



فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسك لدى عينة من المراهقين

إعداد

أ/ أمل "محمد فوزي" محمود سليمان عزب

المدرس المساعد بالقسم

إشراف

أ.د/ ناريمان محمد رفاعي أ.د/ أشرف أحمد عبد القادر

أستاذ الصحة النفسية

وعميد كلية التربية – جامعة بنها

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة بنها

بحث مشتق من الرسالة الخاصة بالباحثة

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين

إعداد

أ/ أمل "محمد فوزي" محمود سليمان عزب

المدرس المساعد بالقسم

إشراف

أ.د. / أشرف أحمد عبد القادر

أستاذ الصحة النفسية

وعميد كلية التربية - جامعة بنها

أ.د. / ناريمان محمد رفاعي

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة بنها

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس اضطراب المسلك لدى المراهقين (إعداد/ الباحثة)، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي (إعداد/ الباحثة)، واشتملت عينة الدراسة على (١٤) أربعة عشر طالب من الطلاب الذكور المراهقين مضطربي المسلك ممن يدرسون بالصف الأول الثانوي بمدرسة الثانوية بنين بمدينة بنها، وتتراوح أعمارهم ما بين (١٥ - ١٦) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (المجموعة التجريبية وقوامها) (٧) طلاب والمجموعة الضابطة وقوامها (٧) طلاب. وقد جاءت نتائج الدراسة تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب المسلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي في اتجاه المجموعة التجريبية، أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب المسلك، وذلك في اتجاه القياس البعدي، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب المسلك في القياس التتبعي، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية. وأخيراً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب المسلك.

الكلمات المفتاحية: اضطراب المسلك، العلاج المعرفي السلوكي.

Abstract

The present study aimed at investigating the effectiveness of the cognitive behavioural therapy for reducing conduct disorder among a sample of adolescents, and the researcher used the following tools, scale of conduct disorder among the adolescents, which was developed by the present study researcher. A suggested program based on the cognitive behavioural therapy, which was developed by the present study researcher. The sample of the present study consisted of 14 male adolescents with conduct disorder. They were students in first year, from Benha General Secondary School for Boys in Benha City, they age ranged from (15 – 16) years old, they were divided into two groups: Experimental group (n=7) and control group (n=7), the results of the study indicate there were statistically significant differences those of the post- application of the experimental group on the conduct disorder scale after the experimentation of the suggested cognitive behavioural therapy program, in favour of the post- application, between the scores rank means of the experimental group and those of control group after the post- application of the conduct disorder scale, in favour of the experimental group, finally there were no statistically significant differences between the scores rank means of experimental group in the post- application and those in the follow-up-application of the conduct disorder scale.

Key words: conduct disorder, cognitive behavioural therapy.

مقدمة:

تعتبر الاضطرابات السلوكية عامل خطر رئيسي في زيادة الانحراف والعنف والسلوكيات المضادة للمجتمع وضعف العلاقات الاجتماعية، ويعد اضطراب المسلك أحد الاضطرابات السلوكية التي تظهر للمهنيين العاملين في الصحة النفسية، فلقد أصبح اضطراب المسلك بما يتضمنه من ممارسات (كالعدوان على الآخرين والسرقه والكذب والميل للتدمير والسلبية في تجاهل القواعد)، وغيرها من الممارسات، محط اهتمام القائمين على التربية والآباء وأعضاء المجتمع والباحثين، كما تكمن أهمية إدراك اضطراب المسلك في أنه من الأسباب الأكثر تكراراً لتعرض الأطفال والمراهقين لمشكلات نفسية وسلوكيات إجرامية وعدم تكيفهم الاجتماعي عندما يصبحون بالغين، ولا يقتصر الأمر على الفرد الذي يعاني من اضطراب المسلك فقط، بل تمتد الآثار السلبية التي تنشأ عن اضطراب المسلك لتشمل الأسرة التي ينتمي إليها، والمدرسة والأقران والمجتمع المحيط به.

وينتشر اضطراب المسلك في العديد من المجتمعات والدول حول العالم، فلقد أكد كل من ستروس وآخرون (Strous, 2009: 500)، باكر (Baker, 2010: 77)، ماثياس وآخرون (Mathias et al., 2007: 40)، وماش وولف (Mash & Wolfe, 2008: 599)، نيلسون وآخرون (Nelson et al., 2012: 28) على أن "اضطراب المسلك يشيع بين الأطفال والمراهقين في أمريكا وفرنسا وأستراليا وإنجلترا وويلز".

كذلك أشارت كل من (هالة خيري: ٢٠٠٨: ١٦١)، (حنان عثمان، ٢٠١٢: ٤١٠) إلى أن "اضطراب المسلك منتشر وبصورة كبيرة بين تلاميذ المدارس في جمهورية مصر العربية". ولقد أوضح ديكفمان (Dykfman, 2001: 292)، دودو (Dudu, 2004, 4: 32)، مورتون (Morton, 2008: 45) أن "الآثار السلبية التي تتجم عن اضطراب المسلك، تثقل الأسرة بأعباء مادية ونفسية وكذلك المعلمين والمجتمع بوجه عام".

أيضاً أكد (ماثياس وآخرون Mathias et al., 2007: 23) أن "المراهقين من أكثر الفئات التي تعاني من اضطراب المسلك ومن آتاره السلبية المتمثلة في العدوان على الآخرين، الكذب، السرقه، تخريب الممتلكات، عدم الامتثال للقوانين والقواعد، وذلك نظراً لطبيعة مرحلة المراهقة والتي تعد من أصعب وأخطر المراحل التي تمر على الفرد، فهي قنطرة عبور وعملية بيولوجية وتحول اجتماعي وثقافي في حياة الفرد أمور كلها تسير معاً جنباً إلى جنب بتناغم

واتساق والأهل عاجزون في أغلب الأحيان عن فهم طبيعة وحقيقة هذه المرحلة أو ظاهرة النمو الجديدة، في الوقت الذي يجب عليهم فيه مساعدة المراهق على اجتيازها بأمن وسلام، فالمراقبة ينظر إليها على أنها فترة عواصف وتوتر وشدة".

ومن هنا وبناءً على ما سبق توضيحه من آثار سلبية لاضطراب المسلك والتي تتجلى وتنتشر بمعدل مرتفع في مرحلة المراهقة نظراً لطبيعتها وخصائصها، مما يؤثر سلباً على سلوك المراهق، فكان لا بد من البحث عن أفضل الطرق الإرشادية والعلاجية والتي من خلالها نقدم المساعدة لهذه الفئة "المراهقين" في محاولة لتخطي هذه الأزمة السلوكية مما يساهم في الحد من انتشار اضطراب المسلك، ولقد كان العلاج المعرفي السلوكي أحد أهم العلاجات المقدمة في هذا المجال.

ولقد أشار كل من موريت (Moret, 1999: 32)، كراليك (Kralik, 2006: 45) إلى أن "الأفراد المصابون باضطراب المسلك يعانون من أعطاب وتشوهات معرفية فهم دائماً ما يسيئون فهم نوايا الآخرين ويفسرونها على أنها عدائية، كما يتبنون أفكار خاطئة ومحفزة على العدوان والكرهية للآخرين".

ويعمل العلاج المعرفي السلوكي على محاربة تلك الأفكار الخاطئة التي يتبناها الفرد والتي تجعله فريسة للاضطرابات النفسية، ومحاولة استبدالها بأفكار جديدة صحيحة وواقعية تساعده على التوازن النفسي وعلى ممارسة حياته بصورة طبيعية".

ومن خلال ما سبق يتضح أن الاضطرابات السلوكية تجد من مرحلة المراهقة تربة خصبة لتنمو فيها لما فيها من مواصفات وخصائص تساعدها على ذلك، ويعد اضطراب المسلك أحد الاضطرابات السلوكية التي تجعل من المراهقين فريسة لها لما يتصفون به في هذه المرحلة العمرية من اندفاع وتهور وتوتر شديد، وقد يحملون أفكار واتجاهات خاطئة يرونها صحيحة من وجهة نظرهم ويعاندون ويقامون الكبار من أجل تحقيقها فيظهر ذلك في أفعالهم وسلوكياتهم المعادية للمجتمع، والعلاج المعرفي السلوكي أحد العلاجات التي تخاطب الفكر والعقل ويعمل على استبداله الأفكار والاتجاهات الخاطئة بأخرى صحيحة، مما قد يساعد المراهق على تحسين سلوكه، هذا ما دفع الباحثة إلى إجراء هذه الدراسة عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين.

