليمة في المستقبل لحل المشكلات التي تواجههم.
- مساعدتهم على إحداث تغيرات إيجابية في سلوكهم وأفكارهم ومشاعرهم تجاه أنفسهم والآخرين.
- تحسين العلاقات الشخصية مع الآخرين.
- كفاح الأطفال للتوافق مع متطلبات الحياة اليومية والسعي لعدم الانتكاس إلى حالة الاضطراب، وذلك باستخدام كل السبل الكفيلة للحيلولة بين توافقهم النفسي الحالي وحالتهم السابقة.

ب-الأهداف الإجرائية

- فهم الأطفال لمشكلتهم السلوكية وكيفية التخلص منها وخلق الدافعية لديهم.
- تطبيق الأطفال للخطة العلاجية والمداومة على التمارين.
- التنفيس الانفعالي للأطفال.
- تدريب الأطفال على الاسترخاء.
- اكتساب الأطفال مهارات المراقبة الواعية والدائمة للذات.
- تنمية مهارات الحياة الوجدانية للأطفال.
- تنمية مهارات الأطفال الاجتماعية.

4-3- وحدات البرنامج العلاجي

1- التعامل مع ضغوطات الحياة الزوجية: ويشمل التنفيس الانفعالي والاسترخاء.

2- تنمية الوالدية الإيجابية: ويشمل تعرف الوالدين على الأخطاء التربوية وعلى الحاجات النفسية للطفل.

3- تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل.

جدول رقم (1): وحدات البرنامج العلاجي

الوحدات	الجلسات
التعامل مع ضغوطات الحياة الزوجية: التنفيس الانفعالي والاسترخاء	5-4
تنمية الوالدية الإيجابية	7-6
تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل	16-15-14-13-12-11-10-9-8

4-4- مراحل البرنامج العلاجي

موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (2): مراحل البرنامج العلاجي

المرحلة	عدد الجلسات	رقم الجلسة	أهدافها العامة
التمهيدية	03	01	– بناء العلاقة العلاجية
		02	– القياس القبلي
		03	– وعي الطفل بمشكلته وخلق الدافعية الذاتية وتحمل المسؤولية
			– العقد العلاجي
التدريبية	13	04	
		05	– التنفيس الانفعالي للطفل والوالدين
		06	
		07	– تعلم الاسترخاء للطفل والوالدين
		08	
		09	– تعرف الوالدين على الأخطاء التربوية
		10	
		11	– تعرف الوالدين على الحاجات النفسية
		12	للطفل
		13	
		14	– تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل

		15 16	
الختامية	01	17	- إنهاء الجلسات العلاجية - القياس البعدي - تلخيص البرنامج - التوصيات
المتابعة	01		القياس التتبعي بعد شهر من نهاية البرنامج

4-5- عدد الجلسات ونوعها ومعدلها في الأسبوع

بلغت عدد جلسات البرنامج العلاجي 17 جلسة، بمعدل جلستين أسبوعيا لمدة 3 أسابيع (وهي الجلسات الفردية ولأنها لا تحتوي على واجبات منزلية، ما عدا الجلسة الخامسة) ثم جلسة واحدة لمدة 11 أسبوع (لأنها جماعية وتحتوي على واجبات منزلية تحتاج لوقت لتطبيقها)، 6 جلسات فردية و11 جلسة جماعية.

4-6- الاستراتيجيات والتقنيات

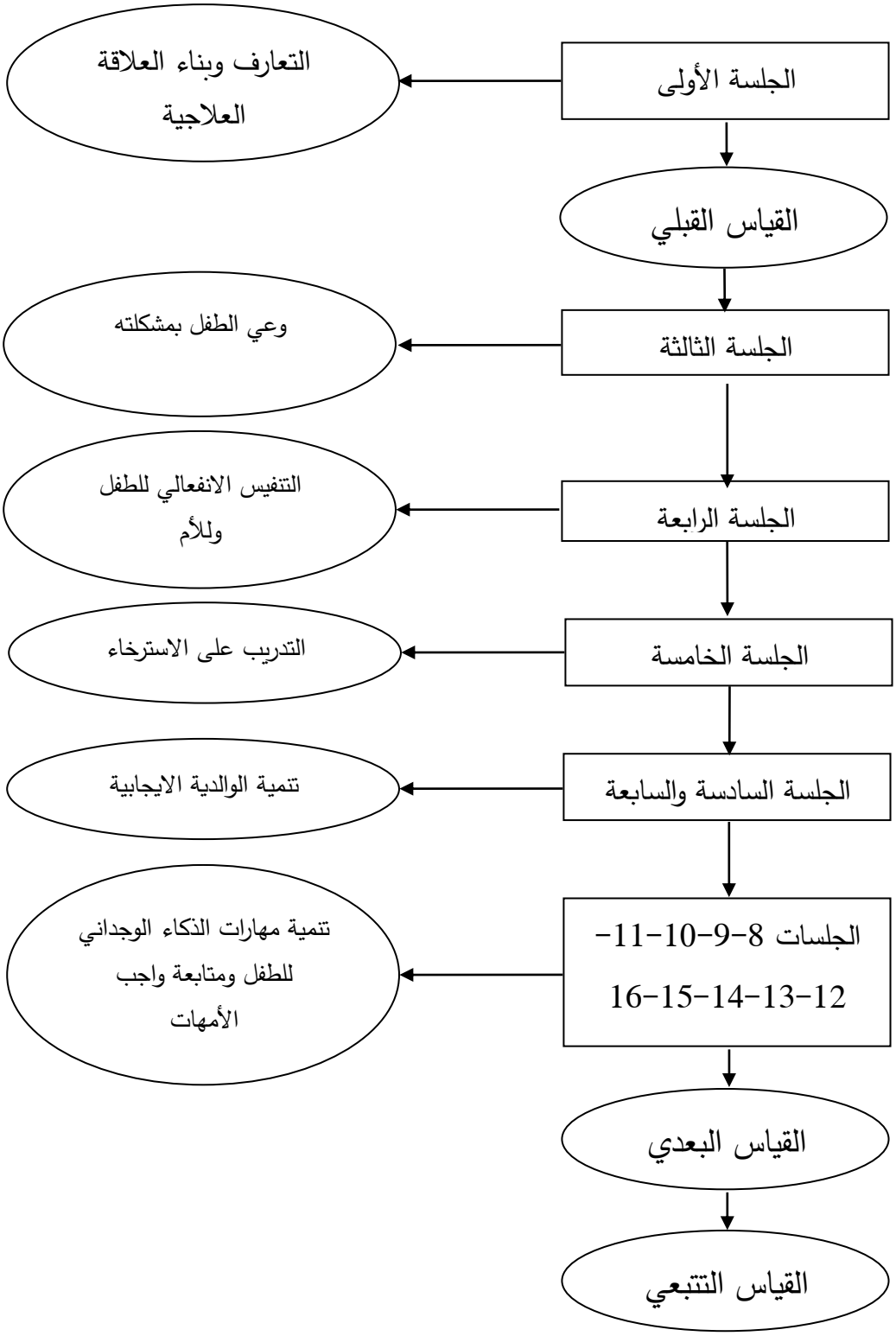
الاستراتيجيات والتقنيات المستخدمة هي:

- التقبل- الإصغاء- الإقناع – المناقشة

- التقويم الذاتي للسلوك– تنمية الشعور بتحمل المسؤولية– التخطيط للسلوك المسئول (خطة متدرجة)– الالتزام بالخطط–
- التنفيس الانفعالي – التنفس البطني– الجرافو ترابي
- الحوار– المحاضرة – الواجب المنزلي–
- فنية المقعد الخالي– ضبط الذات والمراقبة الذاتية– التعزيز–
- الرسم– اللعب – القصص.
- والجلسات العلاجية معروضة في الملحق رقم (01)

4-7- طريقة تطبيق الدراسة

تطبق الدراسة وفق الخطوات الموضحة في الشكل التالي:



الشكل رقم (4): مخطط الجلسات والقياسات في البرنامج

5- الخصائص السيكومترية للمقاييس:

سيتم فيما يلي عرض كل مقياس مطبق في نسخته الأصلية من خلال توضيح مراحل بنائه باختصار وخصائصه السيكومترية من ثبات وصدق في بيئته الأصلية ويتبع ذلك بنتائج التطبيق على أفراد العينة الاستطلاعية وما يتميز به كل مقياس من خصائص سيكومترية في ضوء بعض مؤشرات الصدق والثبات.

5-1- الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك العدواني

تم اعتماد مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (الصورة المصرية المعربة لفاروق صادق) المجال العاشر الخاص بالعدوانية، يضم هذا المجال خمس جوانب رئيسية تمثل السلوك العدواني، ويضم كل مجال على مجموعة من الفقرات أو العبارات التي تعبر عن السلوك العدواني، ووضع أمام كل فقرة اختيارين (أحيانا) و(غالبا) ووضعت الدرجة (1) تحت البديل (أحيانا) والدرجة (2) تحت البديل (غالبا) ويطلب من المستجيب أن يؤشر على الدرجات الموضوعة أمام الفقرات والتي تنطبق عليه، والدرجة الكلية للتلميذ هي مجموع الدرجات الكلية لكل جانب من الجوانب الخمسة.

الأبعاد الخمسة

1- يهدد ويمارس عنفا جسمانيا

2- يتلف ممتلكاته الشخصية

3- يتلف ممتلكات الآخرين

4- يتلف الممتلكات العامة

5- حاد الطبع ويصاب بنوبات غضب.

5-1-1- الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك العدواني في الدراسة الأصلية

أ- الثبات

يمكن تقدير ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة التطبيق بواسطة نفس مصدر المعلومات في فترتين متقاربتين نسبيا أو باستخدام أسلوب مطابقة تقدير فاحصين أو أكثر، باستعراض بعض الدراسات التي استخلصت تقديرات ثبات المقياس يمكن للباحثة أن تشير إلى بعض الدراسات على النحو التالي:

أوضحت دراسة نهى اللحامي 1983 أن درجة الثبات الكلية للجزء الثاني من المقياس عن طريق إعادة الاختبار0.82 عند مستوى دلالة إحصائية 0.01.

ودراسة عبد الرقيب أحمد (1981) أظهرت أن معامل ثبات الجزء الثاني من المقياس باستخدام طريقة تحليل التباين بلغت 0.97 للسلوك المدمر والعنيف عند مستوى دلالة إحصائية 0.01.[1]

ب- الصدق

أما عن صدق المقياس فقد تمكنت نهى اللحامي (1983) من حساب الصدق بطريقتين:

الأولى: الصدق الذاتي وكانت درجة صدق الجزء الثاني 0.92 عند مستوى دلالة إحصائية 0.01.

[1] نورا محمد محمد اسماعيل حسان. البيئة الأسرية واضطراب السلوك التكيفي لدى أطفال الشوارع. رسالة ماجستير في علم النفس. جامعة الزقازيق. مصر. 2007، ص148.

كما تمكن عبد الرقيب أحمد (1981) أن يحصل على معاملات صدق عن طريق الاتساق الداخلي مشابه إلى حد كبير للمعاملات التي استخلصتها نهى اللحامي وجميع معاملاته أيضا كانت دالة عند مستوى 0.01.[1]

5-1-2- الخصائص السيكومترية (الثبات والصدق) لمقياس السلوك العدواني في الدراسة الحالية

أولاً: ثبات مقياس السلوك العدواني

اعتمدت الباحثة في التحقق من ثبات المقياس على طريقتين هما:

طريقة التجزئة النصفية (جاتمان)، وطريقة ألفا (α) كرونباخ، كما يلي:

أ- ثبات المقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية (جاتمان)

تم التأكد من ثبات مقياس السلوك العدواني عن طريق حساب قيمة معامل جاتمان وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم(3): معامل الثبات – جاتمان- لمقياس السلوك العدواني

مقياس السلوك العدواني	عدد البنود	معامل جاتمان
الدرجة الكلية	31	0.84

يتضح من خلال الجدول رقم (3) أن قيمة معامل جاتمان لمقياس السلوك العدواني بلغت: 0.84.

[1] حسان، المصدر المذكور سابقا، ص149.

وفي ضوء هذه القيمة يمكننا القول أن درجة ثبات مقياس السلوك العدواني مرتفعة، باعتبار أن القيمة التي تم الوصول إليها تفسر 84% من الدرجة الحقيقية لعينة الدراسة وهو ما يمكننا من الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

ب-ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا (α) كرونباخ

كما تم التأكد من ثبات مقياس السلوك العدواني عن طريق حساب قيمة معامل معامل ألفا (α) كرونباخ وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم(4): معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس السلوك العدواني

مقياس السلوك العدواني	عدد البنود	معامل ألفا (α) كرونباخ
الدرجة الكلية	31	0.78

يتضح من خلال الجدول رقم (4) أن قيمة معامل ألفا (α) كرونباخ لمقياس السلوك العدواني بلغت: 0.78.

وفي ضوء هذه القيمة يمكننا القول أن قيمة ثبات مقياس السلوك العدواني مرتفعة باعتبار أن القيمة التي تم الوصول إليها تفسر 78% من الدرجة الحقيقية لعينة الدراسة وهو ما يمكننا من الاعتماد على نتائجه في الدراسة الحالية.

ثانيا: صدق مقياس السلوك العدواني

يعد قياس صدق المقياس عاملا رئيسيا في تقدير صلاحيته لقياس ما وضع من أجله، وقد تم التأكد من صدق مقياس السلوك العدواني في الدراسة الحالية بطريقتين هما: صدق الاتساق الداخلي والصدق التمييزي أو صدق المقارنة الطرفية.

أ- صدق الاتساق الداخلي

يعد صدق الاتساق الداخلي من أهم أنواع الصدق التي يمكن استخدامها للتحقق من صدق الأداة، فهو يعكس مدى التجانس الداخلي للمقياس وقد اعتمدنا على هذا النوع من الصدق في الدراسة الحالية من خلال حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والبنود التي تنتمي إليه كما يلي:

الجدول رقم(5): قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والبنود التي تنتمي إليه

أرقام البنود	معامل الارتباط	أرقام البنود	معامل الارتباط
01	0.37*	17	0.36**
02	0.50**	18	0.26**
03	0.28**	19	0.30*
04	0.52*	20	0
05	0.37*	21	0.17
06	0.27**	22	0.33**
07	0.54**	23	0
08	0.52**	24	0
09	0.47**	25	0.47

10	0.10	26	0
11	**0.50	27	0.47
12	0	28	0.710
13	*0.27	29	0.60
14	**0.45	30	0.35
15	**0.48	31	0
16	0		

**دال عند مستوى0.05

. دال عند مستوى 0.01

يتضح من الجدول رقم (5) أن معاملات الارتباط الخاصة لمقياس السلوك العدواني وبنوده قد تراوحت بين 0.10 و0.74 وكانت كلها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 و0.05 كما نلاحظ من خلال الجدول أن البند رقم (10،21) أن القيمة الارتباطية الخاصة به غير دالة والبنود (12،16،20،23،24،26،31) كانت قيمة معامل ارتباطها منعدمة وعليه يستحسن حذف البنود غير الدالة والمنعدمة الارتباط لاستخدام المقياس في الدراسة.

ب- الصدق التمييزي

لقد تم فحص الصدق التمييزي أو القدرة التمييزية لمقياس السلوك العدواني خلال مقارنة الدرجات المتطرفة (العليا والدنيا) لأفراد عينة الدراسة على المقياس، وذلك بالنسبة للمقياس ككل، حيث قمنا بترتيب الدرجات تنازليا وأخذ 27% من درجات الممثلة للثلث الأعلى و27% من

درجات الثلث الأدنى (وكان عددهم معا 44) ثم حساب اختبار ت لعينتين مستقلتين، وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (6): يبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى

المقياس	الثلث الأعلى (ن=22)		الثلث الأدنى (ن=22)		قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الدرجة الكلية للمقياس	6.21	2.85	0	0	10.21**	42

** دال عند مستوى 0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (6) أن قيمة اختبار ت لعينتين مستقلتين جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01

في ضوء هذه النتيجة يمكننا القول أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الثلثين الأعلى والأدنى في مقياس السلوك العدواني، بمعنى أن المقياس استطاع التمييز بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات ومنه المقياس صادق ويمكننا الاعتماد على نتائجه في الدراسة الحالية.

5-2- الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الانسحابي للأطفال لعادل عبد الله محمد

وصف المقياس

تم إعداد هذا المقياس كي يستخدم مع الأطفال بداية من مرحلة الروضة وخلال مرحلة الطفولة وحتى نهايتها، ويهدف هذا المقياس إلى التعرف بشكل دقيق على السلوك الانسحابي للطفل وتشخيصه منذ هذا السن بحيث يساعدنا ذلك في تحديد شكل التدخل المناسب للحد من هذا السلوك اللاتوافقي من جانب الطفل ومساعدته على الاندماج مع الآخرين ويتألف المقياس من 20 عبارة يوجد أمام كل منها ثلاثة اختيارات هي (نعم- أحيانا - مطلقا) تحصل على الدرجات (2-1- صفر) على التوالي، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين صفر- 40 درجة تعكس الدرجة المرتفعة زيادة معدل ومستوى السلوك الانسحابي من جانب الطفل، والعكس صحيح حيث يقل معدل سلوكه الانسحابي كلما قلت درجته على المقياس، وقد اتضح من خلال التحليل العاملي أن عبارات هذا المقياس تتشعب على عاملين اثنين هما:

1- الانسحاب من المواقف الاجتماعية، وتتشعب عليه العبارات أرقام 1-4-5-8-9-11-13-14-16-19

2- الانسحاب من التفاعلات الاجتماعية، وتتشعب عليه العبارات أرقام 2-3-6-7-10-12-15-17-18-20.

أما عن تطبيق المقياس فإنه يتم عن طريق الأخصائي النفسي، أو أحد المعلمين وثيقي الصلة بالطفل أو أحد الوالدين.[1]

5-2-1- الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الانسحابي في الدراسة الأصلية

أ- الصدق

بلغت نسبة اتفاق المحكمين على عبارات المقياس بين 95%- 100%، وأظهرت نتائج الصدق التلازمي ارتباط دال إحصائيا عند 0.01 بين درجات أفراد العينة (ن=74) في المقياس الحالي وبين درجاتهم على مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال لمعد المقياس الحالي بلغت قيمته (0.763)، كما بلغت قيمة معامل الارتباط بين تقدير الأخصائي وتقديرات أولياء الأمور (0.624)

أما بالنسبة للصدق التمييزي والذي يقيس قدرة المقياس على التمييز فقد بلغت قيمة (ت) الدالة على ذلك 9.39 وذلك بعد تقسيم درجات أفراد العينة بعد ترتيبها تنازليا إلى مستويين يمثل الأول منهما نسبة ال 50% الأعلى (ن=27، م=20.55، ع=6.91) ويمثل الثاني نسبة ال 50% الأدنى (ن=27، م=17.12، ع=5.11).[2]

ب- الثبات

بلغ معامل الثبات عن طريق إعادة الاختبار على عينة (ن=74) من أطفال الروضة والمرحلة الابتدائية وذلك بعد مرور ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول 0.743، وباستخدام معادلة

---

[1] محمد، المصدر المذكور سابقا، ص8.

[2] المصدر نفسه، ص ص9-10

KR-20 بلغ 0.662، وبطريقة ألفا كرونباخ 0.691، وبطريقة التجزئة النصفية بلغ 0.678، وهي جميعا نسب دالة عند 0.01.

وأوضحت نتائج الاتساق الداخلي أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين 0.22- 0.94 (الجدول رقم 8) وهي جميعا قيم دالة إحصائيا.[1]

الجدول رقم(7): قيم معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس[2]

أرقام البنود	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	0.91**	دال
2	0.94**	دال
3	0.47**	دال
4	0.88**	دال
5	0.29**	دال
6	0.75**	دال
7	0.41**	دال
8	0.63**	دال
9	0.86**	دال
10	0.90**	دال

[1] محمد، المصدر المذكور سابقا، ص8.

[2] المصدر نفسه، ص9.

11	0.55**	دال
12	0.87**	دال
13	0.58**	دال
14	0.92**	دال
15	0.47**	دال
16	0.62**	دال
17	0.22**	دال
18	0.53**	دال
19	0.28**	دال
20	0.85**	دال

5-2-2 الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الانسحابي في الدراسة الحالية

أولا: الصدق

تم التأكد من صدق مقياس السلوك العدواني في الدراسة الحالية بطريقتين هما: صدق الاتساق الداخلي والصدق التمييزي أو صدق المقارنة الطرفية.

أ- صدق الاتساق الداخلي

يعد قياس صدق المقياس عاملا رئيسيا في تقدير صلاحيته لقياس ما وضع لقياسه، وقد تم التأكد من صدق مقياس السلوك الانسحابي في الدراسة الحالية بالطريقة التالية هي:

صدق الاتساق الداخلي بأبعاده الثلاثة (الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها،

الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس وكذا الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس)، الصدق التمييزي أو صدق المقارنة الطرفية، وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وكذا للأبعاد الأربعة كل بعد على حدا، وجاءت النتائج كما يلي:

يعد صدق الاتساق الداخلي من أهم أنواع الصدق التي يمكن استخدامها للتحقق من صدق الأداة، فهو يعكس مدى التجانس الداخلي للمقياس، وقد اعتمدت الباحثة على هذا النوع من الصدق في الدراسة الحالية من خلال حساب معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس بالإضافة إلى حساب الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس السلوك الانسحابي وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

الجدول رقم (8) : قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والبنود لمقياس السلوك الانسحابي

أرقام البنود	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	0.38**	دال
2	0.58**	دال
3	0.50**	دال
4	0.63**	دال
5	0.61**	دال
6	0.53**	دال

7	0.52**	دال
8	0.54**	دال
9	0.49**	دال
10	0.42**	دال
11	0.42**	دال
12	0.65**	دال
13	0.34**	دال
14	0.65**	دال

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (8) أن معاملات ارتباط الدرجة الكلية لمقياس السلوك الانسحابي وبنوده جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01، بحيث تراوحت بين 0.384 و0.65، وهو ما يمكننا من الاعتماد على نتائجه في هذه الدراسة.

الجدول رقم(9): يمثل قيم معاملات ارتباط الدرجة الكلية لمقياس السلوك الانسحابي وأبعاده

البعد	قيم معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
البعد 01	0.68**	دال
البعد 02	0.78**	دال

يتضح من الجدول رقم (9) أن قيم معاملات الارتباط بين مقياس السلوك الانسحابي وأبعاده جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بحيث تراوحت بين 0.68 و0.78.

وفي ضوء هذه الارتباطات البينية، معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس بالإضافة إلى الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس يمكننا القول أن مقياس السلوك الانسحابي حقق مستويات مقبولة من الاتساق الداخلي وهو ما يمكننا من الاعتماد على نتائجه في هذه الدراسة.

ب- الصدق التمييزي

لحساب هذا النوع من الصدق تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات العينة، حجم العينة يساوي 120 مفحوص بواقع سحب 27%.

الجدول رقم (10): يبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى

المتغير	العينة العليا		العينة الدنيا		قيمة "ت"
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
السلوك الانسحابي	8.25	4.91	1	1.80	6.69

يتبين من الجدول أن قيمة "ت" المحسوبة دالة إحصائيا عند مستوى 0.001، وبالتالي فإن مقياس السلوك الانسحابي يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الانسحاب، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الدراسة.

ثانيا: الثبات

يشير الثبات إلى الدرجة الحقيقية التي تعبر عن أداء الفرد على اختبار ما، ومعنى ثبات الدرجة أن المفحوص يحصل عليها في كل مرة يختبر فيها سواء بالاختبار نفسه أو بصورة مكافئة له تقيس الخاصية نفسها.

أ- حساب الثبات باستخدام معامل الثبات -جاتمان-

تم التحقق من ثبات درجات مقياس السلوك الانسحابي في الدراسة الحالية عن طريق حساب معامل الثبات- جاتمان- وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (11): معامل الثبات – جاتمان- لمقياس السلوك الانسحابي

مقياس السلوك الانسحابي	عدد البنود	معامل جاتمان
الدرجة الكلية	20	0.89

يتضح من خلال الجدول رقم (11) أن قيمة معامل جاتمان لمقياس السلوك الانسحابي: 0.89.

وفي ضوء هذه القيمة يمكننا القول أن درجة ثبات مقياس السلوك الانسحابي مرتفعة، باعتبار أن القيمة التي تم الوصول إليها تفسر 89% من الدرجة الحقيقية لعينة الدراسة وهو ما يمكننا من الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

ب- ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا (α) كرونباخ

كما تم التأكد من ثبات مقياس السلوك الانسحابي عن طريق حساب قيمة معامل ألفا (α) كرونباخ وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (12): معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس السلوك الانسحابي

مقياس السلوك الانسحابي	عدد البنود	معامل ألفا (α) كرونباخ
الدرجة الكلية	20	0.80

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن قيمة معامل ألفا (α) كرونباخ لمقياس الانسحابي بلغت: 0.80.

وفي ضوء هذه القيمة يمكننا القول أن قيمة ثبات مقياس السلوك الانسحابي مرتفعة باعتبار أن القيمة التي تم الوصول إليها تفسر 80% من الدرجة الحقيقية لعينة الدراسة وهو ما يمكننا من الاعتماد على نتائجه في الدراسة الحالية.

5-3- الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب العناد المتحدي لمجدي محمد الدسوقي: صورة المعلم والوالد أو الوالدة

وصف المقياس

يتم تطبيق المقياس لتقدير اضطراب العناد المتحدي، ويتم استخدامه من قبل المعلمين أو من قبل الوالدين أو من قبل الأخصائيين النفسيين أو الأخصائيين الاجتماعيين، مع العلم بأن صورة المعلم وصورة الوالدين واحدة، ولا تستغرق عملية التطبيق أكثر من 10 دقائق.[1]

طريقة التصحيح

وضع للمقياس تعليمات بسيطة تتضمن الإجابة على كل بند من بنود المقياس تبعا لبدائل خمسة هي: هذا السلوك لا يحدث مطلقا، وهذا السلوك يحدث أحيانا، وهذا السلوك يتكرر كثيرا، وهذا السلوك يتكرر كثيرا جدا، وهذا السلوك يحدث طوال الوقت، ووضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة هي 0، 1، 2، 3، 4 على الترتيب، وتفسير هذه الاختيارات الخمسة على النحو التالي:

- **هذا السلوك لا يحدث مطلقا:** يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص نادرا ما يظهر هذا السلوك.

- **هذا السلوك يحدث أحيانا:** يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك بدرجة متوسطة (2-3 مرات كل 6 ساعات)

- **هذا السلوك يتكرر كثيرا:** يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك بدرجة متكررة (3- 4 مرات كل 6 ساعات)

---

[1] الدسوقي، المصدر المذكور سابقا، ص28

- **هذا السلوك يتكرر كثيرا جدا:** يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك كثيرا جدا (5-6 مرات كل 6 ساعات)

- **هذا السلوك يحدث طوال الوقت:** يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك طول الوقت (أكثر من 6 مرات كل 6 ساعات)، ويمثل هذا السلوك مشكلة حادة أو كبيرة لهذا الفرد ويعوق الأداء الوظيفي له.

والدرجة الكلية على المقياس هي مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص على العبارات المكونة للمقياس أو بمعنى آخر يستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي حصل عليها المفحوص على المقياس، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى أن الفرد يعاني من اضطراب العناد المتحدي والعكس صحيح.[1]

5-3-1- الخصائص السيكومترية لمقياس العناد المتحدي في البيئة الأصلية

أولا: صدق المقياس

تم التأكد من صدق المقياس بثلاث طرق:

أ- الصدق التلازمي

تم التحقق من الصدق التلازمي للمقياس، وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة التقنين (كل مجموعة عمرية على حدة) وبين درجاتهم على مقياس أنماط السلوك المشكل إعداد عبد المنعم شحاتة وأمنية الشناوي (2010)، وتوصلت النتائج إلى أن

[1] الدسوقي، المصدر المذكور سابقا، ص28-29.

معاملات الارتباط الناتجة موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى 0.01 مما يشير إلى صدق تلازمي مرتفع للمقياس.

ب- الصدق الاتفاقي

يعني الصدق الاتفاقي أن المقياس يرتبط بغيره من المقاييس الأخرى التي تقيس متغيرات لها نفس الاتجاه النفسي الايجابي من الناحية النظرية، واعتمادا على ذلك تم تطبيق مقياس اضطراب العناد المتحدي مع مقياس اضطراب المسلك إعداد مجدي الدسوقي (2013)، ومقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إعداد مجدي الدسوقي (2005)، ومقياس السلوك العدواني والعدائي إعداد أمال باضة (2003)، ومقياس أنماط السلوك المشكل إعداد عبد المنعم شحاتة وأمنية الشناوي (2010)، وقائمة تشخيص الاكتئاب إعداد مجدي الدسوقي (2002) على أفراد عينة التقنين، وتم التوصل إلى أن مقياس اضطراب العناد المتحدي يتصف بمعدلات صدق مرتفعة لارتباطه ارتباطا موجبا ودالا عند مستوى 0.01 مع كل من اضطراب المسلك، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، والسلوك العدواني والعدائي، وأنماط السلوك المشكل، والاكتئاب، وتؤكد هذه النتائج الصدق الاتفاقي للمقياس.[1]

ج- الصدق التعارضي

يعني الصدق التعارضي أن المقياس يرتبط بغيره من المقاييس الأخرى التي تقيس متغيرات لها نفس الاتجاه النفسي المضاد (السلبي) من الناحية النظرية، واعتمادا على ذلك تم تطبيق مقياس اضطراب العناد المتحدي مع عدد من المقاييس منها قائمة تقدير التوافق للأطفال إعداد عبد

[1] الدسوقي، المصدر المذكور سابقا، ص30-31.

الوهاب كامل (1988)، وقائمة تقدير الذات للأطفال إعداد عبد اللطيف خليفة وآخرون (2007)، ودليل تقدير الذات إعداد مجدي الدسوقي (2004)، وقائمة الاتجاه نحو الذات إعداد مجدي الدسوقي (2003) والتي تقيس بعدي الثقة بالنفس والاستحسان الاجتماعي، واختبار الكفاءة الاجتماعية إعداد مجدي حبيب (1990) على أفراد عينة التقنين.

وتم التوصل إلى أن مقياس اضطراب العناد المتحدي يتصف بمعاملات صدق مرتفعة لارتباطه ارتباطا سالبا ودالا عند مستوى 0.01 مع كل من تقدير التوافق، وتقدير الذات، والاستحسان الاجتماعي، والثقة بالنفس، والكفاءة الاجتماعية، وتؤكد هذه النتائج الصدق التعارضي للمقياس.[1]

ثانيا- ثبات المقياس

تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطريقتين الآتيتين:

أ- طريقة إعادة الإجراء

تم تطبيق المقياس ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى بفاصل زمني قدره شهر على مجموعة من أفراد عينة التقنين، وبعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد كل مجموعة عمرية في التطبيقين الأول والثاني، وتم التوصل إلى أن معاملات الارتباط الناتجة دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بقدر طيب من الثبات.

[1] الدسوقي، المصدر المذكور سابقا، ص34.

ب- طريقة التجزئة النصفية

تم تقسيم المقياس إلى نصفين أحدهما يتضمن العبارات الفردية، والآخر يتضمن العبارات الزوجية، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية، ودرجات البنود الزوجية لأفراد كل مجموعة عمرية من أفراد عينة التقنين، وبعد ذلك تم تصحيح معاملات الارتباط الناتجة باستخدام معادلة سبيرمان- براون.

وتم التوصل إلى أن معاملات الارتباط الناتجة باستخدام طريقة التجزئة النصفية دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.[1]

5-3-2- الخصائص السيكومترية لمقياس العناد المتحدي في الدراسة الحالية:

أولا: الصدق

يعد قياس صدق المقياس عاملا رئيسيا في تقدير صلاحيته لقياس ما وضع لقياسه، وقد تم التأكد من صدق مقياس العناد المتحدي في الدراسة الحالية بالطرق التالية هي:

صدق الاتساق الداخلي بأبعاده الثلاثة (الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس)، الصدق التمييزي أو صدق المقارنة الطرفية، وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس.

أ- صدق الاتساق الداخلي

يعد صدق الاتساق الداخلي من أهم أنواع الصدق التي يمكن استخدامها للتحقق من صدق الأداة، فهو يعكس مدى التجانس الداخلي للمقياس، وقد اعتمدت الباحثة على هذا النوع من الصدق

[1] الدسوقي، المصدر المذكور سابقا، ص37-38.

في الدراسة الحالية من خلال حساب معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس بالإضافة إلى حساب الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس العناد المتحدي، وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

الجدول رقم (13): يمثل قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والبنود لمقياس العناد المتحدي

أرقام البنود	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	0.53**	دال
2	0.69**	دال
3	0.61**	دال
4	0.44**	دال
5	0.70**	دال
6	0.60**	دال
7	0.64**	دال
8	0.66**	دال
9	0.69**	دال
10	0.44**	دال

11	0.47**	دال
12	0.57**	دال
13	0.60**	دال
14	0.53**	دال
15	0.26*	دال
16	0.74**	دال
17	0.65**	دال
18	0.53**	دال
19	0.73**	دال
20	0.64**	دال
21	0.71**	دال
22	0.64**	دال
23	0.49**	دال
24	0.60**	دال

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (13) أن معاملات ارتباط الدرجة الكلية لمقياس العناد المتحدي مع بنوده جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 ماعدا البند رقم (15) دال عند مستوى الدلالة 0.05، بحيث تراوحت بين(0.26 و0.71)، وهو ما يمكننا من الاعتماد على نتائجه في هذه الدراسة.

