



فاعلية برنامج إرشادي قائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى أطفال الروضة ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

The Effectiveness of a Counseling Program Based on Parent-Child Interaction Therapy in Reducing Symptoms of Depression in Kindergarten Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

إعداد

د / ثناء شعبان محمد خليفة

مدرس بقسم العلوم النفسية بكلية التربية للطفولة المبكرة بجامعة أسيوط

الاستشهاد المرجعي:

خليفة، ثناء شعبان محمد (٢٠٢٥). فاعلية برنامج إرشادي قائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى أطفال الروضة ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. مجلة بحوث ودراسات الطفولة. كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة بني سويف، ٧ (١٣)، يونيو، ٩٢٧-١٠٣٣

مستخلص البحث:

يبدأ الاكتئاب في سن مبكرة من حياة الفرد، وعادةً ما يكون مُعاوداً في مراحل لاحقة من حياة الفرد، ومن المتوقع أن يحتل المرتبة الأولى بوصفه مُسبباً أساسياً للاضطرابات والأزمات الصحية العالمية بحلول ٢٠٣٠. وهدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي قائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل في خفض أعراض الاكتئاب لدى أطفال الروضة ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD). وقد تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة أساسية قوامها (٦٧٩) طفلاً وطفلة، خضعوا لأدوات التشخيص الأولي المتمثلة في مقياس أعراض الاكتئاب (إعداد الباحثة)، ومقياسي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لتقدير المعلم وتقدير الوالدين (Conners CTRS-28 & CPRS-48) تعريب عبدالرقيب البحيري، وتم اختيار عينة علاجية قوامها (٢٢) طفلاً من الأطفال الذين ظهرت عليهم أعراض مشتركة لكلا الاضطرابين، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين: تجريبية (١١ طفلاً) خضعت للبرنامج، وضابطة (١١ طفلاً) لم تخضع له. وكشفت النتائج الإحصائية للدراسة عن فاعلية كبيرة للبرنامج العلاجي في خفض أعراض الاكتئاب وأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، حيث أظهرت الفروق بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) بعد تطبيق البرنامج دلالة إحصائية عالية لصالح الأطفال في المجموعة التجريبية، كما أظهرت نتائج القياس التتبعي عدم وجود فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي، مما يُشير إلى استمرارية فاعلية البرنامج وثبات أثره العلاجي مع مرور الوقت. وقد انعكست فاعلية البرنامج في تحسن الجوانب الانفعالية والسلوكية والمعرفية للأطفال، بما في ذلك انخفاض معدلات المشكلات السلوكية وفرط النشاط والانفعالية، وتحسن تقدير الذات والمزاج العام والعلاقات الاجتماعية، بحسب تقارير المعلمين والوالدين. وتتسق هذه النتائج مع عدد من الدراسات الحديثة التي أكدت أن التدخلات القائمة على تعزيز التفاعل الإيجابي بين الوالدين والطفل تُعد من أنجح البرامج في تقليل أعراض الاضطرابات النفسية في مرحلة الطفولة المبكرة، خاصة اضطرابي الاكتئاب وADHD. وتوصى الدراسة بضرورة عقد ورش تدريبية لمعلمات الروضة والوالدين عن علاج التفاعل بين الوالدين والطفل.

الكلمات المفتاحية: علاج التفاعل بين الوالدين والطفل، أعراض اكتئاب الأطفال، اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.



Abstract:

Depression often begins early in life and is typically recurrent throughout later stages. It is projected to become the leading cause of health-related disorders and global crises by 2030. This study aimed to examine the effectiveness of a therapeutic program based on parent-child interaction therapy in reducing depressive symptoms in preschool children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). The study instruments were applied to a primary sample of 679 children, who underwent initial screening using a researcher-developed Children's Depression Symptoms Scale, and Arabic versions of Conners' Rating Scales for ADHD—Teacher (CTRS-28) and Parent (CPRS-48)—translated by Abdel-Raqeeb Al-Bahiri. Based on the screening results, a therapeutic sample of 22 children showing overlapping symptoms of both depression and ADHD was selected and randomly divided into two equal groups: an experimental group (n = 11) that received the intervention, and a control group (n = 11) that did not. The statistical results revealed a significant effectiveness of the therapeutic program in reducing both depressive symptoms and ADHD manifestations. Post-test comparisons between the experimental and control groups showed statistically significant improvements in favor of the experimental group. Furthermore, follow-up assessments showed no significant differences compared to the post-test results, indicating the sustained effect and long-term stability of the program's impact. The program's effectiveness was reflected in the improvement of the children's emotional, behavioral, and cognitive functioning, including reductions in conduct problems, hyperactivity, and impulsivity, along with enhancements in self-esteem, general mood, and social relationships, as reported by both teachers and parents. These findings are consistent with several recent studies emphasizing that interventions promoting positive parent-child interaction are among the most effective strategies for alleviating psychological disorders in early childhood—particularly depression and ADHD. The study recommends holding training workshops for kindergarten teachers and parents on implementing parent-child interaction therapy.

Keywords: Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Depression Child Symptoms (DCS), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

مقدمة

يُعد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) أحد أكثر اضطرابات النمو العصبي شيوعاً والتي يتم تشخيصها لدى الأطفال، حيث يقدر معدل انتشاره بنسبة ٥-٧% في جميع أنحاء العالم (Johnson et al,2000; APA,2013; Phillips et al,2024) (*). وعادةً ما تظهر على الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أعراض مثل الاندفاع وعدم الانتباه وفرط النشاط، والتي يُمكن أن تؤثر بشكل كبير على نموهم الاجتماعي والأكاديمي والانفعالي. وإحدى الحالات المهمة المصاحبة التي غالباً ما تؤدي إلى تفاقم التحديات التي يواجهها الأطفال هؤلاء الأطفال هي أعراض الاضطراب الاكتئابي. وقد أظهرت الأبحاث أن الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط معرضون بشكل متزايد لخطر الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والمزاجية، بما في ذلك الاكتئاب (Biederman et al, 2006)، ويمكن أن يظهر الاكتئاب عند الأطفال الصغار على شكل تهيج وانخفاض في المزاج وفقدان الاهتمام بالأنشطة والانسحاب الاجتماعي، مما قد يُزيد من تعقيد أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

وتمثل تربية الأطفال ذوي ADHD لمعظم الآباء والأمهات العديد من التحديات (Manee et al,2018)، أهمها الضغوط الانفعالية الكبيرة التي يسببها هذا الاضطراب لأطفال ما قبل المدرسة وعلى القائمين على رعايتهم. (Azhdari et al,2022)، وقد أكدت نتائج دراسة (Zwi et al,2001) أن حوالي ٣ إلى ٦% من الأطفال في سن المدرسة من ذوي ADHD يعانون تعليمياً وانفعالياً وكثيراً ما يُصابون بمشاكل سلوكية مُعادية للمجتمع تؤدي إلى الصراع مع الآباء والمعلمين والأقران. وقد اكتشف Munoz-Silva وآخرون أن أنماطاً معينة من التربية يُمكن أن تزيد من حدة أعراض ADHD، على سبيل المثال، توقع الوالدين العالي لطاعة أطفالهم يتنبأ بخطر فرط النشاط (Azhdari et al,2022).

ويُعد التدخل الفعال أمراً حاسماً لمعالجة كل من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وأعراض الاكتئاب لدى الأطفال لتحسين أدائهم العام ورفاهيتهم. وتشير قليل من الأدلة أن الأدوية النفسية المنشطة تمنع تطور اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Webster-Stratton,2011). ومع ذلك لا يزال هناك خلاف وجدل مستمر بين الباحثين حول فاعلية استخدام الأدوية المنشطة والتدخلات السلوكية في خفض حدة أعراض هذا الاضطراب، حيث اقترحت بعض الدراسات بدء الدواء على الفور وتكميله بأدوية إضافية عند الضرورة، وأوصى آخرون بالبدء بالعلاج النفسي السلوكي وإضافة الأدوية إذا كانت هذه العلاجات غير كافية، وأكدت دراسات أخرى أن الآثار الجانبية للمنشطات تزداد مع زيادة الجرعة ومدة التعرض (Huang et al,2021)، وأكدت نتائج دراسة (Hosogane et al,2018) أنه

لا يُوصى باستخدام الأدوية النفسية المُحفزة التي تُعتبر علاجاً من الدرجة الأولى في العلاج النفسي الصيقلاني للأطفال دون سن الـ ٦ سنوات، وذلك بسبب ندرة التحقق من فعاليتها وسلامتها. وعلى الرغم من حقيقة أن العلاجات القائمة على الأدلة موجودة، فإن برامج تدريب الوالدين السلوكية هي المعيار الذهبي في رعاية الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، إلا أن نسبة كبيرة من أولياء أمور هذه الفئة لا يحصلون على مثل هذه التدخلات (Pasarelu et al, 2023)، وقد يكون لتدريب الوالدين تأثير إيجابي على سلوك الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، فقد يُقلل من ضغوط الوالدين ويُعزز الثقة لديهم (Zwi et al, 2012). إن القليل من برامج الأبوة والأمومة تُعالج قضايا الأسرة من خلال جعل الآباء يتفاعلون مع بعضهم البعض أثناء الجلسات. وأحد البرامج التي تقوم بهذا هو علاج التفاعل بين الوالدين والطفل (PCIT)، وقد تم تطويره من خلال Shelia Eyberg كعلاج للعائلات التي لديها أطفال مضطربون سلوكياً، وقد ثبت أنه فعال في تقديم المشورة للأطفال الذين يُعانون من مشاكل مثل: اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، قلق الانفصال، الاكتئاب، سلوك إيذاء الذات، سوء المعاملة (Johnson et al, 2000).

وقد أظهر العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل (PCIT)، وهو علاج راسخ وقائم على الأدلة، نتائج واعدة في تحسين سلوك الطفل وتعزيز العلاقات الإيجابية بين الوالدين والطفل. وقد صُمم هذا العلاج في الأصل للأطفال الذين يُعانون من اضطرابات سلوكية، وقد تم تكيفه للاستخدام مع الأطفال الذين يعانون من مجموعة من الصعوبات السلوكية والانفعالية، بما في ذلك اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واضطرابات المزاج المتزامنة (Matlack, 2012; Lehman et al., 2015; Aguayo et al, 2021; Ulas et al, 2023). ويُركز PCIT على تحسين جودة التفاعلات بين الوالدين والأطفال من خلال تعليم الوالدين مهارات مُحددة لتعزيز السلوكيات الإيجابية والحد من السلوكيات التخريبية.

ولقد تم توثيق فعالية PCIT في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بشكل جيد (McNeil et al., 2014)، ولكن هناك ندرة على حد علم الباحثة في الأبحاث التي استكشفت دور علاج التفاعل بين الوالدين والطفل وفاعليته في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. ونظراً للعلاقة المتبادلة بين ممارسات الأبوة والأمومة وسلوك الطفل والتنظيم الانفعالي، فمن الأهمية بمكان استكشاف ما إذا كانت التدخلات الثنائية بين الوالدين والطفل المتأصلة في PCIT يمكن أن تُقلل من أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصغار ذوي ADHD. ويهدف البحث الحالي إلى استكشاف فعالية العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل (PCIT) في الحد من أعراض الاكتئاب لدى أطفال مرحلة الطفولة المبكرة ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

مشكلة الدراسة

لاحظت الباحثة من خلال زياراتها لمتابعة طالبات الكلية في مقرر التدريب الميداني بالروضات، كثرة شكاوهم من سلوكيات كثيرة تصدر عن الأطفال بالروضة سواء منها ما يندرج تحت تشتت الانتباه أو الغفلة مثل: صعوبة الانتباه إلى تفاصيل النشاط وبالتالي الوقوع في الخطأ، عدم القدرة على الحفاظ على انتباهه أثناء القيام بالنشاط أو المهمة، صعوبة في الاستماع إلى المعلمة أو إلى أقرانه عندما يتحدثون إليه، صعوبة تنظيم المهام، سهولة تشتته بسبب المثيرات الخارجية، نسيان الأنشطة أو الروتين اليومي للقاعة. ومن هذه السلوكيات ما يندرج تحت النشاط الحركي المفرط والاندفاعية مثل: التملل في مقعده، الوقوف عندما يكون الجميع جالسين على مقاعدهم، عدم القدرة على اللعب بهدوء كباقي أقرانه، التنقل من مكان إلى آخر دون قدرة على التحكم في ذاته أو فرملة نشاطه وحركته الزائدة والفجائية، التسرع في الإجابة قبل انتهاء السؤال، ومقاطعة الآخرين والتطفل عليهم.

ويُعد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) من أكثر مخاوف الصحة النفسية للأطفال انتشاراً، حيث يستوفي ٩.٤% من الأطفال معايير التشخيص (Danielson et al, 2018). ويتميز اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بأعراض عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاع، وغالباً ما يظهر في مرحلة مبكرة من الطفولة، وهو يؤثر بشكل كبير على الأداء الأكاديمي والأداء الاجتماعي والديناميكيات الأسرية عند تركه دون علاج (APA, 2013; Thomas et al., 2017; Drechsler et al., 2020). ويتم تشخيص ما يقرب من ٥-٧% من الأطفال في جميع أنحاء العالم باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Phillips et al, 2024)، وغالباً ما يُعاني الأطفال والشباب ذوو ADHD مشاكل خطيرة في الروضات والمدارس كعدم الانتباه Inattention، تشتت الانتباه Distractibility، والاندفاع Impulsiveness، وفرط النشاط Hyperactivity، وعدم التنظيم، وضعف مهارات تنظيم الوقت، وصعوبات تنفيذية أخرى، ويمكن أن تؤدي إلى فشل إتمام الواجبات، وأخطاء الإهمال، والسلوكيات المزعجة لأنفسهم وللآخرين (Pasarelu et al, 2023).

ويذكر Campbell وآخرون (٢٠٠٠) أن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط AD/HD يُمثل لدى الأطفال الصغار خطراً كبيراً يؤدي إلى الإصابة باضطراب التحدي المعارض (ODD) Conduct Disorder، والذي يمنح بدوره خطر الإصابة باضطراب السلوك Conduct Disorder (CD). ويفرض اضطراب السلوك المبكر تكاليف باهظة على المجتمع من حيث تسرب المراهقين من المدرسة، الجنوح، تعاطي المخدرات، والتبعية والعنف بين الأشخاص، علاوة على ذلك، يُعتبر ذوو الاضطرابات النفسية المبكرة من بين أكثر الحالات النفسية استعصاءً على العلاج، حيث

تُصبح التدخلات أقل فاعلية بشكل مُتزايد وأكثر تكلفة إذا تأخرت حتى مرحلة الطفولة المتأخرة أو المراهقة (Webster-Stratton, 2011).

وتستلزم الطبيعة المزمنة والمنتشرة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تحديده مُبكراً والتدخل المستمر. (Thomas et al., 2017; Drechsler et al., 2020). وتشير نتائج دراسة Webster-Stratton (2011) أن إحدى الوسائل الفعالة لهذا الاضطراب قد تكون الوقاية منه في مرحلة ما قبل المدرسة عن طريق استهداف هؤلاء الأطفال ذوي ADHD قبل أن تتفاقم المشكلات السلوكية الأكثر خطورة لديهم. وترى هذه الدراسة أنه لسوء الحظ، فهناك أوجه قصور تعاني منها أدبيات البحث التي تصدت لعلاج هذا الاضطراب وهي أن دراسات قليلة جداً هي التي أجريت على عينات من الأطفال تقل أعمارهم عن سبع سنوات. ويُعاني كثير من الأطفال ذوي ADHD من اضطرابات انفعالية مُتزامنة مثل الاكتئاب (Biederman et al., 2006).

ويُصنف الأطفال ذوو ADHD على أنهم يُعانون من أعراض القلق، الاكتئاب، انخفاض تقدير الذات، وصعوبات التعلم ومشكلات سلوكية أكثر بكثير من المجموعة الضابطة (Barkely, 1988)، وبالإضافة إلى ذلك يواجهون صراعات أكثر من أقرانهم وإخوانهم، وكثيراً ما يبغضهم أقرانهم بسبب مقدار الاهتمام والرعاية الذي يحتاجونه ويتلقونه من البالغين والصراع الناتج عن ذلك (Dixon, 1995)، يُمكن أن تؤثر أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصغار، وخاصةً ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، بشكل كبير على سلوكهم وعلى مظاهر نموهم الانفعالي لديهم، مما يُسهم في صعوبات يُعانون منها مُستقبلاً، وهي ضعف قدرتهم في الحفاظ على العلاقات الاجتماعية الناجحة مع أقرانهم وتدني أدائهم الأكاديمي مقارنة بأقرانهم.

وإذا كان البشر يتعلمون من تفاعلاتهم الاجتماعية ويستخدمونها لخلق نموذج مرجعي لكيفية التفاعل مع الآخرين. وإذا لم يتحقق للأطفال ارتباطاً مناسباً مع آبائهم وأمهاتهم أو تلقوا منهم تفاعلات سلبية، فإنهم سيستخدمون هذه التفاعلات السلبية مرجعاً لهم، وقد تعيق هذه التفاعلات السلبية قدرتهم على إقامة علاقات صحية مع الآخرين طوال حياتهم (Rathus, 2012; Hernandez, 2016). ويُمكن أن تؤدي مشاكل الارتباط بين الوالدين والطفل إلى العديد من المشكلات النفسية المختلفة داخل الأسرة، مثل السلوكيات التخريبية، اضطراب السلوك، واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. ويتسم اضطراب العناد المعارض بالسلوك السلبي والمنحرف الذي قد يشمل نوبات الغضب، الجدل، تعمد إزعاج الآخرين أو عدم الإصغاء إليهم، وإلقاء اللوم على الآخرين بسبب الأخطاء والحق (Kerig & Wenar, 2006)، ويتشابه اضطراب السلوك مع اضطراب التحدي المضاد، ويُتوقع أن

يبدأ الأطفال ذوو اضطراب السلوك بالانخراط المتكرر في سلوكيات مُنحرفة وانتهاك حقوق الآخرين، مثل السرقة، افتعال الشجار أو إشعال الحرائق. وعلى الرغم من أن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لا يتضمن سلوكيات مُنحرفة، إلا أنه يتضمن سلوكيات عدم الانتباه أو الاندفاع. ويُمكن أن تشمل هذه السلوكيات سهولة التشتت وعدم الالتزام بالتعليمات والتملل والتصرف قبل التفكير، وقد تتسبب هذه السلوكيات في استخدام الأباء والأمهات استراتيجيات سيئة التكيف عندما يشعرون بالإحباط من سلوكيات أبنائهم، وقد تشمل تلك الاستراتيجيات مُعاقبة الأطفال لفظياً أو جسدياً، مثل تهديدهم أو صفعهم من أجل الامتثال وطاعة أوامرهم (Thomas&Zimmer-Gembeck,2011;Hernandez,2016)

وقد برز علاج التفاعل بين الوالدين والطفل (PCIT) كتدخل واعد للأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ويهدف هذا النوع من العلاج إلى تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل من خلال التوجيه المنظم والتقنيات السلوكية، ويُرَكز على تحسين جودة التفاعل بين الوالدين والطفل من خلال تعليم الوالدين تعزيز السلوكيات الإيجابية وإدارة السلوكيات السلبية بفعالية. وعلى الرغم من أن العديد من الدراسات قد أظهرت فعالية PCIT في إدارة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (McNeil et al., 2014)، إلا أن هناك إهمال أقل مقارنة مع فوائده المحتملة في الحد من أعراض الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. ونظراً للعلاقة المعقدة بين اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وأعراض الاكتئاب، فمن الأهمية بمكان استكشاف ما إذا كانت التدخلات عن طريق برنامج قائم على PCIT يمكن أن تعالج في نفس الوقت السلوكيات المرتبطة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والأعراض الاكتئابية لدى الأطفال الصغار.

وقد أثبت علاج التفاعل بين الوالدين والطفل (PCIT) فعاليته في علاج المشكلات السلوكية المرتبطة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وقد أظهرت نتائج دراسة Thomas وآخرون (٢٠١٧) عن متوسط حجم تأثير كبير ($d = 0.87$) للعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في معالجة المشكلات السلوكية لدى الأطفال. وبالمثل، سلطت دراسة Al Sehli وآخرون (٢٠٢١) الضوء على فعالية PCIT في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. ومع ذلك، لا تزال الأدلة المتعلقة بتأثير PCIT على أعراض الاكتئاب لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط محدودة.

ويُمثل الافتقار إلى الأبحاث التي تدرس الفعالية المزدوجة لتقنية PCIT في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والاكتئاب لدى أطفال مرحلة الطفولة المبكرة فجوة كبيرة في الدراسات الأجنبية والعربية على حد علم الباحثة. إن فهم ما إذا كان بإمكان PCIT أن يُخفف بشكل فعال من

أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الذين يُعانون بالفعل من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أمر بالغ الأهمية، حيث يُمكن أن يوفر نهجاً شاملاً لعلاجهم. وعلاوة على ذلك، فإن دراسة كيفية تأثير PCIT على العلاقة بين الوالدين والطفل والتنظيم الانفعالي للطفل في سياق اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والاكتئاب يُمكن أن يُسلط الضوء على الآليات المحتملة الكامنة وراء فعالية العلاج.

وترى الباحثة أنه نظراً للعلاقة ثنائية الاتجاه بين الممارسات الأبوية والنتائج العاطفية للطفل، فإن التحقيق في قدرة PCIT على التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى الأطفال في سن الروضة ذوى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط له ما يبرره. ويُمكن أن تؤدي معالجة هذه الفجوة إلى وضع استراتيجيات علاجية شاملة، مما يُعزز النتائج السلوكية والانفعالية للأطفال ذوى ADHD. ويهدف البحث الحالي إلى التحقق من فعالية العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل في الحد من أعراض الاكتئاب لدى الأطفال في سن الروضة الذين تم تشخيص إصابتهم بـ ADHD. ويُمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال التالي: ما فاعلية برنامج العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل في خفض أعراض الاكتئاب لدى أطفال الروضة ذوى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؟ ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- ١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس أعراض اكتئاب الأطفال؟
- ٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال؟
- ٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين -؟
- ٤- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين -؟
- ٥- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في كل من مقياس أعراض اكتئاب الأطفال ومقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- ١- التعرف على العلاقة بين اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وأعراض الاكتئاب عند الأطفال.
- ٢- التعرف على نسبة انتشار اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى عينة الدراسة.
- ٣- التعرف على نسبة انتشار أعراض الاكتئاب عند الأطفال عينة الدراسة.
- ٤- التأكد من فاعلية العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل في خفض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وأعراض الاكتئاب لدى عينة الدراسة العلاجية.
- ٥- التأكد من استمرارية المكاسب التي حققها البرنامج الإرشادي مع العينة الإرشادية بعد مرور شهرين.

أهمية الدراسة

تتضح أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

- ١- إثراء المكتبة العربية بمقياس أعراض الاكتئاب لدى أطفال الروضة (٤-٦) ، والتي يُمكن أن يستعين بهما الباحثون والاختصاصيون النفسيون في الكشف عن تلك الأعراض والكشف عن أسبابها وتحديد طرق علاجها.
- ٢- قد تفيد نتائج هذه الدراسة في تعديل توجهات الباحثين والاختصاصيين النفسيين والمعلمين ومقدمي الخدمات النفسية للأطفال، والعاملين في مراكز الإرشاد النفسي والتربوي الحكومية والخاصة نحو التركيز على دور الأسرة الفاعل في علاج الاضطرابات لدى أبنائهم وتعديل سلوكهم.
- ٣- قد يستفيد الباحثون، ومقدموا خدمات الإرشاد النفسي من البرنامج الإرشادي القائم على العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل سواء في تطبيقه والإفادة من نتائجه وتعميم استخدامه.
- ٤- قد تجذب نتائج الدراسة انتباه الباحثين إلى ضرورة الإفادة من هذا المدخل العلاجي في توجيه الخدمات نحو جودة حياة المراهقين وتنمية قدراتهم ومساعدتهم في حل مشكلاتهم عن طريق وضع حجر أساس لعلاج عربي أصيل يقوم على مدخل علاجي للتفاعل بين الوالدين والمراهق.

حدود الدراسة

تحددت نتائج الدراسة الحالية بعينة الدراسة الأساسية ، والتي بلغ قوامها (٦٧٩) طفلاً في العام الجامعي ٢٠٢٤/٢٠٢٥ ، والتي اختير منها عينة الدراسة العلاجية ، والتي تكونت من (٢٢) طفلاً بُنَاءً

على تحديد الأطفال المرتفعين في كل مقياس على حدة وفق الإرباعي الأعلى مقياس اضطراب الاكتئاب ، ومقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48) ، وذلك بحساب قيمة الإرباعي الأعلى والأدنى للدرجة الكلية وللأبعاد الفرعية كل على حدة، حيث اعتبر الطفل منخفض إذا كانت درجته أقل من قيمة الإرباعي الأدنى، ومرتفع إذا كانت درجته أكبر من قيمة الإرباعي الأعلى، ومتوسط إذا كانت درجته تقع بين قيمة الإرباعي الأدنى والإرباعي الأعلى ، وتم تقسيم هذا العدد عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين (ضابطة ١١ طفلاً ٦ إناث و ٥ ذكور، تجريبية ١١ طفلاً ٦ إناث و ٥ ذكور) بمتوسط عمرى بالشهور ٥٩.٩١ وانحراف معيارى ٧.٣٦ ، كما تحددت الدراسة بالمنهج الوصفي والمنهج شبه التجريبي والتصميم التجريبي ذي المجموعتين ، وبأدوات الدراسة ، وهي: مقياس اضطراب الاكتئاب (إعداد الباحثة) ، ومقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48)، ترجمة وتقنين عبدالرقيب البحيرى، والبرنامج العلاجي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل (إعداد الباحثة).

المفاهيم الإجرائية للدراسة

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

علاج التفاعل بين الوالدين والطفل (PCIT) هو علاج قائم على الأدلة مُصمم للأطفال الصغار (عادةً من عمر سنتين إلى سبع سنوات) الذين يعانون من مشاكل سلوكية. وقد طورت هذا العلاج Sheila Eyberg في الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي، ويجمع هذا العلاج بين عناصر العلاج باللعب والعلاج السلوكي لتحسين التفاعل بين الوالدين والأطفال (Eyberg, 1988; Eyberg & Robinson, 1982). ويُعرف بأنه تدخل لعلاج المشاكل السلوكية لدى الأطفال (اضطراب السلوك، اضطراب التحدى المعارض، اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، الوقاية من سوء معاملة الأطفال، وعلاج سوء معاملة الأطفال) الذين تتراوح أعمارهم من ٢ : ٧ سنوات (Carcia et al, 2020).

وتُعرفه الباحثة إجرائياً بأنه علاج منظم قائم على الأدلة مُصمم لتحسين جودة العلاقة بين الوالدين والطفل وتغيير أنماط التفاعل التقليدي إلى أنماط إيجابية ، حيث يُدرَّب الوالدان ضمن جلسات موجهة على استراتيجيات تواصل فعّالة وأساليب سلوكية إيجابية، وذلك بهدف تعزيز السلوك الإيجابي لدى الطفل والحد من المشكلات السلوكية كفرط النشاط وأعراض الاكتئاب خلال مرحلتين رئيسيتين: مرحلة التفاعل الموجه نحو الطفل (CDI) و مرحلة التفاعل الموجه نحو الوالدين (PDI).

٢- اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط: (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط هو اضطراب عصبي نمائي مُعقد ومُزمن وغير مُتجانس، وتشمل سماته السلوكية الأساسية مستويات غير ملائمة من حيث التطور كعدم الانتباه (الغفلة) Inattention ، الاندفاعية Impulsive، وفرط النشاط Hyperactivity (Sarver et al, 2015). وقد عرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association (APA بأنه حالة نمائية عصبية تتسم بعدم الانتباه المتكرر والمنتشر و/أو ما وراء فرط النشاط/الاندفاع (APA, 2013). وتُعرفه الباحثة إجرائياً بأنه اضطراب عصبي نمائي يتميز بأنماط مستمرة من عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية التي تتداخل مع الأداء أو النمو، وتقاس من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطفل على مقياس كونر لتقدير المعلمين وتقدير الوالدين.

٣- أعراض اكتئاب الأطفال: (Childhood Depressive Symptoms (CDS)

الاكتئاب عند الأطفال هو اضطراب نفسي يتميز بمشاعر الحزن المستمر وفقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية، ويصاحبه أعراض مثل التهيج، صعوبة التركيز، تغيرات في النوم والشهية، وانخفاض الطاقة، ويُمكن أن يؤدي إلى مشاكل كبيرة في الحياة اليومية ويتطلب التدخل العلاجي (American Psychiatric Association, 2013; Birmaher & Brent, 2017). وتتسم أعراض الاكتئاب لدى الأطفال بالحزن المستمر والتهيج وفقدان الاهتمام بالأنشطة التي كانوا يستمتعون بها في السابق. تشمل العلامات الشائعة الأخرى تغيرات في الشهية أو أنماط النوم، والشعور بانعدام القيمة أو الشعور بالذنب، وصعوبة التركيز، والشكاوى الجسدية مثل الصداع أو آلام المعدة. في الحالات الشديدة، قد يعاني الأطفال من أفكار أو سلوكيات انتحارية. يجب أن تستمر هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل وتسبب اضطراباً كبيراً في الأداء اليومي (APA, 2025).

وتُعرفه الباحثة إجرائياً بأنه اضطراب نفسي يُعاني فيه الأطفال من اضطرابات في النوم، مشكلات في الشهية، انعدام الطاقة والحيوية والشعور بالإجهاد والتعب طوال اليوم، الشعور بالحزن المستمر، سرعة الاستثارة والانزعاج، الميل للبكاء كل يوم، صعوبة اتخاذ القرارات، الشعور بالوحدة والملل، عدم الرغبة في اللعب مع أقرانه والدخول في مشاجرات معهم، عدم الرغبة في التحدث مع أهله أو الجلوس معهم، والشعور بتدنى قيمته، ويقاس من خلال الدرجة الكلية على مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال.

الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

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

إن علاج التفاعل بين الوالدين والطفل (PCIT) هو تدخل سلوكي فعال للغاية وقائم على الأدلة ومُصمم لمعالجة سلوكيات الطفل التخريبية، وتحسين جودة العلاقة بين الوالدين والطفل وتغيير أنماط التفاعل بين الوالدين والطفل، من خلال التأكيد على أسلوب الأبوة والأمومة الموثوق (Storch&Floyd,2005) ، وقد تم تطويره في الأصل من قبل Sheila Eyberg في سبعينيات القرن الماضي، كتدخل لمساعدة الأسر التي لديها أطفال تتراوح أعمارهم بين ٢: ٦ سنوات ويُعانون من سلوكيات تخريبية.

ويذكر Niec(2018) و Aguayo et al(2021) أن PCIT هو نموذج لأفضل الممارسات في علاج مشاكل السلوك لدى الأطفال من عمر سنتين و٦ أشهر إلى ٦ سنوات و١١ شهراً على مدار أكثر من ٤٠ عاماً هناك كثير من البحوث والدراسات التي تدعمه. ويدمج PCIT عناصر من نظرية التعلق ونظرية التعلم الاجتماعي Attachment and Social Learning Theories والعلاج السلوكي لمعالجة المشكلات السلوكية التخريبية لدى الأطفال الصغار، الذين تتراوح أعمارهم عادةً بين ٢ و٧ سنوات (Eyberg, 1988;Garcia et al,2020). ويُعرف علاج التفاعل بين الوالدين والطفل(PCIT) بأنه مزيج من العلاج باللعب والتدريب السلوكي للوالدين لتعديل السلوكيات التخريبية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢ إلى ٧ سنوات (Azhdari et al,2022;Matlack,2012) . ويُعتبر PCIT تدخلاً موجزاً يُؤخذ كنقطة انطلاق حقيقية أن السلوكيات المشككة التي يقوم بها الأطفال الذين يأتون للاستشارة لهذا السبب لها وظيفتان: الحصول على الانتباه أو التحفيز و/أو الهروب من المطالب (Ferro&Ascanio,2017) ، وتهدف مرحلتها التدخل في هاتين الوظيفتين. ويُعد الهدف من PCIT هو إقامة علاقة دافئة ومُحببة بين الوالدين والأطفال، حيث يتعلم الآباء والأمهات كيفية تقليل السلوكيات التخريبية لأطفالهم، وكل هذا من خلال أكثر الأوضاع الطبيعية بالنسبة للطفل، وهو اللعب (Eyberg,1988;Garcia et al,2020).

وكانت التدخلات الرئيسية في PCIT هي العلاج باللعب لمساعدة الأطفال على الشعور بالأمان والتعبير عن مشاعرهم والتواصل مع الإخصائي النفسي (المرشد التربوي) من خلال استخدام اللعب. ومن ناحية أخرى، تم استخدام العلاج السلوكي للطفل للتركيز أكثر على الوالدين، وكيف يمكنهم استخدام مهارات مختلفة لتنظيم سلوكيات أطفالهم بشكل أفضل (Funderburk&Eyberg,2011) . ويحتاج الآباء إلى تعلم استراتيجيات سلوكية للمساعدة في إدارة سلوكيات أطفالهم. إن تدريب الوالدين هو نهج نفسي تعليمي يُعلمهم تقنيات سلوكية معرفية فعالة لاستخدامها في المنزل عند مواجهة مشكلات الطفل

السلوكية. وتعتمد هذه التقنيات على قواعد التعلم الاجتماعي، وتهدف إلى تعديل المشكلات السلوكية في بيئة الطفل. وتؤدي هذه التغييرات في بيئة الطفل، على سبيل المثال، في الأوامر، والعواقب مثل: فقدان الامتيازات إلى تعديل سلوكيات الطفل (Azhdari et al,2022)، وقد صنف تقرير Kaufman (مركز تشادويك للأطفال والعائلات، ٢٠٠٤) مؤخراً PCIT كأحد بروتوكولات التدخل الثلاثة التي تُعتبر من أفضل الممارسات في علاج إساءة معاملة الأطفال، في حين أن PCIT أظهر نجاحاً كبيراً في العيادة مع الأسر المسيئة وغير المسيئة وتم تطبيقه في المنزل كخدمة مساعدة، إلا أنه لم يتم تقييم أثره في المنزل حتى الآن (Ware et al,2006). ويرتكز PCIT على عدة نظريات نفسية، منها: نظرية التعلق، وتفترض هذه النظرية أن علاقات التعلق الآمنة في مرحلة الطفولة المبكرة أمر بالغ الأهمية للنمو الانفعالي والسلوكي الصحي (Bowlby, 1988).

ويُدار برنامج PCIT على مرحلتين علاجيتين هما: المرحلة العلاجية الأولى وهي: (١) التفاعل الموجه للطفل (Child-Directed Interaction (CDI)، وتتمثل الأهداف الرئيسة لمرحلة التفاعل الموجه للطفل في إصلاح العلاقة بين الوالدين والطفل، وزيادة مهارات الوالدين الأبوية الإيجابية، والبدء في بناء قدرات الأطفال على تنظيم سلوكهم (Niec,2018)، ويُرَكز العلاج في المرحلة الأولى على تعليم الآباء والأمهات مهارات التفاعل الموجه للطفل من خلال تدريبهم أثناء تفاعلهم مع طفلهم في مواقف اللعب، وخلال هذه المرحلة يتم تعليم الوالدين كيفية إدارة سلوك الطفل من خلال استخدام الانتباه الاستراتيجي والتجاهل الانتقائي. وعند توفير التعليم المناسب، يتم تعليم الوالدين تجنب الأسئلة والأوامر والنقد، والتي تفقد اللعب أو تُضفي عليه نبرة سلبية أثناء التفاعل. وبدلاً من ذلك يُطلب من الوالدين استخدام مجموعة من المهارات التي تهدف إلى تعزيز العلاقات أو مهارات PRIDE عند الاهتمام بسلوك الطفل المناسب. وتشمل PRIDE مهارات مثل: الثناء (ويُفضل أن يكون الثناء المسمى)، إعادة الصياغة، التفكير والتقليد والوصف (ويُفضل أن يكون الوصف السلوكي)، وإظهار الحماس، وفي الوقت نفسه يتم تعليم الوالدين تجنب الأسئلة والانتقادات والأوامر أثناء اللعب. وعندما يُسئ الطفل التصرف (على سبيل المثال، اللعب بالألعاب بخشونة وعنف)، يتم تعليم الوالدين التجاهل عن طريق إدارة الظهر وتجنب التواصل البصري مع الطفل. ويتم ذلك على الهواء مباشرة في وضع اللعب (Ware,2006; Carcia et al,2020)، ويتم تعليم مقدمي الرعاية استخدام استراتيجيات محددة ضمن السيناريوهات القائمة على اللعب، والتي تسمح لطفلهم بقيادة التفاعل، بينما يُعززون سلوك الطفل الإيجابي، كما يتم تدريب مقدمي الرعاية في الوقت الفعلي من خلال المرشد/ الاختصاصي النفسي على

استخدام هذه الاستراتيجيات والانخراط في ممارسة يومية في المنزل حتى يُظهر استخداماً عالياً للمهارات (Phillips et al,2024)

وفي الجلسة الأولى من مرحلة العلاج الموجه للطفل (CDI) يقوم المعالجون/ المرشدون بتعريف الوالدين على مهارات التفاعل مع الأطفال (على سبيل المثال، التعبير عن المشاعر الملائمة للطفل، وصف السلوك الملائم للطفل، توفير التعزيز الاجتماعي المحدد)، ومناقشة أنماط التفاعل التي تتعارض مع التفاعل المتمركز حول الطفل (مثل: النقد، الأوامر، الأسئلة)، وتوفير الوالدين ذوو المواجهة والأقوياء على أساس مفهوم التفاضل، الاهتمام بزيادة تنظيم سلوك الأطفال (التجاهل الانتقائي). ثانياً: تشمل جلسة التعليم في المقام الأول مناقشة مع الأباء بشأن كيفية تلبية احتياجات الأسر بالمهارات الجديدة. ثالثاً: إعداد الأباء للتدرب على التفاعلات مع الأطفال في المنزل (Niec,2018).

أما المرحلة العلاجية الثانية من برنامج PCIT فهي: (٢) التفاعل الموجه للوالدين-Parent Directed Interaction (PDI)، وإذا كانت المرحلة الأولى تُسمى بمرحلة تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل، فإن المرحلة الثانية تُسمى بمرحلة الانضباط (Ware,2006). وبحلول الوقت الذي يبدأ فيه الوالدان مرحلة التفاعل الموجه لعلاج الأطفال، يكون الأباء تعلموا مهارات الأبوة والأمومة الإيجابية التي لم تُعزز العلاقة بين الوالدين والطفل فحسب، بل بدأت أيضاً في زيادة الكفاءات النفسية والاجتماعية للأطفال، وتقليل السلوكيات المضطربة. ومع ذلك بالنسبة للأطفال الذين يُعانون من السلوك المشكل، فإن مرحلة التفاعل الموجه للطفل عادةً ما تكون غير كافية لإعادة السلوك إلى حدوده الطبيعية، وبالتالي فإن الهدف من المبادرة هو تعليم الأباء كيفية وضع حدود متسقة يُمكن التنبؤ بها ومناسبة لنمو أطفالهم، وتُعزز الحدود المناسبة والعواقب الأمنية والفعالة للنمو الصحي للأطفال. وقد ارتبطت الأبوة والأمومة المتساهلة ليس فقط بمشاكل السلوك في مرحلة الطفولة، ولكن ارتبطت أيضاً مع خطر أكبر لقلق الطفولة، ومع الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة أو لأنواع أخرى من الصدمات. ولذا فمن المهم أن تشمل الأبوة والأمومة مواقف متسقة (Williams et al,2009;Cohen et al,2017).

وفي المرحلة الثانية (PDI) من العلاج يتم تعليم مقدمي الرعاية إعطاء توجيهات محددة وسهلة الفهم لأطفالهم، وتعزيز امتثال الطفل للتوجيهات، وتنفيذ إجراء منظم للغاية لعدم امتثال الطفل للتوجيهات. ويتلقى مقدموا الرعاية تدريباً مباشراً لدعمهم من خلال تنفيذ استراتيجيات PDI حتى يُظهروا الاستخدام المناسب للإجراء ويُمارسون المهارات اليومية في المنزل (Phillips,2024). وتركز هذه المرحلة على استراتيجيات التأديب، ويتم تعليم الوالدين على الهواء مباشرة كيفية مخاطبة أطفالهم

أطفالهم، وكيفية تطبيق العواقب على سلوكياتهم، وكيفية إعطاء التعليمات وإنفاذها، والاتفاق على عواقب الطاعة والعصيان، وكيفية تطبيقها، وكيفية تطبيق الوقت المستقطع بفاعلية، ويتم شرح منطق اللعب لهم وتكليفهم بمهام تلقوا التدريب عليها خلال جلسة مباشرة (Carcia et al, 2020). والسلوك المستهدف في هذه المرحلة هو امتثال الأطفال، ويتم تعليم الأباء استخدام برنامج انضباط متسق، ويُمكن التنبؤ به باستخدام إجراء وقت مستقطع لا يزال في سياق حالة اللعب. وضمن مرحلة PDI يتم تعليم الأباء كيفية إعطاء أمر فعال، وتحديد الامتثال، ومتابعة العواقب المناسبة للامتثال وعدم الامتثال. ويتم تعزيز امتثال الطفل من خلال استخدام الوالدين للمديح المسمى (على سبيل المثال، "شكراً على الاستماع"، وعندما لا يمتثل الطفل، يتم تعليم الوالدين استخدام إجراء مُهلة عالية التنظيم. وفي هذا النموذج لا يوفر الوقت المستقطع هروب من ولى الأمر (Ware, 2006). وفي الجلسة الأولى لمرحلة التفاعل للوالدين PDI هي جلسة تعليم، وأثناء الجلسة يتم تعريف الأباء العوامل التي تضع الاتجاهات (وتُسمى أحياناً أوامر)، وتكون أكثر فعالية وتُسهل على الطفل الامتثال. فعلى سبيل المثال، الأطفال الأكثر عرضة لاتباع التوجيهات عندما يتم ذكرها بشكل إيجابي، وتكون مُحددة، وواضحة وليست غامضة، ويتم إعطاؤها واحدة تلو الأخرى (Niec, 2018).

وتنتقل الأسرة من CDI إلى PDI فقط عندما يُظهر الوالد انتقان مهارات مهارات CDI، وتُعرف معايير انتقان CDI على أنها استخدام مُقدم الرعاية للمهارات التالية خلال مُلاحظة CDI لمدة ٥ دقائق DPICS-11: (أ) ١٠ مدح مرسوم، و ١٠ تأملات، و ١٠ أوصاف سلوكية، (ب) ما لا يزيد عن ٣ أسئلة أو أوامر أو انتقادات، (ج) تجاهل السلوكيات غير الضارة وغير الملائمة. وبالمثل، لا يكتمل العلاج حتى يحصل الوالد على انتقان مهارات PDI ويكون سلوك الطفل ضمن الحدود الطبيعية. وللوفاء بمعايير انتقان مهارات PDI خلال مراقبة DPICS-11 لمدة ٥ دقائق، يجب على الوالد إعطاء ٤ أوامر على الأقل، ويجب أن يكون ٧٥% على الأقل بعد الأوامر الفعالة. وتسبق كل مرحلة من مراحل العلاج جلسة تعليمية يستخدم خلالها المرشد/ الاختصاصي النفسي المحاضرة والنمذجة ولعب الأنوار والمنشورات لشرح المهارات للوالد. وخلال الجلسات اللاحقة، يتم تدريب الوالدين مباشرة على استخدام المهارات أثناء التفاعل مع أطفالهم. ويتم تخصيص ٣٠ دقيقة على الأقل من كل جلسة للتدريب على اكتساب وانتقان المهارات (Schuhmann et al, 1998)، ويكتمل علاج PCIT عندما يظهر مقدموا الرعاية القدرة على إعطاء توجيهات فعالة وإظهار دقة عالية في إجراء تعديل السلوك، والتعبير عن الثقة في إدارة سلوك طفلهم، والإبلاغ عن أن سلوكيات الطفل غير القادرة على التكيف تقع ضمن الحدود المعيارية (Phillips et al, 2024).

وتُعد طرق التقييم الصادقة والملائمة المكون الضروري لأى تدخل قائم على الدليل، ويسمح تقييم الاختصاصيين/ المرشدين بتحديد الاحتياجات للأسرة. ويُعد PCIT التدخل القائم على التقييم، بمعنى أنه تم تصميمه لمقابلة احتياجات كل من الوالدين والطفل (Eyberg,2005)، ويتم التقييم فيه على مراحل أو نقاط زمنية: (١) الاستلام قبل بداية الأسرة والعلاج، (٢) أسبوعياً طوال فترة العلاج، (٣) عند خروج الأسرة من العلاج. واتساقاً مع أفضل الممارسات، فإن عملية التقييم في PCIT تشمل طرقاً متعددة (على سبيل المثال، التصنيف والمقاييس ومراقبة السلوك)، والتعددية (مثل مقدمى الرعاية، وملاحظة المرشدين) (Witcomb,2017)، ويجب مشاركة جميع الأفراد الذين يعتزمون المشاركة في العلاج في عملية التقييم، ومن خلال تضمين تقارير الوالدين والملاحظات الموحدة للسلوكيات الفعلية للوالدين والطفل. ويُطور المرشدون/ الاختصاصيون النفسيون في برنامج PCIT فهماً لتصورات مقدمى الرعاية لمشاكل أطفالهم مع تجنب العيوب المتأصلة في الاعتماد على تقرير الوالدين فقط، وترتبط البنى الأساسية التي يتم قياسها في PCIT ارتباطاً مباشراً بأهداف البرنامج، وتهدف إلى تقوية الرابطة بين الوالدين والطفل، وزيادة استخدام الوالدين لمهارات الأبوة والأمومة الإيجابية، والحد من سلوك المتعلمين المشكل (Niec,2018).

وقد أظهرت نتائج الأبحاث والتطبيقات السابقة أن برنامج PCIT فعال في تحسين التفاعلات بين الأطفال وأبائهم وتقليل السلوكيات التخريبية لدى الأطفال، وينطوى تحسين التفاعلات بين الوالدين والأطفال في تنقيف الوالدين حول مهارة الأبوة والأمومة المناسبة. وقد أظهر تنقيف الوالدين نجاحه في تقليل خطر إساءة معاملة الأطفال (Kennedy&Colleagues,2016;Phillips et al,2024)، ويُمكن أن يُؤدى تنقيف الوالدين -حول مهارات التربية المناسبة وكيفية استخدامها بشكل صحيح - إلى زيادة ثقة الوالدين في قدراتهم التربوية (Barth,2009;Zwi et al,2012). إن تمكين الفرد قد يكون حدثاً قوياً ومُغيراً للحياة ليس فقط لأنفسهم ولكن أيضاً لأسرهم، وعندما تحدث المشاكل داخل الوحدة الأسرية قد يشعر الوالدان بعدم الكفاءة وفقدان السيطرة. ولتنصحيح المشكلات داخل الأسرة ومشاعر الوالدين، فإنهم يحتاجون إلى المشاركة في علاج مثل PCIT (Barth,2009)، وفي دراسة أجراها Thomas&Zimmer (2011) تم فحص تقنية PCIT، وكيف يُمكن أن يتم منع إساءة معاملة الأطفال من خلال تغيير سلوك الوالدين، وكشفت نتائج هذه الدراسة أن المجموعة التي تلقت PCIT أظهرت تغيرات أكثر أهمية في سلوك الوالدين مقارنةً بالمجموعة التي تلقت استشارات هاتفية. وتضمن هذه التغييرات استخدام الوالدين لمزيد من المديح والتأملات والتفاعلات الإيجابية مع أطفالهم، كما توقفت مجموعة

PCIT عن طرح العديد من الأسئلة مقارنة بالمجموعة الأخرى فيما يتعلق بسلوكيات أطفالهم، كما أظهر بعض الآباء في مجموعة PCIT أنهم يشعرون بارتباط أكثر أماناً مع أطفالهم. وفي برنامج PCIT يتم تحدى الأفكار الخطأ لدى أولياء الأمور، مما يساعدهم على إدراك مدى تأثير معتقداتهم في التربية، وكيف يُشكل ذلك تفاعلاتهم مع أطفالهم. إن تثقيف الوالدين لمساعدتهم في تغيير سلوكياتهم الأبوية يُمكن من خلال التدخلات التالية: تعزيز فهم الوالدين لسلوكيات الأطفال وانفعالاتهم، وتعلم ما هو مناسب ومتى يقدمون الرعاية المناسبة، وتوفير بيئة داعمة للأطفال للتطوير وتنظيم سلوكياتهم، ثم يُمارس الوالدان هذه التدخلات خلال جلسات PCIT، ويتلقون التغذية الراجعة من الأخصائي النفسي عن مستوى تقدمهم. وعندما يتعلم الوالدان ويُمارسان مهارات التربية الجديدة والمناسبة قد يشعران بثقة أكبر في قدراتهما الأبوية ويشعران بمزيد من التمكين ليكونا والدين أكثر واقعية في تربية أبنائهما (Hernandez, 2016). إن PCIT وتكيفاته تحظى بدعم متزايد لفعاليتها في الحد من القلق والاكتئاب والأشكال الأخرى من خلل التنظيم، كما ثبت أنه تدخل مناسب وفعال للأطفال الذين تعرضوا لصدمات نفسية Trauma (Niec, 2018). وقد أظهرت مجموعة متزامنة من الأبحاث فائدة PCIT مع الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، بما في ذلك خفض الأعراض الأساسية للاضطراب. ويُوصى باستخدام أسلوب BPT للأطفال ذوي ADHD، وذلك لسببين هما: (١) من المرجح أن يحتاج الأطفال مساعدة الوالدين لإحداث تغيير في السلوك، (٢) يحتل الآباء والأمهات دوراً رئيساً في إدارة عناصر العلاج المتناسقة لدورهم المركزي في حياة أبنائهم (Phillips et al, 2024).

ثانياً: اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط: Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)

تنقسم الاضطرابات النفسية لدى الأطفال إلى مجموعتين بخصائص يُمكن تمييزها استناداً إلى مدخل الأبعاد: الاضطرابات الخارجية externalizing disorders، والاضطرابات الداخلية internalizing disorders. وتشمل المشكلات الخارجية المشكلات والمشكلات والأنماط غير التكيفية التي تحدث في تعارض مع الأشخاص والبيئات الأخرى، كما تشمل السلوكيات الخارجة عن القانون والسلوكيات العدوانية مثل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD)، اضطراب السلوك (CD)، واضطراب التحدى المعارض (ODD). وعلى النقيض من ذلك، فإن اضطرابات الاستيعاب ذات طبيعة داخلية وتتجلى في الانسحاب الاجتماعي والتثبيط والقلق والاكتئاب، وتستهدف هذه الاضطرابات انفعالات الطفل، وتسبب الأذى والمشكلات للأطفال أنفسهم أكثر من الآخرين. وعلاوة على ذلك،

ترتبط الاضطرابات الداخلية بفترات طويلة من الصمت وخيبة الأمل والتكتم، مما يؤدي إلى إصابة الطفل بالخلج والخوف والتعلق المفرط والحزن (Azhdari et al,2022).

وحتى وقت قريب ، كان هناك منشوران يتنافسان على لقب تقديم أول وصف لـ ADHD : كتاب Struwelpeter الخيالي الذي كتبه طبيب الأطفال Heinrich Hoffmann عام ١٨٤٥ ، ومُحاضرة Goulstonian عام ١٩٠٢ بعنوان " حالة نفسية غير طبيعية لدى الأطفال" بواسطة George Still والتي نُشرت في مجلة Lancet . وهناك أوصاف أخرى لـ ADHD نُشرت بين هذين الكتابين ، وقد تم تقديم مفهوم ما نُسّميه الآن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على أنه " عدم استقرار عقلي" بواسطة Desire-Magloire Bourneville في فرنسا عام ١٨٨٥ (Bader&Hadjikhani,2014) . وقد وصف طبيبان فرنسيان أحران Georges Paul-Boncour and Jean Philippe المدارس غير الطبيعيين الذين أظهروا أعراض فرط النشاط والاندفاع وعدم الانتباه والتي تم تشخيصها حالياً على أنها ADHD واضطراب التحدى المعارض واضطراب السلوك. وقد نشر Weikard وهو طبيب ألماني كتاباً طبياً عام ١٧٧٥ Der Philiphische Arzt والذي تضمن فصلاً عن قصور الانتباه، ووصف فيه أعراض ADHD مثل: " غالباً ما يفشل في الانتباه الدقيق للتفاصيل أو ارتكاب أخطاء غير مبال في الواجبات المدرسية أو الأنشطة الأخرى"، وغالباً ما يواجه صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة، " غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد في المشاركة أو الاندماج في المهام التي تتطلب جهداً ذهنياً مستمراً"، وتقارير عن حالة مشابهة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط حتى قبل ذلك، ويُنسب أقدمها إلى الفيلسوف اليوناني Theophrastus في القرن الرابع قبل الميلاد (Victor et al,2018).

ويُعد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) هو أحد أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً في مرحلة الطفولة (Pasarelu et al,2023)، كما يُصنف على أنه من الاضطرابات السلوكية المهمة التي تُسبب صعوبات فردية واجتماعية كبيرة، مما يخلق ضغوطاً انفعالية كبيرة على الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وعلى القائمين على رعايتهم (Azhdari et al,2022) ، ويُعرف بأنه اضطراب نمائي عصبي منتشر لدى الأطفال، ويتميز بأنماط مستمرة من عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاع. وتؤكد الأدبيات الحالية على الطبيعة المتعددة الأوجه لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وتُسلط الضوء على أهمية استراتيجيات التدخل المبكر (Drechsler et al., 2020; Wagner & McNeil, 2008) ، ويُعد اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط هو أحد أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً لدى

الأطفال؛ خاصة في سن المدرسة، وتتجلى أعراضه في السنوات الأولى من حياة الطفل وتستمر حتى نهاية مرحلة الطفولة والمراهقة، وفي ٧٠% من الحالات حتى مرحلة البلوغ (Azhdari et al, 2022). وتشير البيانات التحليلية أن معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في جميع أنحاء العالم لدى الأطفال والمراهقين يتراوح بين ٥% (Polanczyk et al, 2007)، و ٧% (Thomas et al, 2015)، وقد وجدت تحليلات نتائج العديد من الدراسات عدم تجانس كبير بين الدراسات بسبب عوامل منهجية، مثل مناهج التشخيص المختلفة، ومصادر المعلومات، وما إذا كان قد تم النظر في ضعف الانتباه (Polanczyk et al, 2014)، وتختلف معدلات الانتشار حسب النوع، وقد وجدت الدراسات أن نسبة الذكور إلى الإناث من ١ إلى ٤ في العينات الكلينيكية و ١: ٢ في الدراسات السكانية العامة (Polanczyk et al, 2004)، مما يشير إلى تحيزات الإحالة. ويؤثر هذا الاضطراب بشكل كبير على الأداء الأكاديمي والأداء الاجتماعي والديناميكيات الأسرية عند تركه دون اكتشاف مبكر أو سعى للعلاج. وتستلزم الطبيعة المزمنة والمنتشرة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وفرط النشاط تحديده مبكراً والتدخل المستمر. (Thomas et al., 2017; Drechsler et al., 2020). وكان فرط النشاط هو العرض المستخدم لتسمية هذا الاضطراب عندما أدرج لأول مرة في التصنيف الدولي للأمراض، الإصدار التاسع (ICD-9) باسم "مُتلازمة فرط الحركة في الطفولة"، وقد سُمي لاحقاً "اضطراب فرط الحركة"، في التصنيف الدولي الإصدار العاشر (ICD-10)، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الثانية (DSM-2) "فرط الحركة الطفولي". وتم الاعتراف بدور عدم الانتباه وأعيدت تسمية الاضطراب باسم "اضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط النشاط (DSM-III)، وبعد ذلك سُمي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (de Freitas et al, 2020). ويعكس فرط النشاط بنية متعددة الأوجه تشمل مجموعة واسعة من سلوكيات الطفل اللفظية والجسدية، مع الحركة الإجمالية الزائدة التي تُشكل مكوناً رئيساً كما يتضح في إجراءات الصريح في أربعة من أصل ستة أعراض لفرط النشاط (DSM-5) (Sarver et al, 2015). ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM-5)، يُعرّف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بأنه نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط النشاط والاندفاع الذي يتعارض مع الأداء أو التطور، ويتم تصنيفه إلى ثلاثة أنماط: عدم الانتباه، وفرط النشاط الاندفاعي، والسلوك الاندفاعي المفرط، ويجب أن تكون هذه الأنماط السلوكية موجودة لمدة ستة أشهر على الأقل، وأن تكون غير ملائمة من الناحية النمائية، وأن تُسبب إعاقة كبيرة في أماكن متعددة. (APA, 2013; Drechsler et al., 2020)

وقد تم اقتراح العديد من النظريات حول مسببات اضطراب ADHD ، ومن التفسيرات أحادية السبب إلى النماذج التي تصفه بأنه اضطراب مُتعدد العوامل بما في ذلك العوامل الوراثية والبيئية. وبالنسبة للعوامل الوراثية Genetic Factors يُعد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط اضطراباً عائلياً، حيث يُظهر أقارب ذوى الاضطراب من الدرجة الأولى من خمسة إلى عشرة أضعاف خطر الإصابة بالاضطراب عند مقارنتهم بعامة السكان أو المجتمع. وقد أظهرت دراسة التوائم وجود قابلية للتوريث بنسبة ٧٠% إلى ٨٠% في كل من الأطفال والبالغين. أما عن العوامل البيئية فقد أكدت نتائج عدد من الدراسات أن عوامل الخطر البيئية ارتبطت باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. ونظراً لارتفاع قابلية التوريث فقد تكون التفاعلات بين الجينات والبيئة هي الآلية الرئيسة والتي من خلالها تزيد العوامل البيئية من خطر الإصابة بهذا الاضطراب، ويتم التركيز عليها حالياً لأنها توفر الآليات التي تعمل من خلالها عوامل الخطر البيئية على تعديل وظيفة الجينات (Faraone et al,2015;Posner et al,2020). وفيما يتعلق بالحالة الاجتماعية والاقتصادية ، وقد وجد Larsson et al (٢٠١٤) أن انخفاض دخل الأسرة تنبأ بزيادة احتمالية الإصابة بـ ADHD في مجموعة سكانية سويدية، ولا تثبت هذه النتيجة بالضرورة أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة تزيد من خطر الإصابة بـ ADHD ، فقد يكون العكس(السببية العكسية). وبما أن الاضطراب يسرى في العائلات ويُسبب العديد من الإعاقات- بما في ذلك المشكلات التعليمية والمهنية- فقد يؤدي ذلك إلى الحرمان الاجتماعي والاقتصادي ، كما لا يبدو أن انتشاره يختلف باختلاف العرق، وقد يكون الارتباط الذي وجد في بعض الدراسات مُرتبطاً بأنماط الإحالة والحواز التي تؤثر على التعرف على مجموعات عرقية معينة(Faraone et al,2015) ، هل يختلف معدل الانتشار حسب البلد؟ هل زاد في العقود القليلة الماضية؟ وتظهر التحليلات السابقة أن الانتشار لا يختلف حسب المنطقة الجغرافية ولا حسب وقت الدراسات(Polanczyk et al,2007,2014) .