تحديد مشكلة الدراسة:

يعد اضطراب المسلك من أكثر مشكلات السلوك التي يعاني منها المراهق، الفاقد لهويته والمعاند لوالديه والمتمسك بأفكار خاطئة والتي تتبلور في سلوكيات خاطئة تؤدي به إلى

حياة مليئة بالخلل الاجتماعي والسلوك المضاد للمجتمع والتوافق السيء، علاوة على تلك المعاناة التي تمتد إلى والدي المراهق وأسرته وأقرانه ومدرسته والمجتمع ككل، فأفكار المراهق هنا تلعب دوراً هاماً ومؤثراً في توجيه سلوكه، لذا كان لابد من البحث عن علاج نفسي يعمل على تعديل الأفكار والمعتقدات التي يتبناها المراهق، والعلاج المعرفي السلوكي يعد من أهم وأفضل العلاجات المقدمة في هذا المجال فهو علاج قائم على محاربة المعتقدات اللاعقلانية وغير الواقعية واستبدالها بأفكار ومعتقدات عقلانية ملائمة للواقع وللمجتمع وقواعده ومعاييره، مما يساهم في خفض اضطراب المسلك لدى المراهق.

وانطلاقاً مما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:

✳ ما مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى

عينة من المراهقين؟

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين.

أهمية الدراسة:

(أ) الأهمية النظرية:

- تتبع أهمية الدراسة الحالية من خلال إلقاء الضوء على أحد الاضطرابات السلوكية الهامة وهو (اضطراب المسلك) والذي يعد مشكلة خطيرة يعاني منها المراهق في الوقت الراهن، وذلك من خلال عرض الباحثة لأهم الأطر النظرية لمفهوم اضطراب المسلك متضمناً ذلك أنماطه وخصائصه ومعرفة الأسباب المؤدية إليه والنظريات المفسرة له، بالإضافة إلى إلقاء الضوء على العلاج المعرفي السلوكي ومعرفة فاعليته في تخفيف اضطراب المسلك.
- كما تكمن أهمية هذه الدراسة من خلال تناولها لمرحلة عمرية هامة وهي مرحلة المراهقة، والتي يزداد معدل انتشار اضطراب المسلك فيها، نظراً لما تتصف به هذه المرحلة من انفعالات وتقلبات مزاجية وعناد وتمرد على الكبار ومحاولة لإثبات الذات بشتى الطرق، والمراهق هنا يحتاج إلى من يمد له يد العون لمساعدته على تخطي هذه الأزمات.

ب) الأهمية التطبيقية:

■ تتضح الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في مساعدة المراهقين للتغلب على الأفكار الخاطئة المستحوذة على أذهانهم والتي تعمل على ظهور اضطراب المسلك لديهم، وذلك من خلال برنامج علاجي معرفي سلوكي، مما ينعكس على خفض اضطراب المسلك لديهم.

تحديد مصطلحات الدراسة:

١- اضطراب المسلك **Conduct Disorder**:

وتعرفه الباحثة على أنه "نمط متكرر من السلوك ينطوي على تجاهل لحقوق الآخرين وللأنماط الاجتماعية للسلوك المقبول، وبالتالي فالعدوان على البشر والحيوانات وعدم الطاعة والسرقة والكذب والتخلف عن الامتثال للقواعد والقوانين هي محاور أساسية لهذا النوع من الاضطرابات السلوكية، والذي يمارس من قبل الأطفال والمراهقين".

ويعرف إجرائياً على أنه: الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس اضطراب

المسلك (إعداد الباحثة).

٢- برنامج العلاج المعرفي السلوكي:

ويقصد به في هذه الدراسة أنه "وسيلة من وسائل العلاج النفسي القائم على العلاج المعرفي السلوكي-، ويشمل البرنامج (٢٩) تسع وعشرون جلسة تقدم بصورة جماعية هذه الجلسات تعمل على تعديل التشوهات المعرفية التي يتبناها هؤلاء الأفراد والمرتبطة بالأفكار السلبية والسلوكيات الخاطئة لديهم، وذلك باستخدام مجموعة من فنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي كالتالي: إعادة البناء المعرفي، الضبط الذاتي، لعب الدور، قلب الدور، التعليم الذاتي، تغيير القواعد، صرف الانتباه، التخيل الذاتي والصور الذهنية، النمذجة، الاسترخاء، التعزيز الموجب، إيقاف التفكير، التعرض التدريجي، المقارنة الوظيفية للنفس وسجل حساب النفس الإيجابي، أسلوب المحاضرة والمناقشة، أسلوب حل المشكلات، أسلوب الواجب المنزلي.

الإطار النظري:**أولاً: اضطراب المسلك Conduct Disorder :****١- تعريف اضطراب المسلك :**

يعرف اضطراب المسلك كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (-DSM 96: 1994, IV) للاضطرابات النفسية والأمراض العقلية والصادر عن الجمعية الأمريكية لطب النفسي على أنه "نمط دائم من السلوك والذي فيه يتم انتهاك الحقوق الأساسية للآخرين والمعايير والقواعد الاجتماعية الرئيسية المناسبة للفئة العمرية".

أيضاً ينظر إلى اضطراب المسلك في المعجم الموسوعي لمصطلحات التربية لـ (فريد النجار، ٢٠١٢: ٢٥١) على أنه "سلوك فوضوي مقلق اجتماعياً وغير مقبول يجعل الفرد في حالة من سوء التوافق مع ذاته ومع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه".

كذلك عرف بيركوت وآخرون (Berkout, 2012: 505) اضطراب المسلك على أنه "سلوك ضار بالآخرين ومخترق للأسس الاجتماعية ويصل إلى مستوى من العنف والأضرار البعيدة عن كل التوقعات ويتصف بالاستمرارية والتكرار".

ومن خلال ما سبق يمكن للباحثة أن تعرف اضطراب المسلك على أنه "نمط متكرر من السلوك ينطوي على تجاهل لحقوق الآخرين وتجاهل للأنماط الاجتماعية للسلوك المقبول، وبالتالي فالعدوان على البشر والحيوانات وعدم الطاعة والسرقه والكذب والتخلف عن الامتثال للقواعد والقوانين، تعد محاور أساسية لهذا النوع من الاضطرابات السلوكية والذي يمارس من قبل الأطفال والمراهقين".

٢- أسباب اضطراب المسلك :**أ) الأسباب البيولوجية:**

نكر كريستانسون وسورمان (Kristiansson & Sorman, 2008: 39) أنه "على الرغم من أنه من غير المحتمل أن يكون لبعض السلوكيات علاقة بالعوامل الوراثية أو البيولوجية، إلا أن هناك بعض الرؤى التي تشير إلى دور العوامل البيولوجية أو الوراثية في ظهور اضطراب المسلك، فمثلاً قصر القامة أو لون الشعر والبشرة، وبعض عيوب النطق والكلام التي قد يتميز بها بعض التلاميذ في المدرسة تعد سبب غير مباشر لظهور هذا الاضطراب، فمضطربي المسلك يعتبرون هؤلاء التلاميذ فريسة لهم يمارسون عليها اضطراب المسلك".

واقترح هوبتمان وآخرون (Hoptman et al., 2002: 12) وكيم وآخرون (Kim et al., 2006: 713) "مجموعة من المؤثرات البيولوجية الأخرى يمكن أن تكون عوامل لتقدم اضطراب المسلك، ومنها العيوب الخلقية وإصابات الرأس ونقص الوزن عند الولادة، وكذلك تدخين الوالدين وخاصة الأم أثناء الحمل وتعاطي الأم للكحوليات والمخدرات، ومع ذلك فمن المستحيل أن نفصل بين هذه العوامل الوراثية والعوامل البيئية والاجتماعية الأخرى المتعلقة باضطراب المسلك فهناك تفاعل بين الوراثة والبيئة".

ب) الأسباب الأسرية:

تعتبر الأسباب الأسرية من الأسباب التي لها النصيب الأكبر في حدوث اضطراب المسلك فلقد أشار العديد من الباحثين أمثال كيم وآخرون (Kim et al., 2003: 713) وشريك وكارفر (Shirk & Karver, 2005: 455) وهود وإبيرج (Hood & Eyberg, 2009: 459) إلى أن "المشاكل الأسرية هي من أهم عوامل حدوث اضطراب المسلك، فلقد اتضح أن هذه العوامل لها تأثير على حوالى ٣٠ : ٤٠% من اضطراب المسلك، فعوامل الأسرة التي يمكن أن تؤثر على نمو اضطراب المسلك قد تتمثل في مستوى المشاركة الوالدية، وإدارة الصراع، أو الظروف غير المواتية أو القاسية". وأكد فوفاندر وآخرون (Hofvander et al., 2011: 281) على عدة نقاط داخل الأسرة ترتبط بشكل مباشر باضطراب المسلك.

- ١- السلوك الوالدي المنحرف أو الإجرامى وإدمان الكحوليات.
- ٢- العلاقات المختلفة والتي تنعكس فى شكل قبول أقل، ودفء أقل، وتعاطف ودعم وجدانى أقل وارتباط أقل بالأسرة.
- ٣- الصعوبات الأسرية مثل المشاركة المنخفضة فى أنشطة الأسرة، والسيطرة الواضحة من عضو واحد من الأسرة.
- ٤- العلاقات الوالدية السيئة والصراع بين الأشخاص والعدوان.
- ٥- الإشراف الوالدى السيئ والمراقبة الضعيفة مع معرفة ضعيفة عن أحوال الطفل وأماكنه.