ب- الصدق التمييزي

لحساب هذا النوع من الصدق تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي درجات العينة، حجم كل عينة يساوي 120 طفل بواقع سحب 27%.

جدول رقم (14): يبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى

المتغير	العينة العليا		العينة الدنيا		قيمة "ت"
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
العناد المتحدي	3.68	2.76	35.93	8.80	19.69

يتبين من الجدول (14) أن قيمة "ت" المحسوبة دالة إحصائيا عند مستوى 0.001، وبالتالي فإن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في العناد المتحدي، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الدراسة.

ثانيا: ثبات مقياس العناد المتحدي

اعتمدت الباحثة في التحقق من ثبات مقياس العناد المتحدي طريقتين هما: طريقة التجزئة النصفية (جاتمان)، وطريقة ألفا (α) كرونباخ، كما يلي:

أ- ثبات المقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية (جاتمان)

تم التأكد من ثبات مقياس العناد المتحدي عن طريق حساب قيمة معامل جاتمان وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (15): معامل الثبات – جاتمان- لمقياس العناد المتحدي

مقياس العناد المتحدي	عدد البنود	معامل جاتمان
الدرجة الكلية	24	0.87

يتضح من خلال الجدول رقم (15) أن قيمة معامل جاتمان لمقياس العناد المتحدي بلغت: 0.87.

وفي ضوء هذه القيمة يمكننا القول أن درجة ثبات مقياس العناد المتحدي مرتفعة، باعتبار أن القيمة التي تم الوصول إليها تفسر 87% من الدرجة الحقيقية لعينة الدراسة وهو ما يمكننا من الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

ب- ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا (α) كرونباخ

كما تم التأكد من ثبات مقياس العناد المتحدي عن طريق حساب قيمة معامل ألفا (α) كرونباخ وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (16): معامل الثبات ألفا (α) كرونباخ لمقياس العناد المتحدي

مقياس العناد المتحدي	عدد البنود	معامل ألفا (α) كرونباخ
الدرجة الكلية	24	0.92

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن قيمة معامل ألفا (α) كرونباخ لمقياس العناد المتحدي بلغت: 0.92.

وفي ضوء هذه القيمة يمكننا القول أن قيمة ثبات مقياس العناد المتحدي مرتفعة باعتبار أن القيمة التي تم الوصول إليها تفسر 92% من الدرجة الحقيقية لعينة الدراسة وهو ما يمكننا من الاعتماد على نتائجه في الدراسة الحالية.

6- تطبيق البرنامج العلاجي

6-1- عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة القصدية المتاحة، والتي ضمت 13 طفل يعانون من مشكلات سلوكية (العدوان- الانسحاب- العناد المتحدي)، 10 ذكور و03 إناث من مرحلة الطفولة المتوسطة تتراوح أعمارهم بين (7-8 سنوات) أي السنة الثانية والثالثة ابتدائي، وتم اختيار هذه الفئة العمرية لأنه أكثر فئة يشتكي مدرسوها من مشكلاتها السلوكية.

- خصائص العينة

جاءت خصائص عينة البحث من حيث الجنس، السن، السنة الدراسية، ونوع المشكل السلوكي كما هو موضح في الجدول الموالي.

الجدول رقم (17): خصائص عينة البحث

الحالات	الجنس	السن	السنة الدراسية	المشكل السلوكي
1	ذكر	8	الثالثة	عدوان
2	ذكر	7	الثانية	عدوان
3	ذكر	8	الثالثة	عدوان
4	ذكر	8	الثالثة	عدوان
5	أنثى	8	الثالثة	الانسحاب
6	أنثى	8	الثالثة	الانسحاب
7	ذكر	8	الثالثة	الانسحاب
8	ذكر	8	الثالثة	الانسحاب
9	ذكر	7	الثانية	الانسحاب
10	ذكر	7	الثانية	العناد المتحدي

11	أنثى	8	الثالثة	العناد المتحدي
12	ذكر	8	الثالثة	العناد المتحدي
13	ذكر	8	الثالثة	العناد المتحدي

يتضح من الجدول رقم (17) أن عينة الدراسة تضم 3 أطفال بلغوا 7 سنوات، والبقية كلهم بلغت أعمارهم 8 سنوات، وجميعهم يدرسون السنة الثالثة ما عدا 3 أطفال يدرسون السنة الثانية، ويتضح أيضا أن عدد الأطفال الذين يعانون من العدوان بلغ 4 أطفال، وعدد الأطفال الذين يعانون من الانسحاب بلغ 5 أطفال، أما العناد المتحدي فكان 4 أطفال.

6-2-الإطار الزمني والمكاني للتجربة

دامت التجربة 3 أشهر ونصف وذلك من منتصف شهر ديسمبر 2019 إلى نهاية شهر مارس 2020.

وتمت التجربة في مكتب المختصة النفسية بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية العمارية، التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالبرواقية بولاية المدية، حيث تعمل الباحثة.

6-3- سير الجلسات

تم سير الجلسات كما كان مبرمج له، ما عدا آخر جلستين من العلاج الجماعي للأطفال وهما الجلسة 15 و16، اللتان تزامنتا مع بداية وباء كورونا (كوفيد 19) في الجزائر، وغلق المدارس وفرض الحجر الصحي، مما اضطرنا للجوء إلى التواصل عبر الهاتف وطلبنا من الأم أن

تحكي القصة لطفلها ثم نكمل نحن مع الطفل الأسئلة والمناقشة، بالنسبة لتنمية مهارة الانتباه والتركيز ومهارة اللعب الجماعي عوضت بمهارة التواصل عبر الهاتف، وآخر جلسة كانت لمدة زمنية قصيرة وبأخذ إجراءات الوقاية من الوباء.

7- أدوات تحليل البيانات

- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- متوسط الفروق.
- الانحراف المعياري لتوزيع الفروق.
- اختبار T لعينتين متشابهتين.

الفصل السادس

عرض وتحليل نتائج الفرضيات ومناقشتها

تمهيد

يتناول هذا الفصل عرض نتائج الفرضيات وتحليلها ومناقشتها، في البداية تناولنا العرض الوصفي والتحليلي للنتائج والذي كان نقطة البداية لعملية التحليل ثم تبعناها بمناقشة النتائج على ضوء الأدبيات السابقة حول الموضوع بذلك يعتبر هذا الفصل جزءا مهما من الدراسة، لأنه يقدم الأدلة الإحصائية المنطقية ويحللها.

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها

تنص هذه الفرضية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار –ت– لعينتين مترابطتين من أجل المقارنة بين درجات العينة التجريبية في نتائج القياسين القبلي والبعدي لمقياس العدوان، وذلك بعد أن تحققنا من اعتدالية توزيع تلك الدرجات باستخدام اختبار Shapiro–Wilk (أنظر الملحق 13)، وجاءت النتائج كما يلي:

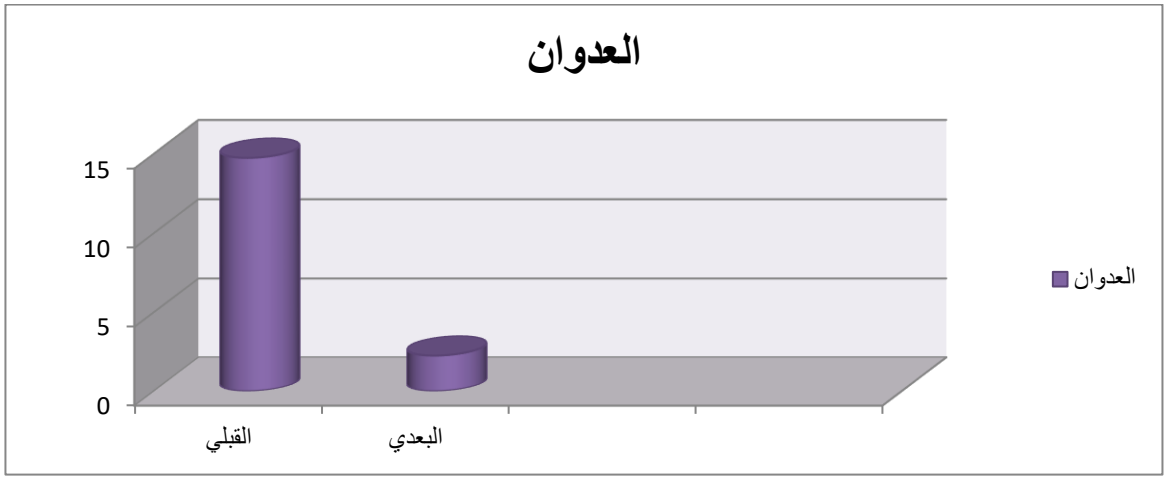
الجدول رقم (18): نتائج اختبار –ت– لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لمقياس العدوان في العينة التجريبية

مقياس العدوان	القياسين	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
الدرجة الكلية	القبلي ن=4	14.75	7.13	3.81	3	0.03	0.83
	البعدي ن=4	2.25	1.71				

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المتوسط الحسابي في الدرجات الكلية للقياس القبلي لمقياس العدوان في العينة التجريبية قد بلغ: 14.75 بانحراف معياري قدره: 7.13، كما قدر المتوسط الحسابي في الدرجات الكلية للقياس البعدي لمقياس العدوان في العينة التجريبية بـ: 2.25 بانحراف معياري قدره: 1.71.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار ت المحسوبة لعينتين مترابطتين بالنسبة للدرجة الكلية مساوية لـ: 3.81 بدرجات حرية 3، وكانت دالة إحصائيا عند مستوى 0.03، كما نلاحظ أن قيمة حجم الأثر الخاصة بمعامل مربع ايطا قد بلغت: 0.83، وهي قيمة جد كبيرة

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياس القبلي وللقياس البعدي في الشكل البياني(5)



الشكل رقم (05): الفروق بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياس القبلي وللقياس البعدي

وفي ضوء ما سبق، نستنتج أن بيانات الدراسة الحالية جاءت مؤيدة لنص الفرضية الأولى، وبالتالي يمكننا القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي بحجم تأثير قدره 0.83، بمعنى أن ما نسبته 83% من التحسن في مستوى العدوان يعزى إلى البرنامج المعتمد في الدراسة الحالية.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء الأثر الإيجابي لمحتوى البرنامج العلاجي الذي تعددت الفنيات العلاجية التي استخدمت فيه في شكل منظومة علاجية متكاملة ومترابطة تتناسب مع تعقد وتشابك المشكلات السلوكية، الذي بدأت جلساته بتركيز الباحثة على خلق الجو النفسي الآمن وبناء العلاقة العلاجية التي تعتبر الأساس في العلاج وهو ما أشار إليه (Corey, G, 2004)

[1] "ليست التقنيات التي يستخدمها الممارسون هي التي تحدث فرقا علاجيا، بدلا من ذلك، فإن جودة العلاقة مع العميل هي التي تشفي".

ثم تدريب الدافعية لدى الأطفال باستعمال العلاج القصصي (سرد قصة الأرنب المتسلط، قصة الدجاجة جوجو، وقصة سالمة الحالمة) والعلاج الواقعي (فنية التقويم الذاتي للسلوك (المشكل السلوكي) – تنمية الشعور بتحمل المسؤولية – التخطيط للسلوك المسئول (خطة متدرجة) – الالتزام بالخطط) الذي عملت فنياته بشكل متكامل في دفع أفراد المجموعة العلاجية لإصدار أحكام ذاتية على سلوكهم (المشكل السلوكي) وعدم إنكاره وتقويمه ومشاركتهم الفاعلة في التخطيط لعملية التغيير وتحمل مسؤولية سلوكهم والالتزام والتعهد بتنفيذ هذه الخطط والوصول إلى السلوك المسئول ويتماشى هذا مع ما ذكره جلاسر من "أن السلوك اللامسئول هو سلوك انهزامي يستدعي إيذاء الذات وإيذاء الآخرين، وتركز هذه النظرية على فكرة أن الإنسان كائن عقلاني ومسئول شخصيا عن سلوكياته.[2]

ومن خلال استخدام هذه الفنيات الواقعية والتي تتميز بكونها تعمل في شكل منتظم ومتكامل وواضح المعالم استشعر الأطفال أن أنماط سلوكهم المسئولة هي التي تحقق لهم السعادة والتوافق والصحة النفسية، وتتفق هذه الرؤية مع ما نادى به رائد العلاج الواقعي جلاسر "من أن

---

[1]– Corey, G. Designing an integrative approach to counseling practice. VISTAS online. Retrieved September 1.2007, from http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas04/29.pdf.2004, p278.

[2] سعيد العزة، جودت عبد الهادي. نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: الدار العالمية الدولية للنشر والتوزيع. 1999، ص159.

الصحة النفسية لا تؤدي إلى السلوك المسئول، وإنما السلوك المسئول هو الذي ينتج عنه الصحة النفسية، وبالمثل فإن التعاسة والمعاناة الشخصية هي نتيجة لعدم المسئولية وليست سببا لها.[1]

بالإضافة إلى توقيع العقد العلاجي مع الطفل صور للطفل طابع الجدية في العلاج مما جعله يحترم مواعيد الجلسات والتعليمات وتنفيذها.

وتتفق نتيجة الفرضية الأولى مع نتائج دراسات كل من (العمايرة 1991، الكافوري 1992، حافظ وفتحي 1993، الحنفي 1995، ميراندا وبريزونتاسيو & Miranda) (presentación, 2000).

حيث هدفت دراسة العمايرة (1991)[2] إلى معرفة مدى فاعلية تدريب المهارات الاجتماعية في الحد من السلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، واستخدم مقياس تقدير السلوك العدواني عن طريق البعد الخاص بالسلوك العدواني في مقياس الجمعية الأمريكية للسلوك التكيفي المطور للبيئة الأردنية، وبلغ عدد أفراد العينة 60 تلميذا من المرحلة العمرية (8–12 سنة) جميعهم من الذكور، تم تقسيم العينة إلى مجموعتين، 30 تلميذا في المجموعة التجريبية و 30 تلميذا في المجموعة الضابطة، ثم قسمت المجموعة التجريبية إلى مجموعتين حسب مستوى العمر، كل مجموعة تتكون من 15 تلميذ، تلقى كل منهم برنامجا تدريبيا على المهارات الاجتماعية، الذي تضمن 11 مهارة، في 12 جلسة تمتد على مدى 6 أسابيع، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية في خفض السلوك العدواني.

---

[1] محمد محروس الشناوي. نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر. 1994، ص222.

[2] أحمد عبد الكريم العمايرة. فاعلية برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدى طلبة الصفوف الابتدائية. رسالة ماجستير في الإرشاد والتوجيه. الجامعة الأردنية.1991.

كما كان الهدف من دراسة الكافوري (1992)[1] هو تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال باستخدام برنامج للعلاج الجماعي باللعب وبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية، وقد تكونت عينة الدراسة من 40 تلميذا من تلاميذ الصف الخامس الابتدائي تتراوح أعمارهم بين (9 سنوات و11 شهر)، و(11سنة و4 شهور) وقد تم تقسيم عينة الدراسة إلى أربع مجموعات: تلقت مجموعة من 10 أطفال ذكور عدوانيين برنامج علاج جماعي باللعب، وتلقت مجموعة من 10 أطفال عدوانيين برنامج تدريب على المهارات الاجتماعية، وتلقت مجموعة من 10 أطفال عدوانيين اثنين من نظم العلاج، المجموعة الرابعة المكونة من 10 أطفال ذوي السلوك العدواني مثلت المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي علاج، وتم تطبيق الاختبارات المستخدمة في الدراسة عليهم قبل تنفيذ الأنظمة العلاجية الثلاثة، وهي: مقياس السلوك العدواني ومقياس السلوك العدواني للمشرفين، وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ومتوسط مجموعة العلاج باللعب على اختبار السلوك العدواني للأطفال في القياس البعدي الأول لصالح مجموعة العلاج باللعب، وأيضا فروق ذات دلالة إحصائية لصالح مجموعة التدريب على المهارات الاجتماعية، وفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ومتوسط المجموعة التي تجمع برنامجي العلاج الجماعي باللعب والتدريب على المهارات الاجتماعية.

[1] صبحي عبد الفتاح الكفوري. تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال باستخدام برنامج العلاج الجماعي وبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة طنطا. 1992.

ومن جهته أجرى حافظ وفتحي(1993)[1] دراسة تهدف إلى الحد من السلوك العدواني لدى الأطفال من خلال تطبيق برنامج إرشادي وفقا لمتغيرات معينة (الأسرة- المدرسة)، تكونت عينة البحث من 256 تلميذا وتلميذة من مدارس طارق بن زياد بشبرا وتنقسم العينة إلى: 147 تلميذا، 109 تلميذة متوسط أعمارهم 10 سنوات وستة أشهر بانحراف معياري 3,1 وقد استخدم الباحثان مقياس عين شمس لأشكال السلوك العدواني، وأدوات القياس متغيرات الديموغرافية والمعرفية المرتبطة بالسلوك العدواني، وقد توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين السلوك العدواني وحجم الأسرة وزيادة أفرادها، ووجود فروق بين الجنسين في السلوك العدواني وهي العدوان المادي – العدوان السلبي لصالح الذكور والعدوان اللفظي والسلوك السوي لصالح الإناث والتحقق من الأثر الإيجابي للبرنامج المقترح.

كما هدفت دراسة حنفي (1995)[2] إلى إعداد برنامج يعتمد بشكل أساسي على اللعب الجماعي لمساعدة الأطفال على التخلص من السلوك العدواني الذي يعرضهم للضيق النفسي والتأخر في جميع جوانب النمو المختلفة، وتكونت عينة الدراسة من 75 طفلا بواقع 45 ذكر، 30 أنثى، في الفئة العمرية (4- أقل من 7 سنوات)، استخدمت الباحثة الأدوات التالية: اختبار رسم الرجل لجودانف – هاريس للذكاء – استمارة تقييم درجة نشاط الطفل اليومي – استمارة دراسة الحالة- برنامج اللعب الجماعي لخفض السلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة، وعمدت

[1] نبيل حافظ، قاسم نادر فتحي. برنامج إرشادي مقترح لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات، جملة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.(1). 1993.

[2] فاطمة حنفي. إعداد برنامج اللعب الجماعي لخفض السلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة، المؤتمر السنوي السادس للطفل المصري "تنشئة في ظل عالمي جديد". دراسات وبحوث في علم النفس. القاهرة: دار الفكر العربي. 1995.

الباحثة إشراك الأطفال الذين لا يظهرون سلوكا عدوانيا، وخلصت نتائج الدراسة إلى أن الأساليب التي اتبعت في البرنامج قد ساهمت بقدر كبير في التنفيس عن الطاقات الزائدة والكامنة في نفوس الأطفال والسيطرة على انفعالاتهم مما يعني أن البرنامج ساعد في تقليل مستوى السلوك العدواني لدى الأطفال، وأنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك العدواني لدى الأطفال موضوع البحث باختلاف السن والجنس، وهناك فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك العدواني بين أطفال الأمهات غير العاملات وأطفال الأمهات العاملات، وتوجد علاقة موجبة بين عدوانية الأطفال ودرجة نشاطهم اليومية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال الأكثر عدوانية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح الأطفال بعد التطبيق.

كان الغرض من دراسة ميراندا وبريزونتاسيو [1](Miranda & presentación,2000) ذا شقين: إثبات فعالية علاج ضبط النفس المعرفي السلوكي على الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه العدوانيين وتحديد ما إذا كان الجمع بين التدريب على التحكم الذاتي والتدريب على إدارة الغضب كان له نتائج أفضل لمجموعتين فرعيتين من الأطفال مفرطي النشاط، عدوانيين وغير عدوانيين، اشتملت الدراسة على 32 طفلا مصابا باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، منهم كانوا عدوانيين و16 ليسوا كذلك، خضع 16 من 32 طفلا مصابا باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه إلى تدريب على ضبط النفس المعرفي السلوكي، والذي تضمن التعليم الذاتي من خلال النمذجة السلوكية والطوارىء السلوكية، تلقى الأطفال الستة عشر الآخرون ذوو النشاط المفرط نفس البرنامج ولكن تم دمجهم مع تدريب على إدارة الغضب، تم إجراء التدخلات

[1] Miranda, A. presentación, M. J. Efficacy of cognitive- behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness, journal of valencia, spain, 37(2), 2000, 169-182.

من قبل معالجين اثنين، كل منهما يهتم بأربع مجموعات، واحدة من كل واحدة في الحالات التالية: فرط الحركة مع العلاج المعرفي السلوكي للتحكم الذاتي، وفرط الحركة مع العلاج المشترك، وفرط الحركة العدواني مع العلاج المعرفي السلوكي للتحكم الذاتي، وفرط الحركة العدواني مع العلاج المشترك، أشارت النتائج إلى تحسن مهم في العديد من التدابير في جميع المجموعات المعالجة، علاوة على ذلك، كان التحسن الذي طرأ على الأطفال الذين يعانون من العدوانية أفضل قليلا، وفقا للوالدين، مع العلاج المشترك أكثر من العلاج بدونه، توفر البيانات الدعم لتضمين التدريب على إدارة الغضب في التدخلات السلوكية المعرفية للطلاب مفرطي الحركة العدوانيين.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها

تنص الفرضية الثانية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال في القياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

من أجل اختبار الفرضية الثانية، قامت الباحثة باستخدام اختبار –ت– لعينتين مترابطتين للمقارنة بين الدرجات الكلية لأطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الانسحاب، وذلك بعد أن تحققنا من اعتدالية توزيع تلك الدرجات باستخدام اختبار Shapiro–Wilk (أنظر الملحق13)، وجاءت النتائج كما يلي:

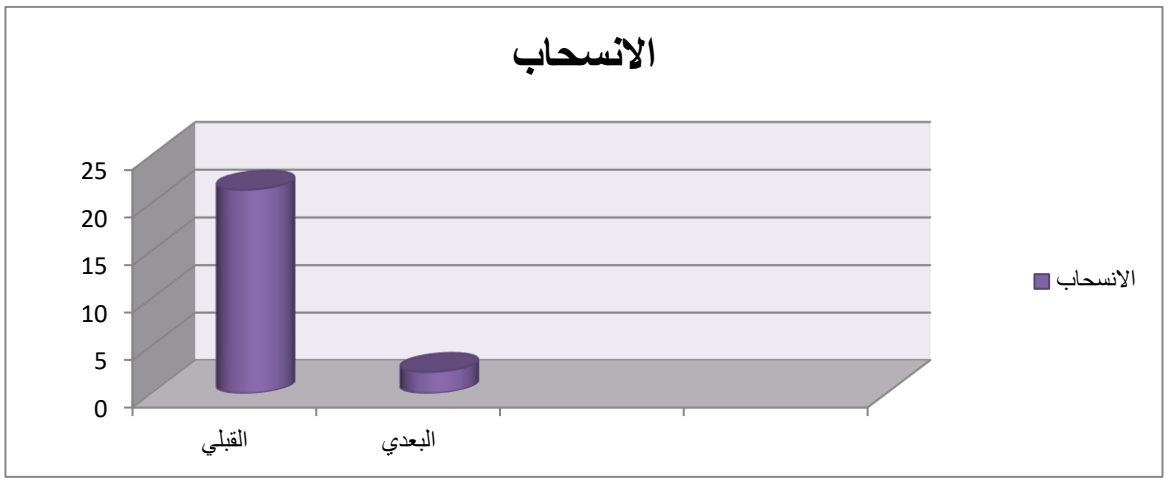
الجدول رقم (19): نتائج اختبار ت لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي الدرجات الكلية لأطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الانسحاب

مقياس الانسحاب	نوع القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
الدرجة الكلية	القبلي ن= 5	21.40	7.89	3.85	4	0.018 دال	1.72
	البعدي ن=5	6.00	3.84				

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن عدد الأطفال المشاركين في الفرضية الحالية كمجموعة تجريبية كان عددهم: 05 أطفال، بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم في القياس القبلي على مقياس الانسحاب: 21.40 بانحراف معياري قدره: 7.89، كما قدر المتوسط الحسابي لدرجاتهم في القياس البعدي على مقياس الانسحاب: 6.00 بانحراف معياري قدره: 3.84 وهو أصغر من الانحراف المعياري الخاص بالقياس القبلي.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار ت المحسوبة لعينتين مترابطتين مساوية لـ: 3.85 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 بدرجات حرية 4، كما نلاحظ أن قيمة حجم الأثر الخاصة بمعامل مربع ايطا قد بلغت: 1.72، وهي قيمة جد كبيرة.

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياس القبلي وللقياس البعدي في الشكل البياني (06).



الشكل رقم (06): الفروق بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياس القبلي وللقياس البعدي

وفي ضوء ما سبق، نستنتج أن بيانات الدراسة الحالية جاءت مؤيدة لنص الفرضية الثانية، وبناءا على هذه القيم يمكننا القول أننا متأكدون بنسبة 99% بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال في القياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

أكدت النتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال التحليل الإحصائي على فاعلية البرنامج العلاجي التوفيقي التكاملي في خفض درجات الانسحاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث ساهمت الفنيات العلاجية في تحقيق هدف الدراسة.

وتعزو الباحثة هذه النتائج بالإضافة إلى ما سبق ذكره في مناقشة الفرضية السابقة إلى استخدامها لفنية التنفيس الانفعالي التي كان لها دور في تفريغ الأطفال وأمهاتهم لخبرات سابقة أسفرت عن حساسيتهم المفرطة لأبسط الأشياء، كما يقول زهران (1980)[1]:" أن المشكلة النفسية في حياة العميل كجمرة النار في يده، وكالشوكة في قدمه، يجب أن يخرجها أولا وبأسرع ما يمكن ويطهر مكانها حتى يستطيع أن يتعامل مع الناس وأن يشق طريقه في الحياة".

كما تم توظيف فنية الاسترخاء لتعمل على إرخاء الجسم وإزالة التوترات وتنمية المهارات بأنواعها وتنمية القوة النفسية وتحرير الطاقات المكبوتة، حيث استخدمت الباحثة أسهل تقنيات الاسترخاء والتي تلائم الأطفال وهما التنفس البطني والاسترخاء عن طريق الجرافوترابي وهذه الأخيرة تعتبر سهلة التطبيق وسريعة النتائج.

وفنية المقعد الخالي التي تكتسب أهمية علاجية، فعن طريقها ينظر الطفل لنفسه من زوايا متعددة، وعن طريقها يحدث الاستبصار في أفضل صورة، وعن طريقها يكتسب الطفل مهارات الحوار والمناقشة والإقناع والاقتناع من خلال القيام بلعب الأدوار وقلبها (تبادل الدور)، كما أنه مجالا خصبا للتنفيس الانفعالي والضبط الذاتي.

وتتفق نتيجة فرضيتنا الثانية مع دراسة كل من (شيريدان وآخرون Sheridan, et al,) (1990، فانتيزو (Fantuzzo, et al, 2005)، عبد العال (2003) ، منوخ ومحمد (2014)).

[1] حامد عبد السلام زهران. التوجيه والإرشاد النفسي (ط2). القاهرة: عالم الكتب. 1980، ص258.

اختبرت دراسة شيريدان وآخرون (Sheridan, et al, 1990)[1] بشكل تجريبي فعالية الاستشارة السلوكية المشتركة كعملية لتقديم تدخل سلوكي للأطفال المنسحبين، على وجه التحديد، تم استخدام تصميم أساسي متعدد لتقييم الاستشارة السلوكية المقدمة للمعلم فقط ومشتركة (للآباء والمعلمين) لأربعة أطفال منسحبين لتعزيز سلوكيات البدء الاجتماعي، بالنسبة لطفلين، تم تقديم خدمات الاستشارات السلوكية المشتركة للآباء والمعلمين، من أجل الطفلين الآخرين، تم تقديم خدمات الاستشارات السلوكية للمعلم فقط، تم جمع بيانات المراقبة المباشرة ومقياس التصنيف والتقرير الذاتي من مصادر مختلفة، وتوصلت الدراسة إلى أن الاستشارة السلوكية المشتركة طريقة فعالة لتقديم الخدمة لتعزيز سلوكيات البدء الاجتماعي للأطفال المنسحبين عبر المنزل والمدرسة، في حين أن استشارة المعلم فقط كانت طريقة فعالة لتقديم الخدمة في تعزيز سلوكيات البدء الاجتماعي في المدرسة فقط.

أما دراسة فانتيزو وآخرون (Fantuzzo, et al, 2005)[2] قيمت فعالية علاج الأقران المرن (RPT)، هذا التدخل قائم على الفصول الدراسية بوساطة الأقران لأطفال ما قبل المدرسة المنسحبين اجتماعيا والذين يتعرضون لسوء المعاملة، لقد فحصت ما إذا كان تأثير علاج الأقران المرن يمكن تعميمه من بيئة المعالجة إلى سياق الفصل الدراسي الأكبر، تم تعيين 82 من الأطفال الذين يعانون من سوء المعاملة وغير المعالجين والمنسحبين اجتماعيا بشكل عشوائي إما لظروف

---

[1] Sheridan, S. M., Kratochwill, T. R., & Elliott, S. N. Behavioral Consultation with Parents and Teachers: Delivering Treatment for Socially Withdrawn Children at Home and School. School Psychology Review, 19(1), 1990, 33–52.

[2] Fantuzzo, J., Manz, P., Atkins, M., & Meyers, R. Peer–Mediated Treatment of Socially Withdrawn Maltreated Preschool Children: Cultivating Natural Community Resources. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 34(2), 2005, 320–325.

علاج الأقران المرن أو التحكم في الانتباه (AC)، تم جمع البيانات من قبل المعلمين والمراقبين المستقلين عن حالة سوء المعاملة وحالة العلاج، توصلت الدراسة إلى أنه نتج عن العلاج مستويات أعلى من تفاعلات لعب الأقران التعاونية في وضع العلاج وبعد المعالجة لكل من الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة وغير المعالجين، النتائج موثقة التعميم لتأثير العلاج على جلسات اللعب الحر في الفصول الدراسية، تم دعم هذه النتائج من خلال تقييمات المعلمين للعب الأقران التفاعلي والمهارات الاجتماعية.

من جهته قام عبد العال (2003)[1] بدراسة فعالية التدعيم الاجتماعي من الرفاق والكبار في خفض الانسحاب الاجتماعي للطفل، وكانت العينة مكونة من 15 طالب ما بين 9-21 سنة، قسمت إلى 3 مجموعات، مجموعة تدعيم الرفاق بخمسة أطفال، ومجموعة تدعيم الكبار بخمسة أطفال، والمجموعة الضابطة بخمسة أفراد، وقام الباحث ببناء مقياس السلوك الانعزالي والتأكد من خصائصه السيكومترية، وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب القياس البعدي للمجموعتين التجريبيتين (الأولى تدعيم الرفاق والثانية تدعيم الكبار) والمجموعة الضابطة في السلوك الانعزالي، وكانت الفروق لصالح المجموعتين التجريبيتين وبانخفاض مستوى السلوك الانسحابي.

وفي نفس السياق تأتي دراسة منوخ ومحمد (2014)[2] اللتان قامتا بدراسة تجريبية لمعرفة أثر برنامج تربوي في خفض الانسحاب الاجتماعي لدى طلبة المرحلة المتوسطة، وقد بلغت عينة البحث 80 طالبا وطالبة موزعين على أربع مجموعات، مجموعتين تجريبيتين ومجموعتين

[1] صلاح الدين حمدي محمد عبد العال. فعالية التدعيم الاجتماعي من الرفاق والكبار في خفض السلوك الانعزالي للطفل. رسالة دكتوراه. جامعة الزقازيق. 2003.

[2] منوخ ومحمد، المصدر المذكور سابقا.

ضابطتين وبواقع 20 طالبا وطالبة تم اختيارها بطريقة قصدية من بين طلبة الصف الأول المتوسط مع بناء مقياس الانسحاب الاجتماعي الذي تضمن 50 فقرة وتم التأكد من خصائصه السيكومترية، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الانسحاب الاجتماعي لدى الطلبة كان عال، وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين والضابطتين في الاختبارين القبلي والبعدي في الانسحاب الاجتماعي ولصالح المجموعة التجريبية وأيضا وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي درجات الانسحاب الاجتماعي في الاختبار البعدي للمجموعتين التجريبيتين ولصالح الإناث.