وهناك العديد من الأمثلة على العوامل البيئية المرتبطة بـ ADHD في الدراسات التحليلية والدراسات السكانية الكبيرة:(١) عوامل ما قبل الولادة وما حول الولادة كانهضاض الوزن عند الولادة، الأطفال الخدج وهم الأكثر بحثاً(Franz et al,2018) ، (٢) إجهاد الأمهات ، ومعاناتهن من السمنة، وارتفاع ضغط الدم وتدخين السجائر، والكحول، والأدوية الموصوفة كالأسيتامينوفين والفالبروات والمواد غير المشروعة، (٣) السموم البيئية سواء داخل الرحم أم أثناء الطفولة المبكرة مثل: الرصاص، مبيدات الآفات الفوسفاتية العضوية، وثنائي الفينيل متعدد الكلور، (٤) نقص التغذية: كالزنك والمغنسيوم، الحديد، وأميغا ٣ ، والأحماض الدهنية المتعددة غير المشبعة، (٥) الفوائد

الغذائية: كالسكر، الملونات الغذائية الاصطناعية، والأطعمة منخفضة أو عالية الفلورولين المناعي، (٦) العوامل النفسية والاجتماعية: انخفاض الدخل، الشدائد الأسرية، القسوة أو العدائية عند الوالدين (de Freitas et al, 2020)، وقد أظهرت دراسات التصوير العصبي وجود تشوهات في مناطق الدماغ مثل قشرة الفص الجبهي والعقد القاعدية، وخاصة في نظام الدوبامين، وتلعب التأثيرات البيئية، مثل التعرض للمسموم قبل الولادة (مثل الكحول والنيكوتين) وانخفاض الوزن عند الولادة والشدائد النفسية والاجتماعية دوراً أيضاً في نشأة الاضطراب وظهور أعراضه (Drechsler et al., 2020; Wagner & McNeil, 2008). وبعد وصف Still ، كان يُعتقد أن ADHD مرتبط بإصابات في الدماغ، وأُطلق عليه اسم الحد الأدنى من تلف الدماغ. وفي وقت لاحق ، ومع الاعتراف بأنه ليس كل الأطفال لديهم أفات جسمية، وتمت إعادة تسميته بالحد الأدنى من الخلل الوظيفي في الدماغ. وفي عام ١٩٣٤ وصف Kramer-Pollnow متلازمة تُسمى فرط الحركة، وهي تتميز بالقلق وتشتت الانتباه (de Freitas et al, 2020).

أما عن المظاهر الكلينيكية Clinical Presentations لـ ADHD فيتم تعريفه من خلال وجود نمط مستمر من عدم الانتباه/أو فرط النشاط والاندفاع الذي يتعارض مع الأداء الطبيعي أو النمو. وتتعدد مظاهر عدم الانتباه ، بما في ذلك شرود الذهن أثناء أداء مهمة ما، ونقص المثابرة، وعدم التنظيم ، ويتجلى فرط النشاط في شكل نشاط حركي مفرط عندما لا يكون مناسباً، أو التملل، أو النقر، أو الثرثرة. ويُشير الاندفاع إلى اتخاذ القرارات أو الإجراءات دون تخطيط، كما يُمكن أن يظهر على شكل تدخل اجتماعي أو اتخاذ قرارات مهمة دون النظر إلى عواقبها. ومن المهم التأكيد على أن هذه الأنماط السلوكية لا ينبغي أن تكون بسبب التحدي أو عدم الفهم (APA, 2013). ويعتمد تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على المعايير الموضحة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، والتي تتطلب أن تكون الأعراض واضحة قبل سن ١٢ عاماً، وأن تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل، وأن يتم ملاحظتها في مكانين على الأقل (على سبيل المثال، المنزل والمدرسة). ويجب أن تكون أعراض ADHD موجودة في البيئات الاجتماعية والأكاديمية على الأقل، وتؤثر سلباً على الأنشطة بدرجة لا تتوافق مع مستوى النمو. وبالإضافة إلى ذلك ، لا تحدث الأعراض بشكل حصري خلال مسار اضطراب النمو المنتشر (PDD) ، والفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى. ويستخدم الاخصائي الإكلينيكي أدوات مثل Conners' Rating Scales، و Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale، وذلك لجمع البيانات من عدة مصادر، ويُعد التشخيص الفارق أمر

بالغ الأهمية لاستبعاد حالات مثل القلق أو الاكتئاب أو صعوبات التعلم (APA, 2013; Drechsler et al., 2020)

وتُشير نتائج الأبحاث حول بنية العوامل المسببة لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط عبر فترة من العمر باستخدام مصادر معلومات مختلفة (على سبيل المثال، المعلمين وأولياء الأمور)، والثقافات، إلى نموذج مكون من عاملين لـ ADHD ، مع أبعاد عدم الانتباه وفرط النشاط/ الاندفاع (Bauermeister et al, 2010). ويقترح الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية DSM-5 أن هناك ثلاثة عروض تقديمية لـ ADHD : الطالب غير مُنتبه، مُفرط النشاط/ ومندفع غالباً، ومختلط. وعلى الرغم من هذا يقدم الوصف نماذج أولية كLINIكية مُلائمة لها ارتباطات مُحددة مع الارتباطات الوظيفية والسلوكية لأعراض عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاع، ولا يُحدد مجموعات فرعية قوية ذات استقرار طويل الأمد كاف لتبرير تصنيف أنواع مُميزة من الاضطراب (Willcutt et al, 2012). وتتنحصر الأعراض الرئيسة لهذا الاضطراب في: (أ) عدم الانتباه Inattention ويشمل: (أ) صعوبة الانتباه للتفاصيل وما يترتب على ذلك من أخطاء مُهملة، (ب) صعوبة الحفاظ على الانتباه في المهام أو الأنشطة، (ج) صعوبة في الاستماع عند التحدث إليه، (د) المعاناة من أجل إنجاز وإنهاء المهام أو الأنشطة، (هـ) صعوبة تنظيم المهام والأنشطة، (ز) تجنب المهام التي تحتاج إلى جهد ذهني، (ح) وضع الأشياء اللازمة لأداء المهام أو الأنشطة في غير مكانها، (ط) التشتت بسبب المحفزات الخارجية، (ي) نسيان الأنشطة. (٢) فرط النشاط أو الاندفاع Hypearactivity or impulsivity ويشمل (أ) التملل أو النقر باليدين أو القدمين أو الالتواء في المقعد، (ب) الوقوف عندما يُتوقع منه البقاء جالساً، (ج) الجري أو التسلق غالباً عند الأطفال أو المشاعر الذاتية الأرق خاصة عند المراهقين والبالغين، (د) عدم القدرة على اللعب بهدوء، (هـ) ينتقل كثيراً دون إرادة كمن يقوده مُحرك، يُثرثر بطريقة غير لائقة، (ز) ينطق بالإجابات قبل الانتهاء من سماع الأسئلة، (ح) يصعب عليه انتظار دوره في الألعاب أو الأنشطة، (ط) يُقاطع الآخرين ويتطفل عليهم (Sarver et al, 2015).

ومن المهم تسليط الضوء على أن الأطفال ذوي ADHD قد يكونون غير قادرين على ما سبق من مهام للحفاظ على تركيزهم عند أداء مهام مُحددة مثل: لعب ألعاب الفيديو، مشاهدة التلفاز، أو في مواقف معينة يستمتعون بها، وتؤثر أهمية وجاذبية المهمة بالنسبة للطفل على عدم ظهور الأعراض، كما يُمكن للأباء الحذرين توفير بيئات منظمة وتحفيز أطفالهم ذوي ADHD مما يخلق حالة لا تظهر فيها الأعراض إلا في وقت لاحق من مرحلة المراهقة عندما يصبحون أكثر استقلالية. ويجب أن تُؤخذ مرحلة النمو في الاعتبار عند تقييم الأطفال أو المراهقين. فالمظاهر الكLINIكية تختلف حسب العمر.

وتُشير الدراسات إلى أنه يُمكن استخدام المعايير الحالية لتشخيص ADHD حتى عند الأطفال في عمر ثلاث سنوات، إلا أن هناك صعوبة جوهرية في تشخيصه لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة. إن درجة الاندفاع وفرط النشاط مُناسبة من الناحية التطورية في هذه الفئة، مما يجعل من الصعب الفصل بين السلوكيات الطبيعية للعمر والسلوكيات مُفرطة النشاط/الاندفاعية غير المناسبة. وبالإضافة إلى ذلك، وبما أنهم لا يتعرضون لمتطلبات بيئية كبيرة (على سبيل المثال، الالتزام بمُهمة ما لفترة طويلة من الزمن)، فإن تقييم الانتباه يكون أكثر صعوبة. ويُمكن أن تظهر أعراض عدم الانتباه وفرط النشاط/الاندفاع في سن ما قبل المدرسة، ويُمكن اكتشافها، وخاصة في الفصول الدراسية في مجموعات مختلفة ومتنوعة حسب درجات الخطورة باستخدام معلومات من مصادر مُختلفة، وتميل أعراض ADHD إلى الانخفاض في مرحلة المراهقة والرشد (Taylor & Sonuga-Barke, 2008).

ويُعاني ذوو ADHD في العيادات الكلينيكية والمجتمعية من اضطرابات نفسية أخرى شائعة. وتعتمد أنماط الاعتلال المشترك على مراحل النمو. وتشمل الحالات المضطربة المشتركة والأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي ADHD اضطراب التحدي المعارض (ODD)، واضطراب السلوك (CD)، والإعاقة الذهنية (Intellectual Disability ID)، واضطرابات التعلم، اضطرابات اللغة، اضطرابات النمو، التبول الإرادي، واضطرابات التنسيق الحركي التمتوي، والاكتئاب، اضطرابات القلق، واضطرابات طيف التوحد. وقد كشفت التحليلات أن الأطفال ذوي ADHD أكثر عُرضة للإصابة باضطراب السلوك أو اضطراب التحدي المعارض بمقدار ١٠ مرات، وأكثر عُرضة للإصابة بالاكتئاب بمقدار ٥ مرات، وأكثر عُرضة للإصابة باضطرابات القلق بمقدار ٣ مرات مقارنة بمن لا يُعانون من ADHD، ولم يكن هناك فرق كبير في أنماط الاعتلال المشترك بين الذكور والإناث. أما المراهقون والبالغون فتكون اضطرابات الأكل، واضطرابات تعاطي المواد المخدرة، والاضطراب ثنائي القطب، واضطرابات الشخصية أكثر شيوعاً. ومؤخراً، ارتبط ADHD بحالات طبية تتجاوز الاضطرابات النفسية مثل السمنة، الربو، والحالات الثابتة a topic conditions، والصرع، والسكري (Rohde et al, 2019).

وقد تم اقتراح عدة نماذج نظرية لشرح اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. ويعزو النموذج الحيوي العصبي الاضطراب إلى الخلل الوظيفي في أنظمة الدوبامين، مما يؤثر على الانتباه والتنظيم الذاتي، وتركز نظرية الوظائف التنفيذية على العجز في الذاكرة العاملة والتخطيط والتحكم المثبط. وفي الوقت نفسه، ينظر النموذج السلوكي إلى سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على أنها سلوكيات مكتسبة ويتم الحفاظ عليها من خلال طوارئ التعزيز في البيئة. (Barkley, 1997; Wagner &)

(McNeil, 2008). ويمكن تجنب ذلك من خلال تنفيذ تعديلات بسيطة ومباشرة نسبياً على البيئة الصفية أو أسلوب التدريس، ويمكن للمعلمين التكيف مع نقاط القوة والضعف لدى التلاميذ ذوي ADHD ، ويمكن للتغيرات الصغيرة في طريقة تعامل المعلم مع المتعلم أو فيما يتوقعه المعلم أن يُحول سنة خاسرة إلى سنة رابحة (Pasarelu et al, 2023). وقد وصف Bradley عام ١٩٣٧ أول علاج فعال لـ ADHD ، وذكر أن Benzedrine يمكن أن يُقلل من فرط النشاط ويُحسن الانتباه والأداء الأكاديمي (de Freitas et al, 2020). وينطوي العلاج الفعال لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط عادةً على نهج متعدد الوسائط، وغالباً ما تكون العلاجات الدوائية، وخاصة المنشطات مثل methylphenidate and amphetamines، وهي في الغالب تدخلات الخط الأول وقد أظهرت فعالية قوية، وتستخدم غير المنشطات، مثل atomoxetine كبداية. وتعتبر التدخلات السلوكية - بما في ذلك تدريب الوالدين والإدارة الصفية والعلاج السلوكي المعرفي - ضرورية لتحسين الوظيفي على المدى الطويل. (Drechsler et al., 2020; Thomas et al., 2017)

ويُعد PCIT هو علاج سلوكي قصير الأجل وقائم على الأدلة يهدف إلى تحسين جودة التفاعلات بين الوالدين والطفل وتقليل السلوكيات التخريبية، ويتم تقديمه على مرحلتين، ويُحقق كثير من الفوائد منها: أنه يُقوي التفاعل الموجه للطفل (CDI) الرابطة بين الوالدين والطفل باستخدام مهارات PRIDE (الثناء، التفكير Reflect، التقليد Imitate، الوصف Describe، الاستمتاع Enjoy)، بينما يُعلم التفاعل الموجه للوالدين (PDI) استراتيجيات التأديب الفعالة وإعطاء الأوامر. (Wagner & McNeil, 2008; Thomas et al., 2017). وقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية التفاعل الموجه من قبل الوالدين للأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وأظهرت نتائج تحليل الدراسات انخفاضاً كبيراً في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وتحسن العلاقات بين الوالدين والطفل، وانخفاض الضغط النفسي لدى الوالدين. علاوة على ذلك، فقد ثبت أن PCIT يُحسن من امتثال الأطفال ويقلل من السلوكيات المعارضة في كل من المنزل والمدرسة. (Al Sehli et al., 2021; Thomas et al., 2017). إن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هو اضطراب مُعقد له عواقب نمائية كبيرة إذا لم يتم علاجه. ويُعد التشخيص المبكر والتقييم الشامل واستراتيجيات التدخل المصممة خصيصاً أمراً بالغ الأهمية. ويُمثل PCIT علاجاً غير دوائي واعداءً لا يقلل من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط فحسب، بل يُعزز أيضاً ممارسات الأبوة والأمومة الإيجابية والعلاقات الصحية بين الوالدين والطفل، ويمكن أن يؤدي دمجها في الرعاية القياسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط إلى تعزيز النتائج لكل من الأطفال وأسرهم. (Thomas et al., 2017; Al Sehli et al., 2021)

ثالثاً: اضطراب اكتئاب الأطفال: (Childhood Depressive Disorder (CDD)

يُعد اضطراب اكتئاب الطفولة (CDD) مشكلة صحية نفسية حرجة تعطل النمو الانفعالي والاجتماعي والمعرفي. وقد كان يُعتقد في الماضي أن هذا الاضطراب نادر أو مستحيل الحدوث بين الأطفال الصغار، أصبح الآن معترفاً به كمصدر قلق مشروع ومتزايد في مجال الصحة النفسية للأطفال. وقد يؤدي إلى صعوبات عاطفية مزمنة، وفشل أكاديمي، وانسحاب اجتماعي، وزيادة خطر تعاطي المخدرات والانتحار في مرحلة المراهقة والبلوغ. ويُعد الفهم والتدخل السليم أمراً حيوياً لمنع هذه العواقب طويلة الأمد. (Verywell Mind, 2024; Luby et al., 2012).

والاكتئاب هو حالة انفعالية من الحزن المستمر التي تتراوح بين حالات الخور المعتدلة نسبياً والوجوم إلى أقصى مشاعر اليأس والقنوط. وغالباً ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة وفقدان الهمة والأرق وفقدان الشهية وصعوبة في التركيز واتخاذ القرارات (عبدالحاميد و كفاي، ١٩٩٠، ٩١٦). ويُستخدم مصطلح الاكتئاب لوصف مدى من الظروف والأحوال الانفعالية التي تبدأ من الحالة البسيطة مروراً إلى الاكتئاب الحاد. ويُعد الحزن هو الشعور الغالب والمتسلط في الاكتئاب، إلا أنه يتضمن أيضاً مشاعر وقتية مثل عدم السعادة والدونية أو البقاء في حالة كآبة أو غم، ولكن عندما تتخطى المشاعر المسار الطبيعي وتؤثر بشكل سلبي على حياة الفرد تصبح المشكلة في اضطراب الاكتئاب باعتباره مرضاً مزمناً. (Schmal&Bowman,2004).

ويُعرف دسوقي (١٩٨٨، ٣٧٢) الاكتئاب بأنه اتجاه انفعالي، باثولوجي، ينطوي على شعور بعدم الكفاية وفقدان الأمل، ويصاحبه انخفاض النشاط الجسمي النفسي. ويعتبر الاكتئاب حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر وضوحاً في الجانب الانفعالي للشخصية، حيث يتميز بالحزن الشديد، واليأس من الحياة، ووخز الضمير وتبكيته القاسي على شروخ لم ترتكبها الشخصية، بل تكون متوهمة إلى حد بعيد، ويقوم المبدأ النفسي القائل بأن النية تساوي الفعل بدور كبير في تغذية الإحساس بوخز الضمير وتأنيبه واستثارتها ليأخذ بخناق الشخصية ويؤنبها بقسوة، ويجعل حياتها جحيماً لا يطاق (طه وآخرون، ١٩٩٣، ١١٠). ويُمثل الاكتئاب أحد اضطرابات الوجدان، ويُشير الوجدان إلى الحالة الانفعالية الداخلية الدائمة للفرد، في حين تُشير العاطفة affect إلى التعبير الخارجي اللفظي للمحتوى الانفعالي، ويُعتبر الوجدان المكتئب أحد ثلاث حالات للوجدان، إذ هناك حالتان غيرهما هما الوجدان العادي أو السوي والوجدان المرتفع كما في حالات الهوس (محمد، ٢٠٠٠، ١٥٧). ويُعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) أعراض اضطراب الأطفال بأنه وجود خمسة أعراض اكتئابية أو أكثر خلال فترة الأسبوعين، بما في ذلك المزاج المكتئب وفقدان الاهتمام أو

المتعة. وفي الأطفال، يُمكن أن تشمل المظاهر البكاء وزيادة التهيج والعزلة الاجتماعية والشكاوى الجسدية وضعف الأداء الأكاديمي. وغالباً ما يكون التهيج من الأعراض المزاجية الأكثر بروزاً لدى الأطفال من الحزن. (APA, 2013; Verywell Mind, 2024)

إن مصطلح الاكتئاب - كما يُطلق عليه من قبل أخصائيي الصحة النفسية - يُشير إلى أكثر من مجرد شعور حزين. فالحزن هو في العادة رد فعل عاطفي طبيعي نحو مواقف مُحددة. ولكن الاكتئاب مع ذلك ببساطة يتخطى حدود الحزن ، فيُمكن اعتباره رد فعل زائد من العقل والجسم تجاه الضغط العصبي، ويتضمن هذا الاضطراب العديد من الأعراض التالية والتي منها: (١) المزاج الاكتئابي ، (٢) تغير الشهية "سواء بالزيادة أو النقصان" وتغير الوزن "سواء بالزيادة أو النقصان" ، (٣) التغيرات في عادات النوم (سواء الأرق أو الوخم) ، (٤) التعب والإرهاق ، (٥) انخفاض الحركة الجسمية "زيادتها كالهيجان أو الإفراط في الحركة" ، (٦) صعوبة في التركيز أو إصدار أحكام وقرارات أو المعاناة من مشكلات الذاكرة ، (٧) مشاعر الذنب والدونية ، (٨) فقدان الاهتمام والرغبة مع الإحساس بالسعادة عند المشاركة في أنشطة ممتعة بطبيعتها ، (٩) أفكار انتحارية (Ed Beckham & Beckham, 2004).

وتُشير نتائج الدراسات الحديثة إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين تتزايد بشكل ملحوظ على مستوى العالم. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يُعاني حوالي ٣-٥% من الأطفال والمراهقين من الاكتئاب في أي وقت معين، مع تباين هذه النسبة بين الدول المختلفة (World Health Organization, 2021). وقد أظهرت دراسة حديثة تغطي بيانات من ٩٦ دراسة شملت ٥٢٨,٢٩٣ طفلاً ومراهقاً في ٢٩ دولة، أن معدل انتشار الاكتئاب الخفيف إلى الشديد يبلغ حوالي ٢١.٣%، بينما يصل الاكتئاب المعتدل إلى الشديد إلى ١٨.٩%، ويبلغ معدل الإصابة بالاكتئاب الكبير major depression ٣.٧% (Kasturi et al., 2023). وأظهرت مراجعة حديثة أن معدل اضطراب الاكتئاب الكبير (MDD) بين الأطفال دون سن ١٣ عاماً يبلغ ٠.٧١%، بينما بلغت معدلات الاكتئاب الجزئي dysthymia ٣.٠%، واضطراب خلل التنظيم المزاجي ١.٦٠%، دون وجود فروق ملحوظة بين الذكور والإناث ، أو بين البلدان ذات الدخل المرتفع والمنخفض (Spoelma et al., 2023)، وقد زادت جائحة كوفيد-١٩ من معدلات الاكتئاب بين الأطفال، حيث أظهرت مراجعة وتحليل لسبعة عشرة دراسة أن معدل الاكتئاب خلال الجائحة وصل إلى ٢٧% (Wang et al., 2023)، ما يُشير إلى تأثير كبير للأحداث العالمية على الصحة النفسية للأطفال. وترى الباحثة أن البيانات الحالية تُشير إلى أن الاكتئاب بين الأطفال يُعد

ظاهرة شائعة ومتزايدة، وتستدعي مزيداً من الجهود في مجالات الكشف المبكر، والتدخل العلاجي، والدعم النفسي للأطفال وأسرهم.

ويظهر على ذوى اضطراب الاكتئاب البسيط: Dysthymia disorder الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم وعلى مدى معظم الأيام ، وذلك خلال عامين متتاليين على الأقل ، كما يتضح من التقارير الذاتية أو ملاحظة الآخرين. أما بالنسبة للأطفال والمراهقين فيمكن أن يتسم هذا الوجدان بسرعة الغضب أو الانفعال أو التهيج على أن يستمر ذلك لمدة سنة واحدة على الأقل . وإلى جانب ذلك يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية: (١) ضعف الشهية للطعام أو الإفراط في تناول الطعام ، (٢) الأرق أو الإفراط في النوم ، (٣) انخفاض مستوى الطاقة والحيوية مع سرعة الشعور بالتعب، (٤) انخفاض تقدير الذات، (٥) ضعف القدرة على التركيز ووجود صعوبة في اتخاذ القرارات ، (٦) الشعور باليأس . وإلى جانب ذلك يُلاحظ أنه خلال فترة الاضطراب والتي تستمر لمدة عامين متتاليين على الأقل أو عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين أنه يجب ألا تختفى تلك الأعراض لمدة شهرين متتاليين ، وألا تحدث نوبة اكتئابية شديدة خلال فترة العامين أو العام الواحد على ألا ترجع تلك الأعراض إلى جانب اضطراب اكتئابي شديد أو أى نوبة هوسية ، أو اضطراب ذهاني ، أو إلى آثار فسيولوجية مباشرة لمادة معينة أو حالة صحية عامة . كذلك فإن هذه الأعراض يجب أن تؤدي إلى حدوث الضيق النفسي ، وإلى حدوث خلل أو تدهور واضح في الأداء الوظيفي للفرد اجتماعياً أو مهنيّاً أو في مجال مهم آخر . ويُعرف هذا الاضطراب بأنه ذو بداية مبكرة إذا بدأ قبل سن الحادية والعشرين ، أما إذا بدأ بعد ذلك فتكون بدايته متأخرة (محمد ، ٢٠٠٠ ، ١٦٤).

وقد تعددت وتنوعت أعراض الاكتئاب عند الأطفال، وقد تناولت تلك الأعراض التي ركز عليها الباحثون ما يلي: (١) الأعراض الانفعالية: وتشمل الحزن المستمر، وقد يُظهر الأطفال فترات طويلة من الحزن، البكاء، أو الدموع دون سبب واضح ، (٢) التهيج: وتشمل زيادة التهيج أو الغضب، غالباً بدون مُحفز مُحدد، (٣) اليأس: وتشمل مشاعر اليأس أو عدم القيمة، والتي يمكن أن تؤثر على نظرتهم العامة للحياة، (٤) الأعراض الإدراكية: وتتضمن فقدان الاهتمام، وتظهر في صورة انخفاض ملحوظ في الاهتمام بالأنشطة التي كانوا يستمتعون بها سابقاً، مثل الهوايات، الرياضة، أو التفاعلات الاجتماعية، (٥) صعوبة التركيز: وتشمل صعوبة في التركيز على المهام أو الواجبات المدرسية، مما يؤدي إلى انخفاض في الأداء الأكاديمي، (٦) التردد: وتشمل صعوبة في اتخاذ القرارات أو نقص الحافز للمشاركة في الأنشطة اليومية، (٧) الأعراض الجسدية: وتتضمن تغيرات في نمط النوم، وفيها تظهر تجربة الطفل للأرق أو النوم المفرط، (٨) تغيرات في الشهية: ويظهر فيها الطفل تغيرات كبيرة في

عادات الأكل، إما فقدان الشهية مما يؤدي إلى فقدان الوزن أو زيادة الشهية مما يؤدي إلى زيادة الوزن ، (٩) انخفاض الطاقة: ويظهر فيها على الطفل التعب العام وانخفاض مستويات الطاقة، مما يجعل من الصعب عليه المشاركة في الأنشطة اليومية، (١٠) الأعراض السلوكية: وتشمل الانسحاب الاجتماعي، حيث يتجنب الطفل التفاعلات الاجتماعية وتفضيل البقاء وحده (Cleveland Clinic, 2025; Johns Hopkins Medicine, 2025)، (١١) الغياب المتكرر عن المدرسة: حيث يزداد الغياب المفاجئ وانخفاض في الدرجات، (١٢) الحساسية للرفض: وتشمل حساسية شديدة للطفل من الرفض أو الفشل، مما يسهم في زيادة مشاعر الحزن واليأس (Children's Health, 2025)، (١٣) الأعراض الشديدة: وتشمل أفكار انتحارية، وفي الحالات الشديدة، قد يعبر الأطفال عن أفكار انتحارية أو سلوك إيذاء الذات (Cleveland Clinic, 2025; Johns Hopkins Medicine, 2025).

وتتعدد مسببات الاضطراب المزاجي المزمن متعدد الأوجه، ويلعب الاستعداد الوراثي دوراً مهماً؛ خاصة عندما يكون هناك تاريخ عائلي لاضطرابات المزاج. وتتضمن المساهمات البيولوجية العصبية اختلالات في أنظمة الناقلات العصبية مثل السيروتونين والدوبامين، كما ترتبط التأثيرات البيئية - مثل الصراع بين الوالدين أو سوء المعاملة أو الإهمال أو الإجهاد المزمن - ارتباطاً وثيقاً بظهور أعراض الاكتئاب في مرحلة الطفولة. (Eyberg & Funderburk, 2011; Luby et al., 2012). ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5، ويتم تشخيص اكتئاب الطفولة عندما يُظهر على الطفل خمسة أعراض اكتئابية أو أكثر كل يوم تقريباً لمدة أسبوعين على الأقل. ويجب أن تضعف هذه الأعراض الأداء الوظيفي في مجالات متعددة (على سبيل المثال، الأكاديمية والاجتماعية والأسرية). ويشيع استخدام أدوات مثل مقياس اكتئاب الأطفال (CDI) والمقابلات الإكلينيكية لاستكمال التشخيص وضمان ملائمة النمو. (American Psychiatric Association, 2013; Verywell Mind, 2024) وهناك ثلاث نظريات أساسية فسرت أسباب تطور اضطراب الاكتئاب واستمراره. فهناك النظرية التحليلية، والنظريات السلوكية، والاتجاه السلوكي المعرفي، والنظرية المعرفية والنماذج ما وراء المعرفية. وتعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات النفسية التي انشغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه. فترى هذه النظرية أن الخبرات الصاغطة الصدمية، التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره (مثل، الانفصال عن أحد الوالدين أو فقدانه) تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب، ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطاً مشابهة لضغوط الطفولة، فإنه ينهار وتظهر عليه أعراض الاكتئاب (دافيدوف، ١٩٨٣، ٦٧٥). وترى أيضاً أن الاكتئاب يظهر نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء كان هذا الفقد حقيقياً أو رمزياً، وينتج عن هذا الفقد غضب يوجه للذات

ويُهددها ويُشكل هذا التهديد خبرة حزينة اكتئابية تكون غالباً لا شعورية وسببها الرغبة فى استعادة الحب والتأييد والدعم الأبوى المفقود. أما الأصول الأولى لهذه المشكلة فتتبع جذورها إلى المراحل المبكرة من النمو ، وبالتحديد ترجع إلى المرحلة الفمية ، حيث يتم استدخال صورة العالم من الإشباع الفمى ، وتكون الأم هى المحور الأساسى الذى يتركز عليه إشباعات الطفل ، ويحدث أن تقدم الأم إشباعات ناقصة ، أو تتوقف ، أو لا تقدم أى إشباعات فيشعر الطفل بالحرمان والفقد ، فيوجه غضبه نحو ذاته ، وبهذا يكون تصرفه أول خطوة للوقوع فى شرك الاكتئاب (عسكر ، ١٩٨٨ ، ٨٨).

أما عن النظريات السلوكية ودورها فى تفسير حدوث الاكتئاب واستمراره فى مرحلة المراهقة والرشد، فتؤكد النظرية السلوكية على التعزيز البيئي وسحب المحفزات الإيجابية. وأخيراً، تربط نظرية التعلق بين الارتباطات المبكرة غير الآمنة وضعف التنظيم الانفعالي والتعرض لاضطرابات المزاج (Beck, 1976; Bowlby, 1980; Luby et al., 2012). فقد ظهرت اتجاهات سلوكية عديدة لتفسير الاكتئاب ، كما ظهر ما يربوا على خمسين نموذج سلوكي لعلاجه ، ولذا يصعب الحديث عن نظرية سلوكية واحدة تفسر الاكتئاب . وتقع النظريات السلوكية البارزة كلها فى المجال المعروف بنظرية التعلم الاجتماعى لـ Bandura والتي ترى أنه يمكن فهم النشاط الوظيفي النفسى من خلال التفاعلات المستمرة والمتبادلة للعوامل الشخصية ، والعوامل السلوكية ، والبيئية ، والتي تعمل بشكل مستقل ، كما تدعم كل منها الأخرى (عبداللطيف، ١٩٩٧ ، ٤٦). فالبيئة الخارجية بمفهومها الشامل (طبيعية واجتماعية وحضارية) لها تأثير إيجابي وتأثير سلبي على الإنسان . واعتماداً على ذلك فإن الأنشطة التى يقوم بها الفرد ، أو تلك التى يوفرها له الآخرون ، عندما تكون ذات طبيعة سارة ، فإنها تجلب الفرح والسعادة إلى نفس الإنسان . أما الأحداث التى تثير المشقة والمعاناة ، فإنها تؤدي إلى القلق والتوتر ، ثم إلى الاكتئاب (عبدالخالق ، و الصبوة ، ١٩٩٦ ، ١٨٠).