ج) الأسباب المدرسية:

اتفق كل من موريل ومارى (Morell, & Murray, 2003: 480) وجوتفردسون وآخرون (Gottfredson et al., 2002: 581) وسنيدر وآخرون (Snyder et al., 2005: 27) على أن "هناك عوامل فى بيئة المدرسة يمكن أن تعمل على تسهيل المزيد من التطور تجاه اضطراب المسلك لدى الأطفال والمراهقين، ففناء المدرسة على سبيل المثال يمكن

أن يصبح ميداناً لسلوك منحرف مبكر، فهناك أمور تحدث في فناء المدرسة قد تغفل عنها إدارة المدرسة كالعدوان اللفظي والبدني والشجار بين التلاميذ والتحرش والسرقة".

كذلك أشار كل من روتر (Rutter, 2003: 5) ووالتون (Walton, 2009: 1683) إلى أن "ضعف الإشراف ونقص الرقابة من المعلمين ومن هيئة المدرسة للتلاميذ داخل حجرة الدراسة وفي الطرقات وفي فناء المدرسة يجعل هذه الأماكن في أوقات كثيرة هي الأماكن الأنسب لممارسة العدوان والسلوكيات المنحرفة لذلك فعلى هيئة المدرسة أن توفر الإشراف الكافي على التلاميذ خلال فترات الفسحة، وفي أثناء الأنشطة وفي حجرة الدراسة، مما يعمل على خفض السلوكيات العدوانية للتلاميذ ويساعد على الالتزام بقواعد ونظام المدرسة".

د) أسباب متعلقة بجماعة الأقران:

لا يمكن إنكار الدور الذي تلعبه جماعة الأقران في تطور اضطراب المسلك، فبالرغم من الدور البارز لكل من الأسرة والمدرسة إلا أن جماعة الأقران تساهم في الأخرى بدور ليس بصغير في تشكيل سلوك الفرد.

فلقد أشار كل من فيندينج وآخرون (Findling et al., 2000: 887) وتارجي (Turgay, 2004) إلى أن "القرين الذي لديه سلوك منحرف يشكل عامل خطورة على بث العدوانية بين الأفراد، ولقد وجد أن الرفض المبكر للقرين له علاقة باضطراب المسلك، كما أن العنف يرتبط أيضاً بالمسلك العدواني، أو التعرض للمعاملة القاسية، فكل من المستبدين والضحايا متشابهين في رد الفعل العدواني، ولكن توجد استباقية العدوان عند المستبدين فقط، فكون القرين مستبداً يعني أن هذا مرتبط عنده بسلوك منحرف".

هـ) الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية:

لا يستطيع أن يعيش الإنسان منفصلاً عن بيئته ومجتمعه الذي يعيش فيه، كذلك ما يوجد داخل هذا المجتمع من ثقافات وعوامل أخرى كلها تساعد في تكوين شخصية الفرد، وقد تدفعه إما في طريق المرض النفسي أو السواء النفسي.

فلقد ذكر روتر وآخرون (Rutter et al., 2006: 289) أن "هناك العديد من الظروف الاجتماعية المعادية والتي تعمل وبشدة على أن يتطور السلوك المنحرف، حيث يشارك الفقر والجيران غير المهذبين والمدارس غير المؤهلة والصراعات داخل الأسرة في ظهور اضطراب المسلك".

وذهب مانوزا وآخرون (Mannuzza et al., 2008: 239) إلى أن "كثيراً من المشاكل الاجتماعية التي فرضت على الأفراد ليس فقط بسبب الفقر أو الدخل المنخفض للأسرة، بل أيضاً بسبب التخلي عن المثل العليا مثل الطاعة والاحترام، أيضاً وجد أن الوالدين الذين يقطنون المساكن المزدهمة بالمناطق السكنية الفقيرة لا يستطيعون أن يوفرُوا الحماية والرقابة المطلوبة لأطفالهم الصغار كما يرغبون، فهم يضطرون إلى أن يدعوهم يخرجون من المنزل ويجوبون الطرقات ليتمكنوا من التباحث والتناوش بين مجموعة من الأقران المحرومين المشابهين لهم مما يجعلهم أكثر عرضة للدخول في طريق الانحراف".

٣ - الآثار السلبية المترتبة على اضطراب المسلك :

ذكر جيليز (Giles, 2003: 49) وإيفانز (Evans, 2010: 150) أن "ظهور مشكلات اضطراب المسلك في سن مبكر يؤدي إلى التنبؤ بعدد من المشكلات في سن البلوغ، فمن المتوقع أن يعاني مضطربي المسلك مستقبلاً من صعوبات شديدة في التعليم، وضعف أو قصور في العلاقات الاجتماعية وصعوبات شديدة في العمل والموارد المالية، هذا ومن بين النتائج السلبية التي من المتوقع أن تظهر في سن البلوغ العنف والإيذاء وسوء استعمال الأدوية وارتفاع معدلات الذهان والوفاة المبكرة وشخصية مضادة للمجتمع، والتشرد والإيذاء الجنسي والتدخين".

واتفق كل من رادو (Radu, 2009: 59) ومالكولم (Malcolm, 2010: 38) على أن "اضطراب المسلك له عواقب رئيسة مستمرة بالنسبة للطفل والأسرة والمدرسة، فالأطفال ذوو اضطراب المسلك معرضون لخطر رفض القرين المتزايد والإيذاء الوالدي والتكيف السيئ مع المدرسة وفشل في الدراسة، حيث يظهر الأطفال ذوو اضطراب المسلك ضعف في القدرة على التكيف داخل الفصل، ويرتبط قصور المستوى الدراسي والمهارات الاجتماعية بضعف علاقات الأقران وكذلك انخفاض في مستوى الإنجاز الأكاديمي، وقد يتصرف الأطفال ذوو اضطراب المسلك بعنف في المدرسة على سبيل المثال (الشجار والتخويف والاعتداء البدني)، مما يستدعي التحويل إلى المجالس التأديبية وقد يسفر ذلك عن وقفة لفترة أو فصله نهائياً من المدرسة، للسيطرة على الانضباط في المدرسة، ويتغيب هؤلاء الأطفال بشكل متكرر ويتعرضون إلى الفشل في التخرج من المدرسة الثانوية، وقد يلي ذلك كله الارتباط بمجموعة منحرفة والقيام بأعمال معادية للمجتمع".

وبناءً على ما سبق ونتيجة لهذا الخلل الذي يصيب المراهقون في تفكيرهم واتجاهاتهم، والذي يتسبب في الاستجابات السلوكية غير التوافقية، والتي من أمثلتها اضطراب المسلك، كان

على الباحثة أن تلقي الضوء على العلاج المعرفي السلوكي على اعتبار أنه علاج حديث نسبياً، ويمكن الاستفادة منه في تقديم خدمة علاجية للمراهقين مضطربي المسلك. وسوف نتناول الباحثة العلاج المعرفي السلوكي في السطور القادمة بشيء من التفصيل:

ثانياً : العلاج المعرفي السلوكي

مفهوم العلاج المعرفي السلوكي :

حيث عرف بيك (Beck, 1976: 157) العلاج المعرفي السلوكي على أنه "عبارة عن مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك وتتمثل هذه المبادئ في أن العوامل المعرفية (التفكير - التخيل - التذكر) ذات علاقة بالسلوك المضطرب وظيفياً، وأن تعديل هذه العوامل يكون شرطاً أساسياً لإحداث أى تغيير في السلوك. فالسلوك المضطرب ناتج عن نماذج تفكير منحرفة تم الإبقاء عليها. ويقدم بيك في هذا السياق مفاهيم ثلاثة أساسية وهي الأحداث المعرفية Cognitive Events، العمليات المعرفية Cognitive Processes والأبنية المعرفية Cognitive Structures".

وعرف (عادل عبد الله، ٢٠٠٠: ١٧) العلاج المعرفي السلوكي على أنه "اتجاه علاجي حديث نسبياً، يقوم على أساس الدمج بين العلاج المعرفي بفتياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يتضمنه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد. إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي. كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض، تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية مختلفة وظيفياً، تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض، وما يترتب عليها من ضيق وكرب. وبنفس المنطق يتحمل المريض مسؤوليته الشخصية في إحداث التغيير العلاجي، من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية، وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية".

وأشار بورز (Powers, 2012: 12) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يعرف على أنه "شكل قصير الأجل للعلاج القائم على النظرية والطريقة التي نعتقد أنها تؤثر على كيفية شعورنا بشكل انفعالي، ويهتم بالتفكير الحالي والجوانب السلوكية والتواصل وليس الخبرات السابقة ويتوجه نحو حل المشكلات".

المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي:

وأشار (عادل عبد الله، ٢٠٠٠: ٢٣) إلى أن "هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه المعرفي السلوكي في العلاج تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منهم من جوانب. وتتمثل تلك المبادئ فيما يلي:

- ١- إن العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- ٢- إن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.
- ٣- إن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سيء.
- ٤- إن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بها.
- ٥- إن العمليات المعرفية تندمج معاً في نماذج سلوكية.

أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

أوضح بيك (Beck, 2000: 174) أن أهداف العلاج المعرفي السلوكي هي:

- أن يصبح الفرد واعياً بما يفكر فيه.
- أن يستبدل الفرد الأحكام المختلفة بالأحكام الصحيحة والدقيقة.
- أن يستطيع الفرد أن يميز الأفكار المشوهة لديه.
- أن يتوفر عند الفرد التغذية الراجعة والتي تنبئه بمدى صحة ما حققه من تغير.

هذا وأشار كل من (طارق النجار، ٢٠٠٥: ٥١)، و(علاء فرغلي، ٢٠٠٨: ٦٠) إلى "أن العلاج المعرفي السلوكي يرمى إلى تعليم الأفراد فحص وتقييم أفكارهم واتجاهاتهم، ومن ثم تغييرها للأفضل، بالإضافة إلى تعليمهم استراتيجيات سلوكية تساعدهم على التخلص من مشاكلهم، كذلك الهدف من هذا العلاج يكون مساعدة الأفراد على زيادة الدافعية للأداء، وزيادة وعيهم بذواتهم وتنمية مهاراتهم وجعل رؤيتهم للمشاكل أكثر موضوعية".

الخطوات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:

نكر (علاء فرغلي، ٢٠٠٨: ٥٢-٥٣) الخطوات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي وهي:

- **تحديد الخبرة أو الموقف المرتبط بالحالة النفسية:**
وفيها يتم التعاون مع المريض للتعرف على الموقف المباشر المرتبط بحدوث الحالة الانفعالية السيئة التي يمر بها وقد يكون هذا الموقف من قبل (افتقاد الأهل، وفاة أحد المقربين، فشل في الدراسة.... وغيرها).
- تسجيل الحوارات الداخلية والتفسيرات الآلية للموقف، حيث يتعلم المريض كيف يدرك الحوارات التي تدور في ذهنه وتفسيراته المختلفة للحدث.

- تحديد التفسيرات السلبية.
 - أى التفسيرات غير المنطقية والتي تفتقد إلى الدليل الموضوعي.
 - تسجيل المشاعر التي تتمك الشخص نتيجة للتفسير غير المنطقي.
 - تسجيل النتائج السلوكية التي نتجت أو قد تنتج عن التفسير المنطقي.
- وقد تكون النتائج السلوكية غير المرغوب فيها : العدوان، أو إظهار الاحتقار لرئيسه، أو مخاوف أو أرق وفقدان شهية.....إلخ.
- دحض الفكرة السلبية وتفنيدها واكتشاف ما فيها من خطأ، وبالتالي يكون الطرق ممهداً لنستبدل بها أفكار واقعية ومعقولة تلائم الموقف.
 - التفسيرات والأفكار العقلانية التي ظهرت بعد عملية التنفيذ والدحض، بما فى ذلك التفسير الجديد للموقف والاتجاهات نحو الذات والمواقف الخارجية.
 - تسجيل المشاعر المصاحبة للتفسير العقلانى البناء: وهى من شأنها أن تساعد الفرد على التكيف الجديد مع الموقف أو القيام بمزيد من الجهد والنشاط لتعديل النتائج السلبية التي قد تكون مرتبطة بالموقف.
 - تسجيل النتائج السلوكية التي تنتج عن التفسير العقلاني:
- ومن المفترض أن تكون النتائج السلوكية ذات جانب إيجابي وتحفز على النشاط والعمل الإيجابي لمعالجة المشكلة أو السيطرة على نتائجها السلبية بأقل قدر ممكن من المعاناة النفسية والاجتماعية.
- أيضاً من خلال العرض السابق لاضطراب المسلك والعلاج المعرفي السلوكي ، ترى الباحثة أن اضطراب المسلك أحد الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها المراهقون والتي تحتاج إلى علاج والمتمثل هنا في العلاج المعرفي السلوكي، لذا سوف تتناول الباحثة في السطور القادمة العلاج المعرفي السلوكي واضطراب المسلك والمراهقون.
- ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف اضطراب المسلك:**

أشار فينزي وآخرون (Finzi et al., 2011: 918) إلى أن "اضطراب المسلك لدى المراهقين يمثل عائناً في سبيل تقدمهم الدراسي وتحقيق أهدافهم في الحياة، حيث أنه من الممكن أن يتطور في المستقبل إلى سلوك مضاد للمجتمع، وما يساعد على ذلك هو أن مرحلة المراهقة تتميز بأنها فترة تغير شامل في جميع جوانب النمو للمراهق، واجتياز المراهق لهذه المرحلة بسلام

يؤذن بأنه سوف يكون في حياته صحيح النفس، قوي الشخصية، أما إذا لم يخرج منها المراهق سليماً فإن ذلك يؤذن بأوخم العواقب على تكوينه النفسي وسلوكه الاجتماعي في المستقبل".

لذا فالبحث عن العلاج أمر هام وفي هذا الشأن أكد كل من موبوفو وكريستال (Mopofu & Crystal, 2004: 25)، وأبشي وآخرون (Apsche et al., 2004: 360)

على أن "العلاجات النفسية هي الدعامة الأساسية في معالجة مشكلات اضطراب المسلك، وهناك أنواع مختلفة من العلاجات النفسية الموجودة والتي قدمت للأفراد ذوي اضطراب المسلك، ومن ضمن هذه العلاجات العلاج السيكودينامي والعلاج المتمركز على العميل والعلاج الأسري، وعلاجات اللعب والمداخل الانتقائية والعلاج المعرفي السلوكي، ولكن من المهم أن نميز أيهم أكثر فاعلية لعلاج اضطراب المسلك".

أيضاً أكد كازدن وويسز (Kazdin & Weisze, 2003: 27) وأبشي وآخرون وباس (Apsche & Bass, 2006: 384) على أن "الباحثين في العلاج المعرفي السلوكي قد قيموا

تجريبياً العديد من التدخلات من أجل معرفة مدى فاعليتها في معالجة اضطراب المسلك، ولقد توصلوا إلى أن العلاجات السلوكية المعرفية هي من أفضل العلاجات النفسية التي قدمت لهذا النوع من الاضطرابات على مدار عقدين تقريباً، كما أشاروا إلى أن أهمية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب المسلك تكمن في أنه يعالج كلاً من الفرد والسياقات التي تسبب وتعزز اضطراب المسلك فهو يتعامل مع المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تسبب الاضطراب".

ولقد تبين وفقاً لما ذكره أبشي (Apsche, 2005: 32) أن "المراهقين ذوي اضطراب المسلك غالباً ما يتبنون أفكار ومعتقدات خاطئة يوجهون سلوكهم وفقاً لها وهذا ما أدى بهم إلى اضطراب المسلك".

ومن هنا اختصت الباحثة العلاج المعرفي السلوكي من بين العديد من العلاجات التي قدمت للمراهقين ذوي اضطراب المسلك، فهو علاج قائم في الأساس على تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى الشخص واستبدالها بأفكار ومعتقدات جديدة وصحيحة تساعده على التوازن النفسي، ولأن المراهقين ذوي اضطراب المسلك كما سبق وأوضحنا قد يعانون من تشوهات في الأفكار والمعتقدات وأعطاب في نظامهم المعرفي، أيضاً انتشار هذا الاضطراب لدى المراهقين؛ نظراً لطبيعة مرحلة المراهقة وطبيعة خصائصهم، كل هذا حفز الباحثة على اختيار العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف اضطراب المسلك لدى المراهقين.

الدراسات السابقة:

قامت الباحثة بالاطلاع على العديد من الدراسات و البحوث التي تناولت العلاج المعرفى السلوكى لتخفيف اضطراب المسلك و يمكن عرضها على النحو التالى:

١- دراسة سيغال Sihgal (٢٠٠٤):

عنوان الدراسة: "إدارة اضطراب المسلك من خلال التدخل المعرفى السلوكى".

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى إدارة اضطراب المسلك لدى المراهقين، وشارك فى الدراسة الحالية ٢٠ مراهقاً من المدارس الحكومية تم تقسيمهم إلى مجموعتين الضابطة والتجريبية، واستخدم فى هذه الدراسة مقياس لاضطراب المسلك وبرنامج العلاج المعرفى السلوكى مكون من ٢٣ جلسة لمدة ٩ أسابيع، توصلت نتائج الدراسة إلى أن برنامج العلاج المعرفى السلوكى المستخدم فى الدراسة قد حقق فاعلية كبيرة فى التقليل من اضطراب المسلك لدى عينة الدراسة من المراهقين.