3-عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها

تنص هذه الفرضية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار –ت– لعينتين مترابطتين من أجل المقارنة بين درجات العينة التجريبية في نتائج القياسين القبلي والبعدي لمقياس العناد المتحدي، وذلك بعد أن تحققنا من اعتدالية توزيع تلك الدرجات باستخدام اختبار Shapiro–Wilk (أنظر الملحق13)، وجاءت النتائج كما يلي:

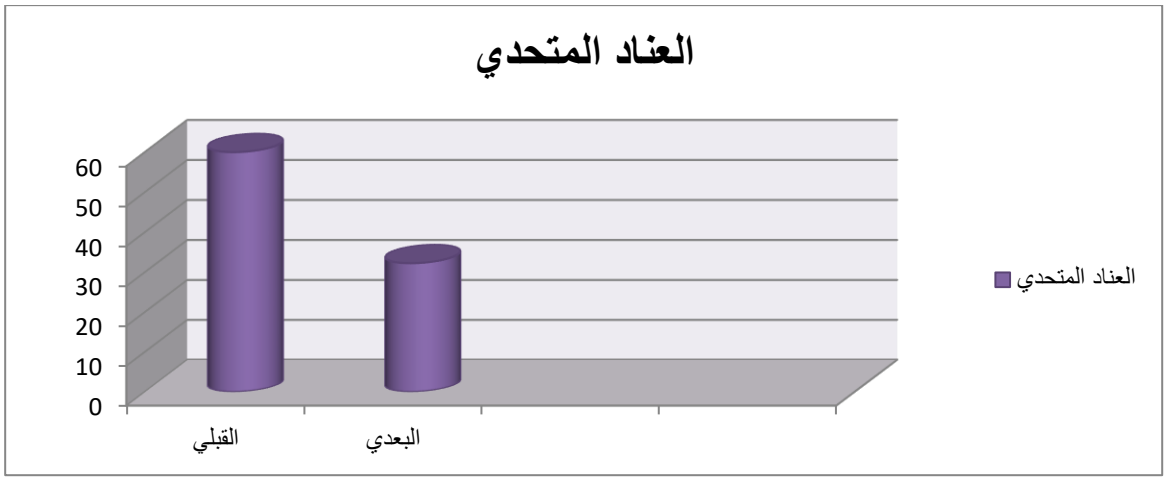
الجدول رقم (20): نتائج اختبار –ت– لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لمقياس العناد المتحدي في العينة التجريبية

مقياس العناد المتحدي	القياسين	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
الدرجة الكلية	القبلي ن=4	60.00	15.58	5.47	3	0.01	0.91
	البعدي ن=4	32.25	19.87				

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المتوسط الحسابي في الدرجات الكلية للقياس القبلي لمقياس العناد المتحدي في العينة التجريبية قد بلغ: 60.00 بانحراف معياري قدره: 15.58، كما قدر المتوسط الحسابي في الدرجات الكلية للقياس البعدي لمقياس العناد المتحدي في العينة التجريبية بـ: 32.25 بانحراف معياري قدره: 19.87.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار ت المحسوبة لعينتين مترابطتين بالنسبة للدرجة الكلية مساوية لـ: 5.47 بدرجات حرية 3، وكانت دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، كما نلاحظ أن قيمة حجم الأثر الخاصة بمعامل مربع ايطا قد بلغت: 0.91، وهي قيمة جد كبيرة.

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياس القبلي وللقياس البعدي في الشكل البياني(07)



الشكل رقم (07): الفروق بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياس القبلي وللقياس البعدي

وفي ضوء ما سبق، نستنتج أن بيانات الدراسة الحالية جاءت مؤيدة لنص الفرضية الثالثة، وبالتالي يمكننا القول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي بحجم تأثير قدره 0.91، بمعنى أن ما نسبته 91% من التحسن في مستوى العناد المتحدي يعزى إلى البرنامج المعتمد في الدراسة الحالية.

أكدت النتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال التحليل الإحصائي على فاعلية البرنامج العلاجي التوفيقي التكاملي في خفض درجات العناد المتحدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث ساهمت الفنيات العلاجية في تحقيق هدف الدراسة.

وتعزو الباحثة هذه النتائج بالإضافة إلى ما سبق ذكره في مناقشة نتائج الفرضيات السابقة إلى جلسات تدريب الوالدية الإيجابية الذي اعتمدت فيه الباحثة على المحاضرات التي أقيمت

لأمهات الأطفال وتناولت فيهم الباحثة الأخطاء التربوية والحاجات النفسية للطفل والمناقشة الجماعية بينها وبين الأمهات.

فالمحاضرات والمناقشات الجماعية أسلوب من أساليب الإرشاد الجماعي التعليمي، حيث يسود فيها المناخ شبه العلمي، ويلعب فيها عنصر التعليم وإعادة التعليم دورا أساسيا، حيث يعتمد أساسا على إلقاء محاضرات سهلة على العملاء يتخللها ويليها مناقشات، وتهدف المحاضرات والمناقشات الجماعية أساسا إلى تغيير الاتجاهات لدى العملاء ومن رواد استخدام أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية علاجيا مكسويل جونز Jones أثناء الحرب العالمية الثانية، وكلابمان Klapman 1947 الذي استخدم أسلوب المحاضرات المكتوبة التي يقرأ كل عميل منها فقرة ويلخصها ويعلق عليها ويناقشها الجميع مناقشة حرة، ومن رواد البحوث حول تأثير المحاضرات والمناقشات الجماعية في تغيير الاتجاهات كيرت ليفين (Lewin, 1947) ، وكوش وفرينش (Coch & French, 1948) ، وقد أدت تجاربهم إلى نتائج تدل على أن المناقشات واتخاذ القرارات الجماعية بين أعضاء الجماعة يؤدي إلى قرار جماعي أكثر صدقا واتزانا من تقدير ورأي فرد واحد مما يؤثر في دقة وكفاية الحكم على إدراك أعضاء الجماعة.[1]

كما عملت فنية الضبط الذاتي على إكساب الأمهات المبادأة والتحكم في الانفعالات والمشاعر والأفكار والتأثير الذاتي المسبق على الأنماط السلوكية حيث تم تدريب الأمهات على المراقبة الذاتية للأخطاء التربوية وتقويمها ذاتيا وإجراء مقارنة بين هذه السلوكيات وما ينبغي أن تكون عليه، وكان التعزيز لكل تقدم يحقق هو نتائجها على طفلها.

[1] زهران، المصدر المذكور سابقا، ص ص305-306.

ويرى الروسان[1] "أسلوب الضبط الذاتي تتويجا لأساليب تعديل السلوك التي يتعلمها الفرد، ففي الوقت الذي كان فيه سلوك الفرد محكوما بمعززات خارجية أو داخلية، أو عقاب ذاتي أو خارجي، أصبح فيما بعد منضبطا بأساليب ودوافع ومعززات داخلية"

وساهمت فنية الواجبات المنزلية في نقل الأثر الايجابي للممارسة العلاجية إلى المواقف الحياتية، كما عملت على ممارسة الفنيات العلاجية كالاسترخاء للطفل والأم وتدوين الأم في الأجندة التربوية ورسم الطفل للوجوه التعبيرية في مذكرته، كما ساهمت الواجبات المنزلية في ربط محتوى البرنامج العلاجي وتحقيق مبدأ استمرارية العملية العلاجية.

وتتفق نتيجة فرضيتنا الثالثة مع نتائج دراسة كل من (كوستن و آخرون Costin et al,2004) ، وبستر ستراتون و آخرون (Webster –Stratton et al, 2004)، عثمان (2009)، هاماما و رونين (Hamama & Ronen , 2009)، كيري و آخرون (Kheirie et al ,2009) محمد (2012)، خدار (Khadar.2013)، شامخ وحسن (2013)، مجدي محمد الدسوقي (2014)، كاتزمان وآخرون (Katzmann, et al, 2018)).

قارنت دراسة كوستن و آخرون (Costin et al ,2004)[2] إستراتيجيتين للتدخل الجماعي تستهدف أولياء أمور الأطفال في المدارس الابتدائية المصابين باضطراب العناد المتحدي، ركز التدخل الأول على تدريب إدارة الوالدين، أما الثاني فقد استخدم منهجا معرفيا ركز على إجهاد الوالدين ومهارات حل المشكلات، كان كلا التدخلين فعالين مع عينة محالة إلى العيادة تظهر

[1] فاروق الروسان. تعديل وبناء السلوك الإنساني. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر. 2000، ص137.

[2] Costin. J., Lichte. C., Hill smith. A., Vance. A.& Luk. E. Parent group treatment for children with Oppositional Defiant Disorder. Adustradian e Journal for the advancement of mental health, 3(1), 2004, 36-43.

تحسنا عاما في سلوكيات الأطفال بعد العلاج ومستويات الإجهاد الأبوي، أفاد الآباء الذين شاركوا في تدريب إدارة الوالدين عن انخفاض أكبر في مشاكل السلوك لدى أطفالهم، في حين أظهر الآباء الذي شاركوا في مجموعة الضغط الأبوي انخفاضا في مستوى الإجهاد المبلغ عنه، تؤكد النتائج على أهمية التدخلين.

هدفت دراسة وبستر ستراتون و آخرون (Webster –Stratton et al, 2004)[1] إلى علاج الأطفال من بوادر اضطراب المسلك وتكونت العينة من أسر (159) طفل ذو اضطراب العناد المتحدي من عمر (4–8 سنوات) تم توزيعهم بشكل عشوائي لتدريب الوالدين (PT)، تدريب الوالدين بالإضافة إلى المعلمين (PT + TT)، تدريب الأطفال (CT)؛ تدريب الطفل بالإضافة إلى المعلمين (CT + TT)، الوالد والطفل بالإضافة إلى تدريب المعلمين (PT + CT + TT)، أو قائمة الانتظار (المجموعة الضابطة)، تم جمع التقارير والملاحظات المستقلة في المنزل والمدرسة، بعد التدخل لمدة 6 أشهر، أدت جميع العلاجات إلى مشاكل سلوك أقل بشكل ملحوظ مع الأمهات والمعلمين والأقران مقارنة بالمجموعة الضابطة، كان سلوك الأطفال السلبي مع آبائهم أقل في البرامج الثلاثة مقارنة بالمجموعة الضابطة، أظهر الأطفال مهارات اجتماعية مع أقرانهم في برنامج تدريب الأطفال أكثر من المجموعة الضابطة، أدت جميع برامج اختبار المهارة إلى تربية أبوية أقل سلبية وأكثر إيجابية للأمهات، وتربية أبوية أقل سلبية للآباء مقارنة بالمجموعة الضابطة، كانت الأمهات والمعلمين أيضا أقل سلبية من المجموعة الضابطة عندما تلقى الأطفال برنامج تدريب

[1] Webster-Stratton. C., Jamila Reid. M., & Hammond. M. Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33(1), 2004, 105-124.

الأطفالCT، أدت إضافة تدريب المعلمين TT إلى تدريب الوالدين PT أو تدريب الأطفال CT إلى تحسين نتائج العلاج من حيث إدارة سلوك المعلم في الفصل وفي تقارير المشكلات السلوكية.

من جهتها هدفت دراسة عثمان (2009)[1] إلى تحديد فاعلية برنامج متعدد الأنظمة Multisystemic Therpy في التخفيف من اضطراب العناد المتحدي لدى عينة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (9-12 سنة)، وعددهم 12 طفلا يمثلون المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وأولياء أمور الأطفال ذو اضطراب العناد المتحدي وعددهم ستة، ومعلمي الأطفال ذو اضطراب العناد المتحدي وعددهم ثلاث معلمين، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية برنامج متعدد الأنظمة في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى عينة البحث لصالح المجموعة التجريبية.

أما دراسة هاماما و رونين (Hamama & Ronen, 2009)[2] هدفت إلى فحص فعالية الرسم في تقييم وعلاج اضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال المشاركين في تدخل جماعي يهدف إلى الحد من السلوك العدواني (3 أطفال تتراوح أعمارهم بين (10-11 سنة)، طلب من الأطفال الثلاثة رسم أنفسهم قبل العلاج وبعده، الطفل الأول رسم بأثر رجعي نفسه كما كان في بداية التدخل، والطفلان الآخران رسموا أنفسهم كما هم الآن بعد تدخل، ثم وصف الأطفال ما رسموه، وكشفوا عن التغيير الذي لاحظوه، الرسم كمقياس للتقرير الذاتي أضاف معلومات عن: قدرة الطفل على الوعي الذاتي، الارتباط بين الأفكار والعواطف والسلوكيات، وعملية التغيير، وأيضا فاعلية

---

[1] محمود أبو المجد عثمان. فاعلية برنامج متعدد الأنظمة لخفض اضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة قنا. مصر. 2009.

[2] Hamama, L., & Ronen, T. Children's drawings as a self-report measurement. Child & Family Social Work, 14(1), 2009, 90-102

الرسم في تعديل السلوك وخفض اضطراب العناد المتحدي والسلوك العدواني وتحسين مهارة ضبط النفس.

من جهته قام خيري وآخرون (Kheirie et al ,2009)[1] بدراسة هدفت إلى تحديد أثر برنامج الوالدية الإيجابية في تخفيف أعراض اضطراب العناد المتحدي في عينة من الأطفال مكونة من 330 طفلا في مرحلة ما قبل المدرسة وبداية السنة الأولى، تتراوح أعمارهم بين 6-7 سنوات، تم استخدام مجموعتين في هذا التصميم، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، ولتحديد العينة تم القيام بتحديد والدي الأطفال الذين حصلوا على درجة عالية في مقياس قائمة سلوك الطفل، ثم تم عمل مقابلة تشخيصية مع الوالدين لاختيار من تنطبق عليهم معايير DSM-IV-TR، وتم التأكد من توافر هذه المعايير لديهم، ثم تم تقسيم العينة إلى مجموعتين أحداهما تجريبية (25) والأخرى ضابطة (21)، وقد تم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية فقط، أظهر تحليل البيانات إلى أن والدي الأطفال الذين تلقوا برنامج الإرشاد قد شهدوا انخفاضا في أعراض الاضطراب عند أطفالهم، في حين أن والدي أطفال المجموعة الضابطة لم يحدث لديهم أي تغيير دال.

بينما هدفت دراسة محمد (2012)[2] إلى تحديد فاعلية برنامج الإرشاد الفني في التخفيف من اضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، وتكونت عينة الدراسة من 12 طفلا تتراوح أعمارهم بين (6-9) سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين، وباستخدام مقياس تقدير المعلم لاضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال من إعداد الباحث،

---

[1] Kheirie, M., Shaeiri , M. R., Azad Fallah, P., & Rasulzade Tabatabaei, K. Effect of the triple P-positive parenting program on children with oppositional defiant disorder. Journal of Behavioral Sciences, 3(1), 2009, 53-58.

[2] حسن حمدي أحمد محمد. فعالية برنامج قائم على العلاج بالفن في خفض اضطراب العناد المتحدي. مجلة التربية الخاصة، 1(1)، 2012، 257-330.

والبرنامج العلاجي، واستمارة متابعة سلوك الطفل ذي اضطراب العناد المتحدي من إعداد الباحث، اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن لقياس الذكاء، توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى أطفال عينة الدراسة.

كان الغرض من دراسة خدار (Khadar.2013)[1] هو التحقيق في تأثير العلاج بالفن القائم على العلاج بالرسم على 30 طفلا في المرحلة الابتدائية تتراوح أعمارهم بين 7- 12 عاما يعانون من أعراض اضطراب العناد المتحدي، للعثور على الموضوعات الرئيسية واختيارها، تم اتخاذ خطوتين، في الخطوة الأولى تم اختيار الأطفال الذين حصلوا على درجات أعلى من الحد الفاصل في مخزون أعراض الطفل، وفي الخطوة الثانية، للاختيار النهائي، شارك الأطفال في مقابلة تشخيصية منظمة بناءا على معايير DSM IV-TR، اعتمدت الباحثة المقابلة / الملاحظة وتحليل الوثيقة للدراسة النوعية وخضعت للعلاج بالرسم بواقع 12 جلسة مرتين في الأسبوع، واستغرقت كل جلسة 40 دقيقة بناءا على مناقشة ومراجعة من أولياء الأمور والمعلم، تم تطبيق طريقة تصميم مجموعة ضابطة وتجريبية وقبلية وبعدية في هذا الصدد، تم تحليل البيانات باستخدام الإحصاء الوصفي وكذلك ANCOVA، أظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية لديها انخفاض معنوي في الأعراض الفردية بينما لم تظهر المجموعة الضابطة أي فرق معنوي.

[1] Khadar, M. G., Babapour, J., & Sabourimoghaddam, H. The effect of art therapy based on painting therapy in reducing symptoms of oppositional defiant disorder (ODD) in elementary School Boys. Procedia Social and Behavioral Sciences, 84, 2013, 1872 - 1878.

من جهتها هدفت دراسة شامخ وحسن (2013)[1] إلى الكشف عن تأثير العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف اضطراب العناد المتحدي لدى طالبات المرحلة الابتدائية، وتبنت الباحثتان نظرية أرون باك وميكنبوم في بناء المقياس والبرنامج العلاجي، واتبعتا المنهج التجريبي وذلك من خلال استخدام مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، بالنسبة لعينة بناء المقياس تم اختيارها عشوائيا إذ بلغت 400 طالبة، أما عينة تطبيق البرنامج فكانت قصدية وقد تم اختيار 30 طالبة من بين 250 طالبة، وتم تقسيمهم على مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في الاختبار البعدي ولصالح أفراد المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي كان له أثر كبير على أفراد المجموعة التجريبية.

كما هدفت دراسة مجدي محمد الدسوقي (2014) إلى وصف برنامج علاجي صمم خصيصا للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4–8 سنوات يعانون من اضطراب المسلك واضطراب العناد المتحدي، ويركز هذا البرنامج العلاجي على تدريب الأطفال على مهارات التواصل، والسيطرة على الغضب، وحل المشكلات البينشخصية، والامتثال للقواعد المدرسية، وتكوين الصدقات الجيدة، والمشاركة الوجدانية، والوعي النفسي، كما يعتمد هذا التدخل بشكل كبير على طرق التدريس التي ثبت أنها فعالة بشكل خاص مع الأطفال الصغار مثل عمل نماذج باستخدام عرائس أو دمى واستخدام شرائط الفيديو، والتدريب والتعزيز أثناء أنشطة الممارسة، واللعب الخيالي، ولعب الأدوار، والبرنامج العلاجي مناسب أيضا لعلاج المشكلات المرضية المصاحبة مثل المشكلات المتعلقة بالانتباه ورفض الأقران، ويتكون البرنامج من 18–22 جلسة، مدة كل منها

[1] بسمة كريم شامخ، هدية جاسم حسن. أثر العلاج العرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد الشارد لدى طالبات المرحلة الابتدائية. مجلة الأستاذ، 1(204)، 2013، 583–626.

ساعتان، يمكن تقديم البرنامج من قبل متخصصين في تعليم الطفولة المبكرة من ذوي الخبرة في علاج الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية أو المشكلات السلوكية التي تحدث مبكرا، وأثبت هذا البرنامج فاعلية قصيرة الأمد، وفاعلية طويلة الأمد، كما حضي باهتمام كبير من جانب المعلمين والوالدين وكذلك الأطفال، والعديد من التقارير الحديثة تؤكد أهمية هذا البرنامج في خفض المشكلات السلوكية، وألقت الضوء على الحاجة إلى استخدام ممارسات تساعد على أو تقوي الكفاءة الاجتماعية والنفسية للأطفال الصغار وتمنع أو تقلل حدوث سلوك العناد المتحدي في مرحلة الطفولة المبكرة.[1]

وكان الهدف من دراسة كاتزمان وآخرون (Katzmann, et al, 2018)[2] هو فحص ما إذا كان انخفاض أعراض اضطراب العناد المتحدي بسبب العلاج السلوكي المعرفي المرتكز على الطفل (CBT) أدى إلى انخفاض الاكتئاب والقلق والتوتر لدى الوالدين، تم اختيار 81 فتى (من سن 6 إلى 12 عاما) مع تشخيص اضطراب العناد المتحدي / اضطراب المسلك عشوائيا إما لمجموعة تدخل سلوكي معرفي أو مجموعة لعب تعليمية (تعمل كمجموعة ضابطة)، أدى الانخفاض الأقوى في أعراض اضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالمجموعة الضابطة إلى انخفاض في اكتئاب الوالدين والتوتر.

---

[1] محمد علي شحاتة هندي. استخدام العلاج التكاملي لخفض حدة اضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة. جامعة عين شمس: مجلة كلية التربية، 46(1)، 2022، ص ص352-353.

[2] Katzmann, J., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. Child-based treatment of oppositional defiant disorder: mediating effects on parental depression, anxiety and stress. European Child & Adolescent Psychiatry.2018.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها

تنص هذه الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار –ت– لعينتين مترابطتين من أجل المقارنة بين درجات العينة التجريبية في نتائج القياسين البعدي والتتبعي لمقياس العدوان، وذلك بعد أن تحققنا من اعتدالية توزيع تلك الدرجات باستخدام اختبار Shapiro–Wilk (أنظر الملحق13)، وجاءت النتائج كما يلي:

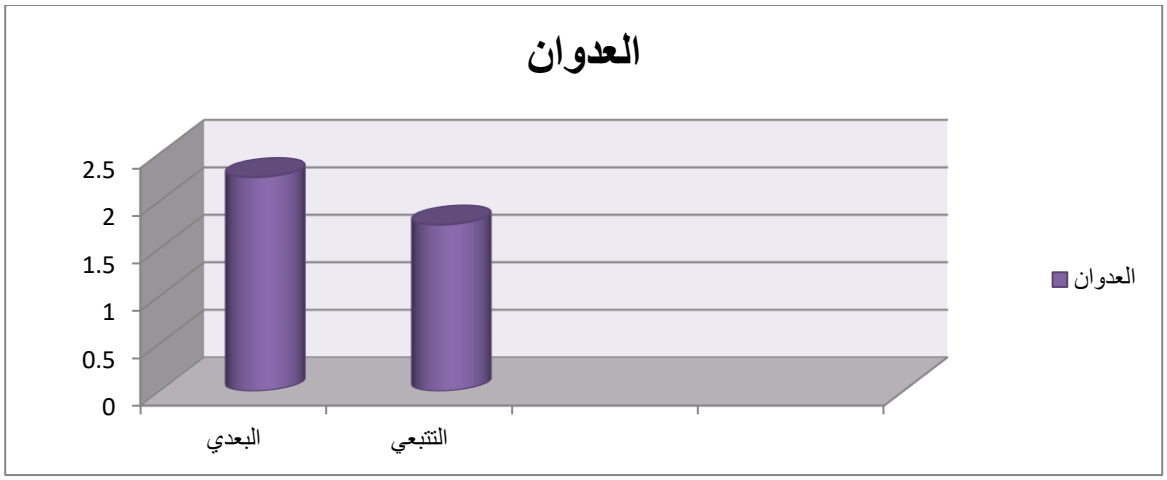
الجدول رقم (21): نتائج اختبار –ت– لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي لمقياس العدوان في العينة التجريبية

مقياس العدوان	القياسين	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
الدرجة الكلية	البعدي ن=4	2.25	1.71	1.00	3	0.39 غير دال	0.25
	التتبعي ن=4	1.75	2.06				

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المتوسط الحسابي في الدرجات الكلية للقياس البعدي لمقياس العدوان في العينة التجريبية قد بلغ: 2.25 بانحراف معياري قدره: 1.71. كما قدر المتوسط الحسابي في الدرجات الكلية للقياس التتبعي لمقياس العدوان في العينة التجريبية بـ: 1.75 بانحراف معياري قدره: 2.06.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار ت المحسوبة لعينتين مترابطتين بالنسبة للدرجة الكلية مساوية لـ: 1.00 بدرجات حرية 3، وهي قيمة غير دالة إحصائيا، كما نلاحظ أن قيمة حجم الأثر الخاصة بمعامل مربع ايطا قد بلغت: 0.25، وهي قيمة صغيرة.

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياس البعدي وللقياس التتبعي في الشكل البياني(08)



الشكل رقم (08): فروق بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياس البعدي وللقياس التتبعي

وفي ضوء ما سبق، نستنتج أن بيانات الدراسة الحالية جاءت مؤيدة لنص الفرضية الرابعة، وبالتالي يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العدوان

لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي وبحجم تأثير صغير، بمعنى أن أثر البرنامج المعتمد في الدراسة الحالية استمر لدى عينة الدراسة بما نسبته 25%.

وتعزو الباحثة هذه النتائج بالإضافة إلى ما سبق ذكره في مناقشة نتائج الفرضيات السابقة إلى مزاوجتها بين العلاج الفردي والعلاج الجماعي للأطفال وفقا لشيتمان (Shechtman, 2004)، "هناك اتفاق بين المتخصصين بناءا على الأدلة البحثية، أن التدخل الجمعي مع الأطفال فعال"، بالنسبة لبعض الأطفال، قد تكون المجموعات أفضل بكثير من العلاج الفردي لأن المجموعات تسمح للأطفال التعلم وممارسة مهارات جديدة، ولها قيمة كبيرة حيث تتيح لهم الفرصة لمعرفة أنهم ليسوا الوحيدين في مشاعرهم.[1]

بالإضافة لاستعمال الباحثة لفيديوات بدون صوت وكذلك صور موجودة في المفكرة لتنمية فهم لغة الجسد والتعبير الغير لفظي لدى الأطفال وكذلك الرسم في المفكرة كان أداة لتعبير الطفل عن انفعالاته بالوجوه التعبيرية، يقول وادسون (Wadeson, 1987) العلاج النفسي بالفن طريقة فعالة في علاج الاضطرابات النفسية لدى الفرد الذي يعبر سلوكيا بالفن أكثر من تعبيره لفظيا، وتضيف إجلال سرى أن التعبير الفني يستثير الخيال والابتكار، ويتيح التعبير عن الذات وإسقاط صورة الذات وعالم الفرد.[2]

كما تعزوا الباحثة هذه النتيجة أيضا لاستخدامها العلاج القصصي في الجلسة الفردية الثالثة وفي الجلسات الجماعية للأطفال وكذلك كواجبات منزلية للأم مع طفلها، واستعملت الباحثة

---

[1] روبرت.ل.ماسون، جاكوبس، ر. ل. هارفيل، ك.ج. شيمل. الإرشاد الجمعي التدخل والفنيات. تر : سهام درويش أبو عطية، مراد علي سعد. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون. 2015، ص ص520-521.

[2] إجلال سرى، المصدر المذكور سابقا، ص245.

القصص لأنه من غير المجدي أن نعتمد مع الأطفال أسلوب الوعظ والعقلانية والشرح، وللدخول إلى عالم الطفل يجب استعمال لغتهم.

وللقصة بريق وجمال ومتعة في أعين الطفل، فعندما يسمعها يتوحد مع الشخصية المحورية أو مع موضوع الحدث ومن المؤكد أن ذلك يعكس على حياته الخاصة فيشارك أشخاص القصة في خبراتهم وبالتالي يسقط مشاعره وأفكاره عليهم، لذا يمكن الاعتماد على القصة في العلاج وهذا ما أكدته مارجوت صاندر لاند (2005) على أن القصة تعد من الطرق الجيدة في علاج الأطفال الذين يعانون من مشاكل نفسية، وقد توصل كريجور (Kruger, 2003) إلى أن القصة تساعد على إثارة الخيال وتوظيفها في العلاج النفسي للأطفال الصغار ومن خلالها يمكن السيطرة على القلق والإحباط الذي يتعرضون إليه، كما أكد ليو (Lu, 2000) أن حكي القصص وما يتضمنه من أساليب له ردود أفعال تختلف من طفل لآخر في دافعيته لتعديل وتغيير سلوكه.[1]

كما أن الأسئلة المكتوبة في المفكرة للمناقشة بعد كل قصة ساعدت على تنمية التعبير اللغوي لدى الأطفال.

وكذلك استخدامها العلاج باللعب في الجلسات الجماعية وكواجبات منزلية للأم مع طفلها بما أنه هو وظيفة الطفل الأولى في الحياة لذا نجد البرنامج العلاجي يحتوي على العديد من الألعاب التربوية الهادفة التي كان لها الأثر في شد الأطفال وحماسهم للبرنامج العلاجي وتنمية المهارات الاجتماعية لديهم باكتسابهم مهارات اللعب الجماعي وكذلك تنمية الانتباه والتركيز لديهم.

---

[1] ناريمان محمد الرفاعي. الإرشاد والعلاج النفسي في بعض القصص:دراسة تحليلية. مصر: مجلة الإرشاد النفسي، 135(1)، 2013، ص ص54-55.

يعتبر اللعب من الأساليب المهمة في تعليم الأطفال وتشخيص وعلاج مشكلاتهم، كما يستخدم ضمن طرق علاجية أخرى، كما أنه طريقة مهمة في علاج الأطفال المصابين باضطرابات نفسية، حيث يستغل اللعب للتنفيس الانفعالي، وتنفيس الطاقة الزائدة، وتعلم السلوكيات المرغوبة، وتعتبر فرجينيا أكسلين 1948 من الأوائل المهتمين بالعلاج من خلال اللعب، وأكدت أهميته في الحد من المشاعر السلبية، وإثارة المشاعر الإيجابية نحو الذات والآخرين من خلال جلساته، وأكدت أيضا أنه من خلال العملية العلاجية يصبح الطفل فردا أكثر اكتمالا وتوافقا وتحررا وتلقائية.[1]

ومن فوائد العلاج باللعب أنه يساعد على توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية والقضاء على العزلة، ويتعلم الطفل كيفية التعامل مع الآخرين وكيفية التعامل مع الأدوار التي تعطى له، ويسمح له بإظهار بعض مواهبه وقدراته مما يزيد من ثقته بنفسه، عن طريقه أيضا يشعر الأطفال بالراحة التامة في التعبير عن أنفسهم بشكل كامل وبطرقهم وأساليبهم الخاصة بهم كأطفال حتى يتمكنوا من أن يحققوا إحساسهم بالأمن والكفاية والجدارة من خلال الاستبصار الانفعالي.[2]

كذلك بفضل فنية التعزيز في الجلسات من الباحثة ومن الأم لطفلها عن طريق المدح والتقبيل، أيضا التي عملت على تقوية وتدعيم وتثبيت الأنماط السلوكية الجديدة ويؤكد إبراهيم عبد الستار "أنه عندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة فعالة لتعديل السلوك ومواجهة كثير من المشكلات الإنسانية بحلول إيجابية".[3]

---

[1] إجلال سرى، المصدر المذكور سابقا، ص152-153.

[2] كمال يوسف بلان. نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.2015، ص612.

[3] ابراهيم عبد الستار. العلاج النفسي السلوكي. القاهرة: دار الفجر للنشر. 1994، ص267.

ويتفق هذا مع ما أشار إليه بطرس(2008)[1] من "أن التعزيز من أكثر فنيات العلاج السلوكي استخداما وخاصة في المجال المدرسي والتربوي وتتلخص طريقته في تقديم مكافآت أو معززات رمزية أو تعزيز معنوي بهدف تقوية السلوكيات لدى المسترشد".

تتفق نتائج دراستنا مع دراسة كل من (ريشيلوفا (Reichelova, 1997)، ويليمس وآخرين (Williams et al, 2004) ، يوسف وغراب (2012)، جورتز دورتن ودوفنر(Goertz-Dorten, & Döpfner, 2012، الافينيزاد (Alavinezhad, et al, 2013))

هدفت دراسة ريشيلوفا (Reichelova, 1997)[2] إلى معرفة الاحتمالات التي تؤثر على السلوك العدواني والبناء الاجتماعي لدى الأطفال في سن المدرسة، وقد شارك في الدراسة 80 ولد وبنت تتراوح أعمارهم بين (9- 10) سنوات مقسمين كالآتي: (40) من العدوانيين ينبذهم الأقران، 40 يحبهم الأقران، وقد تضمنت أدوات البحث مقياس السلوك العدواني للأطفال، وفيما يتعلق بالبرنامج الإرشادي فقد شاركت المجموعة التجريبية في جلسات جماعية وفردية لمدة 4 أسابيع للتدريب على مهارات إعادة السلوك وعلاج السلوك العدواني وتحسين سلوك البناء الاجتماعي، وتم ملاحظة جميع المشاركين لمدة 40 دقيقة من اللعب الحر قبل التدخل وبعد التدخل مباشرة وبعد شهر، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة

---

[1] بطرس، المصدر المذكور سابقا، ص170.

[2] Reichelova, Eva. The possibilities of influencing children's aggressive and prosocial behavior. (Slovak) Inst of Psychology: Journal Czechoslovak Academy of Sciences. Czech republic, 41(2), 1997, 147-156.

بعد البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، وتشير هذه الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي كان له أثر كبير على الحد من السلوك العدواني.

أما دراسة ويليمس وآخرين (Williams et al, 2004)[1] هدفت إلى فحص فعالية برنامج العلاج السلوكي المعرفي الجماعي في الحد من الغضب والسلوك العدواني لدى الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (68) طفل تتراوح أعمارهم بين (7- 13) سنة برفقة أولياء أمورهم، وقد حضرت (12) مجموعة في أحد مراكز الصحة العقلية للأطفال للمرضى الخارجيين، وقام المعالجون بإحالة الأطفال إلى كل مجموعة لتلقي العلاج لمساعدتهم على الحد من حالتهم، وبعد أن حصلوا على معلومات كمية عن فاعلية مجموعة الأطفال والوالدين الذين قاموا باستكمال الاستبيانات قبل الجلسة الأولى وبعد الجلسة الأخيرة، كما قام الأطفال باستكمال قائمة الأطفال للغضب، وقام الوالدين باستكمال قائمة عدائية أو عدوانية الأطفال، وتم استخدام اختبار T، واختبار تحليل تداخل التباين لاختبار فروق ما بعد العلاج، وتشير نتائج الدراسة إلى توافر نتائج (56) طفل في مرحلة ما بعد العلاج أبلغ الأطفال عن انخفاض في شدة غضبهم، وأفاد الآباء عن انخفاض في وتيرة عدوان أطفالهم.

[1] Williams. S., Waymouth. M., Ellen Lipman. E., Mills. B., & Evans. P. Evaluation of a children's temper-taming program. Can J Psychiatry, 49(9), 2004, 607- 612.

كما هدفت دراسة غراب والحجازي (2012)[1] إلى الكشف عن فاعلية برنامج الألعاب الصيفية في الحد من مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال في قطاع غزة، وقد تضمنت عينة الدراسة التجريبية (75) طفلا، واستخدم الباحثان أداة قياس من إعدادهم، لقياس مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال، وقد تضمنت أداة الدراسة (30) بندا، وقد طبق برنامج الألعاب الصيفية على عينة الدراسة، وقد تم استخدام المنهج التجريبي من أجل معرفة مدى فعالية برنامج الألعاب الصيفية، وكانت النتائج كالتالي:

- كانت النسبة المئوية لمظاهر السلوك العدواني مرتفعة حيث بلغت (52.88)% على المقياس ككل وذلك قبل تطبيق برنامج ألعاب الصيف.

- وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الأطفال في التطبيقين: القبلي والبعدي لمقياس السلوك العدواني لصالح القياس البعدي.

من جهتها طبقت دراسة جورتز دورتن ودوفنر (Goertz-Dorten, & Döpfner, 2012)[2] برنامج العلاج الألماني للأطفال ذوي السلوك العدواني على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 12 عاما بسلوكيات عدوانية مرتبطة بنظرائهم، مما يؤدي إلى ضعف دائم في العلاقات مع الأطفال الآخرين، وهو برنامج علاج فردي يهدف إلى تعديل معالجة المعلومات الاجتماعية

---

[1] هشام أحمد غراب، أيمن يوسف حجازي. فاعلية برنامج ألعاب الصيف في خفض مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال في قطاع غزة، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية،9(1)، 2012، 121-174.

[2] Goertz-Dorten, A., & Döpfner, M. The treatment program for children with aggressive behavior (THAV): Concept and efficacy. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2012, 60(5), 113- 114.

والمعرفية، والتحكم في الانفعالات، وحل المشكلات الاجتماعية، والمهارات الاجتماعية والتفاعلات الاجتماعية في مواقف محددة، تكونت العينة من 100 طفل، تلقى 60 طفلا جلسات علاج فردية أسبوعية في برنامج العلاج الألماني لمدة نصف عام تقريبا، ينما تلقت مجموعة التحكم المكونة من 40 طفلا تدخلات بديلة من خلال الألعاب الجماعية وتقنيات لتنشيط موارد الطفل، تمنح هذه التدخلات الأطفال الفرصة لتدريب التفاعلات الاجتماعية المؤيدة، تم استخدام الاستبيانات والاختبارات وقائمة مراجعة المشكلة الفردية لتقييم هذه النتائج والمعاملات، في الأخير تم إجراء التحليل الأولي على عينة من 90 طفلا أكملوا العلاج في الوقت نفسه، تظهر النتائج انخفاضا في السلوك العدواني والأعراض المرضية المصاحبة.

أما دراسة الافينيزاد (Alavinezhad, et al, 2013)[1] استخدمت العلاج بالفن كتدخل فعال لتقليل الغضب وزيادة احترام الذات لدى الأطفال العدوانيين الذين تتراوح أعمارهم بين 7 و11 عاما، تم تخصيص ثلاثين طفلا بالتساوي والعشوائية إما لمجموعة تحكم أو مجموعة العلاج بالفن، تم إجراء التدخل مرة واحدة في الأسبوع لمدة 10 أسابيع، مع قياس تقدير الذات والغضب في بداية ونهاية 10 أسابيع، باستخدام مقياس كوبر سميث لتقدير الذات (1967) ومقياس الأطفال للغضب نيلسون وفينش (2000)، بعد 10 أسابيع، أظهرت مجموعة العلاج بالفن انخفاضا ملحوظا في الغضب وتحسين احترام الذات مقارنة بالمجموعة الضابطة، باستثناء النطاق الفرعي التعليمي لتقدير الذات الذي لم يظهر بشكل كبير انخفاض بالمقارنة مع مجموعة التحكم، تشير هذه النتائج إلى أن العلاج بالفن يمكن أن يقلل من الغضب ويحسن احترام الذات لدى الأطفال العدوانيين، في

[1] Alavinezhad, R., Mousavi, M., & Sohrabi, N. Effect of art therapy on anger and self-esteem in aggressive children. Procedia- social and behavioral sciences,113, 2013, 111-117.

حين أن الخصائص الفطرية للفن تتحد مع مفاهيم المناهج النفسية مثل العلاج السلوكي المعرفي، يمكن أن يكون العلاج بالفن تدخلا كبيرا، خاصة للأطفال.

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها

تنص الفرضية الخامسة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الانسحاب لدى الأطفال في القياسين البعدي والتتبعي.

من أجل اختبار الفرضية الخامسة، قامت الباحثة باستخدام اختبار –ت– لعينتين مترابطتين للمقارنة بين الدرجات الكلية لأطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الانسحاب، وذلك بعد أن تحققنا من اعتدالية توزيع تلك الدرجات باستخدام اختبار Shapiro–Wilk (أنظر الملحق13)، وجاءت النتائج كما يلي:

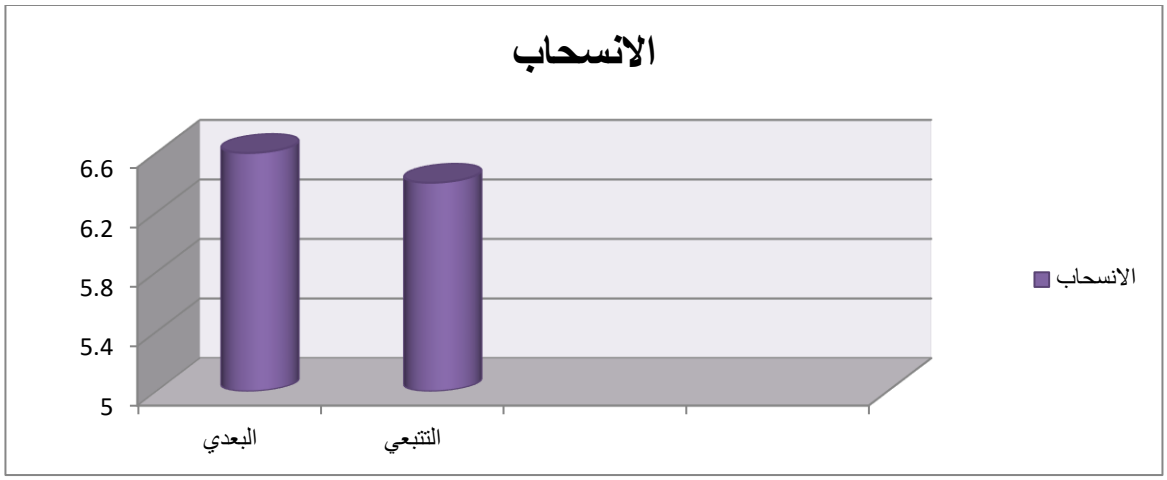
الجدول رقم (22): نتائج اختبار ت لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي الدرجات الكلية لأطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الانسحاب

مقياس الانسحاب	نوع القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية	البعدي ن= 5	6.60	3.84	1.00	4	0.374 غير دال
	التتبعي ن= 5	6.40	3.71			

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن عدد الأطفال المشاركين في الفرضية الحالية كمجموعة تجريبية كان عددهم : 05 أطفال، بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم في القياس البعدي على مقياس الانسحاب: 6.60 بانحراف معياري قدره: 3.84، كما قدر المتوسط الحسابي لدرجاتهم في القياس التتبعي على مقياس الانسحاب: 6.40 بانحراف معياري قدره:3.71 وهو أصغر من الانحراف المعياري الخاص بالقياس البعدي.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار ت المحسوبة لعينتين مترابطتين مساوية لـ: 1.00 وهي قيمة غير دالة إحصائيا بدرجات حرية 4.

ويمكن توضيح وجود فروق بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياس البعدي وللقياس التتبعي في الشكل البياني (9).



الشكل رقم (09) : فروق بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياس البعدي وللقياس التتبعي

وفي ضوء ما سبق، نستنتج أن بيانات الدراسة الحالية جاءت مؤيدة لنص الفرضية الخامسة، وبناءا على هذه القيم يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الانسحاب لدى الأطفال في القياسين البعدي والتتبعي.

تعزوا الباحثة استمرارية النتائج الإيجابية في القياس التتبعي بالإضافة إلى ما سبق ذكره في مناقشة نتائج الفرضيات السابقة إلى استمرارية الأمهات في تطبيق فنيات البرنامج العلاجي وما ساعدهم على ذلك هو وجود "الأجندة التربوية لملاكي" بقربهم دائما مما أتاح لهم تذكر كل ما ناقشناه في الجلسات؛ التعهد المكتوب ورسالة الاعتذار والأخطاء التربوية التي سرحت بها والحاجات النفسية التي لم تلبها لطفلها المدونة في الأجندة؛ جداول متابعة إضافية؛ أفكار لألعاب من التراث الجزائري وقصص شعبية لن يملها الأطفال مهما تكرر سردها عليه، كل هذا ساعد في تثبيت النتيجة.

وتتفق نتائج الفرضية الخامسة مع دراسة كل من (كفارم وآخرون ,Kavarme, et al) (2010 ، وتيغ وآخرون(Wettig, et al, 2011) ، الحربي وعبد الله (2017)، عمارة (2017))

هدفت دراسة كفارم وآخرون (Kavarme, et al, 2010)[1] لاستكشاف تأثير نهج يركز على الحل لتحسين الكفاءة الذاتية في أطفال المدرسة المنسحبون اجتماعيا، تم إجراء الدراسة ضمن خدمات الصحة المدرسية في 14 مدرسة ابتدائية في شرق النرويج من عام 2006 إلى عام 2008، تكونت العينة من 144 طفل تراوحت أعمارهم ما بين 12-13 عاما من أطفال المدارس، والذين تم تحديدهم على أنهم منسحبون اجتماعيا، أكمل المشاركون استبيانات لتقييم الكفاءة الذاتية

[1] Kavarme, L. G., et al. The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 47(11), 2010, 1389-1396.

العامة، والكفاءة الذاتية الاجتماعية، والفاعلية الذاتية في ثلاث أوقات مختلفة، كانت المرة الأولى قبل العلاج، والثانية كانت مباشرة بعد فترة التدخل التي استمرت 6 أسابيع، والثالثة بعد 3 أشهر من التدخل، وتوصلت الدراسة إلى زيادة درجات الكفاءة الذاتية العامة بشكل ملحوظ بين فتيات المجموعة التجريبية بعد التدخل مباشرة مقارنة مع المجموعة الضابطة، كما لم يلاحظ أي تغيير كبير بين الأولاد في نفس الوقت، من خط الأساس إلى 3 أشهر بعد التدخل، زادت درجات الكفاءة الذاتية العامة لكلا الجنسين في المجموعة التجريبية وكذلك في المجموعة الضابطة، كما ازدادت الكفاءة الذاتية الجزئية لدى الأولاد في المجموعة التجريبية.

من جهتها قيمت دراسة وتيغ وآخرون (Wettig, et al, 2011) [1] فعالية العلاج باللعب في علاج الأطفال المنسحبين، وهو علاج توجيهي قصير المدى قائم على اللعب للأطفال المصابين بالانسحاب، كانت الدراسة الأولى طولية، حيث عولج 22 طفلا في مؤسسة واحدة بواسطة معالج واحد، تضمنت الدراسة الثانية 167 طفلا ومعالجا عبر مراكز متعددة لتقييم قابلية التعميم، أظهرت النتائج أن الأطفال قد تحسنوا بشكل ملحوظ من حيث الإصرار والثقة بالنفس، تم تقليل الانسحاب الاجتماعي، تحسين التواصل التعبيري والاستقبالي، تم الحفاظ على التحسن على مدى عامين، مع عدم وجود حالات انتكاس.

[1] Wettig, H. H. G., Coleman, A. R., & Geider, F. J. Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. International Journal of Play Therapy, 2011, 20(1), 26–37

كما قام الحربي وعبد الله (2017)[1] بالتعرف على فعالية برنامج إرشادي قائم على اللعب في خفض العزلة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، واستخدم الباحث المنهج شبه التجريبي لتحقيق أهداف البحث باعتباره مناسبا لمتغيرات البحث، وتكونت عينة البحث الأساسية من (100) تلميذ، وقد تم اختيار (24) تلميذا ممن حصلوا على درجات مرتفعة في مقياس العزلة الاجتماعية المستخدم في البحث، وتم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين، المجموعة الضابطة وتكونت من (12) تلميذ والمجموعة التجريبية وتكونت من (12) تلميذ، ثم قام الباحث بالتحقق من تجانس المجموعتين في المتغيرات الأساسية، وتم تطبيق مقياس العزلة الاجتماعية من إعداد محمد (2008) بعد أن قام الباحث بحساب الثبات والصدق للمقياس في البيئة السعودية، إضافة إلى تطبيق برنامج إرشادي قائم على اللعب من إعداد الباحث على المجموعة التجريبية، والذي تكون من (12) جلسة إرشادية، ومدة كل جلسة (45) دقيقة، وأظهرت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، مما يوضح فعالية البرنامج الإرشادي في خفض العزلة الاجتماعية، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبي، مما يبين استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية، ويوصي البحث

[1] محمد معوض الحربي وهشام ابراهيم عبد الله. فعالية برنامج إرشادي قائم على اللعب في خفض العزلة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، IUG Journal of Education and Psychology. الجامعة الإسلامية غزة، 2017، 25(3)، 307-322.

بأهمية استخدام الإرشاد باللعب في علاج الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى وخاصة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

من جهته قام عمارة (2017)[1] بتصميم برنامج إرشادي تكاملي والوقوف على مدى فعاليته للحد من السلوك الانسحابي للأطفال ذوي صعوبات التعلم، وتكونت عينة الدراسة من 12 طفلا من الذكور مقسمين إلى مجموعتين متساويتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية، وقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي، واستخدمت الأدوات التالية:

1- اختبار المصفوفات المتتابعة الملون لجون رافن.

2- مقياس تقدير سلوك التلميذ لفرز حالات صعوبات التعلم لمايكلبست.

3- مقياس السلوك الانسحابي إعداد الباحث.

4- البرنامج الإرشادي التكاملي إعداد الباحث.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي للعينة التجريبية على مقياس السلوك الانسحابي بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي.

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس السلوك الانسحابي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج والقياس التتبعي بعد شهرين من انتهاء التطبيق على أبعاد مقياس السلوك الانسحابي.

---

[1] وليد وهدان حميد عمارة. فعالية برنامج إرشادي في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم. مجلة كلية التربية. جامعة بورسعيد، 21، 2017، 868-902.

6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها

تنص هذه الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار –ت– لعينتين مترابطتين من أجل المقارنة بين درجات العينة التجريبية في نتائج القياسين البعدي والتتبعي لمقياس العناد المتحدي. وذلك بعد أن تحققنا من اعتدالية توزيع تلك الدرجات باستخدام اختبار Shapiro–Wilk (أنظر الملحق 13)، وجاءت النتائج كما يلي:

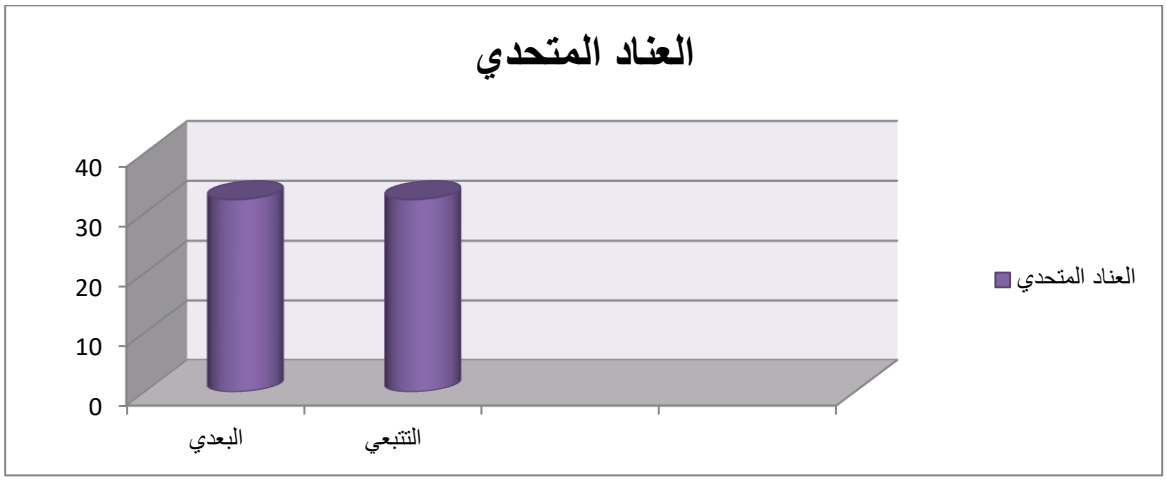
الجدول رقم (23): نتائج اختبار –ت– لعينتين مترابطتين للمقارنة بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي لمقياس العناد المتحدي في العينة التجريبية

مقياس العناد المتحدي	القياسين	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
الدرجة الكلية	البعدي ن=4	32.25	19.87	/	/	/	/
	التتبعي ن=4	32.25	19.87				

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المتوسط الحسابي في الدرجات الكلية للقياس البعدي لمقياس العناد المتحدي في العينة التجريبية قد بلغ: 32.25 بانحراف معياري قدره: 19.87، كما قدر المتوسط الحسابي في الدرجات الكلية للقياس التتبعي لمقياس العناد المتحدي في العينة التجريبية بـ: 32.25 بانحراف معياري قدره: 19.87.

ونظرا لتساوي المتوسطين الحسابيين والانحرافين المعياريين لكل من القياسين البعدي والتتبعي فإنه لا يمكن تقدير الإحصاءات المتعلقة بقيمة اختبار ت لعينتين مترابطتين، أي أن مستوى العناد المتحدي في القياس التتبعي لم يتغير عنه في القياس البعدي، فقد بقي ثابتا تماما.

ويمكن توضيح عدم جود فروق بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياس البعدي وللقياس التتبعي في الشكل البياني (10).



الشكل رقم (10): فروق بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياس البعدي وللقياس التتبعي

وفي ضوء ما سبق، نستنتج أن بيانات الدراسة الحالية جاءت مؤيدة لنص الفرضية السادسة، وبالتالي يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

تعزوا الباحثة استمرارية النتائج الإيجابية في القياس التتبعي بالإضافة إلى ما سبق ذكره في مناقشة نتائج الفرضيات السابقة إلى استمرارية الأطفال في تطبيق فنيات البرنامج العلاجي وما ساعدهم على ذلك هو وجود "مفكرتي" بقربهم دائما مما أتاح لهم تذكر كل ما تعلموه في الجلسات، من مهارات وجدانية، من التعرف على الانفعالات (الحب – الغضب– الحزن– الخوف– القلق) وتنمية المهارات الاجتماعية (التعبير اللغوي، فهم لغة الجسد والتعبير الغير لفظي) وحتى رسم الوجوه التعبيرية في المفكرة، واستمرار الأطفال في استعمال مفكرتهم، كل هذا ساعد في تثبيت النتيجة.

كما كان لتكامل جميع الفنيات التي ذكرناها فيما بينها أثر في إحداث التغير الفعلي فقد خاطبت الفنيات العقل، والوجدان، والسلوك، هذا التضافر بين الفنيات حقق نجاح البرنامج.

وتتفق نتيجة هذه الفرضية مع دراسة كل من (جرين و آخرون (Greene et al, 2004)، كوستين وتشامبيرس (Costin and Chambers, 2007)، لارسون وآخرون (Larsson, et al, 2008)، دروجلي (Drugli, 2010) ، كازدين (Kazdin, et al, 2012)، عبادي (2013)، ودراسة أوليندیك وآخرون (Ollendick, et al, 2015)

هدفت دراسة جرين وآخرون (Greene et al, 2004)[1] إلى معرفة فعالية التدخل عن طريق النموذج المعرفي السلوكي من خلال الطريقة التعاونية لحل المشكلات لعلاج اضطراب

[1] Green, R. W., et al. Effectiveness of collaborative problem solving in affectively dysregulated children with oppositional defiant disorder. Initial finding. Journal of consulting and clinical psychology, 72(6), 2004, 1157-1164.

العناد المتحدي وما يصاحبه من اضطرابات مزاجية، تضمن البرنامج على استخدام التدريب الوالدي مع والدي 41 طفلا ممن لديهم اضطراب العناد المتحدي، وقد أوضحت النتائج أنه هناك دلائل إحصائية لفعالية البرنامج في القياس البعدي وفي القياس التتبعي للبرنامج بعد أربعة أشهر من التطبيق، ومنه فعالية العلاج عن طريق استخدام فنية حل المشكلات بطريقة تعاونية في تحسين السلوك.

وأجرى كل من كوستين و تشامبيرس (Costin and Chambers, 2007)[1] دراسة للتحقيق في فعالية تدريب إدارة الوالدين كعلاج للأطفال في سن المدرسة الابتدائية المصابين باضطراب العناد المتحدي (ODD) والاضطرابات المرضية المصاحبة، وقد تمثلت العينة الأسترالية من آباء وأمهات 94 طفل تم تشخيصهم باضطراب العناد المتحدي (76 ذكور/ 18 إناث) تراوحت أعمارهم بين 5-13 سنة، وقد تم التشخيص وفقا لقائمة سلوك الطفل، وتم العثور على نتائج ذات صلة سريريا وذات دلالة إحصائية بعد العلاج وبعد 5 أشهر من المتابعة، كان هناك انخفاض في أعراض الأطفال ولكن لم يكن هناك دليل على أي تأثير على الاضطرابات المرضية المصاحبة، هذه النتائج مهمة للمجال السريري لأنها تظهر أن تدريب إدارة الوالدين هو تدخل قوي مناسب للممارسة السريرية الروتينية حتى عند وجود اضطرابات مرضية مصاحبة بالإضافة إلى اضطراب العناد المتحدي.

[1] Costin, J., & Chambers, S. M. Parent Management Training as a Treatment for Children with Oppositional Defiant Disorder Referred to a Mental Health Clinic. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12(4), 2007, 511-524.

كما قام لارسون وآخرون (Larsson, et al, 2008)[1] بفحص فعالية برامج تدريب الوالدين "سنوات لا تصدق" وبرامج علاج الطفل، وتكونت العينة من 127 طفلا نرويجيا تتراوح أعمارهم بين 4–8 سنوات، تم تشخيص إصابتهم باضطراب العناد المتحدي (ODD) أو اضطراب السلوك (CD) وتم تقسيمهم بشكل عشوائي لتدريب الوالدين (PT)، أو تدريب الوالدين جنبا إلى جنب مع علاج الطفل (PT + CT)، أو المجموعة الضابطة، تم إجراء التقييمات في البداية، وبعد المعالجة وفي المتابعة لمدة عام واحد باستخدام مقاييس موحدة ومقابلة شبه منظمة، قللت كل من ظروف العلاج النشط من مشاكل سلوك الطفل بعد المعالجة على عكس المجموعة الضابطة، بينما كانت الاختلافات بين نوعي العلاج صغيرة وغير مهمة، حوالي ثلثي الأطفال الذين عولجوا عملوا في إطار الاختلاف الطبيعي بعد العلاج، ولم تعد نفس النسبة تتلقى تشخيص اضطراب العناد المتحدي في المتابعة لمدة عام واحد، زاد استخدام الوالدين للاستراتيجيات الإيجابية بعد العلاج، وانخفض استخدام التأديب القاسي وغير المتسق كما حدث مع الأم من الإجهاد، تؤكد نتائج هذه الدراسة على أهمية تقديم تدريب الوالدين للأطفال الصغار الذين يعانون من مشاكل سلوك خطيرة تظهر في المنزل، تدعم النتائج فائدة برنامج "سنوات لا تصدق".

[1] Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W.–T. Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. European Child & Adolescent Psychiatry, 18(1), 2008, 42–52.

وفي نفس السياق تأتي دراسة دروجلي (Drugli, et al, 2010)[1] التي كان الغرض منها هو معرفة تأثير التدريب الوالدي طويل المدى على علاج اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك من خلال دراسة تتبعية مدتها 5 إلى 6 سنوات، حيث قامت هذه الدراسة بتشخيص حالة الأطفال كناتج وكذلك التنبؤ بالاستجابة للعلاج من خلال فحص عينة من الأطفال ما بين عمر الخامسة والسادسة من خلال قياس تتبعي، تمثلت عينة الدراسة من 99 طفلا تم معالجتهم من خلال برنامج تدريب الوالدين أو برنامج تدريب الوالدين المشترك وعلاج الطفل، وقد تم عمل دراسة تتبعية لنسبة 54.5 % من أطفال الدراسة، أظهرت النتائج إلى أنه بينما كل الأطفال تم تشخيصهم على اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك قبل العلاج، وبعد 5-6 سنوات فإن ثلث أطفال العينة لم يكن التشخيص الذي أجرى لهم مرة أخرى دال، ونفس النسبة قد وجدت بعد عام من المتابعة، في الأخير تدعم نتائج الدراسة الحفاظ على النتائج الإيجابية طويلة المدى للأطفال الصغار الذين تم علاجهم بتدريب الوالدين بسبب مشاكل سلوكية خطيرة، وتحديد خصائص الأطفال والأسر التي تحتاج إلى دعم إضافي لبرامج تدريب الوالدين.

ومن جهته قام كازدين ودوربن (Kazdi and Durbin, 2012)[2] بفحص التحالف

---

[1] Drugli. M. B., et al. Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51(5), 2010, 559-566

[2] Kazdin, A. E., & Durbin, K. A. Predictors of child–therapist alliance in cognitive–behavioral treatment of children referred for oppositional and antisocial behavior. Psychotherapy, 49(2), 2012, 202–217.

العلاجي في العلاج القائم على الأدلة للأطفال وتكونت العينة من، 24 فتاة و73 فتى، تراوحت أعمارهم ما بين 6–13 سنة يعانون من السلوك المتحدي، العدواني، والمعادي للمجتمع، كانت النتائج الرئيسية كما يلي: (1) كان تحالف (الطفل–المعالج) مرتبطا بالتغيير العلاجي في نهاية العلاج، كلما كانت جودة التحالف العلاجي أفضل أثناء العلاج، زاد التغيير العلاجي بين الأطفال، (2) الكفاءات الفكرية والاجتماعية للطفل قبل العلاج تنبئ بجودة التحالف العلاجي، شكل الأطفال الأعلى في الكفاءات الفكرية والاجتماعية تحالفا أفضل، و(3) الكفاءات الفكرية والاجتماعية لم تفسر أو تفسر ارتباط التحالف بالتغيير العلاجي.

أما دراسة عبادي (2013)[1] هدفت إلى التحقق من فعالية الإرشاد الأسري في التخفيف من اضطراب العناد المتحدي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وأسفرت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة الإرشادية على مقياس تشخيص اضطراب العناد المتحدي في القياس القبلي والقياس البعدي للبرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي، كما بينت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة الإرشادية على مقياس تشخيص اضطراب العناد المتحدي في القياس البعدي والقياس التتبعي بعد شهرين من التطبيق.

---

[1] عادل سيد عبادي. فعالية الإرشاد الأسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى تلاميذ الابتدائية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة أسوان. مصر. 2013.

كما فحصت دراسة أوليندیك وآخرون (Ollendick, et al, 2015)[1] فعالية الحلول التعاونية والاستباقية (CPS) في علاج اضطراب العناد المتحدي (ODD) لدى الأطفال من خلال مقارنة هذا العلاج الجديد بتدريب إدارة الوالدين (PMT) والمجموعة الضابطة، تم اختيار 134 طفلا (تتراوح أعمارهم بين 7-14 ، 61.9٪ ذكور ، 83.6٪ أبيض) ممن استوفوا معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الرابعة) لمعايير اضطراب العناد المتحدي، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، تم تقييم اضطراب العناد المتحدي من خلال المقابلات التشخيصية شبه المنظمة، ومقاييس تقرير الوالدين، تم إجراء القياس القبلي والبعدي والتتبعي بعد 6 أشهر من العلاج، توصلت الدراسة إلى أن كلا العلاجين متفوقين على المجموعة الضابطة ولكنهما لم يختلفا عن بعضهما البعض، ما يقرب من 50٪ من الأطفال في كلا العلاجين الفعالين لم يتم تشخيصهم وتم الحكم عليهم بأنهم تحسنوا كثيرا أو كثيرا جدا في مرحلة ما بعد المعالجة، مقارنة بـ 0٪ في المجموعة الضابطة، تم الحفاظ على مكاسب العلاج بعد 6 أشهر على المتابعة، ثبت أن الحلول التعاونية والاستباقية CPS مكافئ لتدريب إدارة الوالدين PMT ويمكن اعتباره علاجا بديلا قائما على الأدلة للأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي وعائلاتهم.

[1] Ollendick, T. H., et al. Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45(5), 2015, 591-604.

الفصل السابع

عرض الحالات الإكلينيكية

تمهيد

الهدف من تقديم الحالات هو تدعيم نتائج دراستنا الإحصائية بتحليل نوعي، لذا سنقدم حالة من كل مشكل سلوكي.

الحالة الأولى: ب. ر

الجنس: ذكر

السن: 7 سنوات

السنة الثالثة ابتدائي

ترتيبه الأخير من بين 5 إخوة (الكبرى 26 سنة متزوجة ثم ذكر 24 سنة ثم ذكر 16 سنوات والأصغر معاق ذهنيا 11 سنة)

التشخيص: عدواني

وصف الطفل

نحيل الجسم، وذو قامة قصيرة وشعر أسود، هندامه غير نظيف وغير مرتب، مظهره العام عدائي، عابس الوجه.

تاريخ الحالة

الأب 52 سنة، معلم ابتدائي متقاعد، مستواه الدراسي ليسانس في الحقوق لا يعاني من أي أمراض، الأم 43 سنة، ربة بيت، مستواها الدراسي السنة السادسة ابتدائي، لا تعاني من أي أمراض، تعيش الأسرة حاليا في سكن ملك خاص حديث يتكون من 3 غرف، أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة هي مشاكل فكرية، وصحية اجتماعية بسبب ابنهم المعاق ذهنيا.

عمر الأم عند ولادة طفلها (ب.ر) 36 سنة، وكان الحمل مرغوب فيه وفترة الحمل عادية مع إشراف طبي، والولادة كانت طبيعية، أرضعته أمه أربعة أشهر رضاعة طبيعية وفطمته في السنة ونصف، بالنسبة للنمو النفسي الحركي كان عاديا، محصوله اللغوي جيد، سلوكه ونضجه مناسب لعمره، تغذيته متوسطة.

مستواه الدراسي متوسط بمعدل 7 من 10، ينام مع إخوته، جرب سرقة أمه عدة مرات ولم يتلقى أي علاج نفسي من قبل.

سير الجلسات

الجلسة الأولى

جاء الطفل برفقة أمه، بعد الترحيب بهما، اشتكت الأم من شدة عدوانية طفلها وشجاراته التي لا تنتهي، وأنه أتعبها جدا ولم تعد تجد حلا معه سوى الصراخ، الضرب، الشتم وتهديده بإخبار والده عند مجيئه، وقامت الباحثة بجمع المعلومات باستعمال استمارة دراسة حالة للطفل بالتركيز على تحصيله الدراسي، سلوكه في المدرسة، علاقاته مع رفاقه، مع إخوته، نومه وتغذيته

وطفولته الأولى عن نموه اللغوي ونموه النفسي الحركي، ومرحلة الحمل به كيف كانت وهل كان مرغوب به وعن ولادته ورضاعته، بعدها اتفقت الباحثة معهم على موعد الجلسات وعددها وزمنها وكيفية سيرها.

الجلسة الثانية

بعدما رحبت الباحثة بالطفل قدمت له ورقة بيضاء وقلم رصاص وأقلام ملونة وطلبت منه رسم عائلة.

(بدأ الرسم مباشرة بدون تردد من اليمين إلى اليسار، بدأ برسم 4 أشخاص بحجم صغير جدا في الجزء العلوي من الورقة من الوجه للأسفل ثم لونهم ثم حوطهم بمثلث الذي يمثل المنزل ثم رسم النوافذ والباب.

– الباحثة : أكتب فوق رأس كل شخص اسمه، عمره، جنسه، وعلاقته بالأشخاص الآخرين في العائلة.

– كتب الطفل: فوق الأول يحي عمره 3 سنوات وفوق الثاني آدم عمره أيضا 3 سنوات، وفوق الثالث محمد عمره سنتين ثم الأم ملاك عمرها 13 ثم الأب عبد الإله 14 سنة

– الباحثة: من هو الشخص الأكثر سعادة في العائلة؟ الطفل: يحي

– الباحثة: لماذا؟ الطفل: منعرف

– الباحثة: من هو الشخص الأقل سعادة في العائلة؟ الطفل: الأب عبد الإله

– الباحثة: لماذا؟ الطفل: منعرف

– الباحثة: من هو الشخص الأكثر لطفا في العائلة؟ الطفل: آدم

- الباحثة: لماذا؟ الطفل: منعرف

- الباحثة: من هو الشخص الأقل لطفا في العائلة؟ الطفل: الأم ملاك

- الباحثة: لماذا؟ الطفل: .....(صمت)

- الباحثة؟ من هو الشخص الذي تريد أن تلعب دوره في هذه العائلة؟ الطفل:لا أحد

- الباحثة: لماذا؟ الطفل: .....(صمت)

- الباحثة: أعطي اسم للعائلة؟ الطفلة: عائلة الصياد (يصيدوا الحوت)

بعدها خرج الطفل ودخلت الأم وقدمت لها الباحثة مقياس العدوان وأعطتها التعليمة، وقامت الأم بالإجابة على كل فقرات المقياس وأعادته للباحثة.

تحليل رسم العائلة

تموضع الرسم كان في المنطقة العليا من الورقة وهي منطقة الحالمين وأصحاب المبادئ، كما أن اتجاه الرسم كان من اليمين إلى اليسار، وهو يدل على حركة تطورية للطفل، والعائلة المرسومة تمثل العائلة المتخيلة، لقد بدأ الرسم بالطفل يحي وهو الشخص الذي يعطيه تقدير أكبر، ثم رسم أدم ثم محمد ثم الأم والأب.