وجاء الاتجاه السلوكى المعرفى لتفسير الاكتئاب. ومن أشهر تلك النظريات أو النماذج هو نظرية التشوهات المعرفية لـ Beck ، وقد استخدم Beck مفهوم البنية المعرفية لتفسير هذا التشوهات المعرفية السلبية ، فعندما يكون الشخص مكتئباً ، تنشط المنظومات السلبية التى تسيطر على العمليات المعلوماتية . ويرى Beck أن المنظور السلبي للأفراد المكتئبين يعمل بمثابة طوق يحاصر الذات، وعالمها ومستقبلها. وهذا ما يشكل الثلاثى المعرفى السلبي ، حيث ينظر الفرد إلى الذات باعتبارها معطوبة أو غير مناسبة بالمعنى النفسى أو الأخلاقى أو الفيزيقي ، وتميل الخبرات غير السارة للعزو إلى هذا العيب ، وتُفسر الخبرات بطريقة سلبية ، وينظر إلى الحياة باعتبارها تفرض متطلبات متطرفة ، وتفسر التفاعلات مع البيئة باعتبارها تمثل هزيمة أو إحباطاً ، وتقود نظرة الشخص المكتئب إلى

توقعات سلبية ، وتوقع الفشل. ويرى Beck في كل هذا تفسيراً للدافعية المنخفضة التي عادة ما تصاحب الاكتئاب (ليندزاي، بول ، ٢٠٠٠ ، ١٣٢). ويفترض النموذج المعرفي أن أنماط التفكير السلبي والعجز المكتسب والتشوهات المعرفية تسهم في ظهور أعراض الاكتئاب. وتستند النظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب إلى أن أفكار الأفراد تؤثر في مشاعرهم وسلوكهم بالسلب أو بالإيجاب ، وأن هناك تفاعل دائم الحدوث بين المعرفة والانفعال والسلوك ، ونتيجة لهذا التفاعل فإن المعارف أو التصورات الخاطئة من شأنها أن تسبب انفعالات سلبية وسلوكيات مضطربة. وهذه المعارف الخاطئة تؤدي إلى التشويه المعرفي Cognitive distortion والذي يُعد في نظر المعرفيين المسؤول الأول عن حدوث الاكتئاب (إبراهيم ، ٢٠٠٥ ، ٤٤٢).

وغالباً ما يتضمن علاج الاضطرابات المزاجية المزمنة مزيجاً من العلاج النفسي والأدوية. ويُعد العلاج السلوكي المعرفي (CBT) هو العلاج النفسي الأكثر دعماً، حيث يُساعد الأطفال على إعادة صياغة الأفكار السلبية وتطوير استراتيجيات التكيف. وقد يتم وصف العلاجات الدوائية، وبشكل أساسي مثبتات استرداد السيروتونين الانتقائية SSRIs مثل الفلوكتستين، في الحالات المتوسطة إلى الشديدة، وعلى الرغم من أنها تتطلب مراقبة دقيقة للآثار الجانبية مثل التفكير في الانتحار. Dunn & (Goodyer, 2006; AACAP, 2023)، وعلى الرغم من أن العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل (PCIT) قد تم تطويره في البداية لعلاج مشاكل السلوك الخارجي، إلا أن تعديلات العلاج أظهرت نتائج واعدة في علاج أعراض الاستيعاب الداخلي مثل الاكتئاب. يقوي PCIT الرابطة العاطفية بين الوالدين والطفل، ويعزز استجابة الوالدين ويعلم تنظيم المشاعر. تشير الدراسات إلى أن PCIT يمكن أن يقلل من أعراض الحزن والتهيج والانسحاب الاجتماعي، خاصة لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة. (Eyberg & Funderburk, 2011؛ Luby, Lenze & Tillman, 2012)

ويُعد اضطراب اكتئاب الطفولة حالة خطيرة ومعقدة تتطلب نهجاً علاجياً متعدد الأوجه. ومن الضروري التشخيص الدقيق والتدخل المبكر ومشاركة الأسرة. بينما يظل العلاج السلوكي المعرفي والأدوية من الدعائم الأساسية للعلاج، ويقدم العلاج السلوكي المعرفي استراتيجية إضافية قيّمة، خاصة للأطفال الأصغر سناً والأسر التي تحتاج إلى دعم في التواصل بين الوالدين والطفل والاستجابة الانفعالية (Thomas et al., 2017؛ Luby et al., 2012؛ Eyberg & Funderburk, 2011).

رابعاً: الدراسات ذات الصلة وفروض الدراسة:

هدفت دراسة Thomas et al (2012) إلى التأكد من فاعلية بروتوكول PCIT مع الأسر التي لها تاريخ في سوء مُعاملة الأطفال. وذكر الباحثون أن من الممارسات الشائعة زيادة بروتوكولات العلاج

الفعال للفئات الخاصة، ولكن غالباً ما يتم ذلك قبل إثبات أن الخدمات القياسية غير مناسبة. وتمت هذه التجربة مع الأسر المعرضة للخطر أو التي لها تاريخ في سوء المعاملة ($n=151$)، وتم التحقق من فاعلية العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل، والذي تكون من ١٢ جلسة. وهذا على النقيض من دراسات PCIT التي أريت مع أباء وأمهات مماثلين، والتي سمحت بمدة علاج أطول وأحياناً مُتغيرة مع تعديلات على بروتوكولات PCIT بعد العلاج ومقارنته بقائمة انتظار، وأبلغت الأمهات عن عدد أقل من السلوكيات الخارجية والداخلية للطفل، ولوحظ أن لديهم المزيد من التلطف الإيجابي وحساسية الأمهات. وتدعم هذه النتائج البروتوكول القياسي لـ PCIT كمتدخل فعال في نظام رعاية الطفل.

وهدف دراسة Manee et al (2018) إلى تقييم فاعلية العلاج لتفاعلي بين الوالدين والطفل (PCIT) وتدريب الوالدين على إدارة الطفل في تحسين أعراض الأطفال ذوي ADHD الذين تتراوح أعمارهم بين ٨ : ١٠ سنوات. وتم استخدام تصميم شبه تجريبي قبل الاختبار وبعده مع مجموعة ضابطة، وتألف مجتمع الدراسة من جميع أمهات الأطفال ذوي ADHD في أورميا Urmia عام ٢٠١٢ ، والذين تمت إحالتهم إلى مراكز الاستشارة والعلاج وتم تشخيص أطفالهم باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط معاً. واعتبر الأطفال الذين حصلوا على درجات في مقياس تقييم كونر (المعلمون وأولياء الأمور) ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، حيث تم اختيار ٤٥ مريضاً بطريقة أخذ العينات الملائمة وتوزيعهم عشوائياً على مجموعتين تجريبيتين ($n=15$) ومجموعة ضابطة. وبعد ذلك ، تم تدريب المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من قبل Eyberg (Eybergs PCIT) ، ومقياس باترسون لتقييم فرط الحركة وتشتت الانتباه (Pattersons PMT) خلال ٩ جلسات عقدت مرة واحدة كل أسبوع، ولم تنلق المجموعة الضابطة أي تدخل. ومن أجل جمع البيانات تم استخدام مقاييس Conners Scales ، ومقياس تصنيف SWAN لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه SWAN Rating Scale for ADHD ، وأظهرت النتائج أن هناك فرقاً كبيراً بين PCIT و PMT عند مستوى ٠.٠٥ وكان التأثير أقوى بالنسبة لمجموعة PCIT.

وأثبتت دراسة Webster-Stratton (2011) فعالية برامج تدريب الآباء والأمهات في برنامج "سنوات لا تُصدق" مع الأطفال الذين شخصوا من ذوي اضطراب التحدي المعارض Oppositional Defiant Disorder (OOD) ، وقد تم إجراء تجربة مراقبة عشوائية لتقييم تدخلات برنامج الوالدين والطفل معاً بين ٩٩ طفلاً تم تشخيصهم باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (من ٤ : ٦ سنوات). وأبلغت الأم عن وجود تأثيرات علاجية كبيرة على العلاج المناسب، وعلى استخدام العقاب البدني والمراقبة، في حين لم يُبلغ الآباء عن أي تغييرات مهمة في التربية. وقد كشفت الملاحظات المستقلة،

وعبارات الأمهات الناقدة، وسلوكيات الطفل المنحرفة، كما أبلغ كل من الأمهات والأباء عن تأثيرات علاجية على سلوكيات الأطفال الخارجية وفرط النشاط وسلوكيات الغفلة أو عدم الانتباه والمعارضة، وتنظيم المشاعر والكفاءة الاجتماعية، وكانت هناك تأثيرات علاجية كبيرة على مفردات انفعالات الأطفال وقدرتهم على حل المشكلات، وقد أبلغ المعلمون في المدرسة عن وجود تأثيرات علاجية للسلوكيات الخارجية، وأشارت ملاحظات الأقران إلى تحسن كفاءة الأطفال الاجتماعية.

وتحقت دراسة (Azhdari et al(2022) من أثار العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل على المشكلات السلوكية للأطفال ذوي ADHD وشمل مجتمع الدراسة جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٥-١٢ سنة والذين زاروا عيادات علم النفس والطب النفسي عام ٢٠٢٠، والذين تم تشخيصهم بـ ADHD . وتكونت عينة الدراسة العلاجية من ٣٠ طفلاً بشكل مُلائم، تم توزيعهم عشوائياً على المجموعتين التجريبية والضابطة (ن=١٥ لكل مجموعة)، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس أعراض الطفل (Child Symptoms Inventory(CSI-4) وتم استخدام تحليل التباين لتحليل البيانات. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الضابطة والتجريبية في مُتغيرات البحث (اضطراب أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط، اضطراب التحدي المعارض، اضطراب القلق العام، اضطراب الاكتئاب الجسيم، اضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب قلق الانفصال.

وأجرت دراسة (Garcia et al(2020) مراجعة منهجية لفاعلية العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل باستخدام قواعد البيانات التالية: Scopus, Web of Science, PsycLit, Google Scholar, Research Gate, Dialnet وقواعد بيانات العلاج نفسه. وقد تم اختيار ١٦٥ دراسة تجريبية من بين ٢٢٥ دراسة، وعامتدت الدراسة على المعايير التي افترضتها جمعية علم نفس الأطفال والمراهقين لإثبات فعالية العلاج. وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أن علاج PCIT هو علاج راسخ لخمس مشاكل في مرحلة الطفولة: المشكلات السلوكية، اضطراب التحدي المعارض، اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، الوقاية من سوء معاملة الأطفال، وعلاج سوء معاملة الأطفال.

وهدفت دراسة (Hernandez(2016 إلى استكشاف التمكين في علاج التفاعل بين الوالدين والطفل، وأظهرت الأبحاث أن مشكلات التعلق أو قضايا التعلق Attachment Issues وسوء معاملة الأطفال Child Maltreatment من المشكلات الاجتماعية الخطيرة التي قد تؤدي إلى مخاطر إساءة مُعاملة الأطفال وإصابتهم باضطرابات نفسية. وقد أظهرت التدخلات، مثل العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل أنها تقلل من هذه المخاطر من خلال تحسين التفاعلات بين الوالدين والطفل عن طريق تعزيز مستويات مهارات الوالدين وتقليل مستويات التوتر لديهم وسلوكيات الطفل. وقد هدفت

هذه الدراسة إلى فحص ما إذا كان تعزيز مهارات الوالدين وخفض مستويات التوتر لديهم سيزيد من تمكينهم أم لا. واستخدمت هذه الدراسة طريقة كمية لفحص النمو المحتمل في تمكين الوالدين، وتألفت الدراسة الحالية من ٢٠ حالة أكمل فيها الأباء والأمهات نظام ترميز التفاعل بين الوالدين والطفل. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن PCIT عزز مهارات الوالدين بنجاح، والذي بدوره قلل من خطر إساءة مُعاملة الأطفال.

وناقشت دراسة Huang et al(2021) الفعالية طويلة المدى للتدخل السلوكي في سياق العلاج غير الدوائي. وكانت الدراسة عبارة عن تجربة مستقبلية عشوائية مُنضبطة تم فيها توزيع ٢٠١ طفلاً في مرحلة ما قبل المدرسة تم تشخيصهم ذوي ADHD ولم ينلقوا أي علاج على مجموعتين من يناير ٢٠١٨ إلى مايو ٢٠١٩، وتم توزيع ١٠١ منهم على المجموعة التقليدية، و ١٠٠ على مجموعة التدخل السلوكي. واشتملت مجموعة التدخل السلوكي على تدريب الوالدين، والعلاج السلوكي، والتدريب على الانتباه، والعلاج الإنمائي، والعلاج بالألعاب، بالإضافة إلى عروض المجموعة التقليدية وقد تم تقييم الأطفال عند خط الأساس، وفي نهاية فترة التدخل التي استمرت ١٢ شهراً وبعد ستة أشهر من التدخل. وشملت مُتغيرات النتائج الأولية والثانوية وقت الانتباه، ومؤشر فرط النشاط من استبيان كونر لأعراض الوالدين (PSQ)، وحاصل الانتباه كامل النطاق (FAQ) وحاصل التحكم في الاستجابة كامل النطاق (FRCQ) من اختبارات لأداء المستمر المتكاملة البصرية. وأظهرت النتائج أن التحسينات في المجموعة السلوكية أعلى من تلك التي طرأت على المجموعة التقليدية، وكان هناك تأثير رئيس كبير (قبل - بعد - تتبعية) على جميع المقاييس، وتفاعل كبير بين الوقت والمجموعة على الانتباه، الاندفاع/ فرط النشاط وحاصل التحكم في الاستجابة.

وفحصت دراسة Hood&Eyberg(2003) إمكانية الحفاظ على التغييرات على المدى الطويل بعد علاج التفاعل بين الوالدين والطفل PCIT للأطفال الصغار الذين يُعانون من اضطراب التحدي المعارض (ODD) واضطراب السلوك المرتبط به، وبعد ثلاث إلى ست سنوات من العلاج، تم العثور على ٢٩ من ٥٠% مُكملاً للعلاج بهذه الدراسة، وشاركت أمهات ٢٣ طفلاً تراوحت أعمارهم بين ٦ إلى ١٢ سنة في تقييمات متابعة بالهاتف والبريد. وقد أشارت النتائج إلى أن التغييرات الكبيرة التي أبلغت عنها الأمهات في سلوك أطفالهن وموقع سيطرتهم في نهاية العلاج وتم الحفاظ عليها قفياً متابعة طويلة الأجل، وتم الإبلاغ عن سلوك الطفل في تقييم ما بعد المعالجة وطول الوقت، وكان العلاج مُنبأً قوياً بالنتائج طويلة المدى، وقد أظهرت النتائج انخفاض تقارير الأمهات عن السلوك التخريبي بمرور الوقت منذ العلاج. وتدعم هذه الدراسة فعالية PCIT على المدى الطويل.

وافترضت دراسة Matlack(2012) أن أعراض ADHD لدى الوالدين ستؤثر سلباً على المتغيرات المهمة التي تؤدي إلى النجاح في البرنامج. وقد تم تسليم PCIT للأطفال الذين استوفوا معايير DSM-IV لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. وكان المشاركون في هذه الدراسة هم مقدموا الرعاية (الأمهات/الأطفال)، وقد أكملت العينة مقاييس التقييم الذاتي لتقييم مستويات أعراض ADHD لديهم. وتشير النتائج إلى أن أعراض ADHD لدى الوالدين قد لا تكون مرتبطة بالنجاح في PCIT ، ومع ذلك تجدر الإشارة إلى أن معظم الآباء لم يبلغوا عن عدد كبير سريراً من أعراض ADHD ، ومن الممكن أن يظل الآباء الذين تم تشخيصهم رسمياً باضطراب ADHD يُظهرون إعاقات في تعلم مهارات الأبوة والأمومة التي يتم تدريبهم عليها في علاج التفاعل بين الوالدين والطفل.

وتحقت دراسة Thomas et al(2012) من فعالية العلاج المعيارى للتفاعل بين الوالدين والطفل PCIT الذي تكون من ١٢ جلسة. وهذا على عكس دراسات PCIT الأخرى مع آباء مُشابهين، والتي سمحت بعلاج أطول وأحياناً مُتغير، ومع تعديلاً بروتوكول PCIT بعد العلاج ومقارنته ب Wait List وأبلغت الأمهات عن عدد أقل من السلوكيات الخارجية والاستيعابية للأطفال، وانخفاض التوتر، ولوحظ أن لديهم المزيد من اللفظيات الإيجابية وحساسية الأم. وكانت النتائج مُكافئة أو أفضل من نتائج PCIT السابقة مع العائلات عالية الخطورة. وتثبتت دراسة Hosogane et al(2018) من فعالية علاج التفاعل بين الوالدين والطفل مع الأطفال الذين يُعانون من سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وتقدم مسار PCIT لطفلين يابانيين من ذوي ADHD . والحالة الأولى طفلة تبلغ من العمر عامين، وتُعاني من فرط النشاط والعنصرية. والحالة الثانية: طفل يبلغ من العمر أربع سنوات، ويعاني من الأرق وعدم تحمل الأحداث اليومية. وفي كلتا الحالتين كان PCIT فعالاً في تحسين السلوكيات المشككة، وقد يكون PCIT خياراً علاجياً للأطفال اليابانيين ذوي ADHD .

فروض الدراسة

- ١- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال في اتجاه القياس البعدي.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال لصالح أطفال المجموعة التجريبية.
- ٣- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين (& CTRS-28 CPRS-48) في اتجاه القياس البعدي.

٤- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28) لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

٥- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في كل من: مقياس اضطراب الاكتئاب ومقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48).

خامساً: منهج الدراسة

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي ، واستخدمت التصميم التجريبي ذي المجموعتين، وذلك للتأكد من فاعلية برنامج علاج التفاعل بين الوالدين والطفل في خفض أعراض الاكتئاب لدى أطفال الروضة ذوى اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

سادساً: عينة الدراسة

مُجتمع الدراسة الحالية هم أطفال مرحلة الطفولة المبكرة (٣-٦ سنوات) ، حيث تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية بهدف التحقق من كفاءة أدوات الدراسة ، وقد تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٤٩١) طفلاً، وبعد التحقق من كفاءة أدوات الدراسة السيكومترية (مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28)، مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير الوالدين (CPRS-48)، ومقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال (CDS))، وبعد تطبيق مقاييس الدراسة على العينة الأساسية البالغ عددها (٦٧٩) طفلاً، تم تحديد الأطفال المرتفعين في كل مقياس على حدة وفق الإرباعي الأعلى ، ويوضح جدول رقم (١) الإحصاءات الوصفية ونسبة الانتشار:



جدول رقم (١)

الإحصاءات الوصفية ونسبة الانتشار لاضطراب الاكتئاب واضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة

مرتفعين		متوسطين		منخفضين		٣	١	ع	م	المتغيرات	
%	ن	%	ن	%	ن						
١١.٥%	٧٨	٦٣.٩%	٤٣٤	٢٤.٦%	١٦٧	١٢	٧	٣.٨٦	٩.٤٤	المشكلات السلوكية	مقياس CTRS- (28)
١١.٣%	٧٧	٦٢.٣%	٤٢٣	٢٦.٤%	١٧٩	١١	٦	٣.٦١	٨.٨٩	فرط النشاط	
١٢.٢%	٨٣	٦٤.٧%	٤٣٩	٢٣.١%	١٥٧	٩	٤	٣.٨٦	٦.٨٧	عدم الانتباه-السلبية	
١١.٩%	٨١	٦٣.٣%	٤٣٠	٢٤.٧%	١٦٨	٣١	١٨	٩.٦٢	٢٥.١٩	الدرجة الكلية	
١١.٦%	٧٩	٦١.٧%	٤١٩	٢٦.٧%	١٨١	١٠	٣	٥.٧٣	١٥.٠٨	اضطراب المسلك	مقياس CPRS- (48)
١١.٨%	٨٠	٦٢.٦%	٤٢٥	٢٥.٦%	١٧٤	٩	٣	٢.٣٢	٣.٠٧	مشكلات التعلم	
١٠.٦%	٧٢	٦٤.٥%	٤٣٨	٢٤.٩%	١٦٩	٨	٤	١.٩٩	١.٦٥	مشكلات نفسي جسمية	
١٢.٥%	٨٥	٦٤.٢%	٤٣٦	٢٣.٣%	١٥٨	٧	٤	٢.٣٧	٥.٤٧	الاندفاعية-فرط النشاط	
١١.٢%	٧٦	٦٣.٢%	٤٢٩	٢٥.٦%	١٧٤	٧	٢	٢.٠٦	٣.١٤	القلق	مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال
١١.٥%	٧٨	٦٨.٠%	٤٦٢	٢٠.٥%	١٣٩	٣٦	١٧	١٠.٠٧	٢٠.٤٠	الدرجة الكلية	
١٤.٩%	١٠١	٦٥.٥%	٤٤٥	١٩.٦%	١٣٣	٤٢	٣٥	٥.١٨	٣٨.٥٠	المتعة	
١٤.٤%	٩٨	٦٧.٦%	٤٥٩	١٨.٠%	١٢٢	٢٦	٢٠	٤.٧١	٢٣.٣٦	المزاج	
١٣.٣%	٩٠	٦٩.٤%	٤٧١	١٧.٤%	١١٨	٢٩	٢١	٥.٤٣	٢٤.٩٥	حياته الاجتماعية	مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال
١٤.٣%	٩٧	٧٠.١%	٤٧٦	١٥.٦%	١٠٦	١٧	١١	٤.٢٨	١٠.١١	تقدير الذات	
١٤.١%	٩٦	٦٩.٨%	٤٧٤	١٦.١%	١٠٩	١٠٢	٩٠	٩.٦٣	٩٦.٩١	الدرجة الكلية	

ملحوظة: م = المتوسط الحسابي، ع = الانحراف المعياري، ر ١=الارباعي الأدنى، ر ٣=الارباعي

الأعلى، ن=عدد الأطفال

وبناءً على ذلك ولاختيار عينة الدراسة التجريبية فقد تم أخذ الأطفال المرتفعين وفق مقياس أعراض الاكتئاب والبالغ عددهم (٩٦) طفلاً، ثم بعد ذلك تم الإبقاء فقط على الأطفال الذين يقعون ضمن المرتفعين في اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (نسخة المعلمين ونسخة الوالدين)، وبالتالي فقد أصبح العدد النهائي للأطفال = ٢٢ طفلاً، وبناءً عليه فقد تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين أحدهما تجريبية (ن=١١ طفلاً)، والأخرى ضابطة (ن=١١ طفلاً).

وللتحقق من التجانس بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الذكاء والعمر الزمني، تم استخدام اختبار "مان-ويتني" للعينات المستقلة وفيما يلي جدول رقم (٢) والذي يوضح نتائج التجانس في الذكاء والعمر الزمني:

جدول رقم (٢)

التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الذكاء والعمر الزمني

المتغيرات	الإحصاءات الوصفية		إحصاءات الرتب		قيمة "Z"	الدلالة الإحصائية
	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
١ الذكاء	ضابطة	١٠٧.٣٦	٦.٤٥	١١.٧٧	١٢٩.٥	غير دالة
	تجريبية	١٠٦.٨٢	٦.٦٨	١١.٢٣	١٢٣.٥	
٢ العمر الزمني بالشهور	ضابطة	٦٢.١٨	٧.٧٥	١٠.٢٣	١١٢.٥	غير دالة
	تجريبية	٥٩.٩١	٧.٣٦	١٢.٧٧	١٤٠.٥	

ملحوظة: م = المتوسط الحسابي، ع = الإحتراف المعياري

ويتضح من جدول رقم (٢) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في الذكاء والعمر الزمني، حيث كانت جميع قيم "Z" غير دالة إحصائية مما يدل على تحقق التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الذكاء والعمر الزمني. التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لمتغيرات الدراسة: وللتحقق من التجانس بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لكل من مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28)، مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير الوالدين (CPRS-48)، ومقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال)، تم استخدام اختبار "مان-ويتني" للعينات المستقلة وفيما يلي جدول رقم (٣) يوضح نتائج هذا التجانس في نتائج التطبيق القبلي على مجموعتي الدراسة:



جدول رقم (٣)

التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	ضابطة قبلي (ن=١١)		تجريبية قبلي (ن=١١)		قيمة "Z"	الدلالة الإحصائية
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
(١) مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال						
١ المتعة	١٠.٩١	١٢٠	١٢.٠٩	١٣٣	٠.٤٧	غير دالة
٢ المزاج	١١.٢٣	١٢٣.٥	١١.٧٧	١٢٩.٥	٠.٢٢	غير دالة
٣ حياته الاجتماعية	١٢.٣٢	١٣٥.٥	١٠.٦٨	١١٧.٥	٠.٦٤	غير دالة
٤ تقدير الذات	١٢.٢٧	١٣٥	١٠.٧٣	١١٨	٠.٥٧	غير دالة
درجة المقياس الكلية	١١.٥٥	١٢٧	١١.٤٥	١٢٦	٠.٠٣	غير دالة
(٢) مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28)						
١ المشكلات السلوكية	١١.٣٢	١٢٤.٥	١١.٦٨	١٢٨.٥	٠.١٦	غير دالة
٢ فرط النشاط	١١.٩٥	١٣١.٥	١١.٠٥	١٢١.٥	٠.٤٠	غير دالة
٣ عدم الانتباه-السلبية	١٠.٩٥	١٢٠.٥	١٢.٠٥	١٣٢.٥	٠.٤٤	غير دالة
الدرجة الكلية	١١.١٨	١٢٣	١١.٨٢	١٣٠	٠.٢٥	غير دالة
(٢) مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير الوالدين (CPRS-48)						
١ اضطراب المسلك	١٠.٤٥	١١٥	١٢.٥٥	١٣٨	٠.٧٨	غير دالة
٢ مشكلات التعلم	١٢.٠٥	١٣٢.٥	١٠.٩٥	١٢٠.٥	٠.٤٠	غير دالة
٣ مشكلات نفسي جسمية	١٢.٠٩	١٣٣	١٠.٩١	١٢٠	٠.٤٤	غير دالة
٤ الاندفاعية-فرط النشاط	١٢.٥٩	١٣٨.٥	١٠.٤١	١١٤.٥	٠.٨٠	غير دالة
٥ القلق	١٠.٧٣	١١٨	١٢.٢٧	١٣٥	٠.٦١	غير دالة
الدرجة الكلية	١٢.٨٢	١٤١	١٠.١٨	١١٢	٠.٩٦	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (٣) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لأدوات الدراسة حيث كانت جميع قيم "Z" غير دالة إحصائياً مما يدل على تحقق التجانس بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لكل من (مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم وتقدير الوالدين) & CTRS-28 (CPRS-48)، مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال).

سابعاً: أدوات الدراسة: (١)

١- مقياس أعراض الاكتئاب عند الطفل: (The Child Depression Symptoms (CDS)
بعد إطلاع الباحثة على كثير من المقاييس على الأطفال والتي أعدت لمرحلتى الطفولة المتوسطة (٦-٩)، والطفولة المتأخرة (٩-١٢)، ووجدت الباحثة على حد علمها ندرة في البيئة العربية في وجود مقاييس عربية لتشخيص أعراض الاكتئاب عند الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، ومن خلال الإطلاع على الدراسات السابقة ، والدراسات النظرية والكتب والموسوعات العلمية عن الاكتئاب، مظهره وأعراضه ومعايير تشخيصه ونسبة انتشاره، قامت الباحثة بعد القراءة باقتراح ٤ أبعاد سيعطيها المقياس وبدأت في صياغة عبارات محددة أسفل كل بُعد. البعد الأول: المتعة (١٠ عبارات)، البعد الثاني: المزاج (١٠ عبارات)، البعد الثالث: الحياة الاجتماعية (١٠ عبارات)، والبعد الرابع: تقدير الذات (٦ عبارات). وقد وصل إجمالي النسخة الأولية للمقياس بعد تنقيحها والحذف والإضافة (٣٦ عبارة).

أ- صدق مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال: (إعداد الباحثة)

(١) الصدق الظاهري:

للتحقق من الصدق الظاهري لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال تم عرض المقياس في صورته الأولية (المكونة من ٣٦ فقرة) على مجموعة من الأساتذة المتخصصين بكليات التربية للطفولة المبكرة على مستوى الجمهورية، وقسمى الصحة النفسية وعلم النفس التربوي بكليتي التربية جامعة أسيوط، وجامعة المنيا، حيث بلغ عدد المحكمين (١١) مُحكماً، وذلك لإبداء الرأي في بنود المقياس من حيث: مدى ملائمة المقياس للهدف الذي وضع لقياسه، مدى ملائمة كل بند من البنود للبعد الخاص به، وضوح البنود من الناحية اللغوية والنفسية، حيث تم اعتماد الفقرات التي حظيت على إجماع ما نسبته (٨٠%) من المُحكمين، وتم حساب نسبة الاتفاق بين المحكمين وفقاً لمعادلة Cooper et al., 2012):

$$\text{نسبة الاتفاق} = \frac{\text{عدد المحكمين الذين اتفقوا على مناسبة الفقرة}}{\text{العدد الكلي للمحكمين}} \times 100$$

(١) ملحق رقم (١)

وتراوح نسب الاتفاق بين فقرات المقياس بين ٨١.٨٢% الى ١٠٠% وهي نسب مقبولة، وفي ضوء ذلك لم يتم استبعاد أي من العبارات بانفاق المحكمين، وتم تعديل صياغة بعض العبارات وفقاً لملاحظاتهم.