٢- دراسة أبشى وآخرون, Apsche et al. (٢٠٠٥):

عنوان الدراسة: "مراجعة لمقارنة تجريبية لإثنين من العلاجات لمراهقين ذكور مصابون باضطراب المسلك واضطراب الشخصية: علاج إخماد المزاج والعلاج المعرفى السلوكى"

هدفت الدراسة الحالية إلى المقارنة بين فاعلية نوعين من المداخل العلاجية وهما العلاج المعرفى السلوكى وعلاج إخماد المزاج لمراهقين ذكور لديهم اضطراب المسلك واضطراب الشخصية، اشتملت عينة الدراسة على ٤٠ من المراهقين الذكور تم تقسيمهم إلى قسمين: عينة العلاج المعرفى السلوكى وشارك فيها ١٩ مراهقاً، وعينة إخماد المزاج وشارك فيها ٢١ مراهقاً، استخدم فى هذه الدراسة مقياس لاضطراب الشخصية، ومقياس لاضطراب المسلك، وبرنامج العلاج المعرفى السلوكى، برنامج إخماد المزاج، توصلت نتائج الدراسة إلى أثبتت فاعلية كلا النوعين من العلاج فى علاج اضطراب المسلك واضطراب الشخصية، العلاج المعرفى السلوكى حقق فاعلية أكبر من علاج إخماد المزاج فى علاج اضطراب المسلك واضطراب الشخصية.

٣- دراسة كوجل Koegl (٢٠٠٨):

عنوان الدراسة: "تقييم أحد البرامج السلوكية المعرفية للأطفال ذوى اضطراب المسلك".

هدفت الدراسة الحالية إلى اختبار فاعلية أحد العلاجات السلوكية المعرفية متعددة الأوجه مع الأطفال ذوى اضطراب المسلك، شارك فى الدراسة ٤٠ طفلاً من الأطفال المحالين إكلينيكياً منهم ٢١ ذكراً و١٩ أنثى تتراوح أعمارهم ما بين ٦-١١ عاماً تم تقسيمهم إلى

مجموعتين مجموعة تجريبية وضابطة، واستخدم في هذه الدراسة مقياس اضطراب المسلك، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك لدى الأطفال، توصلت نتائج الدراسة إلى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس اضطراب المسلك لصالح متوسط درجات الذكور، تدعم نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب المسلك لدى الأطفال، الأطفال الأكبر سناً ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٠-١١) سنة يتضح لديهم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بصورة أعلى لأنهم يمكنهم الاستفادة من الجوانب المعرفية أكثر.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق الذي قدمته الباحثة لعدد من الدراسات التي تناولت بعض العلاجات المقدمة للأفراد ذوي اضطراب المسلك خاصة العلاج المعرفي السلوكي، يمكن للباحثة أن تقدم التعليق التالي:

أشارت العديد من الدراسات كدراسة كوجل (Koegl, 2008)، سيفال (Sehgal, 2004)، أبشى وآخرون (Apsche, et al., 2005)، إلى بعض الأنواع من العلاجات المختلفة التي قدمت للأفراد ذوي اضطراب المسلك ومنها العلاج المعرفي السلوكي وعلاج إخماد المزاج وعلاج التدريب على المهارات الاجتماعية.

عقدت دراسة وأبشى وآخرون (Apsche, et al., 2005)، مقارنة بين ثلاثة من العلاجات المختلفة المقدمة لذوي اضطراب المسلك، ولقد أفادت نتائج هذه الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي يعد من أفضل العلاجات التي يمكن أن تقدم للأفراد الذين يعانون من اضطراب المسلك.

كلما كان الأطفال أكبر سناً كلما استفادوا من العلاج المعرفي السلوكي وذلك وفقاً لدراسة كوجل (Cogel, 2008)، وذلك لأنهم في هذه الحالة يمكنهم التعامل مع الجوانب المعرفية والاستفادة منها بصورة أفضل.

ألقت دراسة دراسة أبشى وآخرون (Apsche, et al., 2005)، الضوء على الاضطرابات المصاحبة لاضطراب المسلك، فقد يكون اضطراب المسلك مصاحب بالاكنتاب أو اضطرابات في الشخصية.

فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب المسلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في اتجاه القياس البعدي.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب المسلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في اتجاه المجموعة التجريبية.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس التتبعي على مقياس اضطراب المسلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي في اتجاه المجموعة التجريبية.
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي وقياس المتابعة للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب المسلك.

إجراءات الدراسة:**أ) عينة الدراسة:**

اشتملت عينة الدراسة على (١٤) أربعة عشر طالب من الطلاب الذكور المراهقين مضطربي المسلك ممن يدرسون بالصف الأول الثانوي بمدرسة الثانوية بنين بمدينة بنها، تتراوح أعمارهم ما بين (١٥-١٦) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين:

- ✱ المجموعة التجريبية وقوامها (٧) سبعة طلاب.
- ✱ المجموعة الضابطة وقوامها (٧) سبعة طلاب.

أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في دراستها الأدوات الآتية:

- ١- مقياس اضطراب المسلك لدى المراهقين. إعداد/ الباحثة.
 - ٢- برنامج العلاج المعرفي السلوكي. إعداد الباحثة.
- وفيما يلي عرض لكل أداة من أدوات الدراسة بشيء من التفصيل.

الأداة الأولى: مقياس اضطراب المسلك لدى المراهقين. إعداد الباحثة.

لإعداد هذا المقياس اتبعت الباحثة الخطوات التالية:

- ١- الاطلاع على العديد من الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب المسلك لدى المراهقين ولدى غير المراهقين وذلك للاستفادة منها في بناء المقياس.

- ٢- الاطلاع على المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك وفقاً لما صدر في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM- TV) للاضطرابات النفسية والأمراض العقلية.
- ٣- الاطلاع على العديد من المقاييس التي تناولت اضطراب المسلك للاستفادة منها أثناء الإعداد للمقياس ومنها:
- مقياس اضطراب المسلك لدى الأطفال (نعمات شعبان، ٢٠٠٧).
 - مقياس اضطراب المسلك لدى المراهقين (هالة خيري، ٢٠٠٨).
 - مقياس اضطراب المسلك لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة. (حنان عثمان، ٢٠١١).
 - مقياس اضطراب المسلك لدى المراهقين (باكر Baker, 2010).
 - مقياس اضطراب المسلك لدى المراهقين (فينزي وآخرون، 2011 Finzi et al.).
- ٤- قامت الباحثة بإعداد سؤال مفتوح وذلك بهدف التعرف على مظاهر اضطراب المسلك لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، حيث قامت الباحثة بتطبيق السؤال المفتوح على عينة قوامها (٧٠) سبعون طالباً طالب من طلاب المرحلة الثانوية ذكور) ممن يدرسون في الصف الأول الثانوي بمدرسة حسان بن ثابت بمدينة بنها، وتم صياغة السؤال المفتوح كما يلي:
- ما السلوكيات التي مارستها على زملائك وقمت من خلالها بمضايقتهم والاعتداء عليهم وعلى ممتلكاتهم؟
- ٥- من خلال الاستجابات والاطلاع على المقاييس السابقة، وكذلك ما توفر للباحثة من دراسات استقرت على أبعاد مقياس اضطراب المسلك لدى المراهقين وهي على النحو التالي:
- البعد الأول: العدوان على البشر والحيوانات.
 - البعد الثاني: تدمير ممتلكات الآخرين..
 - البعد الثالث: الكذب والسرقة.
 - البعد الرابع: انتهاك القواعد والقوانين.
- ٦- تم إعداد الصورة الأولية لمقياس اضطراب المسلك لدى المراهقين في (٢٥) خمسة وعشرين موقفاً موزعة على أربعة أبعاد كما يلي:
- البعد الأول: العدوان على البشر والحيوانات ويتضمن (٦) ستة مواقف.
 - البعد الثاني: تدمير ممتلكات الآخرين ويتضمن (٧) سبعة مواقف.
 - البعد الثالث: الكذب والسرقة ويتضمن (٦) ستة مواقف.
 - البعد الرابع: انتهاك القواعد والقوانين ويتضمن (٦) ستة مواقف.
- ٧- صدق المقياس: لحساب صدق المقياس، تم استخدام صدق المحكمين، الصدق الظاهري، صدق المقارنة الطرفية، صدق الاتساق الداخلي، وصدق المحك.

أ) صدق المحكمين:

تم عرض المقياس في صورته الأولى على مجموعة من السادة المحكمين من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس وعددهم (١١) أحد عشر محكماً، وذلك للحكم على المقياس من حيث سلامة وصياغة المواقف، ومدى انتماء كل موقف للبعد الخاص به. ونتيجة لذلك لم يتم استبعاد أي موقف من مواقف المقياس لأن نسبة اتفاق السادة المحكمين لا تقل عن ٨٠% مع تعديل في الصياغة التي لا تؤثر على الموقف المصاغ. وبذلك استقر المقياس بعد المحكمين على (٢٥) خمسة وعشرين موقفاً موزعة على الأبعاد الأربعة الموضحة سابقاً.

ب) الصدق الظاهري:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة التقنين والتي قوامها (٤٠) أربعون طالباً من طلاب المرحلة الثانوية (ذكور) ممن يدرسون في الصف الأول الثانوي بمدرسة حسان بن ثابت بمدينة بنها، واتضح أن التعليمات الخاصة بالمقياس ملائمة وأن المواقف تتسم بالوضوح وسهولة الفهم.

٨- ثبات المقياس:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بعدة طرق وهي طريقة إعادة تطبيق الاختبار، أما الطريقة الثانية فكانت التجزئة النصفية، والطريقة الثالثة فكانت حساب معامل ألفا كرونباخ.