- **التحليل الكمي والكيفي لنتائج المقياس:**

تحصل (ب.ر) في القياس القبلي على الدرجة 11 في مقياس العدوان، وهي تعني أن الحالة تعاني من السلوك العدواني بدرجة ضعيفة، بالنسبة للبنود التي تتكرر أحيانا والتي تحدث باستمرار هي:

الجدول رقم (24): يبين أهم أعراض العدوان لدى الحالة الأولى

البنود المختارة	شدة الأعراض
يستعمل إشارات تهديدية.	أحيانا
يصيب الآخرين بإصابات عن طريق مباشر.	أحيانا
يرفس أو يضرب ويصفع الآخرين.	أحيانا
يقذف الآخرين بأشياء.	أحيانا
يوسخ ممتلكاته.	باستمرار
يلقي الأثاث أرضا.	أحيانا
يبكي ويصرخ.	باستمرار
يضرب الأرض بقدميه، ويصيح، ويصرخ.	باستمرار

الجلسة الثالثة

بعد الترحيب بالطفل وجلوسه قدمت الباحثة قصاصة للطفل بها 3 قصص (قصة الدجاجة جوجو وقصة الأرنب المتسلط وقصة سالمة الحالمة)، وبدأت الباحثة بسرد القصص للطفل بأسلوب مشوق بعد الانتهاء من السرد سألت الباحثة الطفل مجموعة من الأسئلة عن كل قصة، أجاب الطفل وكان استيعابه جيد للقصص ثم سألته أي شخصية من شخصيات القصص أقرب إليه، اختار الطفل شخصية الأرنب المتسلط والذي كان يتصف بالعدوان وبالتالي أصبح لدى الطفل وعي بمشكلته، بعدها أخبرته الباحثة أنها تستطيع مساعدته للتخلص من مشكلته إذا داوم

على حضور الجلسات، بعدها قدمت له ورقة العقد العلاجي (نسختين) لتوقيعهما بعد قراءتهما وأعطته نسخة ليعلقها في غرفته.

الجلسة الرابعة

بعد الترحيب بالطفل، جلبت الباحثة ورقة رسم الطفل (ب.ر) للعائلة وأعطته إياها وذكرته بإجاباته عن الأسئلة السابقة (الجلسة الثانية) وحاولت جذبه للحديث عن ما يقلقه قصد التنفيس الانفعالي، فتحدث الطفل عن أخاه المعاق ذهنيا الذي يخدشه، شرحت الباحثة للطفل مرض أخيه وما معنى إعاقة ذهنية، وكيف يجب أن يتصرف مع أخيه، بعدها وضعت الباحثة مقعدين كل منهما يواجه الآخر أحدهما يمثل الطفل والآخر يمثل أخاه المعاق ذهنيا، بعدها جلس في الكرسي الآخر وقام بتمثيل أفعال أخيه وكيف يخدشه، بعدها جلس في كرسيه وقام بضربه مباشرة بعدما خدشه، بعدها طلبت منه الباحثة تكرار التمثيلية لكن بدون ضرب دفاع عن نفس فقط وأن لا يسمح له أن يخدشه، فأعاد الطفل الحوار كما طلبت منه الباحثة.

بعد خروج الطفل (ب.ر) دخلت الأم وفتحت معها الباحثة المجال للحديث عن ضغوطات الحياة التي تشعر بها وما هي أسبابها، تكلمت الأم عن قصة مرض ابنها المعاق ذهنيا من البداية وكيف أنه سقط من النافذة في صغره وأصيب بضربة على رأسه ومعاناتها معه في المستشفى ومن عيادة لأخرى وأنه لم يتم قبوله بعد في المركز البيداغوجي وكم تربيته صعبة في البيت وأنه أثر على سلوكيات أخيه الأصغر(ب.ر).

بعدها قامت الباحثة بتوجيه الحوار للتكلم عن المشكلات الزواجية وعن مدى التفاهم بينها وبين زوجها، فتحدثت الأم عن حياتها كيف كانت جميلة ومستقرة قبل وفاة حماتها وقبل شرائها

لسكن خاص وكيف أن حياتها تغيرت بعد رحيلها وسقوط طفلها، وتكلمت عن الاختلافات الشخصية بينها وبين زوجها الذي يحب المعاصرة والتطور ومهمل لتربية أبنائه وهي تحب الأصالة والاهتمام بأطفالها، فأفهمتها الباحثة أنه يجب إيجاد نقاط مشتركة مع زوجها وتعزيزها.

الجلسة الخامسة

شرحت الباحثة للطفل (ب.ر) معنى الاسترخاء وفوائده بشكل مبسط وقامت الباحثة بشرح خطوات التنفس البطني ثم تطبيقه أمام الطفل ثم مساعدته على التدرب عليه، بعدها جلبت ورقتين بيضاويتان ووضعت بينها ورق كربوني وجلبت قلم رصاص من نوع B، وقامت الباحثة بكتابة اسم ولقب الطفل على الورقة بشكل عادي ورأى الطفل كيف أن الكتابة ظهرت في الورقة السفلى وأعطته الورقة للتجريب، بعدها قامت الباحثة بإعادة الكتابة بدون ضغط حتى لا تظهر الكتابة في الورقة السفلى، بعدها أعطت الورقة للطفل للتجريب، وبعدها قامت الباحثة بالكتابة بدون ضغط وببطء تام حتى تحس بحالة من الاسترخاء وحتى النعاس، وكذلك قام الطفل بالتجريب حتى يصل إلى الاسترخاء، بعدها طلبت الباحثة من الطفل تطبيق تمريني الاسترخاء بشكل يومي في المنزل.

بعدها دخلت الأم ودربتها الباحثة على التنفس البطني وطلبت منها تطبيقه مع الطفل كل مساء.

الجلسة السادسة

جاءت أم (ب.ر) للجلسة الجماعية متحمسة نوعا ما وأصغت باهتمام، أبدت إعجابها بالأجندة، ولم تطرح أسئلة، وكانت تحكي في العموم عن ممارسة الأخطاء التربوية، وكانت تدقق مع كل نقطة وتدون أكثر في الأجندة.

الجلسة السابعة

عندما تصفحت الباحثة لأجندة أم (ب.ر) وجدتها لم تلصق صورة لطفلها فسألتها لماذا، فردت الأم أنها تريد إلصاق صورة ثنائية لطفلها (ب.ر) مع أخيه المعاق وسألت هل يمكنها ذلك، فأجابتها الباحثة أنه أكيد يمكنها ذلك فهدفنا من المفكرة ليس فقط علاج الطفل المشكل وإنما التدرب على أساليب التربية الإيجابية مع جميع أطفالنا.

وكانت جد متحمسة للمحاضرة الثانية، وكالجلسة السابقة دونت الشرح في الأجندة، بالنسبة للأخطاء التربوية فرتبتهم بالشكل التالي:

1- الصراخ 2- الضرب

3- المقارنة 4- الشتم

أما الحاجات النفسية التي لم تلبيها لطفلها فرتبتهم بالشكل التالي:

1- الحاجة إلى المحبة (التقبيل) 2- الحاجة إلى المحبة (العناق)

3- الحاجة إلى المدح 4- الحاجة إلى الطمأنينة

الجلسة الثامنة

جاء الطفل (ب.ر) مظهرا عدم مبالاته وتحمسه للجلسة الجماعية ولم يظهر أي فرحة بالمفكرة وكان ينصت لأصدقائه وهم يعرفون بأنفسهم لكنه لم يبادر حتى طلبت منه الباحثة، وكان بطيء في تدوين معلوماته الشخصية في المفكرة، ومنصت جيد لقصة الصداقة وكان من الجيدين في الإجابة عن الأسئلة لكنه لا يتقن التعبير جيدا واستطاع تخيل الحوار انطلاقا من الصور.

أما بالنسبة لأمه فقد تصفحت الباحثة أجندتها فوجدتها كتبت رسالة اعتذار لابنها تطلب منه أن يسامحها على أخطائها التربوية في حقه لأنها كانت متوترة وقلقة من حالة أخيه المعاق لأنها لم تجد حلا له، ولأنها كانت خائفة أن يتبع طفلها عناد وقلق أخيه الذي كان يزداد يوميا وفعلا حدث ما كانت تخشاه، وطلبت منه السماح ووجهت رسالة حب له، وأيضا ملأت ورقة التعهد الوالدي، بالنسبة للعادات تراوحت عدد مرات تقبيلها لطفلها من 2 إلى 8 مرات يوميا، أما الصراخ كان خلال الأسبوع الأول ما بين 1 من 10 إلى 7 من 10، وحكت لطفلها في نهاية الأسبوع قصة بقرة اليتامى وقد أعجب بها كثيرا وأيضا لعبت معه لعبة " حجرة ورقة مقص".

الجلسة التاسعة

جاء الطفل (ب.ر) للجلسة الجماعية بوجه عابس كعادته وأنصت باهتمام لقصة "الأصدقاء الأربعة" وأجاب على الأسئلة متأنيا، بالنسبة لنشاط التحدث عن الأشياء التي يحبها لم يتسرع في المشاركة وفضل الاستماع إلى صديقه أولا ثم أجاب بتلعثم قليلا، وفي مشاهدة الرسوم المتحركة بدون صوت كان هادئ ومنتبه واستطاع تخيل الحوار، وعند لعبه الجماعي مع الأطفال الآخرين كان سريع في اللعب وربح عدة مرات.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، فوجدت الباحثة أن الأم قد قامت بإضافة عادتين جديدتين وهما العناق والضرب، بالنسبة لعادة التقبيل تراوحت ما بين 1 إلى 5 مرات يوميا، أما الصراخ تراوح ما بين 2 من 10 إلى 10 من 10 يوميا، أما بالنسبة لعادة العناق فتراوح ما بين 0 إلى 3 مرات يوميا، أما الضرب ما بين 0 مرة إلى 2 مرة يوميا، وحكت لطفلها في نهاية الأسبوع قصة "العجوز ستوت" وقد أعجب بها كثيرا وأيضا لعبت معه لعبة " صنع طائرة".

الجلسة العاشرة

جاء الطفل (ب.ر) للجلسة الجماعية بوجه عابس كعادته ويزاحم أصدقائه على مكان جلوسه وأنصت باهتمام لقصة كيف نقتل الوحوش وأجاب على الأسئلة متأنيا، واستطاع التفريق بين الوجوه المرسومة بانفعالات مختلفة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، فوجدت الباحثة أن الأم قد قامت بإضافة عادتين جديدتين وهما المدح والمقارنة، بالنسبة لعادة التقبيل كانت ما بين 3 مرات إلى 8 مرات يوميا خلال هذا الأسبوع، أما الصراخ تراوح ما بين 0 من 10 إلى 5 من 10، أما بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين مرة إلى 4 مرات يوميا، أما الضرب ضربته 3 مرات خلال الأسبوع، أما المدح من 1 إلى 5 مرات أما المقارنة من ولا مرة إلى 5 مرات فاليوم، وقصت لطفلها قصة "بنت الغول" ولعبت معه لعبة "اسم نبات–حيوان– جماد" في نهاية الأسبوع.

الجلسة الحادية عشر

جاء الطفل (ب.ر) متحمسا بعض الشيء وتعلو وجهه ابتسامة، وأنصت باهتمام لقصة فلافيلو وأجاب على الأسئلة كلها بلا، ولم يذكر ولا موقف يدل على الحب، ورسم الوجه التعبيري للحب بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، فوجدت الباحثة أن الأم قد قامت بإضافة عادتين جديدتين وهما الاعتبار والشتم، بالنسبة لعادة التقبيل كانت ما بين 2 مرات إلى 7 مرات يوميا خلال هذا الأسبوع، أما الصراخ تراوح ما بين 1 من 10 إلى 5 من 10، أما بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين ولا مرة إلى 3 مرات يوميا، أما الضرب تراوح ما بين ولا مرة إلى 4 مرات

يوميا خلال هذا الأسبوع، أما المدح من 1 إلى 5 مرات أما المقارنة من ولا مرة إلى 2 مرة فاليوم، والطمأنينة تراوحت ما بين 7 من 10 إلى 9 من 10 أما الشتم فتراوح ما بين مرة إلى 4 مرات يوميا، وقصت لطفلها قصة "بنت الغول" ولعبت معه لعبة "صنع طائرة بفن الأوريغامي" في نهاية الأسبوع.

الجلسة الثانية عشر

جاء الطفل (ب.ر) فرحا اليوم ويضحك مع أصدقائه والباحثة، راقبت الباحثة مفكرته فوجدته رسم الوجه التعبيري للحب 4 مرات خلال الأسبوع الماضي لكنه لم يلونه، واستمتع بقصة اليوم "ليلى السعيدة" وفي إجاباته عن الأسئلة قال أنه يحس بالسعادة عندما يأخذونه إلى شاطئ البحر وعندما يشترون له القصص والموز لأنه يحبه، ورسم الوجه التعبيري للسعادة بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، عادة التقبيل كانت ما بين 3 مرات إلى 9 مرات يوميا خلال هذا الأسبوع، أما الصراخ تراوح ما بين 1 من 10 إلى 5 من 10، بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين مرة إلى 3 مرات يوميا، أما الضرب مرة واحدة خلال هذا الأسبوع، أما المدح من ولا مرة إلى 3 مرات فاليوم أما المقارنة من ولا مرة إلى 3 مرات فاليوم، أما الطمأنينة فتراوحت ما بين 7 من 10 إلى 9 من 10 أما الشتم فتراوح ما بين مرتين إلى 3 مرات يوميا، وقصت لطفلها" قصة الحطاب" ولعبت معه لعبة "حجرة– ورقة– مقص" في نهاية الأسبوع.

الجلسة الثالثة عشر

جاء الطفل (ب.ر) متحمس وفرح كالجلسة الماضية، راقبت الباحثة مفكرته فوجدته رسم الوجه التعبيري للحب 3 مرات والسعادة مرتين خلال الأسبوع الماضي، وأنصت باهتمام لقصة

اليوم" زاكي الباكي" وأجاب على الأسئلة متأنيا، وأجاب أنه يشعر بالحزن عندما يضربنه وعندما يكسر أخاه لعبته وعندما يسافرون ويتركونه، ورسم الوجه التعبيري للحزن بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، عادة التقبيل كانت ما بين 3 مرات إلى 5 مرات يوميا خلال هذا الأسبوع، أما الصراخ تراوح ما بين 5 من 10 إلى 8 من 10، بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين ولا مرة إلى مرة واحدة يوميا بإجمالي 4 مرات فالأسبوع، أما الضرب من مرة إلى مرتين يوميا خلال هذا الأسبوع، أما المدح من ولا مرة إلى 3 مرات فاليوم أما المقارنة من ولا مرة إلى 4 مرات فاليوم، أما الطمأنينة فتراوحت ما بين 7 من 10 إلى 9 من 10 أما الشتم فتراوح ما بين مرتين إلى 3 مرات يوميا، وقصت لطفلها "قصة المغفل" ولعبت معه لعبة "رمي عملة معدنية" في نهاية الأسبوع.

سألتها الباحثة ما سبب الانتكاسة ولماذا لم تحافظ على عاداتها الجديدة، بررت الأم أن طفلها أتعبها بتصرفاته وتكاد تفقد الأمل في تحسنه، شجعتها الباحثة على المواصلة والحفاظ على عاداتها التي اكتسبتها.

الجلسة الرابعة عشر

جاء الطفل (ب.ر) على غير عادته بسبب خبر وباء كورونا مرتدي كمامته ويحمل معقمه، راقبت الباحثة مفكرته فوجدته رسم الوجه التعبيري للحب مرتين والوجه التعبيري للسعادة مرة والوجه التعبيري للحزن مرتين خلال الأسبوع الماضي، وأنصت باهتمام لقصة اليوم" الخوف من المستأسدين" وأجاب على الأسئلة متأنيا، وأجاب أنه يشعر بالخوف عند رؤية الحيوانات المتوحشة،

وعندما يطل أخاه المعاق من النافذة أو يسقط الهاتف من يده على الأرض، ورسم الوجه التعبيري للخوف بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، عادة التقبيل كانت ما بين مرة إلى 4 مرات يوميا خلال هذا الأسبوع، أما الصراخ تراوح ما بين 3 من 10 إلى 6 من 10، بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين ولا مرة إلى مرتين يوميا بإجمالي 6 مرات فالأسبوع، أما الضرب من مرة إلى مرتين يوميا خلال هذا الأسبوع، بالنسبة للمدح من ولا مرة إلى 3 مرات فاليوم أما المقارنة من ولا مرة إلى 4 مرات فاليوم، أما الطمأنينة فتراوحت ما بين 7 من 10 إلى 9 من 10 أما الشتم فتراوح ما بين مرتين إلى 3 مرات يوميا، وقصت لطفلها "قصة المغفل" ولعبت معه لعبة "رمي عملة معدنية" في نهاية الأسبوع.

وشجعتها الباحثة أن تركز أكثر على عادة الصراخ والمقارنة، وأخبرتها أن الجلستين القادمتين ستكونان عبر الهاتف وأنها هي من ستحكي القصة لطفلها والباحثة تكمل معه عبر الهاتف.

الجلسة الخامسة عشر

بعدما أنهت الأم قصة "يوسف والغضب" اتصلت بالباحثة، وأخبرتها أنه سمع القصة وأجاب عن الأسئلة ولكنه يرفض الكتابة في المفكرة كرفضه الدائم للكتابة في كراريسه المدرسية، ورفض في البداية التحدث في الهاتف مع الباحثة وبعدها رد على الاتصال وسألته الباحثة ماذا رسم خلال الأسبوع الماضي فأجابها أنه رسم الوجه التعبيري للحب مرتين ومرة واحدة لكل من الوجه التعبيري للسعادة والحزن والخوف، وسألته أسئلة حول القصة فأجاب عنها كلها.

طلبت منه الباحثة أن يتدرب على رسم الوجه التعبيري للغضب، وأن يستمر في مراقبة مزاجه والرسم في الجدول الوجوه التعبيرية، ثم طلبت منه أن يعطي الهاتف لأمه، وسألتها كيف مر الأسبوع وهل تحكمت أكثير في عاداتها، فأخبرتها الأم أنها أحسن من الأسابيع الماضية.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، عادة التقبيل كانت ما بين 3 مرات إلى 5 مرات يوميا خلال هذا الأسبوع، أما الصراخ تراوح ما بين 1 من 10 إلى 6 من 10، بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين ولا مرة إلى 3 مرات يوميا فالأسبوع، أما الضرب من مرة إلى مرتين يوميا خلال هذا الأسبوع، أما المدح من مرتين إلى 5 مرات فاليوم أما المقارنة من ولا مرة إلى 4 مرات فاليوم، أما الطمأنينة فتراوحت ما بين 7 من 10 إلى 9 من 10 أما الشتم فتراوح ما بين مرة إلى 3 مرات يوميا، وقصت لطفلها قصة "بقرة اليتامى" ولعبت معه لعبة "حجرة– ورقة– مقص" في نهاية الأسبوع.

الجلسة السادسة عشر

بعدما أنهت الأم قصة "دبدوب لا يعرف القلق" اتصلت بالباحثة، وأخبرتها أنه سمع القصة وأجاب عن الأسئلة ولكنه يرفض الكتابة مثل المرة السابقة، وعندما تكلمت مع الباحثة سألته لماذا لا يرغب في الكتابة، لم يجب وصمت، وسألته ماذا رسم خلال الأسبوع الماضي فأجابها أنه رسم الوجه التعبيرية مرة واحدة لكل من الحب، السعادة، الحزن، الخوف، الغضب خلال الأسبوع الماضي، وسألته أسئلة حول القصة فأجاب عنها كلها.

طلبت منه الباحثة أن يتدرب على رسم الوجه التعبيري للقلق، وأن يستمر في مراقبة مزاجه والرسم في الجدول الوجوه التعبيرية، ثم طلبت منه أن يعطي الهاتف لأمه، وسألتها كيف مر الأسبوع وهل تحكمت أكثير في عاداتها، فأخبرتها الأم أنها أحسن من الأسابيع الماضية.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، عادة التقبيل كانت ما بين مرتين إلى 4 مرات يوميا خلال هذا الأسبوع، أما الصراخ تراوح ما بين 2 من 10 إلى 6 من 10، بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين مرة إلى 4 مرات يوميا فالأسبوع، أما الضرب 3 مرات خلال هذا الأسبوع، أما المدح من مرتين إلى 4 مرات فاليوم أما المقارنة من ولا مرة إلى مرة فاليوم، أما الطمأنينة فتراوحت ما بين 7 من 10 إلى 9 من 10 أما الشتم فتراوح ما بين مرة إلى 3 مرات يوميا، وقصت لطفلها قصة "الأصدقاء الأربعة والكنز الخفي" ولعبت معه لعبة "صنع طائرة بفن الأوريغامي" في نهاية الأسبوع.

الجلسة السابعة عشر

بعد الترحيب بالطفل وأمه راقبت الباحثة كل من مفكرة الطفل وأجندة الأم، فوجدت الطفل قد رسم الوجه التعبيري للحب مرة واحدة والوجه التعبيري للقلق 6 مرات خلال الأسبوع الماضي.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، عادة التقبيل كانت ما بين مرة إلى 6 مرات يوميا خلال هذا الأسبوع، أما الصراخ تراوح ما بين 2 من 10 إلى 4 من 10، بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين ولا مرة إلى 4 مرات يوميا فالأسبوع، أما الضرب 3 مرات خلال هذا الأسبوع، أما المدح من مرة إلى 3 مرات فاليوم أما المقارنة مرة واحدة خلال الأسبوع، أما الطمأنينة فتراوحت ما

بين 7 من 10 إلى 9 من 10 أما الشتم فتراوح ما بين ولا مرة إلى مرتين. وقصت لطفلها قصة "بنت الغول" ولعبت معه لعبة "صنع سفينة بفن الأوريغامي" في نهاية الأسبوع.

بعدها أعطت الباحثة للأم مقياس العدوان وأجابت عليه وتحصل الطفل على درجة 00 وهي درجة منعدمة.

في الأخير أثنت الباحثة على الأم وشجعتها للمواصلة على ما حققته من تطور في تحسين طريقة تعاملها مع أطفالها، وأثنت على الطفل وأنه كان من الأطفال المتميزين في المجموعة، وأعطتهم موعد بعد شهر للقياس التتبعي.

الحالة الثانية: ر ع

الجنس: أنثى

السن: 8 سنوات

السنة الثالثة ابتدائي

ترتيبها الأول من بين 4 أخوات بنات (الثانية 6 سنوات والثالثة 4 سنوات والصغرى 6 أشهر)

التشخيص: الانسحاب

وصف الطفلة

متوسطة الحجم، وذات قامة متوسطة وشعر أشقر، عينان خضراوان، هندامها نظيف ومرتب، مظهرها العام هادئ.

تاريخ الحالة

الأب 43 سنة يعمل مراقب تربوي، مستواه الدراسي السنة الثالثة ثانوي، الأم 37 سنة، تعمل معلمة، مستواها الدراسي ليسانس في الأدب العربي، تعيش الأسرة في سكن ملك غير مكتمل البناء يتكون من 3 غرف في طابق فوق أهل الزوج، انتقلوا إليه منذ سنتين، كانوا يقيمون مع عم الأب الذي رباه منذ صغره، أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة هي مشاكل مع بيت أهل الزوج.

عمر الأم عند ولادة طفلتها (ر.ع) 29 سنة، وكان الحمل مرغوب فيه وفترة الحمل متعبة لأنها كانت تعاني من فقر الدم وكانت مع إشراف طبي، الولادة جاءت طبيعية، الرضاعة كانت طبيعية واصطناعية، فطمتها في عمر السنتين، بالنسبة للنمو النفسي الحركي كان عاديا، محصولها اللغوي جيد، سلوكها ونضجها مناسب لعمرها، تغذيتها متوسطة، تنام منذ صغرها عند بيت عم أبيها لتعلقهم بها، بعد رحيل أسرتها إلى المنزل الجديد جلبوها معهم، مستواها الدراسي جيد بمعدل 8.5 من 10، تنام حاليا مع إخوتها في غرفة منفصلة.

سير الجلسات

الجلسة الأولى

جاءت الطفلة برفقة أمها، بعد الترحيب بهما، اشتكت الأم من أن ابنتها ليست مثل الأطفال لا تحب الخروج من المنزل كثيرا ولا تشارك صديقاتها حتى أنها لا تلعب مثل أختيها، ليست نشيطة وحيوية مع الأطفال، وقامت الباحثة بجمع المعلومات باستعمال استمارة دراسة حالة للطفلة بالتركيز على تحصيلها الدراسي، سلوكها في المدرسة، علاقاتها مع رفاقها، مع إخوتها، نومها وتغذيتها وطفولتها الأولى عن نموها اللغوي ونموها النفسي الحركي، ومرحلة الحمل بها كيف كانت وهل

كان مرغوب بها وعن ولادتها ورضاعتها، بعدها اتفقت الباحثة معهم على موعد الجلسات وعددها وزمنها وكيفية سيرها.

الجلسة الثانية

بعدما رحبت الباحثة بالطفلة قدمت له ورقة بيضاء وقلم رصاص وأقلام ملونة وطلبت منها رسم عائلة

– الطفلة: منعرفش ..... كيفاش

(ثم بدأت الرسم مباشرة بدون تردد من اليسار إلى اليمين، بدأت برسم الشخص الأول من الوجه وتفاصيله ثم الجسد وطلبت ممحاة لتمحيه وتعيد رسمه ، فردت الباحثة أنها يمكنها إكمال الرسم، فرسمت شخصين آخرين، الأخير رسمته في الأسفل بدون ذراعين، ثم قالت أنهيت، ثم قالت سألون)

– الباحثة : هل يمكن أن تكتبي فوق رأس كل شخص اسمه، عمره، جنسه، وعلاقته بالأشخاص الآخرين في العائلة.

– كتبت الطفلة: فوق الأول يوسف عمرها 8 سنوات وفوق الثاني محمد 6 سنوات، وفوق الثالث أحمد 5 سنوات.

– الباحثة: من هو الشخص الأكثر سعادة في العائلة؟ الطفلة: محمد

– الباحثة: لماذا؟ الطفلة: يلعبوا معاه بزاف

– الباحثة: من هو الشخص الأقل سعادة في العائلة؟ الطفلة: يوسف

– الباحثة: لماذا؟ الطفلة: خاوتو يحقروه

- الباحثة: من هو الشخص الأكثر لطفا في العائلة؟ الطفلة: يوسف

- الباحثة: لماذا؟ الطفلة: ما يضربهمش

- الباحثة: من هو الشخص الأقل لطفا في العائلة؟ الطفلة: محمد

- الباحثة: لماذا؟ الطفلة: أناني بزاف كلشي يحب يدي على خواتو الحاجة المليحة

- الباحثة؟ من هو الشخص الذي تريد أن تلعب دوره في هذه العائلة؟ الطفلة: يوسف

- الباحثة: لماذا؟ الطفلة : هكاك

- الباحثة: أعطي اسم للعائلة؟ الطفلة: عائلة سيدعلي

بعدها خرجت الطفلة ودخلت الأم وقدمت لها الباحثة مقياس الانسحاب الاجتماعي وأعطتها التعليمة، وقامت الأم بالإجابة على كل فقرات المقياس وأعادته للباحثة.

تحليل رسم العائلة

تموضع الرسم كان في المنطقة العليا من الورقة وهي منطقة الحالمين وأصحاب المبادئ، كما أن اتجاه الرسم كان من اليسار إلى اليمين، وهو يدل على حركة نكوصية للطفل، والعائلة المرسومة تطابق عائلتها الحقيقية، لقد بدأت الرسم بيوسف الذي يمثلها هي، ثم رسمت محمد الذي يمثل أختها الوسطى ثم أحمد الذي رسمته بدون ذراعين الذي يرمز لغياب التواصل معه ويمثل أختها الصغرى، ونلاحظ عدم رسم الأب والأم لغياب مكانتهما في حياة الطفلة، لأن الطفلة تربت لدى بيت عم أبيها وأرجعوها مؤخرا لأسرتها.

التحليل الكمي والكيفي لنتائج المقياس

تحصلت (ر.ع) في القياس القبلي على الدرجة 13 في مقياس الانسحاب، وهي تعني أن الحالة تعاني مشكل الانسحاب بدرجة متوسطة، بالنسبة للبنود التي تحدث دائما والتي تحدث أحيانا هي:

الجدول رقم (25): يبين أهم أعراض الانسحاب لدى الحالة الثانية

البنود المختارة	شدة الأعراض
– لا يتضايق من وجوده بمفرده	دائما
– عندما يرى أحد أقرانه لا يبدي أي اهتمام	دائما
– يقضي معظم الوقت وحيدا	أحيانا
– يتجنب تقريبا كل أشكال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين	أحيانا
– وجوده وسط أقرانه لا يشعره بالسعادة	أحيانا
– يرفض تلبية مبادرات الآخرين كي يلعب معهم	أحيانا
– تنعدم رغبته في إقامة أي علاقة مع الآخرين	أحيانا
– يميل إلى اللعب بمفرده بمعزل عن الآخرين	أحيانا
– تنعدم استجاباته تقريبا لأي إشارات وإيماءات اجتماعية تصدر عن الآخرين	أحيانا
– لا يبادر بالحديث عند رؤية أقرانه	أحيانا
– أناني لا يفكر إلا في نفسه وما يريده	أحيانا

الجلسة الثالثة

بعد الترحيب بالطفلة وجلوسها قدمت لها الباحثة قصاصة بها 3 قصص (قصة الدجاجة جوجو وقصة الأرنب المتسلط وقصة سالمة الحالمة)، وبدأت الباحثة بسرد القصص للطفلة بأسلوب مشوق بعد الانتهاء من السرد سألتها الباحثة مجموعة من الأسئلة عن كل قصة، أجابت الطفلة وكان استيعابها جيد للقصص ثم سألتها أي شخصية من شخصيات القصص أقرب إليها، اختارت الطفلة شخصية سالمة الحالمة والتي كانت تتصف بالانسحاب وبالتالي أصبح لدى الطفلة وعي بمشكلتها، بعدها أخبرته الباحثة أنها تستطيع مساعدته للتخلص من مشكلتها إذا داومت على حضور الجلسات، بعدها قدمت لها ورقة العقد العلاجي (نسختين) لتوقيعهما بعد قراءتهما وأعطتها نسخة لتعلقها في غرفتها.

الجلسة الرابعة

بعد الترحيب بالطفلة، جلبت الباحثة ورقة رسم الطفلة (ر.ع) للعائلة وأعطتها إياها وذكرتها بإجاباتها عن الأسئلة السابقة (الجلسة الثانية) وحاولت جذبها للحديث عن ما يقلقها قصد التنفيس الانفعالي، فتحدثت الطفلة عن أختها الصغرى ذات 4 سنوات التي تغضبها كثيرا بسلوكياتها معها، بعدها وضعت الباحثة مقعدين كل منهما يواجه الآخر أحدهما يمثل الطفلة والآخر يمثل أختها الصغرى، قالت لها فالبداية لماذا تغضبينني، بعدها جلست في الكرسي الآخر وقامت بتمثيل أفعال أختها الصغرى، بعدها طلبت منها الباحثة محاولة إقناع أختها بأسلوب طفولي، فقالت لها: أقعدي عاقلة نديك ونهربوا على اختنا "الوسطى" ونشريلك.

بعد خروج الطفلة (ر.ع) دخلت الأم وفتحت معها الباحثة المجال للحديث عن ضغوطات الحياة التي تشعر بها وما هي أسبابها، تكلمت الأم أنها رحلت إلى منزلها الجديد الغير مكتمل بعد معاناة 6 سنوات في بيت عم زوجها الذي رباه وأن المشاكل تأزمت أكثر بعد نيلها منصب عمل كمعلمة في منطقة تبعد 40 كلم عن المنزل، وتم طردها من البيت بعدما زادت المشاكل أكثر، بعدها استطاعت تغيير عملها أمام منزلها وبناء منزلها فوق طابق حماها لكنها لم تستطع إكماله والآن هي في مشاكل مع حماها.

بعدها قامت الباحثة بتوجيه الحوار للتكلم عن المشكلات الزواجية وعن مدى التفاهم بينها وبين زوجها فقالت أن علاقتها جيدة مع زوجها فقط المشاكل الأسرية أثرت على نفسيتهما.

الجلسة الخامسة

شرحت الباحثة للطفلة (ر.ع) معنى الاسترخاء وفوائده بشكل مبسط وقامت الباحثة بشرح خطوات التنفس البطني ثم تطبيقه أمام الطفلة ثم مساعدتها على التدرب عليه، بعدها جلبت الباحثة ورقتين بيضاويتان ووضعت بينها ورق كربوني وجلبت قلم رصاص من نوع B، وقامت بكتابة اسم ولقب الطفلة على الورقة بشكل عادي ورأت الطفلة كيف أن الكتابة ظهرت في الورقة السفلى وأعطتها الورقة للتجريب، بعدها قامت الباحثة بإعادة الكتابة بدون ضغط حتى لا تظهر الكتابة في الورقة السفلى، بعدها أعطت الورقة للطفلة للتجريب، وبعدها قامت الباحثة بالكتابة بدون ضغط وببطء تام حتى تحس بحالة من الاسترخاء وحتى النعاس، وكذلك قامت الطفلة بالتجريب حتى تصل إلى الاسترخاء، بعدها طلبت الباحثة من الطفلة تطبيق تمريني الاسترخاء بشكل يومي في المنزل.