(٢) الصدق البنائي Construct validity:

للتحقق من الصدق البنائي لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي (Exploratory factor analysis (EFA)، والتحليل العامل التوكيدي Confirmatory factor analysis (CFA) حيث بلغ عدد أفراد العينة الاستطلاعية (٤٩١) طفل، وفيما يلي عرض لنتائج التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي:

(أ) التحليل العاملي الاستكشافي: Exploratory factor analysis (EFA)

تم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة المحاور الأساسية Principal Axis Factoring، وقد بلغت قيمة Bartlett's test (٦٩٧٢.٠٣) بدرجات حرية قدرها (٦٣٠) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١)، وبلغت قيمة Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test (٠.٩٠٣) وهي قيمة أكبر من ٠.٨، وتم الإبقاء على العوامل التي يزيد جذرها الكامن عن الواحد الصحيح، مع اعتبار أن الفقرة تكون متشعبة على العامل إذا كان تشعبها على هذا العامل يزيد عن (٠.٣) وبناءً على ذلك تم استخراج (٤) عوامل فسرت نسبة (٤٥.٢١%) من التباين الكلي للمقياس، وقد أجري التدوير المائل بطريقة برومكس Promax، والجدول رقم (٤) يوضح تشعبات فقرات مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال على العوامل الأربعة بعد التدوير:

جدول رقم (٤)

مصفوفة العوامل بعد التدوير وفق التحليل العاملي الاستكشافي لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال

الاشتراكيات	العوامل المستخرجة				الفقرات
	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	
٠.٤٠٤	٠.١٥٠	٠.٢١٤	٠.٥٦٠	٠.١٥٠	١
٠.٤٨٦	٠.١٥٦	٠.١٩٧	٠.٦٣٠	٠.١٦١	٢
٠.٢٥٩	٠.١٦٥	٠.١٢١	٠.٤٣٧	٠.١٦٣	٨
٠.٤٦٧	٠.٢٠٤	٠.١٨٦	٠.٦١٦	٠.١٠٥	٩
٠.٢٣٨	٠.١٣٢	٠.١٤٥	٠.٤١٤	٠.١٦٨	١٥
٠.٤١٩	٠.١٧٧	٠.١٣٥	٠.٦٠٥	٠.٠٥٦	١٦
٠.٤٩١	٠.١١٥	٠.١٨٥	٠.٦٥٥	٠.١٢٢	٢٢

الاشتراكيات	العوامل المستخرجة				الفقرات
	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	
٠.٦١٦	٠.١٧٤	٠.١٦١	٠.٧١٧	٠.٢١٤	٢٣
٠.٢٨٨	٠.١٦١	٠.٠٦٧	٠.٤٩٣	٠.١١٩	٢٩
٠.٤٣١	٠.١٧٥	٠.١٧٤	٠.٥٩٥	٠.١٢٧	٣٣
٠.٣٦٩	٠.١٣٦	٠.٥٣٥	٠.١٦٣	٠.١٩٣	٣
٠.٣١٣	٠.٠٦٧	٠.٤٩٩	٠.١٥٧	٠.١٨٦	٤
٠.٤٢١	٠.١٧٢	٠.٥٧٦	٠.١٦٧	٠.١٧٧	١٠
٠.٢٥٨	٠.١٧٤	٠.٤٤٥	٠.١٥٢	٠.٠٨٤	١١
٠.٦٩٠	٠.١٧٣	٠.٧٩٦	٠.١٣٣	٠.٠٩٢	١٧
٠.٣٦٠	٠.١٦٠	٠.٥١٠	٠.١٩٠	٠.١٩٦	١٨
٠.٤٢٩	٠.٢٠٩	٠.٦١٦	٠.٠١٦	٠.٠٧٨	٢٤
٠.٦١٢	٠.١٨٥	٠.٦٥٩	٠.١٧٩	٠.٣٣٤	٢٥
٠.٥٨٦	٠.١٨٤	٠.٧٢٤	٠.١٥٩	٠.٠٤٨	٣٠
٠.٤٤٥	٠.١٩٨	٠.٦٠٣	٠.١٥٣	٠.١٣٧	٣٤
٠.٦٣٢	٠.٧٦٦	٠.١٤٥	٠.١٤٧	٠.٠٥١	٥
٠.٤٩٦	٠.٦٤٣	٠.٠٥١	٠.٢٠٥	٠.١٩٥	٦
٠.٤٣٩	٠.٦٢٧	٠.١٥٢	٠.٠٢٦	٠.١٤٩	١٢
٠.٦٣٩	٠.٧٨٦	٠.١٣٤	٠.٠٥٤	٠.٠١٥	١٣
٠.١٨٤	٠.٣٧٢	٠.١٢٢	٠.٠٨٧	٠.١٥٢	١٩
٠.٣٠٠	٠.٤٩٨	٠.١٣٦	٠.١٢٦	٠.١٢٦	٢٠
٠.٧١٢	٠.٧٩٥	٠.١٥٤	٠.٢٠٦	٠.١١٦	٢٦
٠.٧٢٢	٠.٨٠٨	٠.١٤٣	٠.٢١٩	٠.٠٢١	٢٧
٠.٥٢٢	٠.٦٨٦	٠.٠٧٢	٠.١٧٣	٠.١٢٩	٣١
٠.٤٧٠	٠.٥٨٩	٠.٢٧٤	٠.١١٣	٠.١٨٨	٣٥
٠.٥٨٦	٠.١٧٥	٠.١٥٠	٠.٠٩١	٠.٧٢٤	٧
٠.٤٦٩	٠.٠٥١	٠.٢١١	٠.٠٨٣	٠.٦٤٤	١٤
٠.٣٣٩	٠.٠٦٥	٠.١٧٥	٠.١٤٤	٠.٥٣٢	٢١
٠.٤٤١	٠.١٦٣	٠.١٨٤	٠.١٣٨	٠.٦٠١	٢٨
٠.٣٤٣	٠.٠١٩	٠.١١٩	٠.١٥٠	٠.٥٥٣	٣٢
٠.٤٠٠	٠.١١٣	٠.٢١٧	٠.١١٩	٠.٥٧١	٣٦
التباين الكلي = %٤٥.٢١	٥.١٣	٤.٣٤	٣.٩١	٢.٨٩	الجزر الكامن
	%١٤.٢٦	%١٢.٠٧	%١٠.٨٦	%٨.٠٢	التباين المفسر (%)

ومن الجدول رقم (٤) يتضح أن:

الفقرات (٥، ٦، ١٢، ١٣، ١٩، ٢٠، ٢٦، ٢٧، ٣١، ٣٥) كانت أكثر تشبعاً على العامل الأول، حيث بلغت قيمة الجذر الكامن (٥.١٣)، وكانت نسبة التباين المفسر لهذا العامل (٤٠.٢٦%)، ومن خلال دراسة محتوى الفقرات التي تشبعت على العامل الأول، نجد أنها تتناول بعد (الحياة الاجتماعية).
(ب) الفقرات (٣، ٤، ١٠، ١١، ١٧، ١٨، ٢٤، ٢٥، ٣٠، ٣٤) كانت أكثر تشبعاً على العامل الثاني، حيث بلغت قيمة الجذر الكامن (٤.٣٤)، وكانت نسبة التباين المفسر لهذا العامل (١٢.٠٧%)، ومن خلال دراسة محتوى الفقرات التي تشبعت على العامل الثاني، نجد أنها تتناول بُعد (المزاج).
(جـ) الفقرات (١، ٢، ٨، ٩، ١٥، ١٦، ٢٢، ٢٣، ٢٩، ٣٣) كانت أكثر تشبعاً على العامل الثالث، حيث بلغت قيمة الجذر الكامن (٣.٩١)، وكانت نسبة التباين المفسر لهذا العامل (١٠.٨٦%)، ومن خلال دراسة محتوى الفقرات التي تشبعت على العامل الثالث، نجد أنها تتناول بُعد (المتعة).
(د) الفقرات (١٤، ١٧، ٢١، ٢٨، ٣٢، ٣٦) كانت أكثر تشبعاً على العامل الرابع، حيث بلغت قيمة الجذر الكامن (٢.٨٩)، وكانت نسبة التباين المفسر لهذا العامل (٨.٠٢%)، ومن خلال دراسة محتوى الفقرات التي تشبعت على العامل الرابع، نجد أنها تتناول بُعد (تقدير الذات).

(ب) التحليل العاملي التوكيدي: Confirmatory factor analysis (CFA)

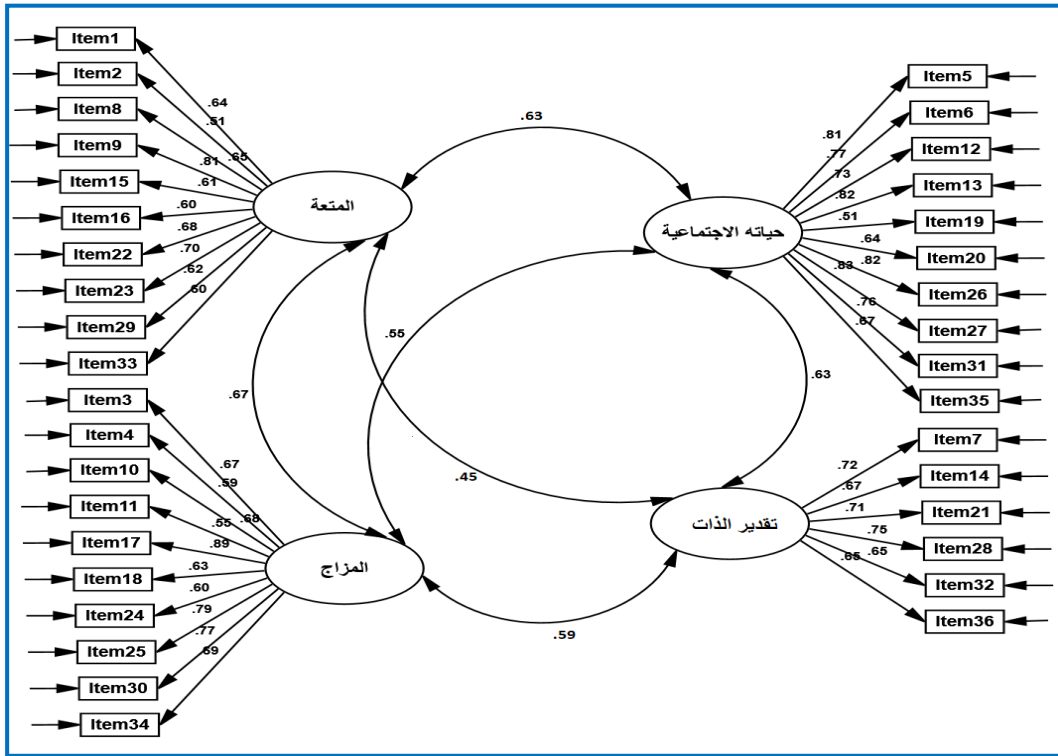
تم إجراء التحليل العاملي التوكيدي وذلك باستخدام طريقة الاحتمال الأقصى Maximum likelihood estimation (MLE)، وقد دلت النتائج على وجود مطابقة جيدة لنموذج القياس Measurement Model حيث جاءت قيم مؤشرات حُسن المطابقة كما يلي: (Chi Square/df = 594.19/203 = 2.927, CFI = 0.964,)، وهذه القيم مقبولة مما يدل على مطابقة نموذج القياس لمقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال لبيانات عينة الدراسة الاستطلاعية، ويوضح الجدول رقم (٥) قيم التشبعات المعيارية للفقرات وفق نتائج التحليل العاملي التوكيدي:

جدول رقم (٥)

قيم التشعبات المعيارية لفقرات مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال وفق نتائج التحليل العاملي التوكيدي

الفقرات	التشعبات المعيارية	الخطأ المعياري	قيمة "Z"	الفقرات	التشعبات المعيارية	الخطأ المعياري	قيمة "Z"
المتعة				حياته الاجتماعية			
١	٠.٦٣٦	٠.٠٢٧	**٢٣.٣٣	٥	٠.٨١٢	٠.٠٢٦	**٣٣.٢٣
٢	٠.٥٠٦	٠.٠٣٧	**١٧.٦٦	٦	٠.٧٧٤	٠.٠٢٦	**٣٠.٩٢
٨	٠.٦٤٨	٠.٠٣٠	**٢٣.٨٧	١٢	٠.٧٢٨	٠.٠٣١	**٢٨.٣٢
٩	٠.٨١٤	٠.٠٢٤	**٣٢.٧٨	١٣	٠.٨١٨	٠.٠٢٧	**٣٣.٥٦
١٥	٠.٦٠٩	٠.٠٢٩	**٢٢.٠٨	١٩	٠.٥٠٨	٠.٠٣٥	**١٨.٠٩
١٦	٠.٦٠٤	٠.٠٢٩	**٢١.٨٣	٢٠	٠.٦٤٢	٠.٠٣١	**٢٤.٠٠
٢٢	٠.٦٧٨	٠.٠٢٧	**٢٥.٣١	٢٦	٠.٨١٨	٠.٠٢٦	**٣٣.٥٧
٢٣	٠.٦٩٩	٠.٠٢٧	**٢٦.٣٧	٢٧	٠.٨٣١	٠.٠٢٦	**٣٤.٤٠
٢٩	٠.٦٢٣	٠.٠٣١	**٢٢.٧١	٣١	٠.٧٦٢	٠.٠٣٠	**٣٠.٢٥
٣٣	٠.٥٩٨	٠.٠٢٦	**٢١.٥٨	٣٥	٠.٦٧٢	٠.٠٣٣	**٢٥.٤٧
المزاج				تقدير الذات			
٣	٠.٦٦٥	٠.٠٢٥	**٢٥.٠٢	٧	٠.٧١٨	٠.٠٢٥	**٢٧.١٢
٤	٠.٥٨٨	٠.٠٣٤	**٢١.٣٩	١٤	٠.٦٦٨	٠.٠٢٧	**٢٤.٦٢
١٠	٠.٦٧٨	٠.٠٣٠	**٢٥.٦٦	٢١	٠.٧٠٦	٠.٠٢٢	**٢٦.٤٨
١١	٠.٥٥٣	٠.٠٣٠	**١٩.٨٩	٢٨	٠.٧٤٦	٠.٠٢٤	**٢٨.٥٦
١٧	٠.٨٨٥	٠.٠٢٤	**٣٧.٩٢	٣٢	٠.٦٥٣	٠.٠٢٧	**٢٣.٩٠
١٨	٠.٦٣٣	٠.٠٣٣	**٢٣.٤٧	٣٦	٠.٦٥٥	٠.٠٢٧	**٢٣.٩٨
٢٤	٠.٥٩٨	٠.٠٤٣	**٢١.٨٤				
٢٥	٠.٧٨٥	٠.٠٣٠	**٣١.٤٥				
٣٠	٠.٧٧٠	٠.٠٢٧	**٣٠.٥٤				
٣٤	٠.٦٩١	٠.٠٣١	**٢٦.٣٠				

**دالة احصائية عند مستوى (٠.٠١)



شكل (١) التشبعات المعيارية لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال

ويتضح من الجدول رقم (٥) أن قيم التشبعات المعيارية لفقرات المقياس تراوحت بين (٠.٥٠٦ إلى ٠.٨٣١)، وتراوحت قيم "Z" بين (١٧.٦٦ إلى ٣٧.٩٢) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٠١)، ويُلاحظ أن قيم التشبعات المعيارية كانت جميعها مقبولة (أكبر من ٠.٥) (Bean & Bowen, 2021)، ودالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٠١).

ب- الاتساق الداخلي لمقياس أعراض اكتئاب الأطفال: Internal Consistency
للتحقق من مدى ارتباط درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تقيسه، والدرجة الكلية على المقياس، تم حساب معامل ارتباط بيرسون، بين درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية على البعد الذي تنتمي إليه، كما تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وجاءت النتائج على النحو الموضح في الجدولين رقمي (٦)، (٧):

جدول رقم (٦)

الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال

الفقرات	الارتباط بالبعد	الفقرات	الارتباط بالبعد	الفقرات	الارتباط بالبعد
المتعة					
١	**٠.٥٥٠	١٥	**٠.٦٧٦	٢٣	**٠.٥٩٧
٢	**٠.٧٠٩	١٦	**٠.٥٥٨	٢٩	**٠.٦٢٣
٤	**٠.٥٤٣	٢٢	**٠.٧٣١	٣٣	**٠.٦٣٣
٩	**٠.٧٠٣				
المزاج					
٣	**٠.٥٤٠	١٧	**٠.٧٢٧	٢٥	**٠.٥٣١
٤	**٠.٥١٣	١٨	**٠.٦٨٣	٣٠	**٠.٥٨٢
١٠	**٠.٦٥١	٢٤	**٠.٦٠٦	٣٤	**٠.٦٦٣
١١	**٠.٥٣٨				
الحياة الاجتماعية					
٥	**٠.٥٢٨	١٩	**٠.٥١١	٢٧	**٠.٥٢٩
٦	**٠.٧٢٤	٢٠	**٠.٥٧٩	٣١	**٠.٥٧٣
١٢	**٠.٦٤٣	٢٦	**٠.٥٠٣	٣٥	**٠.٦٠١
١٣	**٠.٦٦٦				
تقدير الذات					
٧	**٠.٦١٦	٢١	**٠.٥٤١	٣٢	**٠.٦٢٦
١٤	**٠.٥١٣	٢٨	**٠.٦٦٤	٣٦	**٠.٧١٠

**دالة عند مستوى (٠.٠١)

جدول رقم (٧)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال والدرجة الكلية للمقياس

مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال	عدد الفقرات	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
١ المتعة	١٠	**٠.٦٩٣
٢ المزاج	١٠	**٠.٧١٠
٣ الحياة الاجتماعية	١٠	**٠.٥٩٦
٤ تقدير الذات	٦	**٠.٦٧٢

**دالة عند مستوى (٠.٠١)

ويتضح من الجدولين (٦) و (٧) أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) والذي يؤكد صدق الاتساق الداخلي للفقرات مع المقياس. وهذا يعني أن المقياس بوجه عام صادق ويمكن الاعتماد عليه في تشخيص أعراض الاكتئاب عند أطفال مرحلة الطفولة المبكرة (٣-٦ سنوات).

جـ- ثبات مقياس أعراض اكتئاب الأطفال: (CDS)

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل أوميجا (ω)، ومعامل ألفا كرونباخ (α)، كما هو موضح بالجدول رقم (٨):

جدول رقم (٨)

قيم معاملات الثبات لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال

معامل الثبات		عدد الفقرات	مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال
أوميجا	ألفا كرونباخ		
٠.٧٨٦	٠.٧٩٥	١٠	١ المتعة
٠.٨٥٨	٠.٨٥٣	١٠	٢ المزاج
٠.٨٢٦	٠.٨٣٢	١٠	٣ الحياة الاجتماعية
٠.٨١٩	٠.٧٨٢	٦	٤ تقدير الذات
٠.٨٥٣	٠.٨٤٤	٣٦	المقياس ككل

ويتبين من الجدول رقم (٨) أن قيم معاملات الثبات "ألفا كرونباخ" لأبعاد المقياس (المتعة، المزاج، الحياة الاجتماعية، تقدير الذات) بلغت (٠.٧٩٥، ٠.٨٥٣، ٠.٨٣٢، ٠.٧٨٢) على الترتيب، بينما بلغت قيم معاملات الثبات "أوميجا" لنفس الأبعاد على الترتيب (٠.٧٨٦، ٠.٨٥٨، ٠.٨٢٦، ٠.٨١٩). ويُلاحظ أن جميع قيم معاملات الثبات كانت مقبولة (أكبر من ٠.٧) (Cheung et al., 2024)، مما يدل على ثبات المقياس.

٢- مقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة (CPRS-48)

قام بإعداد هذا المقياس Connors (1997). ويهدف هذا المقياس إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD)، تقييم فعالية العلاج، تخطيط التدخلات العلاجية، مراقبة التغيرات السلوكية بمرور الوقت. ويحتوي على ٤٨ عبارة، يُقِيم المقياس مجموعة من الأبعاد السلوكية والمعرفية، بما في ذلك: الانتباه، فرط النشاط، الاندفاعية، القلق والخجل، المثالية، المشاكل الاجتماعية، المشاكل النفسجسمية. قام Connors بتطوير مقياس CPRS-48 في السبعينيات من القرن العشرين، بهدف تقييم أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) لدى الأطفال. تم تصميم المقياس ليكون أداة تقييم سلوكية يمكن استخدامها من قبل الوالدين لملاحظة وتوثيق سلوكيات

أطفالهم. منذ تطويره، خضع المقياس لعدة مراجعات وتحديثات لتحسين دقته وملاءمته لمختلف الثقافات واللغات. وقد تم التحقق من صدق المقياس من خلال عدة طرق منها: الصدق التمييزي (Discriminant Validity): وأظهرت الدراسات أن المقياس قادر على التمييز بين الأطفال الذين يعانون من ADHD والأطفال غير المصابين، مما يدل على صدقه التمييزي. والصدق البنائي (Construct Validity): أظهرت التحليلات العاملية أن المقياس يقيس الأبعاد المختلفة المرتبطة بـ ADHD، مثل فرط النشاط، الاندفاعية، ومشاكل الانتباه. وأظهرت الدراسات أن المقياس يتمتع بمستوى عالٍ من الثبات: الثبات الداخلي (Internal Consistency): أظهرت الدراسات أن معاملات ألفا كرونباخ لمقاييس المقياس تتراوح بين ٠.٧٠ و ٠.٩٠، مما يدل على ثبات داخلي جيد. والثبات بين القياسات (Test-Retest Reliability): فقد أظهرت الدراسات أن معاملات الثبات بين القياسات تتراوح بين ٠.٧٠ و ٠.٩٠، مما يدل على استقرار النتائج على مر الزمن. ويتم تقييم سلوكيات الطفل بناءً على إجابات الوالدين على ٤٨ بنداً، حيث يتم تصنيف كل بند وفقاً لمقياس من ٤ نقاط: (0): غير صحيح أبداً، 1: أحياناً صحيح، 2: غالباً صحيح، 3: صحيح تماماً، ويتم حساب مجموع الدرجات لكل بُعد، ويمكن مقارنة هذه الدرجات مع المعايير المرجعية لتحديد ما إذا كانت سلوكيات الطفل تشير إلى وجود أعراض ADHD.

الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة: (CPRS-48)

وقد تحققت الباحثة من ثبات المقياس بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية والتي بلغ قوامها (٤٩١) طفلاً.

أ- الاتساق الداخلي للمقياس: (CPRS-48)

للتحقق من مدى ارتباط درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تقيسه، والدرجة الكلية على المقياس، تم حساب معامل ارتباط بيرسون، بين درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية على البعد الذي تنتمي إليه، كما تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وجاءت النتائج على النحو الموضح في الجدولين رقم (٩)، (١٠):



جدول رقم (٩)

الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (CPRS-48)

الفقرات	الارتباط بالبعد	الفقرات	الارتباط بالبعد	الفقرات	الارتباط بالبعد
اضطرابات المسلك/ السلوك					
٢	**٠.٦٤٤	١٩	**٠.٥٣٧	٣٥	**٠.٧٠٨
٨	**٠.٥٩٨	٢١	**٠.٥٢٤	٣٩	**٠.٦٤٣
١٤	**٠.٧١٩	٢٧			
مشكلات التعلم					
١٠	**٠.٦٩٨	٣١	**٠.٦١١	٣٧	**٠.٦٣٢
٢٥	**٠.٥٠٣				
مشكلات نفس جسمية					
٣٢	**٠.٧١٨	٤٣	**٠.٥٦٧	٤٤	**٠.٥٢٦
٤١	**٠.٦٩٨				
الاندفاعية- فرط النشاط					
٤	**٠.٥٢٨	١١	**٠.٥٧١	١٣	**٠.٥٤٢
٥	**٠.٦٨٥				
القلق					
١٢	**٠.٦٤٥	٢٤	**٠.٥٦٧	٤٧	**٠.٦١١
١٦	**٠.٦٥٥				

**دالة عند مستوى (٠.٠١)

جدول (١٠)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (CPRS-48) والدرجة الكلية للمقياس

مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (CPRS-48)	عدد الفقرات	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
١ اضطراب المسلك	٨	**٠.٥٦٠
٢ مشكلات التعلم	٤	**٠.٦٣٣
٣ مشكلات نفسي جسمية	٤	**٠.٧١٢
٤ الاندفاعية- فرط النشاط	٤	**٠.٦٨٧
٥ القلق	٤	**٠.٦٦٣

**دالة عند مستوى (٠.٠١)

ويتضح من الجدولين (٩) و (١٠) أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) والذي يؤكد صدق الاتساق الداخلي للفقرات مع المقياس، وهذا يعني أن المقياس بوجه عام صادق ويمكن الاعتماد عليه.

ب- ثبات مقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة "تقدير الوالدين": (CPRS-48)
تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل أوميجا (ω)، ومعامل ألفا كرونباخ (α)، كما هو موضح بجدول ١١:

جدول (١١)

قيم معاملات الثبات لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (CPRS-48)

معامل الثبات		مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (CPRS-48)
أوميجا	ألفا كرونباخ	
٠.٨٥٤	٠.٨٥١	١ اضطراب المسلك
٠.٨١٢	٠.٨١١	٢ مشكلات التعلم
٠.٨١٦	٠.٧٩٩	٣ مشكلات نفس جسمية
٠.٨٠٥	٠.٧٩٦	٤ الاندفاعية- فرط النشاط
٠.٧٩٣	٠.٧٩١	٥ القلق
٠.٨٦٣	٠.٨٦٠	المقياس ككل

ويتبين من جدول (١١) أن قيم معاملات الثبات "ألفا كرونباخ" لأبعاد المقياس (المتعة، المزاج، الحياة الاجتماعية، تقدير الذات) بلغت (٠.٨٥١، ٠.٨١١، ٠.٧٩٩، ٠.٧٩٦، ٠.٧٩١) على التوالي، بينما بلغت قيم معاملات الثبات "أوميجا" (٠.٨٥٤، ٠.٨١٢، ٠.٨١٦، ٠.٨٠٥، ٠.٧٩٣) على التوالي. ويلاحظ أن جميع قيم معاملات الثبات كانت مقبولة (أكبر من ٠.٧) (Cheung et al., 2024)، مما يدل على ثبات المقياس.

٣- مقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة "تقدير المعلم": (CTRS-28)

قام بإعداد هذا المقياس (Conners (1997). ويهدف هذا المقياس إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD)، تقييم فعالية العلاج، تخطيط التدخلات العلاجية، مراقبة التغيرات السلوكية بمرور الوقت. ويحتوي على ٢٨ عبارة، يُقِيم المقياس مجموعة من الأبعاد السلوكية والمعرفية، وعن مراحل إعداد مقياس CTRS-28 فقد التزم كونه الترتيب التالي: تحديد الأبعاد: يتكون المقياس من ثلاثة أبعاد رئيسية: اضطراب السلوك، فرط النشاط، عدم الانتباه- السلبية، وقد تم تحديد

هذه الأبعاد بُنِيت على الأدبيات العلمية والملاحظات الإكلينيكية. وقد اعتمدت الباحثة على ٢٣ عبارة، وهي التي تتكون منها الأبعاد الثلاثة للمقياس.

تطوير المفردات أو عبارات المقياس: تم تطوير البنود بناءً على السلوكيات المرتبطة بكل بُعد، وتشمل البنود أسئلة تتعلق بالسلوكيات التي تظهر لدى الأطفال ذوي ADHD. وقد مر التقييم بالمرحلة التالية: التقييم الأولي: تم تقييم البنود من قبل خبراء في مجال علم النفس لضمان ملاءمتها وصحتها، التجريب الأولي: تم تطبيق المقياس على عينة صغيرة من الأطفال لتحديد مدى وضوح البنود وسهولة فهمها. أما عن عينات التطبيق، فقد تم تطبيق مقياس CTRS-28 على عينات متنوعة لضمان تنوع البيانات وصحة النتائج: عينة من الأطفال في المدارس: تم تطبيق المقياس على أطفال في المرحلة الابتدائية والمتوسطة في عدة مدارس، عينة من الأطفال في العيادات النفسية: تم تطبيق المقياس على أطفال يزورون العيادات النفسية لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، عينة من الأطفال في مراكز التربية الخاصة: تم تطبيق المقياس على أطفال في مراكز التربية الخاصة لضمان شمولية البيانات. وعن طرق التحقق من صدق وثبات المقياس، فقد استخدم كرونر الصدق الظاهري: تم تقييم المقياس من قبل خبراء لضمان أن البنود تقيس ما يُفترض أن تقيسه، وصدق البناء: تم استخدام التحليل العاملي لتحديد مدى توافق البنود مع الأبعاد الثلاثة للمقياس، والثبات الداخلي: تم حساب معامل كرونباخ ألفا لتحديد مدى اتساق البنود داخل كل بُعد، والتجزئة النصفية: تم تقسيم المقياس إلى نصفين وحساب معامل الثبات لكل نصف، وعن معايير تفسير درجات المقياس فقد تم تحديد الدرجات بُناءً على تكرار السلوكيات المذكورة في الفقرات، وتم تصنيف السلوكيات إلى "نادرًا"، "قليلاً"، "غالبًا"، و"دائمًا"، كما تم تفسير الدرجات بُناءً على مجموع النقاط في كل بُعد، فكلما زادت النقاط، زادت احتمالية وجود اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. والتشخيص النهائي: يتم استخدام الدرجات لتحديد ما إذا كان الطفل يعاني من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بُناءً على المعايير التشخيصية المعتمدة.

الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة: (CTRS-28)
وقد تحققت الباحثة من ثبات المقياس بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية وقوامها (٤٩١).

أ- الاتساق الداخلي للمقياس:

للتحقق من مدى ارتباط درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تقيسه، والدرجة الكلية على المقياس، تم حساب معامل ارتباط بيرسون، بين درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية على البعد الذي تنتمي إليه، كما تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وجاءت النتائج على النحو الموضح في جدول (١٢) التالي:

جدول (١٢) الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (CTRS-28)

الفقرات	الارتباط بالبعد	الفقرات	الارتباط بالبعد	الفقرات	الارتباط بالبعد
المشكلات المسلكية					
٤	**٠.٧٢٥	١٠	**٠.٥١٢	٢٣	**٠.٦٩٨
٥	**٠.٦٧١	١١	**٠.٥٧١	٢٧	**٠.٦٢٤
٦	**٠.٦٨٤	١٢			
فرط النشاط					
١	**٠.٦١٥	٨	**٠.٦٩٥	١٥	**٠.٦٧١
٢	**٠.٥٣٥	١٤	**٠.٥٣١	١٦	**٠.٥٩٣
٣	**٠.٤٨٧				
عدم الانتباه-السلبية (التشتت)					
٧	**٠.٦٢٢	٢٠	**٠.٦٣٣	٢٦	**٠.٥٠٩
٩	**٠.٥١٤	٢١	**٠.٤٨٦	٢٨	**٠.٦٩٦
١٨	**٠.٥١٩	٢٢	**٠.٥٨٠		

**دالة عند مستوى (٠.٠١)

جدول (١٣)

معاملات الارتباط بين ابعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (CTRS-28) والدرجة الكلية للمقياس

مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (CTRS-28)	عدد الفقرات	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
١ المشكلات المسلكية (السلوكية)	٨	**٠.٦٥٨
٢ فرط النشاط	٧	**٠.٦٣٤
٣ عدم الانتباه-السلبية	٨	**٠.٧٢٨

**دالة عند مستوى (٠.٠١)

ويتضح من الجدولين (١٢) و (١٣) أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) والذي يؤكد صدق الاتساق الداخلي للفقرات مع المقياس، وهذا يعني ان المقياس بوجه عام صادق ويمكن الاعتماد عليه.