أ) ثبات المقياس بطريقة إعادة تطبيق المقياس:

تم تطبيق المقياس على أفراد عينة التقنين وعددها (٤٠) أربعون طالباً من طلاب المرحلة الثانوية ممن يدرسون في الصف الأول الثانوي بمدرسة حسان بن ثابت بمدينة بنها، ثم أعيد تطبيق المقياس بفاصل زمني (١٥) خمسة عشر يوماً بين التطبيق الأول والثاني على نفس العينة، فكان معامل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيق الأول والثاني هو (٠,٧٩٥) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

ب) ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية:

- تم حساب ثبات مقياس اضطراب المسلك بطريقة التجزئة النصفية بإتباع الخطوات الآتية:
- تطبيق المقياس على عينة التقنين وتصحيحه.
 - تجزئة المقياس إلى قسمين، يتضمن القسم الأول المفردات الفردية والقسم الثاني المفردات الزوجية لكل مفحوص على حدى.

- تم حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس وبلغت قيمته (٠,٧٥٤) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) تلا ذلك حساب معامل ثبات المقياس ويساوي (٢× معامل الارتباط)/(١+ معامل الارتباط) = ٠,٩٢١ وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يؤكد أن المقياس في صورته النهائية يتمتع بمعاملات صدق وثبات مناسبة.

الأداة الثانية: برنامج العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين:

قامت الباحثة بإعداد برنامج العلاج المعرفي السلوكي والذي يعتمد على فنيات وأساليب علاجية متنوعة، والتي تلتقى جميعها عند هدف واحد وهو التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين.

مصادر البرنامج:

اعتمدت الباحثة في بناء محتوى البرنامج العلاجي، ومادته العلمية، وفنياته العلاجية على مصادر عديدة، وهي:

١- الإطار النظري للدراسة الحالية والذي يلقي الضوء على كل من العلاج المعرفي السلوكي واضطراب المسلك لدى المراهقين.

٢- الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك.

٣- بعض البرامج العلاجية السابقة العربية والأجنبية والقائمة على أساس العلاج المعرفي السلوكي والتي تهدف إلى الحد من الاضطرابات السلوكية بصفة عامة واضطراب المسلك بصفة خاصة، ومن هذه البرامج:

- برنامج العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك لدى الأطفال، إعداد موبو (Mpfu, 2001).

- برنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض الغضب لدى مراهقين ذوي اضطراب المسلك، إعداد: ديكفمان (Dykfman, 2001).

- برنامج العلاج المعرفي السلوكي لمراهقين ذكور لديهم اضطراب مسلك وسلوكيات جنسية ارتكاسية، إعداد: أبشي وآخرون (Apshe et al., 2005).

- برنامج العلاج المعرفي السلوكي لمراهقين ذكور لديهم اضطراب المسلك واضطراب الشخصية: إعداد أبشي وكريستوفر (Aspche & Christopher, 2006).

- برنامج العلاج المعرفى السلوكى فى خفض مستوى الغضب لدى طلاب الجامعة، إعداد: (فكرى عسكر، ٢٠٠٧).
- برنامج العلاج المعرفى السلوكى للأطفال ذوى اضطراب المسلك، إعداد: كوجل (Kogel, 2008).
- برنامج العلاج المعرفى السلوكى لتعديل السلوك اللاتوافقى للفتيات مجهولات النسب إعداد (محمد محمود، ٢٠٠٨).

• الأسس النفسية والتربوية التى يقوم عليها البرنامج:

- ١- مراعاة الجانب الأخلاقى فى إعداد البرنامج من حيث احترام حق كل فرد فى التعبير عن رأيه بكل حرية، واحترام حقه فى العلاج النفسى.
- ٢- مراعاة خصائص المراهقين سواء النفسية أو الاجتماعية أو البدنية، واستعداداتهم وحاجاتهم وقدراتهم وميولهم.
- ٣- مراعاة أسس ومبادئ وأهداف وخطوات العلاج المعرفى السلوكى والتى تم توضيحها فى الإطار النظرى للدراسة والإطار النظرى للبرنامج الحالى.
- ٤- العمل على خلق جو من الألفة والثقة والاحترام المتبادل بين الباحثة وبين المشاركين فى الجلسات العلاجية مما يترتب عليه علاقة علاجية تعاونية.
- ٥- مراعاة أن يكون الأسلوب المستخدم فى الجلسات أسلوب سهل وبسيط ويصل إلى المشاركين فى الجلسات بسهولة.
- ٦- تهيئة المكان المناسب والأدوات والوسائل اللازمة لتطبيق البرنامج.
- ٧- العمل على تهيئة المشاركين فى الجلسات للوصول إلى درجة مناسبة من الرغبة فى المشاركة الفعالة فى الجلسات العلاجية.
- ٨- تستخدم الباحثة أسلوب المناقشة والحوار أثناء جلسات البرنامج وذلك بهدف تعديل الأفكار اللامنطقية وغير الصحيحة التى يتبنونها، مما يساعدهم على الاستبصار الذاتى وبلوغ الهدف من البرنامج.
- ٩- مراعاة التحقق من استعادة المشاركين فى الجلسات عقب انتهاء كل جلسة وذلك من خلال مناقشتهم وسؤالهم عما دار فى الجلسة وأيضاً من خلال استخدام أسلوب الواجب المنزلى.
- ١٠- استخدام أسلوب التعزيز الموجب (التدعيم الإيجابى) والتشجيع لدعم السلوكيات الإيجابية التى يأتى بها أفراد العينة.

▪ أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية إلى تخفيف اضطراب المسلك لدى أفراد المجموعة العلاجية من المراهقين، وذلك من خلال التعرف على الأفكار المشوهة والتي تسبب الاضطراب لديهم ومساعدتهم على تصحيح واستئصال التصورات والإدراكات الخاطئة وتعديل الأفكار السلبية وغير العقلانية وأخطاء التفكير لديهم وتعليمهم أنماط التفكير الإيجابي، والابتعاد عن التفكير السلبي، الأمر الذي يساعدهم على تعديل سلوكهم وتخفيف اضطراب المسلك لديهم.

▪ الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج:

سوف تستخدم الباحثة في البرنامج الحالي الأساليب والفنيات الآتية:

فنية إعادة البناء المعرفي، وفنية الضبط الذاتي، وفنية لعب الدور، وفنية قلب الدور، وفنية التعلم الذاتي، وفنية تغيير القواعد (مقاومة الينبيغيات)، وفنية صرف الانتباه، وفنية التخيل الذاتي والصور الذهنية، وفنية النمذجة، وفنية الاسترخاء، وفنية التعزيز الموجب وفنية إيقاف التفكير، وأسلوب المحاضرة والمناقشة، وأسلوب حل المشكلات، وأسلوب الواجب المنزلي.

أساليب المعالجة الإحصائية:

استخدمت الباحثة الإحصاء اللابارامتري المتمثل في اختبار ويلكوكسون للدالة

الإحصائية Wilcoxon Signed Test.

نتائج الدراسة:

1- نتيجة الفرض الأول: ينص الفرض الأول للدراسة على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب المسلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في اتجاه المجموعة التجريبية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test

للكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، ويلخص الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج.

جدول (1)

يوضح نتائج حساب قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة

التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لاضطراب المسلك

القياس	المجموعات	توزيع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
البعدي	تجريبية	السالبة	٠	٠	- ٢,٣٧٩	دالة إحصائياً عند ٠,٠١
	ضابطة	الموجبة	٧	٢٨		

ويتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب المسلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي في اتجاه المجموعة التجريبية، مما يشير إلى تحقق الفرض الأول.

٣- نتيجة الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب المسلك في اتجاه القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية. ويلخص الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج.

جدول (٢) يوضح قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي

رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لاضطراب المسلك

المجموعة	القياس	توزيع الرتب وعددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
التجريبية	القبلي	السالبة	٧	٤	٢,٣٧٨-	دالة إحصائياً عند ٠,٠١
	البعدي	الموجبة	٠	٠		

ويتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب المسلك، وذلك في اتجاه القياس البعدي، مما يشير إلى تحقق الفرض الثاني.

٣- نتيجة الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس التتبعي على مقياس اضطراب المسلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في اتجاه المجموعة التجريبية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس التتبعي. ويلخص الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج.

جدول (٣) يوضح قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لاضطراب المسلك

القياس	المجموعة	توزيع الرتب وعددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
التتبعي	التجريبية	السالبة	٠	٠	٢,٢٩٨-	دالة إحصائياً عند ٠,٠١
	الضابطة	الموجبة	٧	٢٨		

ويتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس التتبعي وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية، مما يشير إلى تحقق الفرض الثالث.

٤- ننتيجة الفرض الرابع: ينص الفرض الرابع على:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية في مقياس اضطراب المسلك.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية. ويلخص الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج.