بعدها دخلت الأم ودربتها الباحثة على التنفس البطني وطلبت منها تطبيقه مع الطفلة كل مساء.

الجلسة السادسة

جاءت أم (ر.ع) للجلسة الجماعية متحمسة وأصغت باهتمام، وأبدت إعجابها بالأجندة، وكانت تطرح أسئلة للفهم أكثر، وتصغي لصديقاتها عن كلامهم عن ممارسة الأخطاء التربوية على أطفالهم، لكنها لم تحكي عن تجربتها، وكانت تدقق مع كل نقطة وتدون الشرح بالقلم الرصاص في الأجندة، وتهز رأسها بين الحين والآخر.

الجلسة السابعة

عندما تصفحت الباحثة لأجندة أم (ر.ع) وجدتها قامت بإلصاق صورة لطفلتها في الصفحة الأولى وكتبت اسم طفلتها بالكامل في المنزل وكانت جد متحمسة للمحاضرة الثانية، وكالجلسة السابقة دونت الشرح في الأجندة، بالنسبة للأخطاء التربوية فرتبتهم بالشكل التالي:

1- الضرب 2- الصراخ

3- الشتم 4- المقارنة

5- التأنيب 6- الأوامر الكيفية

أما الحاجات النفسية التي لم تلبيها لطفلتها فرتبتهم بالشكل التالي:

1- التقبيل

2- العناق

الجلسة الثامنة

كانت الطفلة (ر.ع) جد متحمسة للجلسة الجماعية وفرحة كثيرا بالمفكرة وكانت مترددة في التعريف بنفسها للمجموعة وبطيئة في تدوين معلوماتها الشخصية في المفكرة، ومنصتة جيدة لقصة "الصداقة" وكانت من المتأخرين في الإجابة عن الأسئلة وتخيل الحوار انطلاقا من الصور.

أما بالنسبة لأمها فقد تصفحت الباحثة أجندتها فوجدتها كتبت رسالة اعتذرت من طفلتها لإهمالها لها وأنها لم تقصد ذلك ولكن الظروف كانت أقوى منها، وعبرت عن حبها لها وأنها فرحتها، وأيضا ملأت ورقة التعهد الوالدي، بالنسبة للعادات تراوحت عادة التقبيل من 4 إلى 10 قبلات فاليوم، أما الضرب ولا مرة طيلة الأسبوع الماضي، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة "بقرة اليتامى" وقد أعجبت بها كثيرا وأيضا لعبت معها لعبة " حجرة ورقة مقص".

الجلسة التاسعة

جاءت الطفلة (ر.ع) متحمسة للجلسة الجماعية وأنصتت باهتمام لقصة "الأصدقاء الأربعة" وأجابت على الأسئلة سريعا، بالنسبة لنشاط التحدث عن الأشياء التي تحبها فكانت دائما من المتأخرين في الإجابة، وفي مشاهدة الرسوم المتحركة بدون صوت كانت مستمتعة بالمشاهدة واستطاعت تخيل الحوار، وعند لعبها الجماعي مع الأطفال الآخرين كانت بطيئة في اللعب ولم تربح ولا مرة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، فوجدت الباحثة أن الأم قد قامت بإضافة عادتين جديدتين وهما الصراخ والعناق، بالنسبة لعادة التقبيل من مرة إلى 7 مرات يوميا، أما الضرب ولا مرة خلال الأسبوع الماضي، أما بالنسبة لعادة العناق تراوحت ما بين 2 إلى 6 مرات

يوميا، أما الصراخ من مرة إلى 7 مرات، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة" العجوز الستوت" وأيضا لعبت معها لعبة " XO".

الجلسة العاشرة

جاءت الطفلة (ر.ع) كالعادة متحمسة للجلسة الجماعية وأنصتت باهتمام لقصة "كيف نقتل الوحوش" وطلبت منها الباحثة أن تكون السباقة في الإجابة وفعلا أجابت عليها جميعا، واستطاعت التفريق بين الوجوه المرسومة بانفعالات مختلفة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، فوجدت الباحثة أن الأم قد قامت بإضافة عادتين جديدتين وهما الشتم والمقارنة، بالنسبة لعادة التقبيل من مرتين إلى 6 مرات يوميا، أما الضرب ولا مرة خلال الأسبوع الماضي، أما بالنسبة لعادة العناق تراوحت ما بين ولا مرة إلى 4 مرات يوميا، أما الصراخ ما بين ولا مرة إلى 3 مرات، أما عادة الشتم تراوحت من ولا مرة إلى 3 مرات يوميا، ومقارنة تراوحت ما بين مرة إلى 3 مرات، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة "بنت الغول" وقد أعجبت بها كثيرا وأيضا لعبت معها لعبة " اسم حيوان– نبات– جماد".

الجلسة الحادية عشر

جاءت الطفلة (ر.ع) كعادتها متحمسة وكلها طاقة وحيوية، وأنصتت باهتمام لقصة فلافيلو وأجابت على الأسئلة متأنية وكانت تدون إجاباتها في الأجندة، وأجابت أنها تحس بالحب عندما يشترون لها هدية أو يأخذونها في نزهة إلى البحر أو حديقة الحيوانات وعندما يعطونها نقود لتشتري ما تريد، ورسمت الوجه التعبيري للحب بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، فوجدت الباحثة أن الأم قد قامت بإضافة عادتين جديدتين وهما التأنيب والأوامر الكيفية، بالنسبة لعادة التقبيل من مرة إلى 6 مرات يوميا، أما الضرب ولا مرة خلال الأسبوع الماضي، أما بالنسبة لعادة العناق تراوحت ما بين 2 إلى 5 مرات يوميا، أما الصراخ ما بين ولا مرة إلى 4 مرات، أما عادة الشتم تراوحت من ولا مرة إلى 5 مرات يوميا، أما المقارنة كانت 3 مرات طيلة الأسبوع، وعادة التأنيب كانت 3 مرات خلال الأسبوع، أما الأوامر الكيفية من 2 إلى 6 مرات خلال الأسبوع، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة" بنت الغول" ولم تلعب معها أي لعبة لأنها كانت منشغلة.

الجلسة الثانية عشرة

جاءت الطفلة (ر.ع) متحمسة وابتسامة على وجهها كعادتها للجلسة، راقبت الباحثة مفكرتها فوجدتها رسم الوجه التعبيري للحب كل أيام الأسبوع، واستمتعت بقصة اليوم "ليلى السعيدة" وفي إجاباتها عن الأسئلة قالت أنها تحس بالسعادة عندما تلعب ألعابا مع إخوتها أو تلعب كرة القدم مع أبيها، ورسمت الوجه التعبيري للسعادة بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، تراوحت عادة التقبيل من مرة إلى 6 مرات يوميا، أما الضرب ولا مرة خلال الأسبوع الماضي، بالنسبة لعادة العناق تراوحت ما بين 3 إلى 4 مرات يوميا، أما الصراخ ما بين ولا مرة إلى مرتين، بالنسبة لعادة الشتم تراوحت من ولا مرة إلى 4 مرات يوميا، أما المقارنة تراوحت ما بين مرة إلى 3 مرات.وبالنسبة لعادة التأنيب فكانت 3 مرات خلال الأسبوع، أما الأوامر الكيفية من 3 إلى 4 مرات خلال الأسبوع، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة" الحطاب" وقد أعجبت بها كثيرا وأيضا لعبت معها لعبة " صنع سفينة ورقية".

الجلسة الثالثة عشر

جاءت الطفلة (ر.ع) كالعادة متحمسة للجلسة الجماعية، راقبت الباحثة مفكرتها فوجدتها رسمت الوجه التعبيري للسعادة كل أيام الأسبوع ما عدا يوم واحد، وأنصتت باهتمام لقصة اليوم" زاكي الباكي" وأجابت على الأسئلة سريعا، وأجابت أنها تشعر بالحزن عندما يضربونها وعندما لا يشترون لها ألعاب، ورسمت الوجه التعبيري للحزن بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، تراوحت عادة التقبيل من مرتين إلى 6 مرات يوميا، أما الضرب ولا مرة خلال الأسبوع الماضي، بالنسبة لعادة العناق تراوحت ما بين 2 إلى 6 مرات يوميا، أما الصراخ ما بين ولا مرة إلى 4 مرات، وبالنسبة لعادة الشتم تراوحت من ولا مرة إلى 3 مرات يوميا، أما المقارنة كانت 3 مرات طيلة الأسبوع، وبالنسبة لعادة التأنيب فكانت 3 مرات خلال الأسبوع، أما الأوامر الكيفية من 3 إلى 4 مرات خلال الأسبوع، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة" ودعة وخاوتها السبعة " وقد أعجبت بها كثيرا ولم تلعب معها لعبة لأنه كان لديها ضيوف.

الجلسة الرابعة عشر

جاءت الطفلة (ر.ع) على غير عادتها بسبب خبر وباء الكوفيد 19 مرتدية كمامتها وتحمل معقمها، راقبت الباحثة مفكرتها فوجدتها رسمت الوجه التعبيري للحب 7 مرات والوجه التعبيري للسعادة 5 مرات والوجه التعبيري للحزن 4 مرات خلال الأسبوع الماضي، وأنصتت باهتمام لقصة اليوم" الخوف من المستأسدين" وأجابت على الأسئلة سريعا، وأجابت أنها تشعر

بالخوف من أمها ومن زملائها الذكور ومن الامتحانات ومن نتائج المدرسة وتخاف أيضا من الكوابيس، ورسمت الوجه التعبيري للخوف بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، تراوحت عادة التقبيل من مرتين إلى 4 مرات يوميا، أما الضرب ولا مرة خلال الأسبوع الماضي، بالنسبة لعادة العناق تراوحت ما بين 2 إلى 6 مرات يوميا، أما الصراخ ما بين مرة إلى مرتين، بالنسبة لعادة الشتم تراوحت من مرة إلى مرتين، أما المقارنة كانت ولا مرة طيلة الأسبوع، وبالنسبة لعادة التأنيب فكانت ولا مرة طيلة الأسبوع، أما الأوامر الكيفية من 3 إلى 4 مرات خلال الأسبوع، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة "المغفل" وقد أعجبت بها كثيرا وأيضا لعبت معها لعبة " صنع طائرة ورقية".

وأخبرت الباحثة الأم أن الجلستين القادمتين ستكونان عبر الهاتف وأنها هي من ستحكي القصة لطفلتها والباحثة تكمل معها عبر الهاتف.

الجلسة الخامسة عشر

بعدما أنهت الأم قصة "يوسف والغضب" اتصلت بالباحثة، وتكلمت الطفلة (ر.ع) مع الباحثة وأخبرتها أنها فهمت القصة وأجابت على الأسئلة فطلبت منها الباحثة إخبارها بالإجابة فأخبرتها أنها تغضب عندما يضربونها وعندما تعاقبها معلمتها.

سألتها الباحثة ماذا رسمت خلال الأسبوع الماضي فأجابتها أنها رسمت الوجه التعبيري للحب 6 مرات والوجه التعبيري للسعادة 7 مرات والوجه التعبيري للحزن مرة واحدة والوجه التعبيري للخوف مرتين خلال الأسبوع الماضي.

طلبت منها الباحثة أن تتدرب على رسم الوجه التعبيري للغضب، وأن تستمر في مراقبة مزاجها والرسم في الجدول الوجوه التعبيرية، ثم طلبت منها أن تعطي الهاتف لأمها، وسألتها كيف مر الأسبوع وهل تحكمت أكثر في عاداتها، فأخبرتها الأم أنها أحسن بكثير.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، تراوحت عادة التقبيل ما بين 4 مرات إلى 7 مرات يوميا، أما الضرب ولا مرة خلال الأسبوع الماضي، بالنسبة لعادة العناق تراوحت ما بين 2 إلى 5 مرات يوميا، أما الصراخ ولا مرة طيلة الأسبوع، بالنسبة لعادة الشتم تراوحت من مرة إلى مرتين، أما المقارنة كانت 3 مرات طيلة الأسبوع، وبالنسبة لعادة التأنيب فكانت ولا مرة طيلة الأسبوع، أما الأوامر الكيفية من 4 إلى 6 مرات خلال الأسبوع، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة" الأصدقاء الأربعة والكنز الخفي" وقد أعجبت بها كثيرا وأيضا لعبت معها لعبة "شبكة المربعات".

الجلسة السادسة عشر

بعدما أنهت الأم قصة "دبدوب لا يعرف القلق" اتصلت بالباحثة، وتكلمت الطفلة (ر.ع) مع الباحثة وأخبرتها أنها فهمت القصة وأجابت على الأسئلة، فطلبت منها الباحثة إخبارها بالإجابة فأخبرتها أنها تقلق عندما تعاقبها معلمتها أو أباها، وعندما تتشاجر مع زميلاتها، وعندما إخوتها يسرقون ألعابها، سألتها الباحثة ماذا رسمت خلال الأسبوع الماضي فأجابتها أنها رسمت الوجه التعبيري للحب 7 مرات والوجه التعبيري للسعادة 7 مرات والوجه التعبيري للحزن مرتين خلال الأسبوع الماضي.

طلبت منها الباحثة أن تتدرب على رسم الوجه التعبيري للقلق، وأن تستمر في مراقبة مزاجها والرسم في الجدول الوجوه التعبيرية، ثم طلبت منها أن تعطي الهاتف لأمها، وسألتها كيف مر الأسبوع وهل تحكمت أكثير في عاداتها، فأخبرتها الأم أنها أحسن بكثير.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، تراوحت عادة التقبيل ما بين 3 مرات إلى 7 مرات يوميا، أما الضرب مرة واحدة خلال الأسبوع الماضي، بالنسبة لعادة العناق تراوحت ما بين 3 إلى 6 مرات يوميا، أما الصراخ ولا مرة طيلة الأسبوع، بالنسبة لعادة الشتم كانت مرة واحدة طيلة الأسبوع، أما المقارنة ولا مرة، بالنسبة لعادة التأنيب فكانت مرتين طيلة الأسبوع، أما الأوامر الكيفية ما بين 1 إلى 5 مرات خلال الأسبوع، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة "بقرة اليتامى" وقد أعجبت بها كثيرا وأيضا لعبت معها لعبة " صنع طائرة ورقية".

الجلسة السابعة عشر

بعد الترحيب بالطفلة (ر.ع) وأمها راقبت الباحثة كل من مفكرة الطفلة وأجندة الأم، فوجدت أن الطفلة قد رسمت الوجه التعبيري للحب 7 مرات والوجه التعبيري للسعادة 7 مرات والوجه التعبيري للخوف مرة واحدة والوجه التعبيري للقلق مرة واحدة خلال الأسبوع الماضي.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، تراوحت عادة التقبيل ما بين 3 مرات إلى 7 مرات يوميا، أما الضرب ولا مرة خلال الأسبوع الماضي، بالنسبة لعادة العناق تراوحت ما بين 2 إلى 5 مرات يوميا، أما الصراخ مرة واحدة طيلة الأسبوع، بالنسبة لعادة الشتم كانت 3 مرات خلال الأسبوع، أما المقارنة كانت 3 مرات طيلة الأسبوع، بالنسبة لعادة التأنيب فكانت 3 مرات خلال الأسبوع، أما الأوامر الكيفية من ولا مرة إلى 6 مرات خلال الأسبوع، وحكت لطفلتها في نهاية

الأسبوع قصة "بقرة اليتامى" وقد أعجبت بها طفلتها كثيرا وأيضا لعبت معها لعبة "صنع مروحة ورقية".

بعدها أعطت الباحثة للأم مقياس الانسحاب وأجابت عليه وتحصلت الطفلة على درجة 01، وهي درجة ضعيفة.

في الأخير أثنت الباحثة على الأم وشجعتها للمواصلة على ما حققته من تطور في تحسين طريقة تعاملها مع أطفالها، وأثنت على الطفلة وأنها كانت من الأطفال المتميزين في المجموعة، وأعطتهم موعد بعد شهر للقياس التتبعي.

الحالة الثالثة: ح.أ

الجنس: أنثى

السن: 8 سنوات

السنة الثالثة ابتدائي

ترتيبها الرابع من بين 5 إخوة (الكبرى 15 سنة ثم أنثى 13 سنة ثم ذكر 11 سنة والأصغر عمره عام واحد)

التشخيص: العناد المتحدي

وصف الطفلة

متوسطة الحجم، وذات قامة طويلة وشعر أشقر، هندامها نظيف ومرتب، مظهرها العام نشيطة وحيوية.

تاريخ الحالة

الأب 60 سنة يعمل سائق أجرة، لم ينهي دراسته في التعليم المتوسط يعاني من مرض القلب، الأم 40 سنة، ربة بيت، مستواها الدراسي الخامسة ابتدائي، تعيش الأسرة في سكن ملك يتكون من 3 غرف، أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة هي مشاكل علائقية بين الأب والأم.

عمر الأم عند ولادة طفلتها (ح.أ) 32 سنة، وكان الحمل مرغوب فيه وفترة الحمل عادية مع إشراف طبي، والولادة جاءت قيصرية، أرضعتها أمها 18 شهرا، بالنسبة للنمو النفسي الحركي كان عاديا، محصولها اللغوي جيد، سلوكها ونضجها مناسب لعمرها، تغذيتها متوسطة.

مستواها الدراسي جيد بمعدل 8 من 10، تنام مع إخوتها وعلى سريرها الخاص، وتتحدث أثناء نومها.

سير الجلسات

الجلسة الأولى

جاءت الطفلة برفقة أمها، بعد الترحيب بهما، اشتكت الأم من شدة عناد طفلتها معها ولا تلبي لها أي أمر مع تدخلاتها في المناقشات مع الكبار والجدال الكثير وفرض رأيها والغضب المتكرر، وأنها أتعبتها جدا ولم تعد تجد حلا معها سوى الصراخ والشتم والضرب وتهديدها بإخبار والدها عند مجيئه، وقامت الباحثة بجمع المعلومات باستعمال استمارة دراسة حالة للطفلة بالتركيز على تحصيلها الدراسي، سلوكها في المدرسة، علاقاته مع رفاقها، مع إخوتها، نومها وتغذيتها وطفولتها الأولى عن نموها اللغوي ونموها النفسي الحركي، ومرحلة الحمل بها كيف كانت وهل

كان مرغوب بها وعن ولادتها ورضاعتها، بعدها اتفقت الباحثة معهم على موعد الجلسات وعددها وزمنها وكيفية سيرها.

الجلسة الثانية:

بعدما رحبت الباحثة بالطفلة قدمت لها ورقة بيضاء وقلم رصاص وأقلام ملونة وطلبت منها رسم عائلة.

– الطفلة: منعرفش (مع ابتسامة عريضة)

– الباحثة: تستطيعين الرسم

الطفلة: (ابتسامة عريضة)

(ثم بدأت الرسم مباشرة بدون تردد من اليمين إلى اليسار، بدأت بالرسم بالوجه وتفاصيله ثم الجسد، بدأت برسم الأم ثم مسافة ثم رسمت نفسها ثم إخوتها الإناث أولا ثم أباها ثم إخوتها الذكور ثم لونت جميع أفراد العائلة ثم رسمت زهور وشمس في أعلى الجهة اليسرى.

– الباحثة : من فضلك أكتبي فوق رأس كل شخص اسمه، عمره، جنسه، وعلاقته بالأشخاص الآخرين في العائلة.

– كتبت الطفلة: فوق الأول الأم عمرها 40 سنة وفوق الثاني أنا عمري 8 سنوات، وفوق الثالث الأخت الوسطى عمرها 13 سنة ثم فوق الرابع أختها الكبرى 15 سنة، وفوق الخامس الأب 60 سنة ثم الأخ الأكبر 11 سنة ثم الأخ الأصغر 12 شهر.

– الباحثة: من هو الشخص الأكثر سعادة في العائلة؟ الطفلة: أخي الأصغر

– الباحثة: لماذا؟ الطفلة: كيرضع وكينجري موراه

- الباحثة: من هو الشخص الأقل سعادة في العائلة؟ الطفلة: ماما
- الباحثة: لماذا؟ الطفلة: احنا نزعفوها
- الباحثة:من هو الشخص الأكثر لطفا في العائلة؟ الطفلة: ماما
- الباحثة: لماذا؟ الطفلة: منعرف
- الباحثة: من هو الشخص الأقل لطفا في العائلة؟ الطفلة: إخوتي الإناث
- الباحثة: لماذا؟ الطفلة: ما ياخذوش الراي ويردو الهدرة
- الباحثة؟ من هو الشخص الذي تريد أن تلعب دوره في هذه العائلة؟ الطفلة: دور (ح أ)
- الباحثة: لماذا؟ الطفلة : .....(ابتسامة وهز الكتفين)
- الباحثة: أعطي اسم للعائلة الطفلة: عائلة الزعاف والمحبة

بعدها خرجت الطفلة ودخلت الأم وقدمت لها الباحثة مقياس العناد المتحدي وأعطتها التعليمة، وقامت الأم بالإجابة على كل فقرات المقياس وأعادته للباحثة.

تحليل رسم العائلة

تموضع الرسم كان في المنطقة العليا من الورقة وهي منطقة الحالمين وأصحاب المبادئ، كما أن اتجاه الرسم كان من اليمين إلى اليسار، وهو يدل على حركة تطورية للطفل، والعائلة المرسومة تمثل عائلتها الحقيقية، لقد بدأت الرسم بأمها وهي الشخص الذي تعطيه تقدير أكبر، ثم رسمت نفسها ثم إخوتها الإناث ثم أباها ثم إخوتها الذكور، ونلاحظ تباعد الأب والأم ويعني انعدام العلاقة العاطفية بينهما، ونلاحظ في رسم الأشخاص غياب الأذنين مما يدل على غياب التواصل الأسري وجود الشمس يدل على وجود السلطة الأبوية في العائلة.

التحليل الكمي والكيفي لنتائج المقياس

تحصلت (ح.أ) في القياس القبلي على الدرجة 60 في مقياس العناد المتحدي، وهي تعني أن الحالة تعاني من اضطراب العناد المتحدي بدرجة متوسطة، بالنسبة للبنود التي تتكرر كثيرا جدا والتي تحدث طوال الوقت هي:

الجدول رقم (26): يبين أهم أعراض العناد المتحدي لدى الحالة الثالثة

البنود المختارة	شدة الأعراض
– يجادل الكبار باستمرار	يحدث طوال الوقت
– يحب الثأر والانتقام	يحدث طوال الوقت
– يتحدى الكبار ويرفض الانصياع لأوامرهم	تتكرر كثيرا جدا
– يسيطر عليه الغضب والاستياء لأتفه الأسباب	تتكرر كثيرا جدا
– يتعمد مضايقة الآخرين (يضربهم أو يدفعهم أو يعرقلهم..)	يحدث طوال الوقت
– يلقي على الآخرين بتبعية أخطائه وسوء تصرفاته	تتكرر كثيرا جدا
– يحب الدخول في مشاجرات بدنية مع الآخرين	يحدث طوال الوقت
– يحتج على أو يرفض أوامر الوالدين	يتكرر كثيرا جدا
– يتحدى ويرفض أوامر الآخرين	تتكرر كثيرا جدا
– يغضب ويثور عندما لا تتحقق رغباته	يحدث طوال الوقت
– عنيد ومتصلب	يحدث طوال الوقت
– يستفز ويزعج الآخرين	يتكرر كثيرا جدا
– يحب مخالفة الآخرين في الرأي	يحدث طوال الوقت

الجلسة الثالثة

بعد الترحيب بالطفلة وجلوسها قدمت لها الباحثة قصاصة بها 3 قصص (قصة الدجاجة جوجو وقصة الأرنب المتسلط وقصة سالمة الحالمة)، وبدأت الباحثة بسرد القصص للطفلة بأسلوب مشوق بعد الانتهاء من السرد سألتها الباحثة مجموعة من الأسئلة عن كل قصة، أجابت الطفلة وكان استيعابها جيد للقصص ثم سألتها أي شخصية من شخصيات القصص أقرب إليها، اختارت الطفلة شخصية الدجاجة جوجو والتي كانت تتصف بالعناد مع أمها وبالتالي أصبح لدى الطفلة وعي بمشكلتها، بعدها أخبرتها الباحثة أنها تستطيع مساعدتها للتخلص من مشكلتها إذا داومت على حضور الجلسات، بعدها قدمت لها ورقة العقد العلاجي (نسختين) لتوقيعهما بعد قراءتهما وأعطتها نسخة لتعلقها في غرفتها.

الجلسة الرابعة

بعد الترحيب بالطفلة، جلبت الباحثة ورقة رسم الطفلة (ح.أ) للعائلة وأعطتها إياها وذكرتها بإجاباتها عن الأسئلة السابقة (الجلسة الثانية) وحاولت جذبها للحديث عن ما يقلقها قصد التنفيس الانفعالي، فتحدثت الطفلة عن أخاها الأكبر التي يثير غضبها بتصرفاته، بعدها وضعت الباحثة مقعدين كل منهما يواجه الآخر أحدهما يمثل الطفلة والآخر يمثل أخاها الأكبر، قالت له فالبداية لماذا تستفزني، بعدها جلست في الكرسي الآخر وقامت بتمثيل أفعال أخيها المزعجة للاستفزاز، بعدها طلبت منها الباحثة تكرار الحوار بتغيير نبرتها إلى نبرة لطيفة مع أخيها وتوقع كيف ستكون ردة فعل أخيها، فأعادت الطفلة الحوار كما طلبت منها الباحثة، ورد فعل أخيها كان الاعتذار منها وأخبرها أنه لن يكرر تلك التصرفات.

بعد خروج الطفلة (ح.أ) دخلت الأم وفتحت معها الباحثة المجال للحديث عن ضغوطات الحياة التي تشعر بها وما هي أسبابها، تكلمت الأم أن زواجها كان تقليدي، ولم ترى زوجها إلا غاية ليلة الدخلة، وعاشت مع عائلة الزوج، وكان هناك الكثير من المشاكل معهم، حتى أنهم اتهموها بقتل حماتها بعد وفاتها، ولم يسمحوا لها بالعيش في مسكنها الخاص رغم أن زوجها يملك شقة ملك، بعد 9 أشهر من المشاكل قرر زوجها الانتقال إليها.

بعدها قامت الباحثة بتوجيه الحوار للتكلم عن المشكلات الزواجية وعن مدى التفاهم بينها وبين زوجها فتحدثت عن مشاكلها الدائمة مع زوجها بسبب عناده وأنانيته، وسألتها الباحثة عن علاقتهما الجنسية، فأجابت أنها تعاني من برود جنسي منذ سنوات وتكلمت عن باب غرفتها بدون مفتاح وزوجها لم يسعى لإصلاحه، وأنها تبقى تفكر في أطفالها خوفا من الدخول عليها عندما يقترب منها زوجها، سألتها الباحثة كيف تتعامل مع زوجها فردت أنها تعامله بالمثل وأنها هي أيضا عنيدة أحيانا فشرحت لها الباحثة أن عندهم على بعض لن يحل مشاكلهم يجب خلق باب للحوار، فردت الأم أنها ستحاول.

الجلسة الخامسة

شرحت الباحثة للطفل (ح.أ) معنى الاسترخاء وفوائده بشكل مبسط وقامت الباحثة بشرح خطوات التنفس البطني ثم تطبيقه أمام الطفلة ثم مساعدتها على التدرب عليه، بعدها جلبت الباحثة ورقتين بيضاويتان ووضعت بينها ورق كربوني وجلبت قلم رصاص من نوع B، وقامت بكتابة اسم ولقب الطفلة على الورقة بشكل عادي ورأت الطفلة كيف أن الكتابة ظهرت في الورقة السفلى وأعطتها الورقة للتجريب، بعدها قامت الباحثة بإعادة الكتابة بدون ضغط حتى لا تظهر الكتابة في

الورقة السفلى، بعدها أعطت الورقة للطفلة للتجريب، وبعدها قامت الباحثة بالكتابة بدون ضغط وببطء تام حتى تحس بحالة من الاسترخاء وحتى النعاس، وكذلك قامت الطفلة بالتجريب حتى تصل إلى الاسترخاء، بعدها طلبت الباحثة من الطفلة تطبيق تمريني الاسترخاء بشكل يومي في المنزل.

بعدها دخلت الأم ودربتها الباحثة على التنفس البطني وطلبت منها تطبيقه مع الطفلة كل مساء.

الجلسة السادسة

جاءت أم (ح.أ) للجلسة الجماعية متحمسة وأصغت باهتمام، وأبدت إعجابها بالأجندة، وكانت تطرح أسئلة للفهم أكثر، وتحكي عن تجربتها الخاصة في ممارسة الأخطاء التربوية على طفلتها، وكانت تدقق مع كل نقطة وتدون أكثر في الأجندة، والتحسر على ما فاتها مع أطفالها.

الجلسة السابعة

عندما تصفحت الباحثة لأجندة أم (ح.أ) وجدتها قامت بإلصاق صورة لطفلتها في الصفحة الأولى وكتبت اسم طفلتها بالكامل في المنزل وكانت جد متحمسة للمحاضرة الثانية، وكالجلسة السابقة دونت الشرح في الأجندة، بالنسبة للأخطاء التربوية فرتبتهم بالشكل التالي:

1- الصراخ 2- الضرب

3- التهديدات 4- الشتم

أما الحاجات النفسية التي لم تلبيها لطفلتها فرتبتهم بالشكل التالي:

1- الحاجة إلى المحبة (التقبيل) 2- الحاجة إلى العناق

3- الحاجة إلى المدح 4- الحاجة إلى المحبة (التعبير عن الحب)

الجلسة الثامنة

كانت الطفلة (ح.أ) جد متحمسة للجلسة الجماعية وفرحة كثيرا بالمفكرة وكانت السباقة في التعريف بنفسها للمجموعة وسريعة في تدوين معلوماتها الشخصية في المفكرة، ومنصتة جيدة لقصة "الصداقة" وكانت من السباقين للإجابة عن الأسئلة وتخيل الحوار انطلاقا من الصور.

أما بالنسبة لأمها فقد تصفحت الباحثة أجندتها فوجدتها كتبت رسالة عبرت فيها عن محبتها لطفلتها وكم أنها فخورة بها وتتمنى لها النجاح في حياتها، وأنها تتعهد لها بالاهتمام بها وتلبية حاجاتها التي تستطيع عليها، وأيضا ملأت ورقة التعهد الوالدي، بالنسبة للعادات تراوحت عدد مرات تقبيلها لطفلها من 2 إلى 6 مرات يوميا، أما الصراخ كان خلال الأسبوع الأول ما بين 1 من 10إلى 4 من 10، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة "بقرة اليتامى" وقد أعجبت بها طفلتها كثيرا وأيضا لعبت معها لعبة " حجرة ورقة مقص".

الجلسة التاسعة

جاءت الطفلة (ح.أ) متحمسة للجلسة الجماعية وأنصتت باهتمام لقصة "الأصدقاء الأربعة" وأجابت على الأسئلة بسرعة، بالنسبة لنشاط التحدث عن الأشياء التي تحبها فكانت دائما السباقة في الإجابة، وفي مشاهدة الرسوم المتحركة بدون صوت كانت مستمتعة بالمشاهدة واستطاعت تخيل الحوار، وعند لعبها الجماعي مع الأطفال الآخرين كانت سريعة في اللعب وربحت عدة مرات.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، فوجدت الباحثة أن الأم قد قامت بإضافة عادتين جديدتين وهما الضرب والعناق، بالنسبة لعادة التقبيل تراوحت ما بين 2 إلى 5 مرات يوميا، أما الصراخ تراوح ما بين 0 من 10 إلى 5 من 10 يوميا، وبالنسبة لعادة العناق فتراوح ما بين 2 إلى 4 مرات يوميا، أما الضرب فلم تضربها ولا مرة، وحكت لطفلتها في نهاية الأسبوع قصة "العجوز الستوت" وقد أعجبت بها طفلتها كثيرا وأيضا لعبت معها لعبة "شبكة المربعات".

الجلسة العاشرة

جاءت الطفل (ح.أ) كالعادة متحمسة للجلسة الجماعية وأنصتت باهتمام لقصة "كيف نقتل الوحوش" وأجابت على الأسئلة سريعا، واستطاعت التفريق بين الوجوه المرسومة بانفعالات مختلفة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، فوجدت الباحثة أن الأم قد قامت بإضافة عادتين جديدتين وهما التعبير عن الحب والشتم، بالنسبة لعادة التقبيل كانت من مرة إلى 3 مرات في الأسبوع، أما الصراخ تراوح ما بين 2 من 10 إلى 6 من 10، بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين مرة إلى 3 مرات يوميا، أما الضرب فلم تضربها ولا مرة، أما عادة التعبير عن الحب فتراوحت ما بين مرة إلى 3 مرات يوميا، أما عادة الشتم فتراوحت ما بين مرتين إلى 5 مرات يوميا، وقصت لطفلتها قصة العجوز الستوت ولعبت معها لعبة "حجرة ورقة مقص" في نهاية الأسبوع.

الجلسة الحادية عشر

جاءت الطفلة (ح.أ) كعادتها متحمسة وكلها طاقة وحيوية، وأنصتت باهتمام لقصة "فلافيلو" وأجابت على الأسئلة سريعا وكانت تدون إجاباتها في الأجندة، بالنسبة للمواقف التي تدل

على الحب ذكرت عندما يعطونها المال ويطهون لها المأكولات التي تحبها وعندما يشترون لهم كبش العيد ورسمت الوجه التعبيري للحب بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، فوجدت الباحثة أن الأم قد قامت بإضافة عادتين جديدتين وهما المدح والتهديد، بالنسبة لعادة التقبيل كانت ما بين مرة واحدة إلى 6 مرات يوميا، أما الصراخ تراوح ما بين 2 من 10 إلى 7 من 10، وبالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين مرة إلى مرتين يوميا، أما الضرب تراوح ما بين مرة إلى 3 مرات يوميا، أما عادة التعبير عن الحب فتراوحت ما بين مرتين إلى 4 مرات يوميا، أما الشتم فتراوح ما بين مرتين إلى 5 مرات يوميا، بالنسبة للمدح تراوح ما بين 2 من 10 إلى 4 من 10، أما التهديد فتراوح ما بين مرتين إلى 4 مرات يوميا، ولم تقصص لابنتها ولم تلعب معها في نهاية الأسبوع لأنها كانت مريضة.