ب- ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل أوميغا (ω)، ومعامل ألفا كرونباخ (α)، كما هو موضح بجدول (١٤) التالي:

جدول (١٤)

قيم معاملات الثبات لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (CTRS-28)

معامل الثبات		مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (CTRS-28)	
أوميغا	ألفا كرونباخ		
٠.٨٢٢	٠.٨٢٣	١	المشكلات السلوكية (السلوكية)
٠.٨٦٣	٠.٨٦٠	٢	فرط النشاط
٠.٩٠٢	٠.٩٠٤	٣	عدم الانتباه-السلبية
٠.٨٨٥	٠.٨٨٤	المقياس ككل	

ويتبين من جدول (١٤) أن قيم معاملات الثبات "ألفا كرونباخ" لأبعاد المقياس (المشكلات السلوكية (السلوكية)، فرط النشاط، عدم الانتباه-السلبية) بلغت (٠.٨٢٣، ٠.٨٦٠، ٠.٩٠٤) على التوالي، بينما بلغت قيم معاملات الثبات "أوميغا" (٠.٨٢٢، ٠.٨٦٣، ٠.٩٠٢) على التوالي. ويلاحظ أن جميع قيم معاملات الثبات كانت مقبولة (أكبر من ٠.٧) (Cheung et al., 2024)، مما يدل على ثبات المقياس.

٤- برنامج علاج التفاعل بين الوالدين والطفل: (PCITP)

أ- الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

(١) الأسس العلمية للبرنامج (PCIT): (أ) نظرية التعلم السلوكي: برنامج PCIT يعتمد بشكل كبير على نظرية التعلم السلوكي، حيث يُعتبر التفاعل السلوكي بين الوالدين والطفل عاملاً محورياً في التأثير على سلوكيات الطفل، من خلال التعزيز الإيجابي والردود الفورية على سلوكيات الطفل، ويتم تعديل سلوكيات الطفل وتحفيزه على التصرف بطريقة مقبولة اجتماعياً (Skinner, 1953)، (ب) النماذج السلوكية الاجتماعية: ويعتمد البرنامج على نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا، التي تركز على أن الأطفال يتعلمون من خلال مراقبة وتقليد سلوكيات الوالدين. علاوة على ذلك، يعتبر تفاعل الوالدين مع أطفالهم في شكل تعبيرات أو إيماءات أو كلمات محفزات تؤثر على سلوك الطفل بشكل كبير، Bandura

(1977). (جـ) التفاعل الإيجابي: برنامج PCIT يُعزز استخدام التفاعل الإيجابي بين الوالدين والطفل، حيث يهدف إلى تقوية العلاقة بين الوالدين والطفل، مما يسهم في تحسين سلوكيات الطفل ورفاهيته النفسية (Eyberg., & Funderburk, 2011).

(٢) الأسس الفلسفية للبرنامج (PCIT): (أ) فلسفة التفاعل الأسري: تعتمد فلسفة PCIT على مبدأ أن العلاقة بين الوالدين والطفل يجب أن تكون قائمة على التفاهم المتبادل، الاحترام، والمشاركة الفعالة من الطرفين. في هذا السياق، يتم تفعيل التفاعل بين الوالدين والطفل بشكل متوازن يساعد على تعزيز مشاعر الأمان والاحترام بين الطرفين. (ب) فلسفة التوجيه الإيجابي: يعتمد البرنامج على توجيه الوالدين نحو تقوية سلوكيات الأطفال المرغوبة من خلال التعزيز الإيجابي بدلاً من العقاب. وفقاً لهذه الفلسفة، يصبح الطفل أكثر استعداداً لتكرار السلوكيات الجيدة عندما يلاحظ التعزيز من قبل الوالدين (Kohlenberg., & Tsai, 2010).

(٣) الأسس التربوية للبرنامج (PCIT): (أ) تعزيز التواصل الأسري: التواصل الجيد بين الوالدين والطفل من خلال التفاعل المستمر هو أحد الأسس التربوية التي يقوم عليها برنامج PCIT. من خلال تقنيات مثل التوجيه المباشر و التعزيز الفوري، يتم تحسين القدرة على فهم مشاعر واحتياجات الطفل بشكل أفضل. (ب) تطوير مهارات حل المشكلات: تعتمد التربية في برنامج PCIT على تعليم الطفل مهارات حل المشكلات والتعامل مع المواقف الصعبة بطريقة إيجابية. الوالدين يتعلمون كيفية تقديم نموذج إيجابي للطفل لتوجيهه نحو استراتيجيات أكثر فاعلية في مواجهة التحديات (Eyberg., & Boggs, 2006). (جـ) توجيه سلوكيات الطفل: عند تعلم الأطفال السلوكيات المرغوبة من خلال التفاعل الإيجابي مع الوالدين، فإنهم يصبحون أكثر قدرة على التفاعل مع المحيط بشكل إيجابي. يُستخدم التعزيز الإيجابي والانتقاد البناء في توجيه سلوكيات الطفل (Patterson, 1982).

(٤) الأسس النفسية للبرنامج (PCIT): (أ) نظرية الارتباط (Attachment Theory): نظرية الارتباط لبولبي تُعد من الركائز الأساسية في تطوير علاقة متينة بين الوالدين والطفل. برنامج PCIT يعزز الارتباط الآمن من خلال توفير بيئة داعمة تشجع على التفاعل المستمر بين الوالدين والطفل. التفاعل الإيجابي يساعد الطفل على بناء شعور بالأمان مما يدعمه في نموه العاطفي والنفسي (Bowlby, 1969). (ب) الذكاء العاطفي: برنامج PCIT يعتمد على تعزيز الذكاء العاطفي لدى الأطفال من خلال تعليمهم كيفية التعرف على مشاعرهم وتنظيمها. الوالدين يلعبون دوراً أساسياً في هذا السياق من خلال توفير نموذج عاطفي إيجابي (Goleman, 1995). (جـ) إدارة السلوكيات: من خلال تعزيز السلوكيات الإيجابية وعلاج السلوكيات السلبية، يساعد برنامج PCIT الأطفال على تعلم كيفية إدارة عواطفهم

وتصرفاتهم بشكل أكثر نضجاً. هذه العمليات النفسية تُعتبر أساسية لتحسين صحة الطفل النفسية (Eyberg, 1992). (د) التفاعل العاطفي: يشمل PCIT تفاعلاً عاطفياً بين الوالدين والطفل من خلال تقنيات مثل التواصل العاطفي والتفاعل المباشر مع الطفل في اللحظات المناسبة. هذا يساعد على تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل ويقوي من أواصر الثقة (Funderburk., & Eyberg, 2011).

ب- الهدف العام : تحسين جودة العلاقة بين الوالدين والطفل.

ج- الأهداف السلوكية للبرنامج:

- (١) أن يُظهر الوالد سلوك الاستماع الفعال للطفل (بالبصر والانتباه دون مقاطعة) في ٣ من كل ٤ مواقف خلال الجلسة الواحدة.
- (٢) أن يستخدم الوالد عبارات دعم وتشجيع لفظي (مثل: "أحسننت، أنا فخور بك") مع الطفل ٥ مرات على الأقل في كل جلسة تدريبية.
- (٣) أن يُشارك الوالد الطفل في نشاط تفاعلي حر دون إصدار تعليمات أو تصحيحات لمدة ١٠ دقائق متواصلة خلال الجلسات من ١ إلى ٥.
- (٤) أن يقل توجيه الأوامر السلبية (مثل: "لا تفعل"، "توقف") من الوالد إلى الطفل بنسبة ٧٠% بنهاية الجلسة العاشرة.
- (٥) أن يستجيب الطفل لتعليمات الوالد البسيطة من المحاولة الأولى في ٣ من كل ٤ مواقف في الجلسة بحلول الجلسة الخامسة عشر.
- (٦) أن يتجنب الوالد استخدام العقاب الجسدي أو اللفظي تماماً في التفاعلات الخاضعة للملاحظة بداية من الجلسة الثامنة.
- (٧) أن يُظهر الوالد مهارة إعادة توجيه سلوك الطفل غير المناسب بأسلوب إيجابي (مثل: عرض بديل مناسب) في ٨٠% من الحالات بحلول الجلسة ١٢.
- (٨) أن يُظهر الطفل مشاعر إيجابية (مثل الضحك، العناق، طلب القرب) أثناء التفاعل مع والدة/والده ٣ مرات على الأقل خلال الجلسة.
- (٩) أن يتحدث الوالد مع الطفل عن مشاعره ومشاعر الطفل باستخدام مفردات شعورية واضحة مرتين على الأقل في كل جلسة علاجية.
- (١٠) أن يلتزم الوالد بتطبيق استراتيجية "الوقت المخصص للعب النوعي" مع الطفل لمدة ١٠-١٥ دقيقة يومياً لمدة أسبوعين متتاليين، ويؤكد ذلك في تقارير المتابعة.

- (١١) أن يستخدم الوالد أسلوب الثناء الوصفي (مثال: "أحببت أنك رتبت ألعابك بنفسك") في ٤ من كل ٥ مواقف سلوكية إيجابية من الطفل.
- (١٢) أن يقل تكرار المقاطعة أو الصراخ من الطفل أثناء حديث الوالد بنسبة ٥٠% بحلول الجلسة ١٠.
- (١٣) أن يظهر الطفل تحسناً في القدرة على الانتظار أو تأجيل الرغبة (مثال: انتظار دوره أو قبول التأجيل) في ٣ مواقف خلال الجلسة الواحدة بدءاً من الجلسة ١٤.
- (١٤) أن يُعبر الوالد عن مشاعره تجاه سلوك الطفل دون إصدار أحكام أو نقد في ٣ مواقف على الأقل داخل كل جلسة علاجية.
- (١٥) أن يُظهر الطفل استجابة هادئة (دون بكاء أو صراخ) للتوجيه الوالدي في ٤ من ٥ مواقف متكررة خلال الجلسات من ١٥ إلى ٢٠.
- (١٦) أن يقل الوالد من استخدام الأوامر المباشرة بنسبة ٥٠% ويستبدلها بأساليب الاختيار أو السؤال (مثال: "هل تفضل أن تبدأ بهذا أم ذاك؟") بنهاية الجلسة ١٢.
- (١٧) أن يُظهر الطفل سلوكاً تعاونياً (مثل ترتيب ألعابه أو مساعدة والده) في موقفين مختلفين داخل كل جلسة بعد الجلسة ١٠.
- (١٨) أن يُظهر الوالد والطفل تبادلاً إيجابياً (لفظياً أو غير لفظياً) لا يقل عن ٥ مرات في الجلسة، يقيسها المعالج بالتسجيل أو الملاحظة.
- (١٩) أن يُظهر الوالد القدرة على استخدام تقنية "التجاهل المخطط" للسلوكيات غير الضارة في ٣ من كل ٤ مواقف بداية من الجلسة ٦.
- (٢٠) أن يُظهر الطفل انخفاضاً في نوبات السلوك الانفعالي (مثل الصراخ أو البكاء المفرط) بنسبة لا تقل عن ٦٠% مقارنة بالجلسة الأولى، وذلك بنهاية البرنامج.
- (٢١) أن يُظهر الوالد مهارة الانتقال من المواقف الصراعية مع الطفل إلى التهدئة خلال أقل من دقيقتين في ٣ مواقف مختلفة خلال الجلسة.
- (٢٢) أن يُظهر الطفل قدرة على التعبير اللفظي عن سبب رفضه أو انزعاجه من طلب الوالد في موقفين مختلفين دون انفعال بنهاية الجلسة ٢٠.
- (٢٣) أن يُبادر الوالد بطرح أسئلة مفتوحة على الطفل لتحفيز الحوار (مثل: "كيف كان يومك؟"، "ما الذي أعجبك؟") مرتين على الأقل في كل جلسة.



(٢٤) أن يُظهر الطفل تحسناً في مهارات الدور وتبادل الأدوار (أثناء اللعب أو الحديث) بنسبة ٧٠% بنهاية الجلسة ١٨.

(٢٥) أن يتمكن الوالد من تنفيذ خطة تعامل سلوكية متكاملة (تشمل الثناء، التجاهل، إعادة التوجيه) بنجاح في موقفين معقدين خلال الجلسة ٢٤ أو ٢٥، كما يُلاحظها الأخصائي أو يُوثقها في تقرير المتابعة.

د- فنيات البرنامج الإرشادي:

اعتمدت الباحثة على الإستراتيجيات والفنيات التالية في تخطيط وتنفيذ البرنامج العلاجي :

- (١)- بطاقات المشاعر : Feeling Cards
- (٢)- الإنصات العاكس : Reflective Listening
- (٣)- رسالة قصيرة للطفل Short Message to the Child
- (٤)- النمذجة Modeling
- (٥)- المناقشة والحوار Discussion and Dialogue
- (٦)- العصف الذهني Brainstorming
- (٧)- الاستماع النشط Active Listening
- (٨)- الإعادة والتكرار Repetition and review
- (٩)- سرد القصص Storytelling
- (١٠)- لعب الأدوار Role-playing
- (١١)- مهارة الترتيب والتنظيم Sequencing and organizational skills
- (١٢)- البطاقات المصورة Picture cards
- (١٣)- التنقيف النفسي. Psychoeducation
- (١٤)- طرح الأسئلة Asking questions
- (١٥)- الإنتباه الاستراتيجي Strategic attention
- (١٦)- التجاهل الانتقائي Selective ignoring
- (١٧)- الوقت المستقطع Time-out
- (١٨)- استراتيجية قراءة العقل Mind-reading strategy
- (١٩)- نموذج الأتصال الفعال. Effective communication model
- (٢٠)- الاقتصاديات الرمزية Token economy

- (٢١) - التشكيل Shaping
- (٢٢) - التجاهل المُخطط للسلوك المؤذي Planned ignoring of harmful behavior
- (٢٣) - جدولة النشاط Activity scheduling
- (٢٤) - فنية ادارة السلوك Behavior management techniques
- (٢٥) - التعزيز الإيجابي Positive reinforcement
- (٢٦) - التعبير العاطفي المفتوح Open emotional expression
- (٢٧) - اللعب العلاجي Therapeutic play
- (٢٨) - التعبير الفني Art expression
- (٢٩) - القصة المصورة أو الدمى Storyboards or puppets
- (٣٠) - إصدار الأوامر الفعالة Issuing effective commands
- وتقدم الباحثة شرحاً للنفيات والاستراتيجيات الأساسية التي اعتمدت عليها في تنفيذ البرنامج العلاجي.

(١) استراتيجية الوقت المستقطع (Time-Out):

استراتيجية "الوقت المستقطع" (Time-Out) هي إحدى التقنيات السلوكية المستخدمة ضمن العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل (Parent-Child Interaction Therapy - PCIT)، وتهدف إلى تقليل السلوكيات غير المقبولة لدى الأطفال من خلال سحب التعزيز المؤقت. تُستخدم هذه الاستراتيجية في مرحلة "التحكم بالسلوك" من العلاج، حيث يتعلم الوالدان وتطبيق الانضباط بأسلوب منظم وثابت. تشمل عملية الوقت المستقطع عادةً إعطاء الطفل أمراً واضحاً، وإذا لم يمتثل، يتم نقله إلى مكان هادئ وممل (غالباً يُطلق عليه "كرسي الوقت المستقطع") لفترة محددة، مما يمنع التعزيز الاجتماعي أو الانتباه المرتبط بالسلوك السلبي. ويتم تطبيق استراتيجية الوقت المستقطع بهدوء بدون استخدام العنف اللفظي سواء التهديد أو الصراخ مع المتابعة بتعزيز، مع المتابعة بتعزيز السلوك الإيجابي بعد انتهاء الفترة، مما يعزز التعلم السلوكي لدى الطفل ويزيد من فعالية التفاعل الأسري الإيجابي (Eyberg & Funderburk, 2011; Brinkman & Eyberg, 2003).

(٢) استراتيجية الاقتصاديات الرمزية: Token economy

استراتيجية الاقتصاديات الرمزية هي إحدى تقنيات تعديل السلوك تعتمد على مبدأ التعزيز الإيجابي، حيث يتم منح الأفراد رموزاً (مثل النقاط أو النجوم) عند قيامهم بسلوكيات مرغوبة، ويمكنهم لاحقاً استبدال هذه الرموز بمكافآت ملموسة حقيقية أو امتيازات. وتستخدم هذه الاستراتيجية في مجموعة

متنوعة من البيئات، بما في ذلك المدارس، المستشفيات، ومراكز التأهيل ، لتعزيز السلوكيات الإيجابية مثل الالتزام بالقواعد، تحسين الأداء الأكاديمي، وتطوير المهارات الاجتماعية. تُعتبر هذه الطريقة فعّالة في تعديل السلوكيات غير المرغوبة وتعزيز السلوكيات الإيجابية من خلال تقديم تعزيز فوري وتحفيز مستمر للسلوك الإيجابي. (Kazdin, 2013)

اثناء جلسة تعليم PDI-CU يقوم المعالج بتنقيف الوالدين حول استخدام الاقتصاديات الرمزية موضحا ان الرموز (مثل الملصقات والرفائق) ويمكن استخدامها لتحفيز سلوكيات الطفل المستهدفة بطريقة مستدامة الان الرموز يمكن استبدالها بمجموعة متنوعة من المكافآت أو الامتيازات. ويتم التأكيد علي فوائد استخدام اقتصاد الرموز المميز للآباء والأمهات .

(٣) استراتيجية التوجيه الانتقائي (Selective Pacing):

استراتيجية التوجيه الانتقائي (Selective Pacing) في العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل (Parent-Child Interaction Therapy – PCIT) تُعد إحدى التقنيات المستخدمة لتعزيز التواصل الإيجابي بين الأهل والطفل. حيث يُشجّع الوالدان على تقليل التدخلات التوجيهية، مثل إعطاء الأوامر أو تصحيح الأخطاء ، وزيادة الإصغاء والتركيز بدلاً من ذلك على متابعة الطفل بشكل إيجابي أثناء اللعب. يهدف التوجيه الانتقائي إلى السماح للطفل بقيادة التفاعل أثناء اللعب، مما يعزز من الشعور بالاستقلالية والثقة، ويقلل من السلوكيات السلبية. ويُستخدم بشكل خاص في المرحلة الأولى من PCIT، المعروفة بمرحلة "التفاعل الموجه من الطفل" (Child-Directed Interaction – CDI)، حيث يتعلم الوالدان كيفية متابعة الطفل دون فرض السيطرة، مما يعزز العلاقة الإيجابية بين الطرفين. (McNeil & Hembree, 2010)

(٤) الانتباه الاستراتيجي : Strategic Attention.

الانتباه الاستراتيجي هو أسلوب علاجي يستخدم ضمن برنامج العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل (PCIT)، حيث يتعلم الوالدان توجيه انتباههم بشكل مقصود ومخطط نحو السلوكيات الإيجابية الصادرة عن الطفل، مع تجاهل السلوكيات غير المرغوب فيها قدر الإمكان. يهدف هذا الأسلوب إلى تعزيز التصرفات المرغوبة لدى الطفل من خلال الانتباه والمديح، مما يؤدي إلى تكرارها، بينما يقل معدل السلوكيات غير المرغوبة السلبية نتيجة لغياب التعزيز. ويساعد الانتباه الاستراتيجي في تعديل سلوك الطفل بطريقة غير مباشرة، عبر استخدام التعزيز الإيجابي بشكل ذكي ومدروس. (Eyberg & Funderburk, 2011)

(٥) بطاقات المشاعر : Feeling Cards

تعد بطاقات المشاعر أداة مبتكرة في العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل، حيث تمثل وسيلة فعالة للتواصل العاطفي بين الأفراد ، مما يساهم في تعزيز الفهم الذاتي والتعبير عن الذات. من خلال هذه الأداة، يمكن للوالدين تقديم الدعم العاطفي للطفل بطريقة غير مباشرة، مما يعزز من العلاقات الأسرية ويزيد من فهم الوالدين لحاجات أطفالهم العاطفية. وتستخدم بطاقات المشاعر في العلاج التفاعلي ليس فقط لتحفيز الحوار بين الطفل والوالدين، ولكن أيضاً كأداة لتقوية مهارات التعاطف والذكاء العاطفي لدى الأطفال. عبر الألعاب التفاعلية والأنشطة المدعمة بهذه البطاقات، يتمكن الطفل من إدراك كيف تؤثر مشاعره في سلوكه، وكيف يمكنه التعبير عن تلك المشاعر بطريقة صحية وآمنة. (Cohen, & Muir2023)

(٦) الانصات العاكس : Reflective Listenin

يُعد الانصات العاكس (Reflective Listening) من الأساليب الفعالة في العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل، حيث يُستخدم لتعزيز التواصل وفهم مشاعر الطفل بشكل أعمق. يتمثل هذا الأسلوب في أن يقوم الوالد أو المعالج بتكرار ما قاله الطفل بأسلوب مختلف يُظهر الفهم والتعاطف، دون إصدار أحكام أو تقديم حلول فورية. من خلال ذلك، يشعر الطفل بأنه مسموع ومفهوم، مما يعزز ثقته بنفسه ويحفزه على التعبير بحرية عن مشاعره الداخلية. (Cline, 2024)

(٧) استراتيجية إصدار الأوامر الفعالة : Effective Instruction-Giving Strategy

تعد استراتيجية إصدار الأوامر الفعالة من المهارات الأساسية في التواصل الإيجابي بين الوالدين والطفل، وتركز على تقديم التعليمات بطريقة واضحة، مباشرة، ومحددة، بدلاً من التلميحات أو الأوامر العامة. على سبيل المثال، يُفضل أن يقول الوالد: "ضع لعبتك في الصندوق الآن، من فضلك" بدلاً من "رتب غرفتك"، لأن الوضوح يساعد الطفل على فهم المطلوب بدقة والاستجابة بسرعة كما أن نبرة الصوت، وتوقيت إصدار الأمر، والنظر إلى الطفل أثناء الحديث تُعد عناصر مهمة لنجاح هذه الاستراتيجية. (Unlocking Children, 2017)

(٨) فنية إدارة السلوك : Behavior management techniques

إدارة السلوك في العلاج التفاعلي بين الطفل والوالدين هي استراتيجية علاجية سلوكية تهدف إلى تحسين العلاقة بين الآباء والأطفال من خلال تعزيز التفاعلات الإيجابية وتقليل السلوكيات السلبية. يعتمد هذا العلاج على تدريب الوالدين على تقنيات سلوكية محددة تساعدهم في تعديل سلوك الطفل، مع تعزيز مهارات التواصل الفعال بينهما. يعتبر هذا النموذج من العلاجات السلوكية الموجهة خصيصاً

لحل مشاكل السلوك لدى الأطفال، حيث يُعتمد على توجيه الوالدين لتقديم ردود فعل مناسبة لتصرفات الأطفال، مما يساهم في تحسين التفاعل بينهما بشكل عام (Graziano, Ros-Demarize, & Hare, 2017).

(٩) جدولة النشاط "Activity Scheduling"

يُعتبر جدولة النشاط أداة فعّالة لتعزيز التفاعل الإيجابي بين الوالدين والطفل يتضمن هذا المفهوم تخصيص وقت يومي من اللعب الموجه، حيث يُشجّع الوالدان على قضاء خمس دقائق يوميًا في نشاط مشترك مع الطفل، دون استخدام هذه الفترة كجائزة أو عقاب، بل كوسيلة لتعزيز العلاقة وتعليم مهارات التواصل الإيجابي. تُظهر الدراسات أن هذه الأنشطة تُساهم في تقليل السلوكيات السلبية لدى الأطفال، مثل العدوانية، وتُحسن من استجابة الطفل للتوجيهات، مما يعزز من فعالية العلاج التفاعلي (Peskin, 2024).

(١٠) مهارات "PRIDE"

مهارات PRIDE هي مجموعة من المهارات التي تُستخدم في العلاج التفاعلي الموجه للوالدين (Parent-Child Interaction Therapy - PCIT)، وهي تُركز على تعزيز العلاقة الإيجابية بين الطفل والوالدين من خلال تفاعل موجه ومتعمد. يُستخدم اختصار PRIDE للدلالة على خمس مهارات رئيسية تساعد في بناء علاقة قوية مع الطفل وتشجيع السلوك الإيجابي لديه خلال مرحلة التفاعل الموجه الطفل، يتم تعليم مقدمي الرعاية استخدام مهارات "PRIDE" (أي الثناء، التامل، التقليد، ووصف السلوك، والاستماع) وتجنب استخدام الأسئلة والأوامر والنقد (Webster-Stratton, 2011).

هـ- مخطط جلسات البرنامج الإرشادي: (١)

اشتمل البرنامج العلاجي على ست وعشرين جلسة على مدار ثلاثة عشرة أسبوعاً بواقع جلستين أسبوعياً، ويوضح جدول (١٥) مخطط جلسات البرنامج العلاجي القائم على فنيات العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل واستغرق تطبيق كل جلسة ساعة ونصف، حيث اعتمدت الباحثة في تخطيطها على نتائج الدراسة الاستطلاعية، وعلى نتائج التطبيق الذي تم على العينة الأساسية، وعلى الإطار النظري الذي تم تجميعه، وعلى نتائج الدراسات السابقة والتفسيرات المتنوعة التي توصلت إليها نظريات العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل، ويوضح جدول (١٥) عنوان الجلسة الإرشادية وفنياتها، وأهدافها.

جدول (١٥) مخطط جلسات البرنامج الإرشادي القائم علي التفاعل بين الوالدين والطفل

الجلسة	عنوانها	فنيات الجلسة	أهدافها	الزمن
الأولي	تمهيد وتعارف	- المحاضرة - المناقشة - لعبة الأمثال - العصف الذهني - طرح الأسئلة - سرد القصص	١- تعريف الوالدين ببعضهم البعض في المجموعة الإرشادية . ٢- بناء علاقة ثقة بين الأخصائي والأسرة (الوالدين والطفل). ٣- تعريف الوالدين بمخطط البرنامج الإرشادي وأهدافه وفنياته. ٣- تعريف الوالدين بأهمية البرنامج وفوائده. ٤- تهيئة الأسرة نفسياً وسلوكياً للالتزام لحضور جلسات البرنامج العلاج التفاعلي.	ساعة ونصف
الثانية	تعزيز الترابط بين الوالدين والطفل	- بطاقات المشاعر - الإنصات العاكس - رسالة قصيرة للطفل - اللعب المباشر - نمذجة - تمثيل أدوار	١- زيادة قدرة الوالدين على التعبير اللفظي عن مشاعر الحب والتقدير. ٢- تقوية إحساس الطفل بالانتماء والتقدير داخل الأسرة. ٣- تعزيز شعور الطفل بأنه مقبول ومحبوب دون شروط. ٤- تعديل اتجاهات الوالدين من النقد المتكرر للطفل وتحويله إلى تواصل دافئ.	ساعة ونصف
الثالثة	أنماط التفاعل بين الوالدين والطفل	- المناقشة والحوار - العصف الذهني - الاستماع النشط - الإعادة والتكرار - سرد القصص	١- تحديد الأنماط السلوكية التي تتعارض مع التفاعل المتمركز حول الطفل ٢- تعريف الوالدين بمهارات التفاعل مع الأبناء ٣- إعداد الوالدين للتدريب على التفاعلات مع الأطفال في المنزل ٤- تعزيز وعي الوالدين باحتياجات الطفل النمائية والنفسية	ساعة ونصف
الرابعة	تعزيز السلوك الإيجابي بين الوالدين	- الحوار والمناقشة - لعب الأدوار - مهارة الترتيب	١- توعية الوالدين بمفهوم السلوك الإيجابي وأهميته في تعديل السلوك. ٢- تعليم الوالدين المهارات والاستراتيجيات التي	ساعة ونصف



كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف

الجلسة	عنوانها	فنيات الجلسة	أهدافها	الزمن
	والطفل	والتنظيم - المدح العام - المكافآت -التوجيه الانتقائي	تستخدم التعزيز الإيجابي مع الأطفال. ٣-تمكين الوالدين من تعزيز العلاقة مع أطفالهم وزيادة الاستجابة السلوكية الإيجابية ٤- تدريب الوالدين على استخدام التعزيز الإيجابي الفوري والمحدد.	
الخامسة	تعليم ربط المشاعر بالسياق	-القصص -البطاقات المصورة التعزيز الإيجابي -التمثيل - لعب الدور - التعزيز الرمزي	١-مساعدة الطفل على ربط الشعور بالموقف الذي أدى إليه. ٢-تدريب الطفل على التعبير عن مشاعره المختلفة بشكل مناسب مثل الغضب ،الفرح، الحزن، القلق.. ٣-تقوية مهارات التنظيم الذاتي والانتباه في المواقف المختلفة	ساعة ونصف
السادسة	فهم السلوكيات المتعلقة بـ ADHD (الانتشار والأسباب)	- العصف الذهني - المناقشة - التنقيف النفسي. - لعب الأدوار - ضرب الأمثلة - التعزيز الإيجابي - التعزيز الرمزي	١- تبصير الوالدين بمفهوم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط . ٢- تعريف الوالدين بأسباب انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين الأطفال. ٣- تعريف الوالدين بنسب انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط . - يستنتج الولدان الخصائص السلوكية المرتبطة باضطراب ADHD. ٤- تعريف الوالدين بتأثير اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على صحة الطفل النفسية.	ساعة ونصف
السابعة	اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD)	- المناقشة والحوار - النمذجة - ضرب الأمثلة - العصف الذهني -القصص	١- تعريف الوالدين بمفهوم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD). ٢-مساعدة الوالدين على التعرف على الأعراض السلوكية والنفسية المرتبطة بـ ADHD. ٣- أن يفرّق الوالدان بين السلوك الطبيعي والحركي المفرط	ساعة ونصف