جدول (٤) يوضح نتائج حساب قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لاضطراب المسلك

المجموعة	القياس	توزيع الرتب وعددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
التجريبية	البعدي	السالبة	٤,٢٨	١٧,٥	٠,٥٨٩-	دالة إحصائياً عند ٠,٠٥
	التتبعي	الموجبة	٣,٥	١٠,٥		

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والمتابعة لأفراد المجموعة التجريبية في مقياس اضطراب المسلك، مما يشير إلى تحقق الفرض الرابع.

مناقشة نتائج الدراسة:

أيدت النتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال التحليل الإحصائي، فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين. فلقد اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في اضطراب المسلك، بعد تطبيق البرنامج العلاجي في

اتجاه المجموعة التجريبية (تحقق الفرض الأول). كما اتضحت فاعلية البرنامج من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب المسلك، لصالح القياس البعدي (تحقق الفرض الثاني).

بل وأكدت النتائج استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين إلى ما بعد فترة المتابعة، حيث كشفت النتائج عن عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب المسلك (تحقق الفرض الثالث)، مما يؤكد على استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي إلى ما بعد فترة المتابعة.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات كل من ديكفمان (Dykfman, 2001)، مبوفو (Mopofu, 2001)، أبشي وآخرون (Apsche et al., 2004)، وروهدى (Rhode, 2004)، سيغال (Sigal, 2004)، أبشي وآخرون (Apsche et al., 2005)، أبشي وكريستوفر (Apsche & Christopher, 2006)، كوجل (Kogle, 2008)، ولقد أظهرت نتائج هذه الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي قد حقق نجاحاً كبيراً في خفض اضطراب المسلك.

وتفسر الباحثة ما توصلت إليه من نتائج إلى الدور الهام الذي قام به البرنامج العلاجي في مساعدة المراهقين ذوي اضطراب المسلك على أن يتعرفوا على الأفكار الخاطئة التي تستحوذ على أذهانهم وتدفعهم إلى ممارسات السلوكيات السلبية والمرفوضة والمتمثلة هنا في اضطراب المسلك، ثم القيام بتعديل هذه الأفكار واستبدالها بأفكار أخرى منطقية وصحيحة ومتناسبة مع مبادئ وقواعد مجتمعهم الذي يعيشون فيه.

فمن المعروف أن المراهق في أثناء مرحلة المراهقة يكافح وسط متغيرات ومتناقضات ثقافية واجتماعية، مما يسبب له كثيراً من الإحباط والصراع والقلق، فالمراهق يصر في هذه المرحلة على انتزاع اعتراف عالم الكبار به وبقيمته الاجتماعية، ومن ثم يدخل في صراع بينه وبينهم يتمثل في أشكال من التناقض الفكري، حيث يتبنى المراهق أفكار ومعتقدات يؤمن بصحتها ويسعى لتحقيقها، فيبرز هذا التناقض الفكري من خلال عدوانية المراهق وتمرده على جيل الآباء، رغبة منه في محاولة تثبيت هذه الصورة الرجولية ونفي تلك الصورة الطفولية، لذلك تنتشر في هذه المرحلة العديد من الاضطرابات السلوكية. (خليل ميخائيل، ٢٠٠٠: ٣٢٧)، (زينب سالم، ٢٠٠٧: ١٣)

أيضاً ترى الباحثة أن هذه النتيجة ترجع إلى مجموعة الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج العلاجي، حيث ساهمت هذه الفنيات والأساليب في مساعدة المراهق الذي يعاني من اضطراب المسلك على أن يعدل من سلوكه السلبي مع الآخرين من خلال تصحيح أخطاء التفكير لديه وتعليمه كيف يفكر بطريقة سليمة ومنطقية ومتناسبة مع الواقع المحيط به.

كذلك ترجع الباحثة هذه النتيجة إلى ما لاحظته على أفراد العينة من رغبة قوية في العلاج، والذي اتضح لدى الباحثة من خلال مناقشاتها وحواراتها معهم، ومن خلال أسئلتهم التي كانوا يوجهونها للباحثة، أيضاً من خلال التزامهم بكل ما طلبته الباحثة منهم من ضرورة الالتزام بمواعيد الجلسات، وأداء الواجبات المنزلية على أكمل وجه، ورغبتهم في أن يكون هناك من يعلمهم ويعلم غيرهم من زملائهم الآخرين هذه الفنيات والتدريبات في المدرسة؛ لأنها سوف تساعدهم كثيراً على تجنب العديد من الأخطاء وتوجههم إلى التفكير السليم، وبالتالي السلوك السليم.

أما عن استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة الدراسة من المراهقين، فتري الباحثة أن السبب في هذا يرجع إلى التأثير القوي الذي حققه البرنامج العلاجي لدى أفراد العينة حيث عمل البرنامج العلاجي على مساعدة أفراد العينة على تغيير طريقة تفكيرهم ونظرتهم لأنفسهم ولسلوكلهم الذي كانوا يقومون به دون وعي أو إدراك بأنها أفكار وسلوكيات خاطئة يترتب عليها آثار سلبية تضرهم وتضر من حولهم، كما ساهم البرنامج العلاجي بدور كبير جداً في تعديل الجوانب الأربعة التي يقوم عليها اضطراب المسلك دون تقصير في جانب على حساب الآخر، ابتداء من سلوك العدوان على البشر والحيوان ثم تدمير ممتلكات الآخرين مروراً بالكذب والسرقة وانتهاء بسلوك انتهاك القواعد والقوانين، حيث عمل البرنامج العلاجي على أن يصبح أفراد العينة على وعي بالسلوك الصحيح من خلال تحديد الأفكار السلبية التي تنال من عقولهم ومناقشتها معهم واستخدام الفنيات المناسبة لإقناعهم بعدم منطقيتها ومساعدتهم على تحويلها لأفكار إيجابية ملائمة للواقع الذي يعيشون فيه.

كما أن الواجبات المنزلية التي كانت تطلبها الباحثة من أفراد العينة، بالرغم من أنها كانت بمثابة وسيلة تأكيدية به تتحقق من خلالها الباحثة من مدى استفادة المشاركين معها في

الجلسات عقب كل جلسة، إلا أنها لها دور في المساعدة على استمرارية التأثير الإيجابي للبرنامج حيث تعلم أفراد العينة من خلالها ضرورة الربط بين ما تعلموه في الجلسات وواقع الحياة التي يعيشونها أثناء تطبيق البرنامج وفيما بعد.

أيضاً ما لمستته الباحثة في أفراد العينة من تحسن وتطور إيجابي في سلوكهم ورغبتهم في الاستفادة وإفادة غيرهم وسعادتهم بما توصلوا إليه وطلبهم من الباحثة أن يظلوا على اتصال بها عمل على استمرار فاعلية البرنامج العلاجي لديهم.

توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج و متضمنات فإنه يمكن الخروج ببعض التوصيات التالية:

- ١- ضرورة إعداد كوادر قادرة ومؤهلة للعمل مع المراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية.
- ٢- ضرورة اشتراك الأسرة مع المدرسة في تطوير خطة مناسبة في سبيل مواجهة المشكلات السلوكية لدى المراهقين.
- ٣- عمل ندوات إرشادية للوالدين لتدريبهم على كيفية التعامل مع أبنائهم المراهقين وما الأساليب التربوية السليمة لتربيتهم في هذه المرحلة العمرية الخطيرة؟ وكيفية إعدادهم للدخول في مرحلة الرشد.
- ٤- ضرورة وجود علاقة تعاونية ما بين والدي المراهق مضطرب المسلك والمعالج النفسي أثناء البرنامج أو الخطة العلاجية، الأمر الذي يساعد على تحقيق نتائج أفضل.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

حامد زهران (٢٠٠٥). علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)، ط٦، القاهرة : مكتبة عالم الكتب.
حمدان فضه (١٩٩٧). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي. مجلة كلية التربية،
جامعة بنها.

حنان عثمان (٢٠١٢). دراسة فاعلية برنامج إرشادي سلوكي للوالدين والمعلمين كمرشدين في
علاج اضطراب المسلك لدى عينة من الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة. مجلة
الإرشاد النفسي، ٣١ع، مصر، ص ص ٣٩٧ - ٤١٥.

خليل ميخائيل (٢٠٠٠). سيكولوجية النمو "الطفولة والمراهقة"، ط٤، الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.
زينب سالم (٢٠٠٧). مراهقون على كرسي الاعتراف: إدمان مخدرات - شذوذ جنسي - قلق -
غضب - خوف. ط (١)، عالم الكتب، القاهرة.

طارق النجار (٢٠٠٥). مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب الانتباه
وفرط الحركة (لدى عينة من الأطفال الصم). رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا
للطفولة، جامعة عين شمس.

عادل عبد الله (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي. أسس وتطبيقات، دار الرشد للنشر، القاهرة.
علاء فرغلي (٢٠٠٨). مهارات العلاج المعرفي السلوكي، ط٢، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
فريد النجار (٢٠١٢): المعجم الموسوعي لمصطلحات التربية: إنجليزي - عربي. مكتبة
لبنان، ناشرون.