الجلسة الثانية عشر

جاءت الطفل (ح. أ) متحمسة كعادتها للجلسة، راقبت الباحثة مفكرتها فوجدتها رسم الوجه التعبيري للحب 5 مرات خلال الأسبوع الماضي، واستمتعت بقصة اليوم "ليلى السعيدة" وفي إجاباتها عن الأسئلة قالت أنها تحس بالسعادة عندما تلعب ألعاب مع أمها وعندما تذهب للبحر وعندما يشتري لها أباها ألعابا، ورسمت الوجه التعبيري للسعادة بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم فكانت عادة التقبيل مرتين يوميا، أما الصراخ تراوح ما بين 5 من 10 إلى 6 من 10، بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين مرة إلى مرتين يوميا، أما الضرب من ولا مرة إلى مرتين يوميا، أما عادة التعبير عن الحب فتراوحت ما بين مرتين إلى 5 مرات يوميا، أما عادة الشتم فتراوحت ما بين 3 مرات إلى 7 مرات يوميا، أما المدح تراوح

ما بين 1 من 10 إلى 5 من 10، أما التهديد فتراوح ما بين 0 مرات إلى 6 مرات يوميا، وقصت لطفلتها قصة "بنت الغول" ولعبت معها لعبة "الطائرة" في نهاية الأسبوع.

الجلسة الثالثة عشر

جاءت الطفلة (ح.أ) كالعادة متحمسة للجلسة الجماعية، راقبت الباحثة مفكرتها فوجدتها رسمت الوجه التعبيري للحب 4 مرات والسعادة 3 مرات خلال الأسبوع الماضي، وأنصتت باهتمام لقصة اليوم "زاكي الباكي" وأجابت على الأسئلة سريعا، وأجابت أنها تشعر بالحزن عندما يضربونها وعندما لا يشترون لها ألعاب، ورسمت الوجه التعبيري للحزن بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم تراوحت عادة التقبيل من 3 مرات إلى 4 مرات في الأسبوع، أما الصراخ تراوح ما بين 0 من 10 إلى 2 من 10، بالنسبة لعادة العناق فتراوحت ما بين مرتين إلى 3 مرات يوميا، أما الضرب ضربتها مرتين خلال الأسبوع، أما عادة التعبير عن الحب فتراوحت ما بين 4 مرات إلى 5 مرات يوميا، أما عادة الشتم فتراوحت ما بين 3 مرات إلى 6 مرات يوميا، أما المدح تراوح ما بين 3 من 10 إلى 5 من 10، أما التهديد فتراوح ما بين 0 مرات إلى 5 مرات يوميا، وقصت لطفلتها قصة" بنت الغول" للمرة الثانية ولعبت معها لعبة "حيوان– نبات– جماد" في نهاية الأسبوع.

الجلسة الرابعة عشر

جاءت الطفلة (ح.أ) على غير عادتها بسبب خبر وباء الكوفيد 19 مرتدية كمامتها وتحمل معقمها، راقبت الباحثة مفكرتها فوجدتها رسمت الوجه التعبيري للحب 3 مرات والوجه التعبيري للسعادة 5 مرات والوجه التعبيري للحزن 4 مرات خلال الأسبوع الماضي، وأنصتت باهتمام لقصة

اليوم "الخوف من المستأسدين" وأجابت على الأسئلة سريعا، وأجابت أنها تشعر بالخوف من أمها عندما تضربها وعند بقائها لوحدها في الغرفة، وعند وصول فترة الامتحانات، ورسمت الوجه التعبيري للخوف بصفة متقنة.

أما بالنسبة للمراقبة الأسبوعية لأجندة الأم، بالنسبة لعادة التقبيل قبلتها مرة واحدة خوفا من الكوفيد 19، أما الصراخ تراوح ما بين 6 من 10 إلى 7 من 10، بالنسبة لعادة العناق لم تعانقها ولا مرة خوفا من الكوفيد 19، أما الضرب تراوح ما بين 2 مرة إلى 3 مرات يوميا، أما عادة التعبير عن الحب فتراوحت ما بين 2 مرة إلى 3 مرات يوميا، أما عادة الشتم فتراوحت ما بين 5 مرات إلى 6 مرات يوميا، أما المدح تراوح ما بين 0 من 10 إلى 1 من 10، أما التهديد فتراوح ما بين 6 مرات إلى 7 مرات يوميا، وقصت لطفلتها قصة "حكاية الحطاب" ولعبت معها لعبة "رمي عملة معدنية" في نهاية الأسبوع.

وأفهمتها الباحثة أنه لا يجب أن نترك خوفنا من الكوفيد 19 يؤثر على عاداتنا التي تعلمناها في تربيتنا لأبنائنا، وأخبرتها أن الجلستين القادمتان ستكونان عبر الهاتف وأنها هي من ستحكي القصة لطفلها والباحثة تكمل معها عبر الهاتف.

الجلسة الخامسة عشر

بعدما أنهت الأم قصة "يوسف والغضب" اتصلت بالباحثة، وتكلمت الطفلة مع الباحثة وأخبرتها أنها فهمت القصة وأجابت على الأسئلة فطلبت منها الباحثة إخبارها بالإجابة فأخبرتها أنها تغضب عندما يضايقها أخوها، وعندما تهددها المعلمة بإنقاص نقاطها فالامتحان.

سألتها الباحثة ماذا رسمت خلال الأسبوع الماضي فأجابتها أنها رسمت الوجه التعبيري للحب مرة واحدة والوجه التعبيري للسعادة 4 مرات والوجه التعبيري للحزن 3 مرات والوجه التعبيري للخوف مرة واحدة خلال الأسبوع الماضي.

طلبت منها الباحثة أن تتدرب على رسم الوجه التعبيري للغضب، وأن تستمر في مراقبة مزاجها والرسم في الجدول الوجوه التعبيرية، ثم طلبت منها أن تعطي الهاتف لأمها، وسألتها كيف مر الأسبوع وهل تحكمت أكثر في عاداتها، فأخبرتها الأم أنها أحسن من الأسابيع الماضية.

بالنسبة لمراقبة أجندة الأم فكانت عادة التقبيل ولا مرة خوفا من وباء كوفيد 19، أما الصراخ تراوح ما بين 5 من 10 إلى 10 من 10، بالنسبة لعادة العناق ولا مرة خوفا من وباء كوفيد 19، أما الضرب ضربتها من ولا مرة إلى مرتين خلال الأسبوع، أما عادة التعبير عن الحب فتراوحت ما بين مرة إلى 4 مرات يوميا، أما عادة الشتم فتراوحت ما بين 5 مرات إلى 9 مرات يوميا، أما المدح تراوح ما بين 2 من 10 إلى 5 من 10، أما التهديد فتراوح ما بين مرتين إلى 5 10 مرات يوميا، وقصت لطفلتها قصة "المغفل من التراث الشعبي القديم" ولعبت معها لعبة "صنع سفينة بفن الأوريغامي" في نهاية الأسبوع.

الجلسة السادسة عشر

بعدما أنهت الأم قصة "دبدوب لا يعرف القلق" اتصلت بالباحثة، وتكلمت الطفلة مع الباحثة وأخبرتها أنها فهمت القصة وأجابت على الأسئلة فطلبت منها الباحثة إخبارها بالإجابة فأخبرتها أنها تقلق عندما أخاها يزعجها بتصرفاته، وعندما يضربونها، وعندما لا تلبي لها أمها شيئا تريده وعندما تأخذ أختها دورها في اللعب بالحاسوب، سألتها الباحثة ماذا رسمت خلال الأسبوع

الماضي فأجابتها أنها رسم الوجه التعبيري للحب مرة واحدة والوجه التعبيري للسعادة مرتين والوجه التعبيري للحزن مرتين والوجه التعبيري للخوف مرة واحدة والوجه التعبيري للغضب مرة واحدة خلال الأسبوع الماضي.

طلبت منها الباحثة أن تتدرب على رسم الوجه التعبيري للقلق، وأن تستمر في مراقبة مزاجها والرسم في الجدول الوجوه التعبيرية، ثم طلبت منها أن تعطي الهاتف لأمها، وسألتها كيف مر الأسبوع وهل تحكمت أكثير في عاداتها، فأخبرتها الأم أنها أحسن من الأسبوع الماضي.

بالنسبة لمراقبة أجندة الأم فكانت عادة التقبيل ولا مرة خوفا من وباء كوفيد 19، أما الصراخ تراوح ما بين 3 من 10 إلى 6 من 10، بالنسبة لعادة العناق ولا مرة خوفا من وباء كوفيد 19، أما الضرب ضربتها مرة واحدة فقط خلال الأسبوع، أما عادة التعبير عن الحب فتراوحت ما بين مرة إلى 2 مرات إلى 5 مرات يوميا، أما عادة الشتم فتراوحت ما بين 3 مرات إلى 6 مرات يوميا، أما المدح تراوح ما بين 2 من 10 إلى 5 من 10، أما التهديد فتراوح ما بين مرتين إلى 5 مرات يوميا، وقصت لطفلتها قصة "الأصدقاء الأربعة والكنز الخفي" ولعبت معها لعبة "صنع المروحة الورقية بفن الأوريغامي" في نهاية الأسبوع.

الجلسة السابعة عشر

بعد الترحيب بالطفلة وأمها راقبت الباحثة كل من مفكرة الطفلة وأجندة الأم، فوجدت أن الطفلة قد رسمت الوجه التعبيري للحب مرة واحدة والوجه التعبيري للسعادة مرتين والوجه التعبيري للخوف ولا مرة والوجه التعبيري للغضب مرة واحدة والوجه التعبيري للحزن مرتين والوجه التعبيري للقلق مرة واحدة خلال الأسبوع الماضي.

بالنسبة لمراقبة أجندة الأم فكانت عادة التقبيل ولا مرة خوفا من وباء كوفيد 19، أما الصراخ تراوح ما بين 1 من 10 إلى 3 من 10، بالنسبة لعادة العناق ولا مرة خوفا من وباء كوفيد 19، أما الضرب ضربتها من مرة إلى مرتين يوميا خلال الأسبوع، أما عادة التعبير عن الحب فتراوحت ما بين مرة إلى 5 مرات إلى 8 مرات يوميا، أما عادة الشتم فتراوحت ما بين مرة إلى 7 مرات يوميا، أما المدح تراوح ما بين 1 من 10 إلى 4 من 10، أما التهديد فتراوح ما بين مرة إلى 3 مرات يوميا، ولم تقصص لطفلتها ولم تلعب معها في نهاية الأسبوع.

سألتها الباحثة لماذا هذا التراجع أجابتها أنها احترقت من فخذها وكانت طريحة الفراش وتوترها أفرغته في ابنتها، بعدها أعطت الباحثة للأم مقياس العناد المتحدي وأجابت عليه وتحصلت الطفلة على درجة 18، وهي درجة ضعيفة.

في الأخير أثنت الباحثة على الأم وشجعتها للمواصلة على ما حققته من تطور في تحسين طريقة تعاملها مع أطفالها، وأثنت على الطفلة وأنها كانت من الأطفال المتميزين في المجموعة، وأعطتهم موعد بعد شهر للقياس التتبعي.

الاستنتاج العام

الاستنتاج العام

بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي الذي تكون من 17 جلسة علاجية ما بين جلسات فردية وجماعية للأمهات وللأطفال تم القياس البعدي لمتغيرات الدراسة وتوصلت الدراسة إلى تحقق الفرضيات التي صيغت كما يلي:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي.

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

وأهم استنتاج توصلنا إليه هو أن البرنامج العلاجي التوفيقي التكاملي المستخدم في الدراسة الحالية، قد حقق فاعلية دالة في علاج المشكلات السلوكية (العدوان، الانسحاب والعناد المتحدي) لدى أفراد

المجموعة التجريبية من الطفولة المتوسطة، وأن هذه الفاعلية ظلت إلى ما بعد المتابعة التي امتدت شهرا بعد انتهاء البرنامج.

وتفسر الباحثة هذه النتائج في ضوء اعتماد البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة على الاتجاه التوفيقي التكاملي الذي يمثل الممارسة العلاجية في صورتها الناضجة التي تستفيد من كل الإسهامات الجادة والفعالة فهو مزيج من التقنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية، هذا المزيج يحقق الأهداف العلاجية بأفضل مستوى.

الخاتمة

الخاتمة

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على فعالية برنامج علاجي مقترح لبعض المشكلات السلوكية (العدوان – الانسحاب – العناد المتحدي) لدى الأطفال وفق المنظور التوفيقي التكاملي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء البرنامج العلاجي بانتقاء أفضل التقنيات من مختلف المدارس ودمجها بشكل تكاملي، ثم تطبيق البرنامج، وذلك للإجابة على الأسئلة التالية:

1- هل توجد فروق بين درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي؟

2- هل توجد فروق بين درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي؟

3- هل توجد فروق بين درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي؟

4- هل توجد فروق بين درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي؟

5- هل توجد فروق بين درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي؟

6- هل توجد فروق بين درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي؟

وتمت صياغة فرضيات الدراسة وفق هذه التساؤلات، كما اتبعت الباحثة من خلال هذه الدراسة المنهج الشبه تجريبي ومنهج دراسة الحالة اللذان يتوافقان مع بحثنا، وقبل تطبيق التجربة الأساسية قامت الباحثة بدراسة استطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة وهما مقياس العدوان، مقياس الانسحاب ومقياس العناد المتحدي.

وقد اشتملت مجموعة الدراسة على 13 طفلا يعانون من مشكلات سلوكية (10 ذكور و3 إناث)، قامت الباحثة بتطبيق البرنامج عليهم، والذي بدأت جلساته بملأ استمارة دراسة الحالة والقياس القبلي لمتغيرات الدراسة وبعدها الجلسات العلاجية وتنتهي بالقياس البعدي لمتغيرات الدراسة.

لمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة التجريبية إحصائيا، فقد اعتمدت الباحثة على البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية spss، والاعتماد على المؤشرات الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي- الانحراف المعياري- اختبار ت (T test) لعينتين متشابهتين، وكشفت النتائج إلى أنه:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي .

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العدوان لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الانسحاب لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العناد المتحدي لدى الأطفال للقياسين البعدي والتتبعي.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، هو الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي الذي يرجع لتعدد الفنيات العلاجية التي تم استخدامها في البرنامج الحالي في ظل منظومة علاجية متكاملة ومترابطة.

ومن أهم الصعوبات التي تلقتها الباحث هي صعوبة تشكيل مجموعة متجانسة واختيار عينة عشوائية، وصعوبة تكوين عينة أكبر، والصعوبة الثالثة هو تزامن الجلسات الأخيرة مع بداية وباء الكوفيد 19، وصعوبة إكمال الجلسات الجماعية، مما استلزم التواصل عبر الهاتف آخر جلستين، بالإضافة إلى رفض المجموعة الضابطة التواصل بسبب الوباء للقياس البعدي، مما جعلنا نستغني عنها.

في ضوء ما توصلت إليه الباحثة من نتائج وما واجهته من صعوبات أثناء البحث بشكل عام والبرنامج بشكل خاص تطرح جملة من الأبحاث:

1- إعادة نفس البحث مع عينة أكبر ومجموعة ضابطة.

2- إعداد برامج علاجية تكاملية لعلاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال في شتى المراحل وللمراهقين.

3- إعداد برامج تركز أكثر على الجلسات الجماعية لتدريب الوالدية الإيجابية، وتنمية مهارات الذكاء الوجداني لدى الأطفال.

4- بناء برامج علاجية تكاملية لاضطرابات نفسية مختلفة في شتى المراحل.

قائمة المراجع

المراجع

1- ابراهيم عبد الستار. (1994). العلاج النفسي السلوكي. القاهرة: دار الفجر للنشر.

2- ابراهيم عبد الستار، عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، رضوان ابراهيم. (1993). العلاج السلوكي للطفل (أساليبه ونماذج من حالاته). الكويت: عالم المعرفة.

3- ابراهيم قشقوش. (1983). خبرة الإحساس بالوحدة النفسية. حولية كلية التربية، جامعة قطر، 2(2)، 187-218.

4- إجلال سرى. (2000). علم النفس العلاجي(ط2). القاهرة: علم الكتب.

5- أحمد أبو أسعد، أحمد عربيات. (2009). نظريات الإرشاد النفسي والتربوي(ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

6- أحمد عبد الكريم العمايرة. (1991). فاعلية برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدى طلبة الصفوف الابتدائية. رسالة ماجستير في الإرشاد والتوجيه. الجامعة الأردنية.

7- إيمان محمد الطائي. (2013). دراسات في سيكولوجية العزلة الوجدانية. الأردن. دار الجنان للنشر والتوزيع.

8- بسمة كريم شامخ، هدية جاسم حسن. (2013). أثر العلاج العرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد الشارد لدى طالبات المرحلة الابتدائية. مجلة الأستاذ، 1(204)، 583-626.

9- بطرس حافظ بطرس. (2008). المشكلات النفسية وعلاجها. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

10- جان لابلانش، ج.ب. بونتاليس. (1997). معجم مصطلحات التحليل النفسي(ط3). تر مصطفى حجازي. بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

11- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي. (1988). معجم علم النفس والطب النفسي(انجليزي- عربي) (ج1). القاهرة: دار النهضة العربية.

12- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي. (1992). معجم علم النفس والطب النفسي(انجليزي- عربي)(ج5). القاهرة: دار النهضة العربية.

13- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي. (1996). معجم علم النفس والطب النفسي(انجليزي- عربي)(ج8). القاهرة: دار النهضة العربية.

14- حامد عبد السلام زهران. (1980). التوجيه والإرشاد النفسي (ط2). القاهرة: عالم الكتب.

15- حسن حمدي أحمد محمد. (2012). فعالية برنامج قائم على العلاج بالفن في خفض اضطراب العناد المتحدي. مجلة التربية الخاصة، 1(1)، 257-330.

16- حسن مصطفى عبد المعطي. (2003). منهج البحث الإكلينيكي أسسه وتطبيقاته. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

17- خالد عز الدين. (2009). السلوك العدواني عند الأطفال. الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.

18- خليل قطب أبو قورة. (1996). سيكولوجية العدوان. القاهرة: مكتبة الشباب.

19- خولة أحمد يحي. (2000). الاضطرابات السلوكية والانفعالية (ط1)، عمان: دار الفكر.

20 - روبرت.ل.ماسون، جاكوبس، ر. ل. هارفيل، ك.ج. شيمل. (2015). الإرشاد الجمعي التدخل والفنيات. تر : سهام درويش أبو عطية، مراد علي سعد. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.

21- سامي محمد ملحم. (2002). مناهج البحث في التربية وعلم النفس(ط2)، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

22- سعيد العزة، جودت عبد الهادي. (1999). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: الدار العالمية الدولية للنشر والتوزيع.

23- سميرة عبد الحسين كاظم، ضحى عادل محمود العاني، أريج محمد عبد الرسول شرقي. (2011). السلوك الانسحابي عند الأطفال التوحديين بعمر الروضة (دراسة تشخيصية). مجلة البحوث التربوية والنفسية. جامعة بغداد، 31، 225- 261.

24- سوزان عبد الله محمد. (2012). العزلة الاجتماعية لدى أطفال الرياض. مجلة كلية التربية للبنات، 33(4)، 1158- 1170.

25- شارلز شيفر، هوارد ميلمان. (1989). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها (ط 1). تر: نسيمة داود، نزيه حمدي. عمان : منشورات الجامعة الأردنية.

26- صباح مرشود منوخ، رقية خلف عباد محمد. (2014). أثر برنامج تربوي في خفض الانسحاب الاجتماعي لدى طلبة المرحلة المتوسطة. مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، 21 (7)، 1087- 1119.

27- صبحي عبد الفتاح الكفوري. (1992). تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال باستخدام برنامج العلاج الجماعي وبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة طنطا.

28- صلاح الدين حمدي محمد عبد العال. (2003). فعالية التدعيم الاجتماعي من الرفاق والكبار في خفض السلوك الانعزالي للطفل. رسالة دكتوراه. جامعة الزقازيق.

29- عادل سيد عبادي. (2013). فعالية الإرشاد الأسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى تلاميذ الابتدائية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة أسوان. مصر.

30- عادل عبد الله محمد. (2000). دراسات في الصحة النفسية (الهوية- الاغتراب- الاضطرابات النفسية)(ط1). القاهرة: دار الرشاد.

31- عادل عبد الله محمد. (2008). مقياس السلوك الانسحابي للأطفال (الأطفال العاديون وذوو الاحتياجات الخاصة)(ط4). القاهرة : دار الرشاد.

32- عبد الرحمان سيد سليمان، إيهاب البلاوي. (2010). الآباء والعدوانية لدى الأبناء العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. الرياض: دار الزهراء.

33- عبد الله عسكر. (2005). الاضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

34- عصام عبد اللطيف العقاد. (2001). سيكولوجية العدوانية وترويضها (منحى علاجي معرفي جديد). القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

35- علي أسعد وطفة. (2008). العنف والعدوانية في التحليل النفسي، مكاشفات بنيوية في سيكولوجية العدوانية عند فرويد. دمشق: الهيئة العامة السورية للكتاب.

36- عيسى عبد الله جابر.(1989). دراسة ميدانية لبناء برنامج إرشادي لعلاج أطفال مضطربين سلوكيا عن طريق اللعب، رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد دراسات الطفولة. جامعة عين شمس.

37- فاروق الروسان. (2000). تعديل وبناء السلوك الإنساني. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

38- فاطمة حنفي.(1995). إعداد برنامج اللعب الجماعي لخفض السلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة، المؤتمر السنوي السادس للطفل المصري "تنشة في ظل عالمي جديد". دراسات وبحوث في علم النفس. القاهرة: دار الفكر العربي.

39- كمال يوسف بلان. (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

40- ماجدة السيد عبيد. (2015). الاضطرابات السلوكية. عمان، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

41- مجدي محمد الدسوقي. (2013). مقياس اضطراب العناد والتحدي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

42- محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة. (2003). تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية (دليل الآباء والمعالجين)(ط1). القاهرة: دار الفكر العربي.

43- محمد جواد محمد الخطيب.(2007). مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي تربوي لتخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا باستخدام أساليب اللعب (فن- دراما) في مدارس وكالة الغوث الدولية بغزة. مجلة جامعة الأزهر. غزة، 9(1)، 213-272.

44- محمد حسن العمايرة. (2014). المشكلات الصفية السلوكية - التعليمية - الأكاديمية - مظاهرها - أسبابها - علاجها. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

45- محمد علي شحاتة هندي. (2022). استخدام العلاج التكاملي لخفض حدة اضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة. جامعة عين شمس: مجلة كلية التربية،46(1)، 335-418.

46- محمد علي قطب الهمشري، وفاء محمد عبد الجواد. (2000). عدوان الأطفال(ط2). الرياض: مكتبة العبيكان.

47- محمد محروس الشناوي. (1994). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

48- محمد معوض الحربي، هشام ابراهيم عبد الله. (2017). فعالية برنامج إرشادي قائم على اللعب في خفض العزلة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، IUG Journal of Education and Psychology. الجامعة الإسلامية غزة.، 25(3)، 307-322.

49- محمود أبو المجد عثمان. (2009). فاعلية برنامج متعدد الأنظمة لخفض اضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة قنا. مصر.

50- نبيل حافظ ، قاسم نادر فتحي. (1993). برنامج إرشادي مقترح لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات، جملة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.(1)

51- ناريمان محمد الرفاعي. (2013). الإرشاد والعلاج النفسي في بعض القصص:دراسة تحليلية. مصر: مجلة الإرشاد النفسي، 135(1)، 39-73.

52- نور علي سعد درويش. (2016). الانسحاب الاجتماعية وسمات الشخصية للأطفال والمراهقين بالعشوائيات. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

53- نورا محمد محمد اسماعيل حسان. (2007). البيئة الأسرية واضطراب السلوك التكيفي لدى أطفال الشوارع. رسالة ماجستير في علم النفس. جامعة الزقازيق. مصر.

54- هدى محمد قناوي. (2013). الطفل تنشئته وحاجاته. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

55- هشام أحمد غراب، أيمن يوسف حجازي. (2012). فاعلية برنامج ألعاب الصيف في خفض مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال في قطاع غزة، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الانسانية والاجتماعية، 9(1)، 121-174.

56- وسيلة بن عامر. (2011). سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى التلميذ وبعض المشكلات الانفعالية المشابهة له. مجلة العلوم الإنسانية. جامعة محمد خيضر بسكرة، 22، 105-118.

57- وفيق صفوت مختار. (1999). مشكلات الأطفال السلوكية. القاهرة: دار العلم والثقافة.

58- وليد وهدان حميد عمارة. (2017). فعالية برنامج إرشادي في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم. مجلة كلية التربية. جامعة بورسعيد، 21، 868-902.

المراجع الأجنبية:

59- Alavinezhad, R., Mousavi, M., & Sohrabi, N. (2013). Effect of art therapy on anger and self- esteem in aggressive children. Procedia- social and behavioral sciences,113, 111-117

60- Alexander , Frans. (1963). The dynamics of psychotherapy in light of learning theory. American Journal of Psychiatry, 120, 440-448.

61- American psychiatric association. (1980). Diagnostic and statistical of mental disorder (third edition) DSM III. Washington DC: American psychiatric association.

62- American psychiatric association. (1987). Diagnostic and statistical of mental disorder (third edition) Revised DSM-III-R. Washington DC: American psychiatric association.

63- American psychiatric association. (2000). Diagnostic and statistical of mental disorder (fourth edition) DSM IV. Washington DC: American psychiatric association.

64- American psychiatric association. (2013). Diagnostic and statistical of mental disorder (fifth edition) DSM5. Washington DC : American psychiatric association.

65- Bachelart, M. (2017a). L'approche intégrative en psychothérapie entre tentative de déradicalisation des thérapeutes et invitation à la rencontre. Médecine & Hygiène, 37, 171-181.

66- Bachelart, M. (2017b). L'approche intégrative en psychothérapie Anti-manuel à l'usage des thérapeutes. Paris: ESF sciences humaines.

67- Bachelart, M., Bioy, A., & Bénony, H. (2011). Les courants intégratifs en psychothérapie. Annales Médico- Psychologique, 169, 485-489.

68- Burgess, K., Rubin, K. H., Cheah, C., & Nelson, L. (2001). Socially withdrawn children: Parenting and parent-child relationships. In Crozier , R., & Alden, L. E. (Eds.), The self, shyness and social anxiety: A handbook of concepts, research, and interventions (pp99-120). New York: Wiley.

69- Burke, J.D., & Romano- Verthelyi, A.M. (2018). Oppositional defiant disorder. In Martel, M. M., Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders, (pp21-52). USA: Academic Press.

70- Castonguay, L. G. (2006). Personal pathways in psychotherapy integration. Journal of psychotherapy integration, 16(1), 36-58.

71- Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1994). Psychotherapy integration: an idea whose time has come. Applied & preventive psychology, 3, 159-172.

72- Castongay, L. G., Reid JR, J. J., Halperin, G. S., & Goldfried, M. R. (2003). Psychotherapy Integration. In Stricker, G., Widiger, T. A, Handbook of psychology (pp327-345), Inc, Canada: John Wiley & Sons.

73- Coplan, R. J., & Armer, M. (2007). A Multitude of solitude: A Closer look at social withdrawal and nonsocial play in early childhood. Child Development Perspectives, 1(1), 26–32

74- Coplan, R. J., & Rubin, K. H. (2008).Social withdrawal in childhood: conceptual approaches, definitions, and methodological issue. In LoCoco, A., Rubin, K.H., & Zappulla, C. (Eds.), L'isolamento sociale durante l'infanzia (Social withdrawal in childhood). Milan, Italy: Unicopli.

75- Corey, G. (2004). Designing an integrative approach to counseling practice. VISTAS online. Retrieved September 1.2007, from http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas04/29.pdf.

76- Costin, J., & Chambers, S. M. (2007). Parent Management Training as a Treatment for Children with Oppositional Defiant Disorder Referred to a Mental Health Clinic. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12(4), 511-524

77- Costin. J., Lichte. C., Hill smith. A., Vance. A.& Luk. E. (2004). Parent group treatment for children with Oppositional Defiant Disorder. Adustradian e Journal for the advancement of mental health, 3(1), 36-43.

78- Curtis, D. F., Elkins, S. R., Areizaga, M., Miller, S., Brestan- Knight, E., & Thornberry, T. (2015). Oppositional Defiant Disorder. In Kapalka, G. M., Disruptive Disorders and Behaviors: A Concise Guide to Psychological, Pharmacological and Integrative Treatments (pp. 99-119). New York: Routledge.

79- Drewes, A. A., Bratton, S. C., & Schaefer, C. E. (2011). Integrative play therapy. INC, Canada: John willey & Sons.

80- Drugli. M. B., Larsson. B., Fossum. S, & Mørch. W. (2010). Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51(5), 559-566

81- Eysenck, H. J. (1953). Uses and abuses. Baltimore, USA: Penguin Books Inc.

82- Fantuzzo, J., Manz, P., Atkins, M., & Meyers, R. (2005). Peer-Mediated Treatment of Socially Withdrawn Maltreated Preschool Children: Cultivating Natural Community Resources. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 34(2), 320–325.

83- Fourcade, J. M. (2020). Sociologie clinique et psychanalyse intégrative. Revista Sociedade e Estado, 35(1), 39-59.

84- Gazelle, H. (2022). Two models of the development of Social withdrawal and social anxiety in childhood and adolescence: progress and blind spots. Children, 9, (734).

85- Goertz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2012). The treatment program for children with aggressive behavior (THAV): Concept and efficacy. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 60(5), 113- 114.

86- Goldfried, M. R. (1982). on the history of therapeutic integration. Behavior therapy, 13, 572-593.

87- Gomez, R., Hafety, N., & Gomez, R. M. (2013). Oppositional defiant disorder: prevalence based on parent and teacher ratings of malysian primary school children. Asian journal of psychiatry, 6, 299-302.

88- Green, R. W., Ablon, J. S. Goring, J. C., Raezer- Blakely, L., Markry, J., Monuteaux, M.C., Henine, A., Edwards, G. & Rabbitt, S. (2004). Effectiveness of collaborative problem solving in affectively dysregulated children with oppositional defiant disorder. Initial finding. Journal of consulting and clinical psychology, 72(6),1157-1164.

89- Hamama, L., & Ronen, T. (2009). Children's drawings as a self-report measurement. Child & Family Social Work, 14(1), 90-102

90- Hollanders, H. P. (2001). Eclecticism/integration. In Palmer, S., & Woolfe, R. (Eds.), Integrative and eclectic counselling and psychotherapy (pp. 31-55). London: Sage.

91- Ivey, A. E. (1980). Counseling 2000: Time to take charge. The counseling Psychologist, 8(4),12-16.

92- Katzmann, J., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2018). Child-based treatment of oppositional defiant disorder: mediating effects on parental depression, anxiety and stress. European Child & Adolescent Psychiatry.

93-Kazdin, A. E., & Durbin, K. A. (2012). Predictors of child–therapist alliance in cognitive–behavioral treatment of children referred for oppositional and antisocial behavior. Psychotherapy, 49(2), 202–217.

94- Kazdin, A. E., Whitley. M., Marciano. P. L. (2006). Child–therapist and parent–therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(5), 436–445.

95- Khadar, M. G., Babapour, J., & Sabourimoghaddam, H. (2013). The effect of art therapy based on painting therapy in reducing symptoms of oppositional defiant disorder (ODD) in elementary School Boys. Procedia Social and Behavioral Sciences, 84, 1872 - 1878.

96- Kheirie, M., Shaeiri , M. R., Azad Fallah, P., & Rasulzade Tabatabaei, K. (2009). Effect of the triple P-positive parenting program on children with oppositional defiant disorder. Journal of Behavioral Sciences, 3(1), 53-58.

97- Kvarme, L. G., Helseth, S., Sørum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S., & Natvig, G. K. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-

randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 47(11), 1389–1396.

98- Lane, J. D., & Song, J. H. (2015). Behavioral Inhibition and Social Withdrawal across Cultures. In Wright, J. D. (Ed.), International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences (2nd ed., pp. 456-462). Oxford, UK: Elsevier Science Ltd.

99- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W.-T. (2008). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. European Child & Adolescent Psychiatry, 18(1), 42–52

100- Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism, Psychological Reports, 21, 415- 416.

101- Leventhal, A. M. (1968). Use of a behavioral approach within a traditional psychotherapeutic context: A case study, Journal of Abnormal Psychology, 73, 178-182.

102- Marks, I.M., & Gelder, M. J. (1966). Common ground between behavior therapy and psychodynamic methods. British Journal. Medical Psychology, 39, 11-23.

103- Martel, M.M. (2019). The clinician's guide to oppositional defiant disorder (symptoms, assessment, and treatment). USA: Academic press.

104- Miranda, A. presentación, M. J. (2000): Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness, journal of valencia, spain, 37(2), 169-182.

105- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In Norcross, J.C. & Goldfried, M. R (Eds), Handbook of psychotherapy integration (pp. 3-23), New York: Oxford University Press.

106- Northey, W. F., Wells, K. C., Silverman, W. K., & Bailey, C. E. (2003). Childhood behavioral and emotional disorders. Journal of Marital and Family Therapy, 29(4), 523-545.

107- Nuttall, J. (2008). The integrative attitude–a personal journey. European Journal of Psychotherapy & Counselling, 10(1), 19–38.

108- Ollendick, T. H., Greene, R. W., Austin, K. E., Fraire, M. G., Halldorsdottir, T., Allen, K. B., & Wolff, J. C. (2015). Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45(5), 591–604.

109- Patterson, C.H. (1967). Divergence and convergence in psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 21, 4-17.

110- Quy, K., & Stringaris. A. (2012). Oppositional defiant disorder. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

111- Reichelova, Eva. (1997): The possibilities of influencing children's aggressive and prosocial behavior. (Slovak) Inst of Psychology: Journal Czechoslovak Academy of Sciences. Czech republic, 41(2), 147-156.

112- Rogers, C. R. (1963). Psychotherapy today or where do we go from here. American journal of psychotherapy, 17, 5-15.

113- Rubin, K. H., & Chronis-Tuscano, A. (2021). Perspectives on social withdrawal in childhood: Past, present, and prospects. Child Development Perspectives, 15(3), 160-167

114- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social Withdrawal in Childhood. Annu Rev Psychol, 60, 141-171.

115- Sheridan, S. M., Kratochwill, T. R., & Elliott, S. N. (1990). Behavioral Consultation with Parents and Teachers: Delivering

Treatment for Socially Withdrawn Children at Home and School. School Psychology Review, 19(1), 33–52.

116- Sloane, R. B. (1969). The converging paths of behavior therapy and psychotherapy. American Journal of psychiatry, 125, 877-885.

117- Strieker, G. (1994). Reflections on Psychotherapy Integration. Clinical Psychology: Science and Practice, 1(1), 3–12.

118- Webster-Stratton. C., Jamila Reid. M., & Hammond. M. (2004). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33(1), 105-124.

119- Wettig, H. H. G., Coleman, A. R., & Geider, F. J. (2011). Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. International Journal of Play Therapy, 20(1), 26–37

120- Whelan, Y. M., Stringaris, A., Maughan B., & Barker, E. D. (2013). Developmental continuity of oppositional defiant disorder sub dimensions at ages 8, 10, 13 years and their distinct psychiatric outcomes at ages 16 years. Journal of American academy of child and adolescent psychiatry, 52(9), 961-969.

121- Williams. S., Waymouth. M., Ellen Lipman. E., Mills. B., & Evans. P. (2004). Evaluation of a children's temper-taming program. Can J Psychiatry, 49(9), 607- 612.

122- Wolf, E. (1966). Learning theory and psychoanalysis. British Journal of Medical Psychology, 39(1), 1-10.

123- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva: World Health Organization.

124- World Health Organization. (2018). The ICD-11 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research, Geneva, World Health Organization.

الملاحق

الملحق 1: بطاقة فنية للبرنامج

المراحل	رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة ونوعها
المرحلة التمهيدية	الجلسة 1	عنوان الجلسة: التعارف وبناء العلاقة العلاجية الهدف: التعرف على الطفل وأوليائه وملأ استمارة دراسة حالة الطفل وتبادل المعلومات للتواصل والاتفاق على موعد الجلسات وزمنها وكيفية سيرها.	- التقبل - الإصغاء - الحوار	جلسة مفتوحة فردية
	الجلسة 2	عنوان الجلسة: القياس القبلي	- تطبيق اختبار رسم العائلة - تطبيق أحد المقاييس الآتية حسب مشكل الطفل: 1- مقياس الانسحاب 2- مقياس العدوانية 3- مقياس العناد المتحدي	45 د فردية

	الجلسة 3	عنوان الجلسة: وعي الطفل بمشكلته الهدف: وعي الطفل بمشكلته وخلق الدافعية الذاتية وتحمل المسؤولية. – تدريب الدافعية الداخلية ليستطيع الطفل تحمل مشقة البرنامج – توقيع العقد العلاجي مع الطفل وإعطائه نسخة منه	– العلاج القصصي – التقويم الذاتي للسلوك . – تنمية الشعور بتحمل المسؤولية. – التخطيط للسلوك المسئول (خطة متدرجة). – الالتزام بالخطط. – الإقناع – المناقشة – الحوار	45 د فردية
المرحلة التدريبية	الجلسة 4	عنوان الجلسة: التنفيس الانفعالي للطفل والوالدين الهدف: – التخفيف من حدة المشاعر السلبية للطفل – خفض ضغوطات الحياة الزوجية	– التنفيس الانفعالي للطفل (استعمال رسم الطفل للعائلة) – التنفيس الانفعالي للأم – فنية المقعد الخالي (الجشتلت) – المناقشة – الحوار	45 د فردية
	الجلسة 5	عنوان الجلسة: التنفيس الانفعالي للطفل والوالدين. الهدف: – التخفيف من حدة المشاعر السلبية للطفل	– التنفيس الانفعالي للطفل (استعمال رسم الطفل للعائلة) – التنفيس الانفعالي للأم	45 د فردية

	– خفض ضغوطات الحياة الزوجية	– فنية المقعد الخالي (الجشتلت). – المناقشة – الحوار	
الجلسة 6	عنوان الجلسة: تنمية الوالدية الايجابية. الهدف: – تصفح الأمهات" للأجندة التربوية لملاكي" من إعداد الباحثة – تعرف الأمهات على الأخطاء التربوية.	– المحاضرة – الحوار – المناقشة – الواجب المنزلي (الكتابة في الأجندة)	جماعية للأمهات ساعة ونصف
الجلسة 7	عنوان الجلسة: تنمية الوالدية الايجابية الهدف: – تعرف الأمهات على الحاجات النفسية للطفل – تعرف الأمهات على كيفية استعمال "الأجندة التربوية لملاكي" من إعداد الباحثة – وعي الوالدين بسبب المشكل السلوكي والاعتراف بخطئهما في رسالة – توقيع التعهد الوالدي	– المحاضرة – المناقشة – الحوار – ضبط الذات والمراقبة الذاتية – الواجب المنزلي (الكتب في الأجندة)	جماعية للأمهات ساعة ونصف

الجلسة 8	عنوان الجلسة: – تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل ومتابعة واجب الأمهات الهدف: – تعرف الأطفال على "مفكرتي" من إعداد الباحثة – تنمية التعبير اللغوي – فهم لغة الجسد والتعبير غير لفظي. – تنمية الانتباه والتركيز – تنمية مهارات اللعب الجماعي – مراقبة أجندة الأم	– العلاج القصصي – اللعب – التعزيز – المناقشة – الحوار	جماعية للأطفال ثم الأمهات ساعة ونصف
الجلسة 9	عنوان الجلسة: – تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل ومتابعة واجب الأمهات الهدف: – تنمية التعبير اللغوي – فهم لغة الجسد والتعبير غير لفظي. – تنمية الانتباه والتركيز – تنمية مهارات اللعب الجماعي – مراقبة أجندة الأم	– العلاج القصصي – اللعب – التعزيز – المناقشة – الحوار	جماعية للأطفال ثم الأمهات ساعة ونصف

الجلسة 10	عنوان الجلسة: – تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل ومتابعة واجب الأمهات الهدف: – تنمية الوعي بالذات – تنمية التعبير اللغوي – تنمية الانتباه والتركيز – تنمية مهارات اللعب الجماعي – مراقبة أجندة الأم	– القصص – الرسم – المناقشة – الحوار – الواجب المنزلي (الرسم في مفكرتي)	جماعية للأطفال ثم الأمهات ساعة ونصف
الجلسة11	عنوان الجلسة: – تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل ومتابعة واجب الأمهات الهدف: – التعرف على معنى الحب – تنمية التعبير اللغوي – تنمية الانتباه والتركيز – تنمية مهارات اللعب الجماعي – مراقبة أجندة الأم	– القصص – الرسم – المناقشة – الحوار – اللعب – التعزيز – الواجب المنزلي (الرسم في مفكرتي)	جماعية للأطفال ثم الأمهات ساعة ونصف

الجلسة 12	عنوان الجلسة: تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل ومتابعة واجب الأمهات الهدف: – التعرف على معنى السعادة – تنمية التعبير اللغوي – تنمية الانتباه والتركيز – تنمية مهارات اللعب الجماعي – مراقبة أجندة الأم	– القصص – الرسم – المناقشة – الحوار – اللعب – التعزيز – الواجب المنزلي (الرسم في مفكرتي)	جماعية للأطفال ثم الأمهات ساعة ونصف
الجلسة 13	عنوان الجلسة: – تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل ومتابعة واجب الأمهات الهدف: – التعرف على معنى الحزن – تنمية التعبير اللغوي – تنمية الانتباه والتركيز – تنمية مهارات اللعب الجماعي – مراقبة أجندة الأم	– القصص – الرسم – المناقشة – الحوار – اللعب – التعزيز – الواجب المنزلي (الرسم في مفكرتي)	جماعية للأطفال ثم الأمهات ساعة ونصف

الجلسة 14	عنوان الجلسة: تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل ومتابعة واجب الأمهات الهدف: – التعرف على معنى الخوف – تنمية التعبير اللغوي – تنمية الانتباه والتركيز – تنمية مهارات اللعب الجماعي – مراقبة أجندة الأم	– القصص – الرسم – المناقشة – الحوار – اللعب – التعزيز – الواجب المنزلي (الرسم في مفكرتي)	جماعية للأطفال ثم الأمهات ساعة ونصف
الجلسة 15	عنوان الجلسة: تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل ومتابعة واجب الأمهات الهدف: – التعرف على معنى الغضب – تنمية التعبير اللغوي – تنمية الانتباه والتركيز – تنمية مهارات اللعب الجماعي – مراقبة أجندة الأم	– القصص – الرسم – المناقشة – الحوار – اللعب – التعزيز – الواجب المنزلي (الرسم في مفكرتي	جماعية للأطفال ثم الأمهات ساعة ونصف

	الجلسة 16	عنوان الجلسة: تنمية مهارات الحياة الوجدانية للطفل ومتابعة واجب الأمهات الهدف: – التعرف على معنى القلق – تنمية التعبير اللغوي – تنمية الانتباه والتركيز – تنمية مهارات اللعب الجماعي – مراقبة أجندة الأم	– القصص – الرسم – المناقشة – الحوار – اللعب – التعزيز – الواجب المنزلي (الرسم في مفكرتي)	جماعية للأطفال ثم الأمهات ساعة ونصف
المرحلة الختامية	الجلسة 17	عنوان الجلسة: الجلسة الختامية الهدف: مناقشة النتائج المتوصل إليها وكيف يمكن المحافظة عليها.	–إعادة تطبيق أحد المقاييس: – مقياس الانسحاب – مقياس العدوانية – مقياس العناد المتحدي –إعطاء موعد بعد شهر للقياس التتبعي.	جلسة مفتوحة

الملحق 2: استمارة دراسة حالة

رقم الملف: **التاريخ :**

1- بيانات عامة عن الحالة

- الاسم الكامل .....

- منطقة وعنوان السكن:.....

-رقم الهاتف إن وجد.....

- عنوان المدرسة أو المؤسسة:.....

بيانات عن الأسرة

الوالدان	العمر	العمل والمهنة	مستوى التعليم	الأمراض والإصابات	الحالة الاجتماعية(زواج، طلاق، انفصال)
الأب					
الأم					

بيانات الإخوة (مرتبة حسب تسلسل ميلادهم)

الإخوة	العمر	العمل والمهنة	مستوى التعليم	الأمراض والإصابات	ملاحظات

بيانات عن الأقارب

الأقارب	العمر	العمل والمهنة	مستوى التعليم	الأمراض– الحالة الصحية	ملاحظات

- دخل الأسرة ومصدر هذا الدخل
- وضع السكن:(متسع، ضيق، صحي، غير صحي، قديم، حديث، ملك، أجرة)
- هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية؟
- ما هي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (اقتصادية، اجتماعية، صحية، فكرية، نفسية.....).
- هل أصيب أحد أفراد الأسرة أو الأقارب باضطرابات مثل (أمراض عقلية، إدمان، انتحار، جرائم.....)

بيانات عن الطفل المريض

الحمل والولادة:

- عمر الأم عند ولادة طفلها.
- أمراض الأم السابقة (حصبة، جدري، سكر، ضغط دم، زهري، أنفلونزا، صرع، نكاف، سل، ملاريا، إصابة عقلية....)
- العقاقير التي تناولتها الأم في فترة الحمل.
- غذاء الأم أثناء الحمل.
- اتجاه الأم نحو الحمل(مرغوب أم غير مرغوب فيه، صدفة،عن قصد).
- هل كان الحمل طبيعيا أم غير طبيعي؟
- هل كان الحمل تحت إشراف طبي؟

- هل الولادة كانت (طبيعية، قيصرية،عسرة، قبل الأوان؟....)

- هل تعرضت الأم أو الطفل إلى مخاطر أثناء الولادة؟

- هل تمت الولادة داخل مؤسسة صحية وتحت إشراف طبي؟

بيانات عن نمو الطفل

- الرضاعة (عادية، اصطناعية، مدة الرضاعة)

- الفطام: (عاديا، مبكرا، متأخرا، تدريجيا، مفاجئا)

- التسنين: متى بدأ ظهور الأسنان (في وقت عادي، مبكر، متأخر....)

- المشي: متى بدأ الطفل في مشيه : (في وقت عادي ، مبكر، متأخر....)

- اللغة: متى بدأ الطفل الكلام؟ هل يعاني الطفل من اضطرابات في نطقه وكلامه.

- تغذية الطفل: (جيدة، ناقصة).

- وجود عاهات أو إصابات جسدية لدى الطفل (عيوب جسمية واضحة)

- الطول:

- الوزن:

- المظهر العام للطفل(نشاط وحيوية، امتلاء، كسل وخمول....)

- القدرة العقلية العامة (الذكاء) لدى الطفل:

الوضع الدراسي والمدرسي للطفل

1- مستوى الطفل التحصيلي الدراسي (متفوق، وسط، متخلف دراسيا).

2- الذهاب إلى المدرسة (منتظم، غير منتظم)

3- صعوبة في بعض المواد الدراسية (يذكر أسماء المواد):

4- الرسوب

5- الهروب من المدرسة:

6- التعاون مع الزملاء في اللعب والعمل الجماعي داخل المدرسة(الأنشطة المدرسية).

7- مشكلات سلوكية داخل المدرسة (ضرب الزملاء، محاولة سرقة أدوات الدراسة، النوم داخل الفصل، انطواء، خوف، خجل، سرعة انفعال، كبت، كذب....)

بيانات حول الأعراض المصاحبة للمشكلات السلوكية:

1- هل الطفل يعاني من الأرق والاضطرابات في نومه؟

2- هل ينام نوما عميق؟

3- هل ينام وحيد في فراشه، أو في غرفته؟

4- هل يرى أحلام مزعجة أو تنتابه كوابيس مرعبة؟ وما هي موضوعات هذه الأحلام والكوابيس؟

5- هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل(فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات، والموالح .....وخاصة قبل النوم).

6- هل يعاني الطفل من اضطراب في كلامه(لجلجة، تردد في النطق، تهتهة...)

7- المحصول اللغوي لدى الطفل وقدرته على الحديث والتعبير عن مشكلته.

8- هل يبدو بأن سلوك الطفل ونضجه أقل من عمره؟

9- هل يعاني الطفل من اضطرابات نفسية سلوكية مثل:

- محاولة الاعتداء وتدمير الأشياء.
- العزلة والانطواء.
- الشعور بالكسل والخمول والإجهاد. - كثرة الحركة ،الإثارة والهياج.
- محاولة الكذب. - محاولة السرقة.
- محاولة هروب من المنزل أو المدرسة.....
- قضم الأظافر - مص الأصابع.
- أعراض سلوك الاستمناء(العبث بالأعضاء التناسلية).
- العناد والتمرد - الغيرة
- الخجل والحياء. - اللامبالاة والاستهتار.
- الخوف (من الكلام، من الحيوان، من الأب، من العقوبة، من فقدان الأم، من القصص المرعبة.....)

- البكاء.
- الشعور بالنقص وفقدان السند.

بيانات حول علاج الحالة

1- هل قدم علاج نفسي من قبل للطفل؟

- مدى تعاون الطفل صاحب المشكلة مع الأسرة والأخصائي في تطبيق تعليمات العلاج.
- كم كانت مدة العلاج؟
- مستوى التحسن والشفاء.

الشكوى:

.....

.....

.....

.....

الملحق رقم 03: مقياس العدوان لفاروق صادق في صورته الأصلية

البنود	أحيانا	غالبا
أ- يهدد ويمارس عنفا جسمانيا: 1- يستعمل إشارات تهديدية. 2- يصيب الآخرين بإصابات عن طريق مباشر. 3- يبصق على الآخرين. 4- يدفع أو يخدش أو يقرص الآخرين. 5- يشد شعر أو آذان الآخرين. 6- يعض الآخرين. 7- يرفس أو يضرب ويصفع الآخرين. 8- يقذف الآخرين بأشياء. 9- يستعمل بعض الأشياء كسلاح ضد الآخرين. 10- يخنق الآخرين. 11- يعذب الحيوانات. 12- أخرى ..... ☐ لا ينطبق.		
ب- يتلف ممتلكاته الشخصية 13- يقطع أو يمزق بأسنانه ملابسه.		

14- يوسخ ممتلكاته. 15- يتعمد تمزيق المجلات والكتب والممتلكات الأخرى الخاصة به. 16- أخرى..... ☐ لا ينطبق		
ج- يتلف ممتلكات الآخرين 17- يشق أو يمزق بأسنانه ملابس الآخرين. 18- يوسخ ممتلكات الآخرين. 19- يتعمد تمزيق مجالات وكتب وممتلكات الآخرين. 20- أخرى..... ☐ لا ينطبق		
د- يتلف الممتلكات العامة: 21- يمزق كتب ومجلات الآخرين أو ممتلكاتهم العامة. 22- يلقي الأثاث أرضا. 23- يكسر الشبابيك 24- يلقي أشياء صلبة بالمرحاض أو يسده بأشياء 25- يحاول إشعال الحريق 26- أخرى..... ☐ لا ينطبق		
هـ- حاد الطبع ويصاب بنوبات غضب		

27- يبكي ويصرخ. 28- يضرب الأرض بقدميه ويغلق الأبواب بعنف. 29- يضرب الأرض بقدميه، ويصيح، ويصرخ. 30- يرمي نفسه على الأرض ويصيح ويصرخ. 31- أخرى ..... ☐ لا ينطبق		

الملحق رقم 04: مقياس العدوان المطبق في الدراسة التجريبية

بيانات أولية:

اسم الطفل:.....الجنس(ذكر/ أنثى).

المدرسة:.....السنة: .....

تاريخ ميلاد الطفل:.....

عدد الإخوة: .....ترتيبه فالعائلة: .....

القائم بعملية التقدير: الوالد الوالدة

مهنة الوالد: ..... مهنة الوالدة: .....

التعليمة:

يتضمن هذا المقياس عددا من الجمل تصف بعض الأساليب التي يستخدمها الأفراد في مواقف مختلفة.

المطلوب منك اختيار الجمل التي تنطبق على الطفل وضع دائرة حول (1) إذا كان السلوك المعين يحدث "أحيانا" أو حول (2) إذا كان يحدث غالبا، أو ضع علامة على "لا تنطبق عليه أي من العبارات السابقة" إذا كانت أي من البنود السابقة لا تنطبق عليه، وعند حساب الدرجات يوضع مجموع كل عمود (الإجمالي) أسفل هذا العمود.

وعليك أن تلاحظ أن "أحيانا" تعني ندرة السلوك أو حدوثه بين الفينة والفينة بينما تعني كلمة "غالبا" تكرار حدوث السلوك أو حدوثه بشكل معتاد.

بينما تستخدم خانة "يقوم بأشياء أخرى (حددها)" إذا كان للشخص مشكلات سلوكية بالإضافة إلى تلك التي تم الإشارة إليها ولها ارتباط بها.

الرجاء تقييم الطفل بدقة، علما أن البيانات التي ستقدمها تستخدم لأغراض العلاج، ويتم المحافظة على سريتها تماما.

البنود	أحيانا	غالبا
أ- يهدد ويمارس عنفا جسمانيا: 1- يستعمل إشارات تهديدية. 2- يصيب الآخرين بإصابات عن طريق مباشر. 3- يبصق على الآخرين. 4- يدفع أو يخدش أو يقرص الآخرين. 5- يشد شعر أو آذان الآخرين. 6- يعض الآخرين. 7- يرفس أو يضرب ويصفع الآخرين. 8- يقذف الآخرين بأشياء. 9- يستعمل بعض الأشياء كسلاح ضد الآخرين. 10- يعذب الحيوانات. ☐ لا ينطبق.		
ب- يتلف ممتلكاته الشخصية 11- يقطع أو يمزق بأسنانه ملابسه. 12- يوسخ ممتلكاته. 13- يتعمد تمزيق المجلات والكتب والممتلكات الأخرى الخاصة به. ☐ لا ينطبق		
ج- يتلف ممتلكات الآخرين		

14- يشق أو يمزق بأسنانه ملابس الآخرين. 15- يوسخ ممتلكات الآخرين. 16- يتعمد تمزيق مجالات وكتب وممتلكات الآخرين. ☐ لا ينطبق		
د- يتلف الممتلكات العامة: 17- يلقي الأثاث أرضا. 18- يحاول إشعال الحريق ☐ لا ينطبق		
هـ- حاد الطبع ويصاب بنوبات غضب 19- يبكي ويصرخ. 20- يضرب الأرض بقدميه ويغلق الأبواب بعنف. 21- يضرب الأرض بقدميه، ويصيح، ويصرخ. 22- يرمي نفسه على الأرض ويصيح ويصرخ. ☐ لا ينطبق		

الملحق رقم 05: مقياس السلوك ألانسحابي للأطفال

الأخ الفاضل: الأستاذ/.....

ولي أمر الطفل/.....

بعد التحية

فيما يلي بعض السلوكيات التي تصدر عن الطفل في مختلف المواقف التي يتعرض لها خلال اليوم، أرجو من سيادتكم تحديد مدى انطباق هذه السلوكيات على الطفل وذلك بوضع علامة (×) أمام العبارة تحت الاختيار الذي يتفق معها، فإذا كانت العبارة تنطبق تماما على الطفل ضع العلامة تحت (نعم)، وإذا كانت تنطبق عليه في بعض الأحيان فقط ضع العلامة تحت (أحيانا)، أما إذا كانت العبارة لا تنطبق عليه ضع العلامة تحت (مطلقا) وذلك حتى نتمكن من التشخيص الصحيح لحالته علما بأنه ليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، لكن المهم هو التحديد الدقيق لمدى انطباق العبارات المتضمنة على الطفل من خلال ما يصدر عنه من أنماط سلوكية مختلفة حتى نتمكن من تقديم الخدمات المناسبة له مع الأخذ في الاعتبار أن هذه المعلومات سرية للغاية ولن يتم استخدامها إلا بغرض البحث العلمي فقط.

وأشكركم على حسن تعاونكم معنا

الباحث

اسم الطفل/ .....الجنس/.....

تاريخ الميلاد/.....المدرسة/.....

	العبارة	نعم	أحيانا	مطلقا
1	يقضي معظم الوقت وحيدا			
2	يتجنب تقريبا كل أشكال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين			
3	يبتعد عن أي شخص يحاول الاقتراب منه			
4	لا يتضايق من وجوده بمفرده			
5	وجوده وسط أقرانه لا يشعره بالسعادة			
6	لا يرغب في تكوين صداقات مع الآخرين			
7	عندما يتحدث أحد أقرانه معه فإنه يتركه ويذهب بعيدا عنه			
8	يشعر بالارتباك عندما يقدم عليه أقرانه			
9	يرفض تلبية مبادرات الآخرين كي يلعب معهم			
10	تنعدم رغبته في إقامة أي علاقة مع الآخرين			
11	يميل إلى اللعب بمفرده بمعزل عن الآخرين			
12	عند وجوده مع أقرانه يشعر أنه في واد وهم في واد آخر فيبدو وكأنه لا يراهم ولا يسمعهم			
13	ينسحب من أنشطة الجماعة ويرفض الاستمرار فيها			
14	يتجنب مسايرة أقرانه والتواجد معهم			
15	يشعر بالخوف من الآخرين ويعمل جاهدا على الابتعاد عنهم			

16	يأبى القيام بأي مهام يشترك فيها مع بعض أقرانه			
17	تنعدم استجابته تقريبا لأي إشارات وإيماءات اجتماعية تصدر عن الآخرين			
18	لا يبادر بالحديث عند رؤية أحد أقرانه			
19	أناني لا يفكر إلا في نفسه وما يريده			
20	عندما يرى أحد أقرانه لا يبدي أي اهتمام به			

الملحق رقم 06: مقياس اضطراب العناد والتحدي لمجدي محمد الدسوقي

بيانات أولية:

الاسم:.....الجنس(ذكر/ أنثى).

المدرسة:.....

اسم القائم بعملية التقدير:.....

تاريخ الإجراء والتقدير:.....

تاريخ ميلاد المفحوص:.....

تعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات أو السلوكيات التي تصف سلوك بعض الأطفال، ويوجد أمام كل عبارة مجموعة من الخيارات التي توضح حدة أو شدة هذه السلوكيات من فضلك وضح مدى انطباق هذه السلوكيات على الطفل.

المرجو منك:

قراءة هذه العبارات بدقة تامة.

- وضع دائرة أو علامة على صفر إذا كان المفحوص نادرا ما يظهر هذا السلوك.
- وضع دائرة على رقم 1 إذا كان المفحوص يظهر هذا السلوك بدرجة متوسطة.
- وضع دائرة على رقم 2 إذا كان المفحوص يظهر هذا السلوك بطريقة متكررة.

- وضع دائرة على رقم 3 إذا كان المفحوص يظهر هذا السلوك بطريقة كثيرة جدا.

- وضع دائرة على رقم 4 إذا كان المفحوص يظهر هذا السلوك طوال الوقت.

- لا تضع أكثر من دائرة أو علامة أمام عبارة واحدة.

- لا تنسى أن تجيب عن كل العبارات.

وشكرا على تعاونك

	السلوك	لا يحدث مطلقا	يحدث أحيانا	يتكرر كثيرا	يتكرر كثيرا جدا	يحدث طوال الوقت
1	يجادل الكبار باستمرار	0	1	2	3	4
2	يحب الثأر والانتقام	0	1	2	3	4
3	يتحدى الكبار ويرفض الانصياع لأوامرهم	0	1	2	3	4
4	يخرج عن قيم ومعايير الجماعة أو الأصول المرعية	0	1	2	3	4
5	يسيطر عليه الغضب والاستياء لأتفه الأسباب	0	1	2	3	4
6	ينفس عن غضبه من خلال الإساءة للآخرين	0	1	2	3	4
7	يتضايق بسهولة من الآخرين	0	1	2	3	4
8	يفقد أعصابه لأتفه الأسباب	0	1	2	3	4

9	يتعمد مضايقة الآخرين (يضربهم أو يدفعهم أو يعرقلهم.....الخ)	0	1	2	3	4
10	يلقي على الآخرين بتبعية أخطائه وسوء تصرفاته	0	1	2	3	4
11	يسهل استثارته	0	1	2	3	4
12	يحث الآخرين على الدخول معه في صراع	0	1	2	3	4
13	يحب الدخول في مشاجرات بدنية مع الآخرين	0	1	2	3	4
14	يهدد الآخرين بإلحاق الأذى بهم	0	1	2	3	4
15	يجد صعوبة في تكوين علاقات أو صداقات دائمة	0	1	2	3	4
16	يحتج على أو يرفض أوامر الوالدين	0	1	2	3	4
17	يتحدى ويرفض أوامر الآخرين	0	1	2	3	4
18	يجد صعوبة في تقبل النقد أو تصحيح سلوكياته	0	1	2	3	4
19	يغضب ويثور عندما لا تتحقق رغباته	0	1	2	3	4
20	يتعامل بتسلط مع الآخرين	0	1	2	3	4

21	عنيد ومتصلب	0	1	2	3	4
22	يستفز ويزعج الآخرين	0	1	2	3	4
23	يفرض آرائه على الآخرين	0	1	2	3	4
24	يحب مخالفة الآخرين في الرأي	0	1	2	3	4

الملحق رقم 07:

العيادة المتعددة الخدمات

مكتب المختصة النفسانية

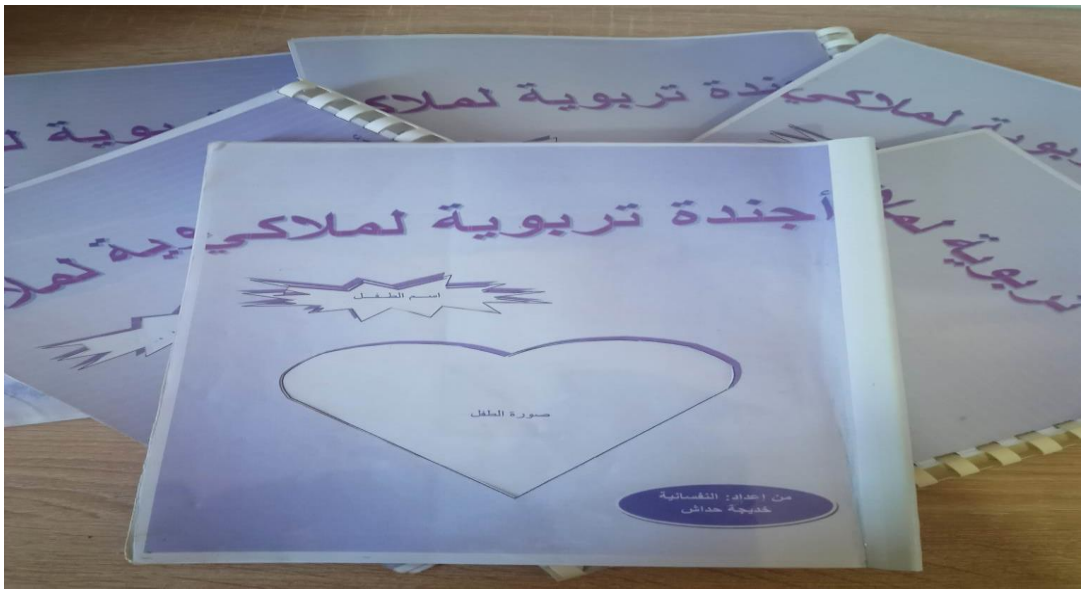
في :

العقد العلاجي

أنا الطفل .....الممضي أسفله أشهد أنني سأتبع البرنامج العلاجي المتفق عليه مع المختصة النفسانية .....في الفترة الزمنية من .....إلى.....وأداوم على حضور الجلسات وأتبع كل التعليمات.

إمضاء الطفل المختصة النفسانية

الملحق رقم 08: أجندة تربوية لملاكي



الملحق رقم 9: مفكرتي



الملحق رقم: 10

قائمة الأساتذة المحكمين

نادية شرادي	أستاذ التعليم العالي بجامعة البليدة 02
فتيحة كركوش	أستاذ التعليم العالي بجامعة البليدة 02
فتيحة بن موفق	أستاذ محاضر –أ– جامعة البليدة 02
شيراز ساسي	أستاذ مساعد –أ– جامعة البليدة 02
رابح شليحي	أستاذ محاضر – أ– جامعة المدية
أحمد فاضلي	أستاذ التعليم العالي بجامعة البليدة 02

الملحق رقم 11: نتائج spss

Explore

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
العدوان. قبلي	0,292	4		0,865	4	0,279
العدوان. بعدي	0,192	4		0,971	4	0,850
العدوان. تتبعي	0,302	4		0,827	4	0,161
العناد المتحدي. قبلي	0,250	4		0,861	4	0,262

a. Lilliefors Significance Correction

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	العدوان. قبلي	14,7500	4	7,13559	3,56780
	العدوان. بعدي	2,2500	4	1,70783	0,85391

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	العدوان. قبلي & العدوان بعدي	4	0,444	0,556

Paired Samples Test

		Paired Differences					
					95% Confidence Interval of the Difference		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	T
Pair 1	العدوان. قبلي - العدوان. بعدي	12,50000	6,55744	3,27872	2,06565	22,93435	3,812

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	العناد المتحدي. قبلي	60,0000	4	15,57776	7,78888
	العناد المتحدي. بعدي	32,2500	4	19,87251	9,93626

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	العناد المتحدي. قبلي & العناد المتحدي. بعدي	4	0,864	0,136

Paired Samples Test

		Paired Differences					
					95% Confidence Interval of the Difference		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	T
Pair 1	العناد المتحدي. قبلي - العناد المتحدي. بعدي	27,75000	10,14479	5,07239	11,60738	43,89262	5,471

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	العدوان. بعدي	2,2500	4	1,70783	0,85391
	العدوان. تتبعي	1,7500	4	2,06155	1,03078

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	العدوان. بعدي & العدوان. تتبعي	4	0,876	0,124

Paired Samples Test

		Paired Differences					
					95% Confidence Interval of the Difference		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	T
Pair 1	العدوان. بعدي - العدوان. تتبعي	0,50000	1,00000	0,50000	−1,09122	2,09122	1,000

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	العناد المتحدي. بعدي	32.2500[a]	4	19,87251	9,93626
	العناد المتحدي. تتبعي	32.2500[a]	4	19,87251	9,93626

a. The correlation and t cannot be computed because the standard error of the difference is 0.