نعمات شعبان (٢٠٠٧). تكنولوجيا الإخصاب خارج الرحم وعلاقتها باضطراب المسلك : دراسة
على عينة من أطفال الأنابيب في محافظة غزة، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس،
العدد ٣١، الجزء الأول، ص ص ١٦٧ - ٢١٢.

هالة خيرى (٢٠٠٨). اضطراب المسلك وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة كلية التربية، جامعة
حلوان، العدد ٢، الجزء الأول، المجلد الرابع عشر، ص ص ١١٥ - ١٧٢.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical
manual of mental disorder (4th ed), Washington, DC: Auther.

Apsche, J & Bass, C. (2006). Review and empirical comparison of three
treatments for adolescents males with conduct and personality
disorder: mode deactivation therapy, Convictive behavior therapy
and Social skills training *International Journal of Behavioral
and Consolation Therapy*, 2 (3). 382-398.

- Apsche, J. (2005). A review and empirical comparison of two treatment for adolescent males with conduct and personality disorder : mode deactivation therapy and cognitive behavior therapy . *international Journal Behavioral Consultation Therapy*, 1 (1), 27-45
- Apsche, J. , Bass, C & Murphy, C. (2004) An empirical Comparison of cognitive behavior therapy (CBI) and mode deactivation therapy (MDT) with adolescent males with conduct disorder and /or personality traits and sexually reactive behaviors. *The Behavior Analyst Today*, 5 (4), 359-371.
- Baker, K. (2010) Conduct disorder in children and adolescents. *International Journal of Behavioral*, 20, 73-78.
- Beck, A (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York : International University Press.
- Beck, A. T. Weishaar, M. E. (2000). Cognitive therapy . In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds), *Current Psychotherapies*, 6thed, Itasca, IL : Peacock , 241-272.
- Berkout, V., John, N. & Young, A. M. (2012). Mean Girls and Bad Boys: Recent Research on Gender Differences in Conduct Disorder. *Agression and Violent Behavior*, 16, 503- 511.
- Boesky, L. M. (2002). *Juvenile offenders with mental health disorders : Who are they and what do we do with them?* Lanham, MD : *American Correctional Association*.
- Connor, D., Glatt, S. & Lopez, I. (2002). Psychology and aggression. *Journal of American Academy of child and Adolescent psychiatry* , 41, 253- 261.
- Dudu, E. (2004). *The evaluation of multimodal Cognitive – behavioral approach to treating an adolescent with conduct disorder*. This thesis is submitted in partial fulfillment of requirements for amasser of arts degree in clinical psychology, Rhodes University.
- Dykfman, B. (2001). *Cognitive – behavior treatment of expressed anger in adolescents with conduct disorders*. Associate Professor of Counseling, Roosevelt University, 21 (4). 289-301.
- Evans, D. (2010). The challenge of treating conduct disorder in low – resourced settings : rap music to rescue. *Journal of child and Adolescent Metnal Health*, 22 (2), 145-152.

- Findling , R., McNamara, N . & Branicky, L. (2000). A double – blind Pilot Study of risperidone in treatment of conduct disorder. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry* , 42, 886-894.
- Finzi, R., Billu, R & Golubchik, P. (2011). Aggression and conduct in former soviet union immigrant adolescent : the role of Parenting style and ego identity .*children and youth Services Review*, 33, 918-926.
- Giles, M. J., (2003). Gender differences among adolescents with conduct disorder in response to day treatment or multisystemic therapy. Dissertation Submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of doctor of philosophy psychology, Walden university.
- Gottfredson, D., Wilson, D & Najaka, S. (2002). School-based crime prevention . *Layton Makenize (eds) Evidence – based crime prevention*, London : Routledge, 567-101.
- Hofvander, B Stahlberg, O., Nyden, A. , Wentz, E., degel, A., Billsted, E., Forman, A., Gilberg, C & Nilsson, T. (2011). life history of aggression scores are predicted by childhood hyperactivity , conduct disorder, adult substance abuse, and low cooperativeness, in adult psychiatric patients. *Journal of psychiatry*, 185, 280-285.
- Hood, K. & Eyberg, S. M. (2008) Outcomes of Parent- child interaction therapy. Other's reports on maintenance three to six years after treatment *journal of consulting and clinical psychology*, 68, 451-467.
- Hoptman, M., Volavka J., Johnson, G., Weiss, E., Bilder, R. & Lim, O. (2002). Frontal White matter microstructure, aggression and impulsivity in men with schizophrenia: preliminary study. *Biological Psychiatry*, 5(2), 9-14.
- Kazdin, A. E & Weisz, J. R. (2003). Evidenced based Psychotherapies for children and adolescents. *New York* : Guilford Press.
- Kim, S ., Lee, S., Yune, S., Sung, ., Bae, S., Chung, A., Kim J. & Lyoo, L. (2006). The relationship between the biogenetic temperament and character and Psychopathology in adolescents Psychopathology, 39, 80 – 86.
- Koegle, C (2008) Evaluation of targeted cognitive behavioral program for children with conduct problems. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 13 (3), 419-434.
- Kristiansson, M. & Smorman, K (2008). Autism Spectrum disorders – legal – and forensic psychiatric aspects and reflections. *Clinical Neuropsychiatry*, 5, 55-61

- Malcolm, C. P., Picchioni, M. M., Diforti, M., Surgranyes, G., Cooke, E., Joseph, C., Mcqueen, G., Paparelli, A., Stilo, S., O'connor, J. , Morgan, c. Murray RE. M & Hodgins, AS. (2010). Pre-morbid Conduct disorder Symptoms are associated with cannabis use among individuals with a first episode of psychosis, Kings's college London, *Department of forensic and neurodevelopmental Sciences* (Box Po23), *Institute of Psychiatry*, King's Health Partners, De Crespigny Park, London ES5, United Kingdom.
- Mannuzza , S Kolin, R. & Moulton, Z. (2008). Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder psychiatry research, 160, 237-246.
- Mash, E . J. & Wolfe, D. A. (2008). Abnormal Child Psychology (3rd) ed. Belmont, CA: Wadsworth, M., Williams, S., Share, D., Anderson, J. & Silva, P. (1986). The relationship between specific reading retardation, general reading backwardness and behavioral problems in a sample of delinquent boys: A Longitudinal study from five to eleven years. *Journal of child psychology and Psychiatry*, 47 597 -610.
- Mathias, C., Stanford , M., Marsh, D., Frisch, P., Moeller, G. Swann, A & Dougherty, D. (2007). Characterizing aggressive behavior with the impulsive / Premeditated aggression scale to the faculty of the graduate school of the university Texas at Arlington in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science in social work.
- Morell, J. & Murray, L. (2003). Parenting and the development from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *American journal of psychology*, 155 (4), 479-485.
- Moret, J. (1999). Defining conduct disorder and its contributing variables: intervention strategies to treat conduct disorder. Paper submitted to school of graduate studies in partial fulfillment on requirements for the degree of master of education, faculty of education.
- Morton, J. (2008). Understanding developmental disorders: Causal modeling approach. *Blackwell Publishing*, 350 main street, Malden, MA02148 5020, USA.
- Nelson, W. N. , Finch, A. J., & Hart , K. J. (2011). Conduct disorders : Practitioner's Guide to Comparative Treatments. *Springer Publishing Company*, New York.

- Powers, T. (2012). Internet – based cognitive behavioral therapy designed for social anxiety disorder : agrant– writing project. Adissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy, Capella university.
- Radu, I. (2009). Conduct disorder and its relationship to oppositional defiant disorder: Factors contributing to their development. Dissertation submitted to the graduate institute of professional psychology doctoral program in clinical psychology university of Hartford in fulfillment of the requirements for the degree of doctor of psychology.
- Rutter, M. (2003). Conduct disorder : future directions . In hill and Mandan (Eds), Conduct disorder in childhood and adolescence (553-572). *New York* : Cambridge University Press.
- Rutter, M., Kim – Cohen, J. & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life *journal of child psychology and psychiatry*, 47, 276-295.
- Sehgal, R. (2004). Management of conduct disorders through Cognitive behavioral behavioral intervention. *Psychological Studies*, 49 (1), 69-72.
- Shirk, S. R. & Karver, M. (2005). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: amentia-analytic review – *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 71, 452-464.
- Soderstrom, H., Sjadin, A., Carlsted, A. & Forman, A. (2004). Adult psychopathic Personality with childhood – onset hyperactivity and conduct disorder: central problem constipation in forensic psychiatry. *Psychiatry Research*, 12, 271-280.
- Strous, R., Maayan, R., Kaminsky, M., Blumensohn, R., Weizman, A & Spivak, B. (2009). DHEA and DHEA-S level in hospitalized adolescents with first – episode schizophrenia and conduct disorder: Comparison study. *European Necropsy choparmacology*, 19, 499-503.
- Walton, M. (2009). Comparing the role of the anterior cingulated cortex and 6. hydroxydopamine nucleus accumbens lesions on operant effort– based descision making. *European Journal of Neuroscience*, 29, 1678 – 1691.