الجلسة	عنوانها	فنيات الجلسة	أهدافها	الزمن
الثامنة	تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD)	- عصف ذهني - المحاضرة. - المناقشة. - النمذجة - ضرب الأمثلة	١- تعريف الوالدين بمعايير تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط . ٢- يستنتج الوالدان الأعراض التي تظهر علي أبنائهم. ٣- يميز الوالدان بين ADHD والاضطرابات القريبة منه. ٤- يستنبط الوالدان الفرق بين الأنواع الثلاثة (نشبت الانتباه - فرط حركة - الإندفاعية) .	ساعة ونصف
التاسعة	نظريات تفسير اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط	- المناقشة - المحاضرة - العصف الذهني - طرح الأسئلة - التنقيف النفسي	١- تعريف الوالدين بالنظريات النفسية والعصبية التي تفسر ADHD. ٢- يميز الولدان بين التفسيرات البيولوجية، السلوكية، المعرفية والاجتماعية. ٣- يربط الولدان بين النظرية والسلوك الظاهر على الطفل	ساعة ونصف
العاشرة	بين فرط الحركة والإكتئاب	- المحاضرة - المناقشة - عصف ذهني - طرح السؤال. -التنقيف النفسي	١-تعريف الوالدين بمفهوم الإكتئاب واسبابه ونسب انتشاره ٢-مساعدة الوالدين على التعرف على الأعراض السلوكية والنفسية المرتبطة بـ ADHD والاكتئاب. ٣- يستنبط الولدان الفرق بين الحزن العابر والاكتئاب كاضطراب.	ساعة ونصف
الحادية عشر	تشخيص اعراض الاكتئاب عند الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط	- التنقيف النفسي - عصف ذهني - المحاضرة. - مناقشة وحوار . - النمذجة - ضرب الأمثلة	١- تعريف الولدين بمعايير تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي لتشخيص الاكتئاب ٢- يستنتج الوالدان الأعراض التي تظهر علي أبنائهم. - مساعدة الوالدين في تفسير سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واعراض الإكتئاب بدل من معاقبتها	ساعة ونصف



كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف

الجلسة	عنوانها	فنيات الجلسة	أهدافها	الزمن
الثانية عشر	نظريات تفسير اعراض الاكتئاب عند الأطفال	- المناقشة - المحاضرة - العصف الذهني - طرح الأسئلة - التثقيف النفسي - ضرب الأمثلة	١- تعريف الوالدين بالنظريات النفسية والعصبية التي تفسره للإكتئاب. ٢- يميز الولدان بين التفسيرات البيولوجية، السلوكية، المعرفية والاجتماعية. ٣- يستنتج الولدان ربط النظرية بالسلوك الظاهر على الطفل ٤- يستتبط الوالدان العواقب المحتملة في حال عدم التدخل المبكر.	ساعة ونصف
الثالثة عشر	اكتئاب الوالدين وعلاقته باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة عند الأبناء	- المناقشة - المحاضرة - النمذجة - لعب الأدوار - طرح الأسئلة - التثقيف النفسي	١- فهم العلاقة بين اكتئاب الوالدين واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة عند الأبناء. ٢- تعريف الوالدين بتأثير الصحة النفسية للوالدين على السلوك والانفعالات لدى الأطفال. ٣- تقوية العلاقة الوالدية وتعزيز التنظيم الانفعالي والسلوكي لدى الأطفال.	ساعة ونصف
الرابعة عشر	إدارة سلوك الوالدين الطفل	- الإنتباه الاستراتيجي - التوجيه الانتقائي - النمذجة - القصص - التعزيز الإيجابي - التمثيل ولعب الدور	١- تعليم الوالدين كيفية إدارة سلوك الطفل من خلال استراتيجية الانتباه الاستراتيجي ٢- تدريب الوالدين علي استخدام استراتيجية التوجيه الانتقائي في تعديل سلوك الطفل ٣- تنمية مهارات الوالدين في استخدام الأساليب التربوية الإيجابية لإدارة السلوك النشط بفعالية	ساعة ونصف
الخامسة عشر	العلاج التفاعلي و اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط	- المحاضرة - العصف الذهني - المناقشة - طرح اسئلة - ضرب أمثلة	١- يستنتج الوالدان المقصود بالعلاج التفاعلي. ٢- تعريف الوالدان بمكونات العلاج التفاعلي . ٣- تعريف الوالدين بمتطلبات تطبيق العلاج التفاعلي. ٤- تستنتج الوالدين اسباب استخدام العلاج التفاعلي.	ساعة ونصف

الجلسة	عنوانها	فنيات الجلسة	أهدافها	الزمن
السادسة عشر	استراتيجية الوقت المستقطع وإصدار الأوامر الفعالة	- المناقشة - طرح السئلة - العصف الذهني - إصدار الأوامر الفعالة - التعزيز الرمزي - النمذجة	١-تذكير الوالدان بمفهوم العلاج التفاعلي . ٢- يستنبط الوالدان أهمية العلاج التفاعلي في حياتنا. ٣- تعريف الوالدين ببعض فنيات العلاج التفاعلي ٤- يُوظف الوالدان فنية إصدار الأوامر الفعالة لخفض النشاط الزائد ونقص الانتباه. ٥-تدريب الوالدين علي تطبيق فنية الوقت المستقطع لخفض حدة النشاط الزائد والأكتئاب	ساعة ونصف
السابعة عشر	اللعب العلاجي	- المناقشة والحوار - ضرب الأمثلة - اللعب غير الموجه - اللعب الموجه - التمثيل - لعب الأدوار	١- تعريف الوالدين بمفهوم اللعب واهمية في خفض اعراض اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه لدي الأطفال ٢- ان يعرف الوالدين ببعض فنيات علم النفس الإيجابي ٣-يستخدم الوالدان الألعاب لخفض اعراض الأكتئاب لدي اطفال ذوي النشاط الزائد ونقص الانتباه	ساعة ونصف
الثامنة عشر	الاقتصاد الرمزي و طفل ذوي النشاط الزائد ونقص الإنتباه	-التعزيز الإيجابي الفوري - الجدولة التدريجية - المكافآت -الرموز - التعزيز	١-تدريب الوالدين كيفية ملاحظة وتعزيز السلوكيات الصحيحة خلال اليوم. ٢- ضبط وتقليل السلوكيات الفوضوية والنشاط الزائد لدى الطفل ٣-تحسين العلاقة التفاعلية بين الطفل ووالديه من خلال نظام تعزيزي مشترك.	
التاسعة عشر	نظرية قراءة العقل	- المناقشة والحوار - ضرب الأمثلة - بطاقات المشاعر - لعب الأدوار - استخدام المرأة - سرد القصص	١-تعزيز مهارات الفهم الاجتماعي والتعاطف للطفل ٢-تحسين قدرة الطفل على الانتباه للآخرين والتفاعل معهم ٣-تدريب الطفل على ضبط السلوك بناءً على فهمه لمشاعر وأفكار الآخرين. ٤-تمكين الوالدين من استخدام "قراءة العقل" في التواصل مع الطفل لتعديل السلوك	



كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف

الجلسة	عنوانها	فنيات الجلسة	أهدافها	الزمن
العشرين	استراتيجية CARES	- اللعب التفاعلي - تقنيات الانعكاس اللفظي - استخدام الروتين والدعم السلوكي - التشجيع الإيجابي	١- تعزيز الترابط العاطفي الإيجابي بين الطفل ووالديه. ٢- إكساب الوالدين مهارات فعالة في التعامل مع الطفل تمكّنهم من إدارة التحديات اليومية بشكل إيجابي وبناء. ٣- تطوير مهارات التنظيم الذاتي والانضباط. ٤- تقليل السلوكيات السلبية الناتجة عن فرط النشاط أو القلق وخفض أعراض الاكتئاب	
الحادية والعشرين	إدارة الضغوط الإكتئابية لدي الأبناء	- المناقشة - العصف الذهني - التنقيف النفسي. - نموذج الاتصال الفعال. - الأقتصاديات الرمزية	١- تذكير الوالدين باضطراب ADHD ومظاهره المرتبطة بالضغط والاكتئاب ٢- تدريب الوالدين على اكتشاف العلامات المبكرة للضغط والاكتئاب. ٣- تعليم الوالدين فنيات إدارة الضغوط النفسية للأبناء. ٤- تصحيح المفاهيم الخاطئة حول الاكتئاب واضطراب ADHD والضغط النفسية.	ساعة ونصف
الثانية والعشرين	مهارات PRIDE وتعديل السلوك	- التعزيز الإيجابي - التوجيه انتقائي - النمذجة - تسلسل الأوامر	١- تعريف الوالدين بمفهوم كل مهارة من مهارات PRIDE بالتفصيل. ٢- تطبيق الوالدين مهارات PRIDE لخفض النشاط الزائد لدي الأطفال ٢- زيادة التنظيم الذاتي للطفل والانضباط الإيجابي.	
الثالثة والعشرين	توجيه الطاقة بشكل إيجابي	- التشكيل - التعزيز الإيجابي - الحوار والمناقشة - تجاهل المخطط - للسلوك الموزي - استخدام الإقتصاديات	١- تذكير الوالدين بمفهوم السلوك الإيجابي وأهميته في تعديل السلوك. ٢- توجيه الطاقة الزائدة لدى الطفل نحو أنشطة بناءة ومفيدة. ٣- تعزيز قدرة الطفل على التركيز والانتباه لفترات أطول. ٣- تدريب الوالدين على استخدام فنيات السلوك	ساعة ونصف

الجلسة	عنوانها	فنيات الجلسة	أهدافها	الزمن
		الرمزية - لعب الأدوار - جدولة النشاط	الإيجابي للتعامل مع فرط الحركة . ٣- تعديل السلوك القائم علي العقاب والمكافئة المكثف.	
الرابعة والعشرين	استراتيجيات التواصل الفعال	- المناقشة - العصف الذهني - فنية ادارة السلوك - التعزيز الإيجابي - الاستماع النشط	١- توعية الوالدين بأهمية التواصل الفعال في تحسين السلوك والحالة النفسية. ٢- تعزيز مهارات الاستماع والتفاعل مع الطفل. ٣- فهم طبيعة تفكير وسلوك الطفل المصاب بفرط الحركة أو الاكتئاب. ٤- تقليل السلوكيات السلبية الناتجة عن سوء الفهم أو الانفعالات الزائدة.	ساعة ونصف
الخامسة والعشرين	تعزيز تقدير الذات لدي اطفال ADHD	- اللعب الرمزي - اللعب العلاجي - التعبير الفني - القصة المصورة أو الدمى - التعزيز الإيجابي اللفظي والرمزي - تمثيل الأدوار	١- تعريف الوالدين بمظاهر انخفاض تقدير الذات لدى الأطفال. ٢- تدريب الوالدين على استخدام "المدح الوصفي" لتقوية صورة الذات. ٣- تقوية العلاقة الإيجابية بين الطفل و والديه مما يخفف من أعراض الاكتئاب لدي اطفال ذوي النشاط الزائد ونقص الانتباه ٦- مساعدة الطفل على إدراك نقاط قوته وإنجازاته بلغة مبسطة .	ساعة ونصف
السادسة والعشرين	تقييم مكتسبات البرنامج	- المحاضرة - المناقشة	١- تقييم أهداف البرنامج التي تحققت. ٢- تقييم رضا أفراد المجموعة الإرشادية عن جلسات البرنامج ٣- تطبيق مقاييس الدراسة على أفراد المجموعة العلاجية. ٤- مقارنة نتائج التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي على المقاييس الثلاثة لأفراد المجموعة العلاجية	ساعة ونصف

إجراءات البحث

- ١- تم حساب الإحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية) لدرجات الأطفال عينة الدراسة الأساسية (ن=٦٧٩) طفلاً.
- ٢- تم حساب نسبة الانتشار (المرتفعين والمتوسطين والمنخفضين) في كل من: مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال، ومقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48) وذلك بحساب قيمة الإرباعي الأعلى والأدنى للدرجة الكلية وللأبعاد الفرعية كل على حدة، حيث اعتبر الطفل منخفض إذا كانت درجته أقل من قيمة الإرباعي الأدنى، ومرتفع إذا كانت درجته أكبر من قيمة الإرباعي الأعلى، ومتوسط إذا كانت درجته تقع بين قيمة الإرباعي الأدنى والإرباعي الأعلى.
- ٣- تم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية التي تكونت من ١١ طفلاً.
- ٤- بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي تم تطبيق مقاييس الدراسة على المجموعتين (مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48) ، ومقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال)، وذلك من أجل التأكد من فاعلية البرنامج الإرشادي.
- ٥- تم تطبيق مقاييس الدراسة السيكومترية على المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج الإرشادي ، وذلك للتعرف على بقاء أثر البرنامج القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل.

الأساليب الإحصائية المستخدمة لتحليل بيانات الدراسة:

لتحليل نتائج الدراسة الحالية تم استخدام برنامج IBM SPSS v.27 وتم الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، معامل ارتباط بيرسون لحساب الاتساق الداخلي، معامل الفا كرونباخ (α) ومعادلة اوميجا (ω) لحساب الثبات، اختبار "ويلكوكسون" للعينات المرتبطة Wilcoxon signed-rank test، اختبار "مان-ويتني" للعينات المستقلة Mann-Whitney U test، معادلة كوهين (Cohen's d) لحساب حجم الأثر، معادلة "r" لحساب حجم الأثر، وتم تقييم حجم الأثر كما يلي (Pallant, 2020):

$$\begin{aligned} 0.10 \leq r < 0.30 ; 0.20 \leq d < 0.50 & \text{ (حجم أثر صغير)} \\ 0.30 \leq r < 0.50 ; 0.50 \leq d < 0.80 & \text{ (حجم أثر متوسط)} \\ r \geq 0.50 ; d \geq 0.80 & \text{ (حجم أثر كبير)} \end{aligned}$$

نتائج الدراسة

نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى في مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال في اتجاه القياس البعدى". وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" للعينات المرتبطة Wilcoxon signed-rank test وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال بأبعاده، كما هو موضح بجدول (١٦) التالي:

جدول (١٦)

نتائج اختبار "ويلكوكسون" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى في مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال

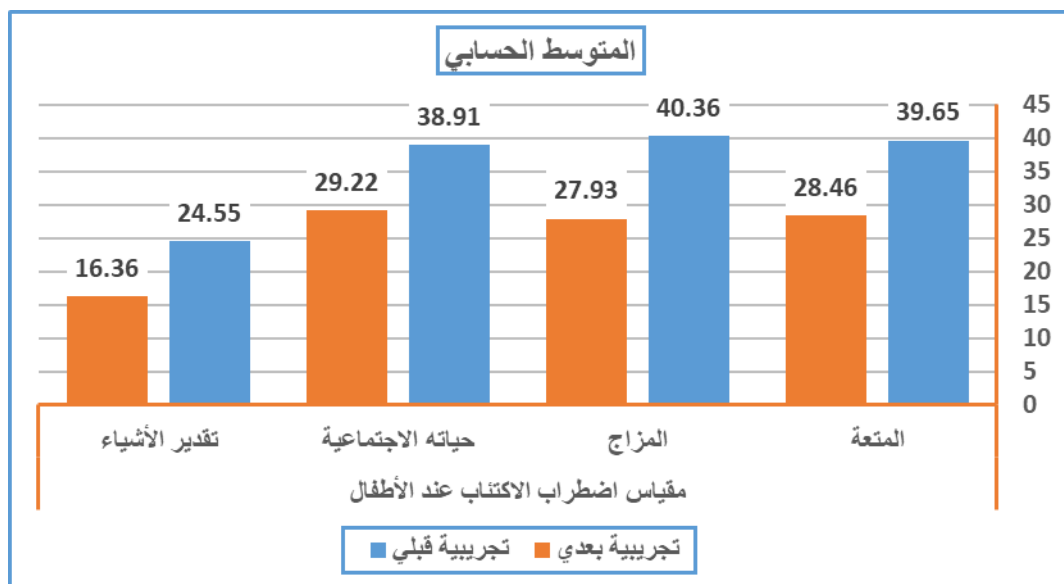
مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة الإحصائية
١ المتعة	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥	٢.٨٣٦	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	١				
٢ المزاج	الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٦٥	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠				
٣ الحياة الاجتماعية	الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٩٤	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠				
٤ تقدير الذات	الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٤٣	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٥٦	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	الرتب المتساوية	٠				

وقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى في مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال كما هي موضحة في جدول (١٧) التالي:

جدول (١٧)

متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى في مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال

المتغيرات		تجريبية قبلي (ن=١١)		تجريبية بعدي (ن=١١)	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	المتعة	٣٩.٦٥	٢.٠٢	٢٨.٤٦	١.٧٣
٢	المزاج	٤٠.٣٦	١.٥٠	٢٧.٩٣	١.٤١
٣	الحياة الاجتماعية	٣٨.٩١	١.٨٦	٢٩.٢٢	١.٢٥
٤	تقدير الذات	٢٤.٥٥	١.٠٤	١٦.٣٦	١.١٢
درجة المقياس الكلية		١٤٣.٤٧	٣.٤٤	١٠١.٩٧	٢.٣٣



شكل (٢): متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى في مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال

ويتضح من جدول (١٧) ويدعمه شكل (٢) ما يلي:
وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للدرجة الكلية لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال وذلك لصالح القياس البعدي حيث كانت قيمة "Z" مساوية (٢.٩٥٦) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لكل من (المتعة، المزاج، الحياة الاجتماعية، تقدير الذات) وذلك لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيم "Z" (٢.٨٣٦، ٢.٩٦٥، ٢.٩٩٤، ٢.٩٤٣) على التوالي.
وقد تم حساب حساب حجم الأثر للتأكد من فاعلية وأثر البرنامج باستخدام معادلة "r" ومعادلة كوهين (d) ويوضح جدول (١٨) قيم حجم الأثر للبرنامج العلاجي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل لخفض اضطراب الاكتئاب لدى أطفال الروضة ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

جدول (١٨)

قيم حجم الأثر للبرنامج الإرشادي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل لخفض اضطراب الاكتئاب لدى أطفال الروضة

تقييم حجم الأثر	حجم الأثر (قياس قبلي وبعدي تجريبي) (كوهين) Cohen's d		مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال	
	معادلة "r"			
كبير	٠.٦٠٥	٥.٩٥	المتعة	١
كبير	٠.٦٣٢	٨.٥٤	المزاج	٢
كبير	٠.٦٣٨	٦.١١	حياته الاجتماعية	٣
كبير	٠.٦٢٧	٧.٥٨	تقدير الذات	٤
كبير	٠.٦٣٠	١٤.١٣	درجة المقياس الكلية	

ويتضح من جدول (١٨) وجود أثر كبير للبرنامج الإرشادي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل لخفض اضطراب الاكتئاب لدى أطفال الروضة ذوي ADHD ، حيث بلغت قيمة حجم الأثر (r) (٠.٦٣٠) وبلغت قيمة حجم الأثر (d) (١٤.١٣)، كما يُلاحظ أن قيم حجم الأثر (r) لكل من

(المتعة، المزاج، الحياة الاجتماعية، تقدير الذات) بلغت (٠.٦٠٥، ٠.٦٣٢، ٠.٦٣٨، ٠.٦٢٧) على التوالي، وبلغت قيم حجم الأثر (d) (٠.٩٥، ٠.٥٤، ٠.١١، ٠.٥٨) على التوالي. وقد أشارت نتائج اختبار "ويلكوكسون للعينات المرتبطة" إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الاكتئاب، بالإضافة إلى أبعاده الأربعة (المتعة، المزاج، الحياة الاجتماعية، وتقدير الذات)، وجاء اتجاه الفروق لصالح القياس البعدي، مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على تحسين التفاعل بين الوالدين والطفل في خفض حدة الاكتئاب لدى الأطفال. وقد أظهرت القيم الإحصائية للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية انخفاضاً ملحوظاً في درجات المجموعة التجريبية بعد التطبيق، حيث انخفض المتوسط الكلي من (١٤٣.٤٧) في القياس القبلي إلى (١٠١.٩٧) في القياس البعدي، وهو ما يعكس تحسناً واضحاً في الحالة الانفعالية والاجتماعية للأطفال المستفيدين من البرنامج. كما دعمت نتائج تحليل حجم الأثر هذا التوجه، إذ أظهرت القيم المحسوبة لكل من معامل الأثر (r) ومعامل كوهين (Cohen's d) أن البرنامج قد حقق أثراً كبيراً جداً، بلغت فيه قيمة d للدرجة الكلية (١٤.١٣)، وهي قيمة تشير إلى فاعلية عملية واضحة ذات دلالة تطبيقية عالية. وتتسق هذه النتائج مع ما أوردته الأدبيات السابقة من أن تحسين العلاقة بين الطفل والديه يساهم بفعالية في خفض أعراض الاضطرابات النفسية والانفعالية، وعلى رأسها الاكتئاب، لا سيما لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)، والذين يعانون غالباً من ضعف في التنظيم الانفعالي، وتدنٍ في تقدير الذات، وصعوبات في العلاقات الاجتماعية. ويؤكد ذلك ما أشار إليه كل من (Smith, 2019؛ Barkley, 2016) من أن التدخلات القائمة على دعم التفاعل الوالدي تُعد من الأساليب المعتمدة في التدخل المبكر النفسي والاجتماعي، نظراً لارتباطها بتحسين ملموس في الحالة المزاجية للطفل، وتقوية شبكة الدعم النفسي والاجتماعي حوله. ومن الجدير بالذكر أن المرحلة العمرية لأطفال العينة (مرحلة الطفولة المبكرة) تُعد من أكثر المراحل تطلباً للدعم العاطفي والتفاعل الإيجابي، حيث يُبنى فيها أساس التنظيم الانفعالي، وتكتسب فيها المهارات الاجتماعية الأساسية. وعليه، فإن فعالية البرنامج الإرشادي في هذه المرحلة تُعد مؤشراً قوياً على جدوى التدخلات النفسية المبكرة التي تراعي السياق الأسري والتفاعلي للطفل.

ويُمكن تفسير نتيجة هذا الفرض في ضوء ما توصلت إليه نتائج دراسة Thomas et al (2012) من أن الأمهات أبلغن عن عدد أقل من السلوكيات الخارجية والداخلية للطفل، وانخفاض الضغوط، ولوحظ أن لديهم مزيد من التلطف الإيجابي. كما دعمت نتائج هذه الدراسة برنامج PCIT كتدخل فعال للأسر في

نظام رعاية الطفل. كما تتفق مع ما ذكرته دراسة (Masip et al, 2008) بأن الأعراض الرئيسة لاكتئاب الطفولة هي تدني تقدير الذات، تغيرات في نمط النوم، فقدان أو زيادة الشهية والوزن، والعزلة الاجتماعية، وفرط النشاط، واضطراب المزاج، والتفكير الانتحاري. وهذه الأعراض ذات الطبيعة الداخلية تشبه تلك الموصوفة للبالغين، ومع ذلك ففي اكتئاب الأطفال والمراهقين هناك أعراض محددة مثل مشاكل السلوك، التهيج، نوبات الغضب أو العصيان. واعتباراً من ٦ سنوات، تُصبح أعراض الاكتئاب لدى الأطفال أكثر تشابهاً مع أعراض الاكتئاب لدى البالغين. ولكن، كخاصية تفاضلية، ترتبط الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال بمشاكل سلوكية. وبناءً على ما سبق، يمكن القول إن نتائج الدراسة تؤكد صحة الفرض الأول، وتدل على فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض اضطراب الاكتئاب لدى أطفال الروضة من ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، مما يعزز أهمية الاعتماد على برامج تدخل تركز على العلاقة بين الطفل ووالديه كمدخل علاجي فعال.

نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال لصالح أطفال المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار "مان-ويتني" للعينات المستقلة Mann-Whitney U test وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال بأبعاده، كما هو موضح في جدول (١٩) التالي:

جدول (١٩)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال

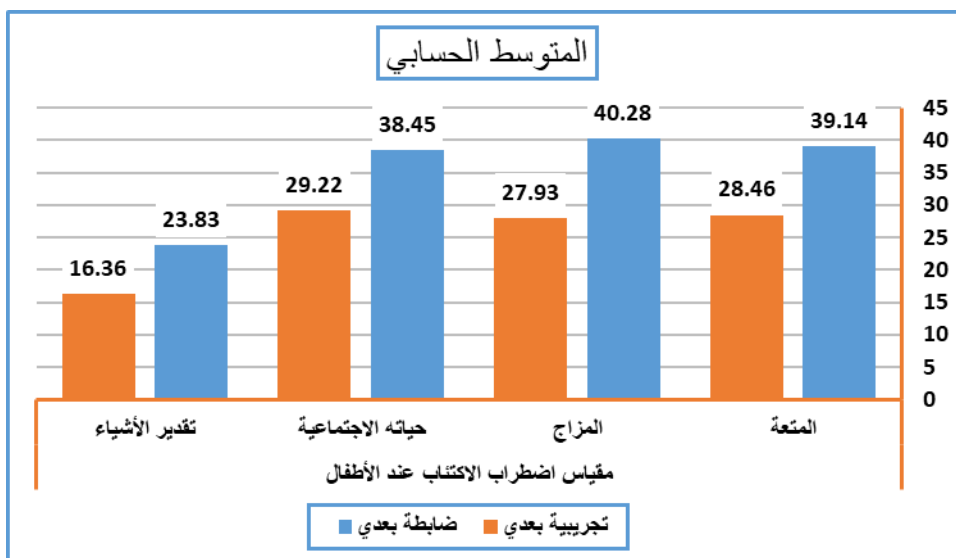
المتغيرات	ضابطة بعدي (ن=١١)		تجريبية بعدي (ن=١١)		قيمة "Z"	الدلالة الإحصائية
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
١ المتعة	١٦.٩١	١٨٦	٦.٠٩	٦٧	٣.٩٤	٠.٠١
٢ المزاج	١٦.٢٣	١٧٨.٥	٦.٧٧	٧٤.٥	٣.٤٦	٠.٠١
٣ الحياة الاجتماعية	١٦.٧٧	١٨٤.٥	٦.٢٣	٦٨.٥	٣.٩٤	٠.٠١
٤ تقدير الذات	١٦.٠٥	١٧٦.٥	٦.٩٥	٧٦.٥	٣.٣٤	٠.٠١
درجة المقياس الكلية	١٦.٨٢	١٨٥	٦.١٨	٦٨	٣.٩٧	٠.٠١

وقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال كما هي موضحة بجدول (٢٠) التالي:

جدول (٢٠)

متوسطات درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال

تجريبية بعدي (ن=١١)		ضابطة بعدي (ن=١١)		المتغيرات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
١.٧٣	٢٨.٤٦	١.٤٩	٣٩.١٤	١ المتعة
١.٤١	٢٧.٩٣	١.٦٤	٤٠.٢٨	٢ المزاج
١.٢٥	٢٩.٢٢	١.٦٣	٣٨.٤٥	٣ الحياة الاجتماعية
١.١٢	١٦.٣٦	١.١٢	٢٣.٨٣	٤ تقدير الذات
٢.٣٣	١٠١.٩٧	٢.٣٢	١٤١.٧٠	درجة المقياس الكلية



شكل (٣): متوسطات درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال

ويتضح من جدول (٢٠) ويدعمه شكل (٣) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للدرجة الكلية لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال وذلك لصالح المجموعة التجريبية حيث كانت قيمة "Z" مساوية (٣.٩٧) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١)، كما يُلاحظ وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لكل من (المتعة، المزاج، الحياة الاجتماعية، تقدير الذات) وذلك لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيم "Z" (٣.٩٤، ٣.٤٦، ٣.٩٤، ٣.٣٤) على التوالي. كما تم حساب حجم الأثر باستخدام معادلة "r" ومعادلة كوهين (d) و يوضح جدول (٢١) قيم حجم الأثر للبرنامج الإرشادي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل لخفض اضطراب الاكتئاب لدى أطفال الروضة ذوى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

جدول (٢١)

قيم حجم الأثر للبرنامج الإرشادي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل لخفض أعراض الاكتئاب لدى أطفال الروضة ذوى ADHD

مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال	حجم الأثر (قياس بعدي ضابطة وتجريبية)		تقييم حجم الأثر
	معادلة "r"	(كوهين) Cohen's d	
١ المتعة	٠.٨٤٠	٦.٦٢	كبير
٢ المزاج	٠.٧٣٨	٨.٠٨	كبير
٣ الحياة الاجتماعية	٠.٨٤٠	٦.٣٥	كبير
٤ تقدير الذات	٠.٧١٢	٦.٦٧	كبير
درجة المقياس الكلية	٠.٨٤٦	١٧.٠٩	كبير

ويتضح من جدول (٢١) وجود أثر كبير للبرنامج الإرشادي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل لخفض اضطراب الاكتئاب لدى أطفال الروضة ذوى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، حيث بلغت قيمة حجم الأثر (r) (٠.٨٤٦) وبلغت قيمة حجم الأثر (d) (١٧.٠٩)، كما يُلاحظ أن قيم حجم الأثر (r) لكل من (المتعة، المزاج، الحياة الاجتماعية، تقدير الذات) بلغت (٠.٨٤٠، ٠.٧٣٨، ٠.٨٤٠، ٠.٧١٢) على التوالي، وبلغت قيم حجم الأثر (d) (٦.٦٢، ٨.٠٨، ٦.٣٥، ٦.٦٧) على التوالي.

وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعتين في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيم "Z" لجميع الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس قيمة دالة عند مستوى دلالة ٠.٠٠١، وهي القيم التي تظهر أن الفروق بين المجموعتين هي فروق حقيقية وليست نتيجة للصدفة. وجاءت قيمة "Z" كانت على النحو التالي: المتعة: ٣.٩٤ ، المزاج: ٣.٤٦ ، الحياة الاجتماعية: ٣.٩٤ ، تقدير الذات: ٣.٣٤ ، الدرجة الكلية: ٣.٩٧ ، جميع هذه القيم كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠٠١، مما يعني وجود فروق كبيرة بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتيجة دراسة (Azhdari et al(2022) التي أظهرت وجود فروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في متغيرات البحث (أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط، اضطراب التحدي المعارض، اضطراب القلق العام، اضطراب الاكتئاب، اضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب قلق الانفصال. وتدعم هذه الدراسة فاعلية PCIT على المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي ADHD . وهذه النتائج تدعم الفرض القائل بوجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، حيث يُظهر أن المجموعة التجريبية، التي خضعت لبرنامج علاج التفاعل بين الوالدين والطفل، قد شهدت تحسناً ملحوظاً في جميع أبعاد مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

ويُلاحظ التحسن لدى المجموعة التجريبية من خلال تحليل التحسن في أبعاد مقياس أعراض اكتئاب الأطفال كما يلي: البعد الأول: المتعة: فقد أظهرت المجموعة التجريبية انخفاضاً ملحوظاً في درجة المتعة (متوسط درجة ٢٨.٤٦ مقارنة بـ ٣٩.١٤ في المجموعة الضابطة)، مما يعكس تحسناً في مستوى المتعة لدى الأطفال بعد تطبيق البرنامج العلاجي. البعد الثاني: المزاج: فقد سجل الأطفال في المجموعة التجريبية انخفاضاً في درجة المزاج (٢٧.٩٣ مقارنة بـ ٤٠.٢٨ في المجموعة الضابطة)، مما يُشير إلى تحسن في المزاج العام للأطفال بعد العلاج. البعد الثالث: الحياة الاجتماعية: فقد كان التحسن واضحاً أيضاً في الحياة الاجتماعية، حيث أظهرت المجموعة التجريبية متوسطاً قدره ٢٩.٢٢ مقارنة بـ ٣٨.٤٥ في المجموعة الضابطة، مما يعكس تحسناً في التفاعل الاجتماعي للأطفال. وأخيراً البعد الرابع: تقدير الذات: فقد سجل الأطفال في المجموعة التجريبية متوسطاً قدره ١٦.٣٦ مقارنة بـ ٢٣.٨٣ في المجموعة الضابطة، مما يُشير إلى تحسن ملحوظ في ثقة الأطفال بأنفسهم. ويعكس هذا التأثير الشامل قدرة البرنامج على تحسين الجوانب المختلفة لحالة الأطفال النفسية. ونُشير النتائج إلى أن البرنامج الإرشادي القائم على التفاعل بين الوالدين والطفل له تأثير إيجابي وفعال في تقليل أعراض الاكتئاب لدى الأطفال في المجموعة التجريبية، مما يُعزز من فرضية وجود أثر إيجابي لهذا النوع من

التدخلات العلاجية. ويظهر هذا النوع من البرامج الإرشادية أن التفاعل الإيجابي بين الوالدين والطفل يمكن أن يسهم بشكل كبير في تحسين الحالة النفسية للأطفال، خاصةً عندما يكون الأطفال يعانون من اضطرابات مثل الاكتئاب. وتشير هذه النتائج إلى أهمية دور الوالدين في علاج المشكلات النفسية للأطفال، حيث إن العلاقة التفاعلية والأنشطة العلاجية المشتركة بين الوالدين والطفل تُعزز الدعم الانفعالي والموازرة الاجتماعية، ما يسهم هم في تقليل أعراض الاكتئاب.

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

ينص الفرض الثالث على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48) في اتجاه القياس البعدي". وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" للعينات المرتبطة Wilcoxon signed-rank test وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48)، كما هو موضح في جدول (٢٢) التالي:

جدول (٢٢)

نتائج اختبار "ويلكوكسون" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48)

الدلالة الإحصائية	قيمة "Z"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	اتجاه الرتب	مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة تقدير المعلم وتقدير الوالدين
مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28)						
٠.٠١	٢.٨١٦	٥٥	٥.٥	١٠	الرتب السالبة	المشكلات السلوكية
		٠	٠	٠	الرتب الموجبة	
				١	الرتب المتساوية	
٠.٠١	٢.٨٢٠	٥٥	٥.٥	١٠	الرتب السالبة	فرط النشاط
		٠	٠	٠	الرتب الموجبة	
				١	الرتب المتساوية	



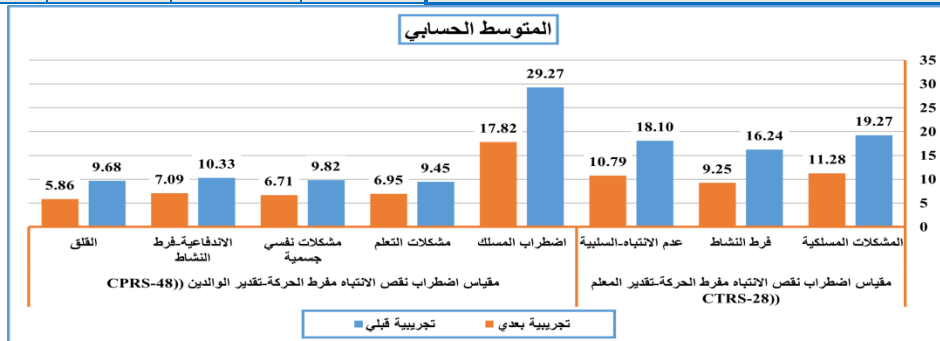
مقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة-تقدير المعلم وتقدير الوالدين		اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة الإحصائية
٣	عدم الانتباه-السلبية	الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٥٨	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
		الرتب المتساوية	٠				
الدرجة الكلية		الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٩٢	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
		الرتب المتساوية	٠				
مقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة- تقدير الوالدين (CPRS-48)							
١	اضطراب المسلك	الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٤٣	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
		الرتب المتساوية	٠				
٢	مُشكلات التعلم	الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٤٣	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
		الرتب المتساوية	٠				
٣	مُشكلات نفس جسمية	الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٤٩	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
		الرتب المتساوية	٠				
٤	الاندفاعية- فرط النشاط	الرتب السالبة	١٠	٥.٥	٥٥	٢.٨٤٤	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
		الرتب المتساوية	١				
٥	القلق	الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٥٢	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
		الرتب المتساوية	٠				
الدرجة الكلية		الرتب السالبة	١١	٦	٦٦	٢.٩٤٤	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
		الرتب المتساوية	٠				

وقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة - تقدير المعلم (CTRS-28) كما هي موضحة في جدول (٢٣) التالي:

جدول (٢٣)

متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة - تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48)

تجريبية بعدي (ن=١١)		تجريبية قبلي (ن=١١)		المتغيرات
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
مقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة- تقدير المعلم (CTRS-28)				
٠.٩٢	١١.٢٨	٠.٦٥	١٩.٢٧	١ المشكلات السلوكية
٠.٧١	٩.٢٥	٠.٦٠	١٦.٢٤	٢ فرط النشاط
٠.٤٨	١٠.٧٩	٠.٨١	١٨.١٠	٣ عدم الانتباه-السلبية
١.٣٦	٣١.٣٢	١.٤٤	٥٣.٦١	الدرجة الكلية
مقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة-تقدير الوالدين (CPRS-48)				
١.٠٨	١٧.٨٢	١.٣٥	٢٩.٢٧	١ اضطراب المسلك
٠.٩٠	٦.٩٥	٠.٩٣	٩.٤٥	٢ مشكلات التعلم
١.٠١	٦.٧١	٠.٤٠	٩.٨٢	٣ مشكلات نفسي جسمية
١.١٠	٧.٠٩	٠.٦٩	١٠.٣٣	٤ الاندفاعية-فرط النشاط
١.٠١	٥.٨٦	٠.٦٥	٩.٦٨	٥ القلق
٢.٥٨	٤٤.٤٣	١.٥٧	٦٨.٥٦	الدرجة الكلية



شكل (٤): متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة - تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48)

ويتضح من جدول (٢٣) ما يلي:

وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للدرجة الكلية لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم، تقدير الوالدين وذلك لصالح القياس البعدي حيث كانت قيمتي "Z" مساوية (٢.٩٩٢، ٢.٩٤٤) على التوالي وهما قيمتان دالتان إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم (المشكلات السلوكية، فرط النشاط، عدم الانتباه-السلبية)، وذلك لصالح القياس البعدي حيث كانت قيم "Z" مساوية (٢.٨١٦، ٢.٨٢٠، ٢.٩٥٨) على التوالي وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير الوالدين (اضطراب المسلك، مشكلات التعلم، مشكلات نفسي جسمية، الاندفاعية-فرط النشاط، القلق)، وذلك لصالح القياس البعدي حيث كانت قيم "Z" مساوية (٢.٩٤٣، ٢.٩٤٣، ٢.٩٤٩، ٢.٨٤٤) على التوالي وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

كما تم حساب حجم الأثر باستخدام معادلة "r" ومعادلة كوهين (d) ويوضح جدول (٢٤) قيم حجم الأثر للبرنامج العلاجي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل لخفض اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة لدى أطفال الروضة:

جدول (٢٤)

قيم حجم الأثر للبرنامج الإرشادي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل لخفض اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة

تقييم حجم الأثر	حجم الأثر (قياس قبلي وبعدي تجريبية)		مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة	
	(كوهين) Cohen's d	معادلة "r"		
مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28)				
كبير	١٠.٠٣	٠.٦٠٠	المشكلات السلوكية	١
كبير	١٠.٦٣	٠.٦٠١	فرط النشاط	٢
كبير	١٠.٩٨	٠.٦٣١	عدم الانتباه-السلبيه	٣
كبير	١٥.٩١	٠.٦٣٨	الدرجة الكلية للمقياس	
مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير الوالدين (CPRS-48)				
كبير	٩.٣٧	٠.٦٢٧	اضطراب المسلك	١
كبير	٢.٧٣	٠.٦٢٧	مشكلات التعلم	٢
كبير	٤.٠٥	٠.٦٢٩	مشكلات نفسي جسمية	٣
كبير	٣.٥٣	٠.٦٠٦	الاندفاعية-فرط النشاط	٤
كبير	٤.٥٠	٠.٦٢٩	القلق	٥
كبير	١١.٣٠	٠.٦٢٨	الدرجة الكلية للمقياس	

ويتضح من جدول (٢٤) وجود أثر كبير للبرنامج الإرشادي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل لخفض اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة ، حيث بلغت قيمتي حجم الأثر (r) لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم، تقدير الوالدين (٠.٦٣٨ ، ٠.٦٢٨) على التوالي، وبلغت قيمتي حجم الأثر (d) (١١.٣٠ ، ١٥.٩١) على التوالي، كما بلغت قيم حجم الأثر (r) لمقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28) (المشكلات السلوكية، فرط النشاط، عدم الانتباه-السلبيه) (٠.٦٠٠ ، ٠.٦٠١ ، ٠.٦٣١) على التوالي، وبلغت قيم حجم الأثر (d) (١٠.٠٣ ، ١٠.٦٣ ، ١٠.٩٨) على التوالي، ويُلاحظ أن جميع قيم حجم الأثر كانت كبيرة. كما بلغت قيم حجم الأثر (r) لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير الوالدين (CPRS-48) (اضطراب المسلك، مشكلات التعلم، مشكلات نفس جسمية، الاندفاعية-فرط النشاط، القلق) (٠.٦٢٧ ، ٠.٦٢٧ ، ٠.٦٢٩ ، ٠.٦٠٦ ، ٠.٦٢٧)

٠.٦٢٩، ٠.٦٠٦، ٠.٦٢٩) على التوالي، وبلغت قيم حجم الأثر (d) (٩.٣٧، ٢.٧٣، ٤.٠٥، ٣.٥٣، ٤.٥٠) على التوالي، ويُلاحظ أن جميع قيم حجم الأثر كانت كبيرة.

تشير نتائج الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي القائم على التفاعل بين الوالدين والطفل له تأثير إيجابي واضح في خفض اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة لدى الأطفال. هذه الفروق دالة إحصائياً لصالح القياس البعدي تُشير إلى أن البرنامج قد حسن سلوكيات الأطفال وفقاً لتقديرات كل من المعلمين و الوالدين. التغييرات الإيجابية التي أظهرتها درجات الأطفال في القياس البعدي على مقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة يمكن أن تُعزى إلى الدور الحيوي الذي يلعبه التفاعل بين الوالدين والطفل في تعزيز الأنماط السلوكية الإيجابية. وتُشير الأدلة إلى أن التفاعل الانفعالي والتوجيه الموجه من الوالدين يُمكن أن يكون له تأثير إيجابي في تقليل السلوكيات المفرطة مثل النشاط الحركي الزائد و الاندفاعية، وتحسين الانتباه والتركيز. وهذه النتائج تتفق مع دراسات سابقة أظهرت أن التدخلات العلاجية الأسرية (مثل البرامج التفاعلية بين الوالدين والطفل) قد تكون فعالة في تحسين أعراض اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة، وعلى سبيل المثال، أظهرت نتائج دراسة Manee et al (2018) أن نتائج اختبار Tukeys Test أن هناك فرقاً كبيراً بين PCIT و Parent Management Therapy (PMT) وكان التأثير أقوى لصالح مجموعة PCIT. ويُمكن القول بأن كلا البرنامجين كان فعالاً في تخفيف أعراض ADHD، لكن برنامج PCIT كان أكثر فاعلية. كما أظهرت دراسة لـ MTA Cooperative Group (١٩٩٩) أن البرامج التربوية والعلاجية التي تشمل التدريب السلوكي للأطفال والآباء تحسن من السلوكيات وتقلل من أعراض اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة، ودراسة (1984) Patterson & Stouthamer-Loeber التي أكدت على أن التفاعل الوالدي له تأثير كبير في تقليل سلوكيات مُفرط النشاط والاندفاعية، ونتائج دراسة Beck et al. (2004) التي أظهرت أن برامج تدريب الوالدين تحسن من مستوى الانتباه والتركيز لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه. ومن ناحية أخرى، فإن الدراسات التي قد لا تتفق مع هذا الفرض قد تُشير إلى أن برامج العلاج الأسرية قد تكون أقل فعالية في بعض الحالات التي تنسم بشدة الأعراض أو تعدد الاضطرابات المصاحبة، مما يتطلب تدخلات طبية أكثر تخصصية.

نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

ينص الفرض الرابع على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة- تقدير المعلم (CTRS-28) لصالح أطفال المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام

اختبار "مان-ويتني" للعينات المستقلة Mann-Whitney U test وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28) بأبعاده، كما هو موضح في جدول (٢٥) التالي:

جدول (٢٥)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28)

المتغيرات	ضابطة بعدي (١١=ن)		تجريبية بعدي (١١=ن)		قيمة ”Z“	الدلالة الإحصائية
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
(٢) مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم (CTRS-28)						
١	المشكلات السلوكية	١٦.٨٢	١٨٥	٦.١٨	٦٨	٣.٩٢
٢	فرط النشاط	١٦.١٤	١٧٧.٥	٦.٨٦	٧٥.٥	٣.٤١
٣	عدم الانتباه-السلبية	١٦.٣٦	١٨٠	٦.٦٤	٧٣	٣.٥٦
	الدرجة الكلية	١٦.٩٥	١٨٦.٥	٦.٠٥	٦٦.٥	٤.٠٥
(٢) مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير الوالدين (CPRS-48)						
١	اضطراب المسلك	١٦.٣٢	١٧٩.٥	٦.٦٨	٧٣.٥	٣.٥٠
٢	مشكلات التعلم	١٦.٥	١٨١.٥	٦.٥	٧١.٥	٣.٦٤
٣	مشكلات نفسي جسمية	١٦.٦٤	١٨٣	٦.٣٦	٧٠	٣.٧٨
٤	الاندفاعية-فرط النشاط	١٦.٠٥	١٧٦.٥	٦.٩٥	٧٦.٥	٣.٣٤
٥	القلق	١٦.٢٣	١٧٨.٥	٦.٧٧	٧٤.٥	٣.٤٣
	الدرجة الكلية	١٦.٨٢	١٨٥	٦.١٨	٦٨	٣.٩٧

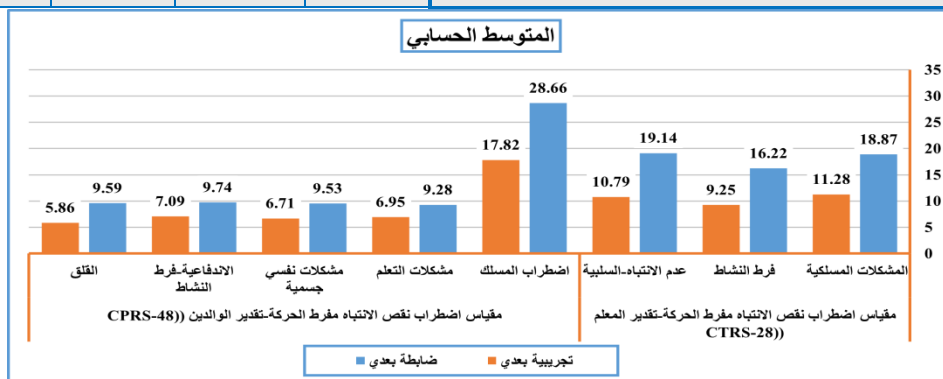
وقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28) كما هي موضحة بجدول (٢٦) التالي:

جدول (٢٦)

متوسطات درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في مقياس اضطراب

نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28)

المتغيرات		ضابطة بعدي (١١=ن)		تجريبية بعدي (١١=ن)	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم (CTRS-28)					
١	المشكلات السلوكية	١٨.٨٧	٠.٨٣	١١.٢٨	٠.٩٢
٢	فرط النشاط	١٦.٢٢	٠.٥٤	٩.٢٥	٠.٧١
٣	عدم الانتباه-السلبية	١٩.١٤	٠.٩٣	١٠.٧٩	٠.٤٨
	الدرجة الكلية	٥٤.٢٣	١.٤٩	٣١.٣٢	١.٣٦
مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير الوالدين (CPRS-48)					
١	اضطراب المسلك	٢٨.٦٦	٠.٧٩	١٧.٨٢	١.٠٨
٢	مشكلات التعلم	٩.٢٨	٠.٤٢	٦.٩٥	٠.٩٠
٣	مشكلات نفسي جسمية	٩.٥٣	٠.٦٦	٦.٧١	١.٠١
٤	الاندفاعية-فرط النشاط	٩.٧٤	٠.٥٢	٧.٠٩	١.١٠
٥	القلق	٩.٥٩	٠.٧٥	٥.٨٦	١.٠١
	الدرجة الكلية	٦٦.٨٠	١.٠٤	٤٤.٤٣	٢.٥٨



شكل (٥): متوسطات درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في

مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28)

ويتضح من جدول (٢٦) وشكل (٥) ما يلي:

وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للدرجة الكلية لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم، تقدير الوالدين وذلك لصالح المجموعة التجريبية حيث كانت قيمتي "Z" مساوية (٤.٠٥، ٣.٩٧) على التوالي وهما قيمتان دالتان إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لأبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم (المشكلات السلوكية، فرط النشاط، عدم الانتباه-السلبي)، وذلك لصالح المجموعة التجريبية حيث كانت قيم "Z" مساوية (٣.٩٢، ٣.٤١، ٣.٥٦) على التوالي وهي قيم دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لأبعاد مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير الوالدين (اضطراب المسلك، مشكلات التعلم، مشكلات نفسي جسمية، الاندفاعية-فرط النشاط، القلق)، وذلك لصالح المجموعة التجريبية حيث كانت قيم "Z" مساوية (٣.٥٠، ٣.٦٤، ٣.٧٨، ٣.٣٤، ٣.٤٣) على التوالي وهي قيم دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

كما تم حساب حجم الأثر باستخدام معادلة "r" ومعادلة كوهين (d) ويوضح جدول (٢٧) قيم حجم الأثر للبرنامج الإرشادي القائم على علاج التفاعل بين الوالدين والطفل في خفض اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة:

٠٠.٨٠٦، ٠٠.٧١٢، ٠٠.٧٣١) على التوالي، وبلغت قيم حجم الأثر (d) (١١.٤٦، ٣.٣٢، ٣.٣١، ٣.٠٨، ٤.١٩) على التوالي، ويُلاحظ أن جميع قيم حجم الأثر كانت كبيرة. وتشير النتائج إلى أن البرنامج الإرشادي القائم على التفاعل بين الوالدين والطفل كان له أثر فعال ومباشر في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة (ADHD)، مقارنة بعدم التدخل في المجموعة الضابطة. وهذا يمكن تفسيره علمياً في ضوء النظريات التالية: نظرية التعلم الاجتماعي (Bandura, 1977): وتشير إلى أن الأطفال يتعلمون السلوكيات من خلال الملاحظة والنمذجة والتعزيز، وأن تفاعل الوالدين الإيجابي مع الطفل يسهم في تقليل السلوكيات الاندفاعية والمزعجة عبر توفير نموذج سلوكي منظم، ومثير للتعاون والانتباه. نظرية التفاعل الأسري كعامل تنظيمي للسلوك: يؤكد العديد من الباحثين (Patterson & Dishion, 1994) على أن السلوك المضطرب غالباً ما يُصعد في بيئات أسرية تتسم بالفوضى أو الاستجابة المتضاربة. وبالتالي فإن تدريب الوالدين على استراتيجيات تواصل فعالة (مثل التعزيز الإيجابي، والتجاهل الانتقائي، والتوجيه الهادئ) يُعيد تنظيم البيئة السلوكية للطفل ويقلل من اضطرابات الانتباه والنشاط الزائد. ونظرية التحفيز الذاتي والانضباط الداخلي: يُعزز التفاعل البناء بين الوالدين والطفل تطور الوظائف التنفيذية للطفل، مثل ضبط الذات والانتباه والتركيز، والتي غالباً ما تكون ضعيفة لدى ذوي ADHD — (Barkley, 2014).

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات التالية: تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسات حديثة في مجال العلاج السلوكي-الأسري للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة، ومنها (Chronis-Tuscano et al(2021 التي أكدت على فعالية برامج تدريب الوالدين (Parent Management Training) في خفض أعراض ADHD، وخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة، حيث يكون للوالدين تأثير مباشر ومركزي على سلوك الطفل. ودراسة (Daley et al(2018 والتي أظهرت مراجعة منهجية أن برامج التفاعل الإيجابي بين الوالدين والطفل تسهم في تحسين السلوك التنظيمي للأطفال، وخفض معدلات الاندفاع وفرط النشاط بشكل فعال، مع تأثيرات مستمرة حتى بعد انتهاء البرنامج، ودراسة (Evans et al(2020 والتي بينت أن التدخلات السلوكية التي تشمل الأسرة والمعلم معاً (كما هو الحال في CTRS و CPRS) تؤدي إلى تحسن ملحوظ في السلوكيات الصفية والانفعالية للطفل، مقارنة بالمجموعات الضابطة، ودراسة (Webster-Stratton(2011 والتي أكدت أن الأمهات أبلغن عن وجود تأثيرات علاجية كبيرة على العلاج المناسب، واستخدام العقاب البدني، والمراقبة، كما كشفت الملاحظات المستقلة عن تأثيرات علاجية على مديح الأمهات، وعبارات الأمهات الناقدة، وسلوكيات الطفل التخريبية. وقد أبلغ الوالدان عن تأثيرات علاجية على سلوكيات الأطفال الخارجية



وفرط النشاط وسلوكيات عدم الانتباه، والمعارضة وتنظيم الانفعال والكفاءة الاجتماعية، وكانت هناك تأثيرات كبيرة على مُفردات انفعال الأطفال وقدرتهم على حل المشكلات. وقد أبلغ المعلمون في المدرسة عن وجود تأثيرات علاجية للسلوكيات الخارجية، وأشارت ملاحظات الأقران إلى تحسن كفاءة الأطفال الاجتماعية.

نتائج الفرض الخامس ومناقشتها:

ينص الفرض الخامس على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في كل من: مقياس أعراض الاكتئاب ومقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين (CTRS-28 & CPRS-48)". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" للعينات المرتبطة Wilcoxon signed-rank test وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في كل من: مقياس اضطراب الاكتئاب ومقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين، كما هو موضح بجدول (٢٨) التالي:

جدول (٢٨)

نتائج اختبار "ويلكوكسون" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في كل من: مقياس اضطراب الاكتئاب ومقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين

المتغيرات	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة الإحصائية
مقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال						
١ المتعة	الرتب السالبة	٣	٣	٩	٠.٤١٢	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٢	٣	٦		
	الرتب المتساوية	٦				
٢ المزاج	الرتب السالبة	٣	٣.٦٧	١١	٠.٩٦٢	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٢	٢	٤		
	الرتب المتساوية	٦				
٣ الحياة الاجتماعية	الرتب السالبة	٤	٣	١٢	٠.٣١٩	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٢	٤.٥	٩		

المتغيرات		اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة الإحصائية
		الرتب المتساوية	٥				
٤	تقدير الذات	الرتب السالبة	٢	٢	٤	٠.٣٦٥	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٢	٣	٦		
		الرتب المتساوية	٧				
	الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٣	٢.٦٧	٨	٠.٠٩٥	٠.٠١
		الرتب الموجبة	١	٢	٢		
		الرتب المتساوية	٧				
مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم (CTRS-28)							
١	المشكلات السلوكية	الرتب السالبة	٣	٢	٦	٠.٣٧٨	٠.٠١
		الرتب الموجبة	١	٤	٤		
		الرتب المتساوية	٧				
٢	فرط النشاط	الرتب السالبة	١	٢	٢	٠.٤٤٧	٠.٠١
		الرتب الموجبة	١	١	١		
		الرتب المتساوية	٩				
٣	عدم الانتباه-السلبية	الرتب السالبة	٢	٢.٢٥	٤.٥	٠.٨١٦	٠.٠١
		الرتب الموجبة	١	١.٥	١.٥		
		الرتب المتساوية	٨				
	الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٥	٣.٧	١٨.٥	٠.٧٢٥	٠.٠١
		الرتب الموجبة	١	٢.٥	٢.٥		
		الرتب المتساوية	٥				
مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير الوالدين (CPRS-48)							
١	اضطراب المسلك	الرتب السالبة	٣	٣	٩	٠.٤٤٧	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٢	٣	٦		
		الرتب المتساوية	٦				
٢	مشكلات التعلم	الرتب السالبة	٥	٣.٤	١٧	٠.١٤١	٠.٠١
		الرتب الموجبة	٣	٦.٣٣	١٩		
		الرتب المتساوية	٣				



المتغيرات	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	الدلالة الإحصائية
٣ مشكلات نفس جسمية	الرتب السالبة	٤	٤.٧٥	١٩	٠.٨٥٧	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٣	٣	٩		
	الرتب المتساوية	٤				
٤ الاندفاعية- فرط النشاط	الرتب السالبة	٦	٤.٥٨	٢٧.٥	٠.٣٤٠	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٢	٤.٢٥	٨.٥		
	الرتب المتساوية	٣				
٥ القلق	الرتب السالبة	٣	٢.١٧	٦.٥	٠.٢٧٢	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٢	٤.٢٥	٨.٥		
	الرتب المتساوية	٦				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٤	٤.٣٨	١٧.٥	٠.٥٩٣	٠.٠١
	الرتب الموجبة	٣	٣.٥	١٠.٥		
	الرتب المتساوية	٤				

وقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في كل من: مقياس أعراض اكتئاب الأطفال، ومقياس اضطراب نقص الانتباه مُفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين كما هي موضحة في جدول (٢٩) التالي:

جدول (٢٩)

متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في كل من: مقياس اضطراب الاكتئاب ومقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة- تقدير المعلم وتقدير الوالدين

المتغيرات		تجريبية بعدي (١١=ن)		تجريبية تتبعي (١١=ن)	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مقياس أعراض الاكتئاب عند الأطفال					
١	المتعة	٢٨.٤٦	١.٧٣	٢٧.٨٩	١.٧٢
٢	المزاج	٢٧.٩٣	١.٤١	٢٧.٣٢	١.٣٨
٣	حياته الاجتماعية	٢٩.٢٢	١.٢٥	٢٨.٥٨	١.١٧
٤	تقدير الذات	١٦.٣٦	١.١٢	١٥.٩٧	١.٢٨
الدرجة الكلية		١٠١.٩٧	٢.٣٣	٩٩.٧٥	٢.٣٠

مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة - تقدير المعلم (CTRS-28)				
١	المشكلات السلوكية	١١.٢٨	٠.٩٢	١١.١٤
٢	فرط النشاط	٩.٢٥	٠.٧١	٩.١٥
٣	عدم الانتباه-السلبيه	١٠.٧٩	٠.٤٨	١٠.٤٧
	الدرجة الكلية	٣١.٣٢	١.٣٦	٣٠.٧٦
مقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة - تقدير الوالدين (CPRS-48)				
١	اضطراب المسلك	١٧.٨٢	١.٠٨	١٧.١٨
٢	مشكلات التعلم	٦.٩٥	٠.٩٠	٦.٦٨
٣	مشكلات نفس جسدية	٦.٧١	١.٠١	٦.٦١
٤	الاندفاعية- فرط النشاط	٧.٠٩	١.١٠	٧.٠٥
٥	القلق	٥.٨٦	١.٠١	٥.٧٧
	الدرجة الكلية	٤٤.٤٣	٢.٥٨	٤٣.٢٩

ويتضح من جدول (٢٩) ما يلي:

عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للدرجة الكلية لمقياس اضطراب الاكتئاب عند الأطفال حيث كانت قيمة "Z" مساوية (٠.٠٩٥) وهي قيمة غير دالة إحصائية، كما يتبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد المقياس (المتعة، المزاج، الحياة الاجتماعية، تقدير الذات)، حيث بلغت قيم "Z" (٠.٤١٢، ٠.٩٦٢، ٠.٣١٩، ٠.٣٦٥) على التوالي.

عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للدرجة الكلية لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير المعلم (CTRS-28) حيث كانت قيمة "Z" مساوية (٠.٧٢٥) وهي قيمة غير دالة إحصائية، كما يتبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد المقياس (المشكلات السلوكية، فرط النشاط، عدم الانتباه-السلبيه)، حيث بلغت قيم "Z" (٠.٣٧٨، ٠.٤٤٧، ٠.٨١٦) على التوالي.

عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للدرجة الكلية لمقياس اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة-تقدير الوالدين (CPRS-48) حيث كانت قيمة "Z" مساوية (٠.٥٩٣) وهي قيمة غير دالة إحصائية، كما يتبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد المقياس

(اضطراب المسلك، مشكلات التعلم، مشكلات نفسية جسمية، الاندفاعية-فرط النشاط، القلق)، حيث بلغت قيم "Z" (٠.٤٤٧، ٠.١٤١، ٠.٨٥٧، ٠.٣٤٠، ٠.٢٧٢) على التوالي. ويُشير ثبات النتائج في القياسين البعدي والتتبعي إلى أن: (١) البرنامج الإرشادي أحدث تغييراً عميقاً وليس مؤقتاً، (٢) التغيرات التي حدثت في سلوك الأطفال ومشاعرهم لم تكن سطحية أو وقتية، بل ارتكزت على تعديلات في البيئة النفسية والسلوكية المحيطة بالطفل، خاصة العلاقة مع الوالدين، ما دعم عملية الضبط الذاتي والتنظيم الانفعالي لدى الطفل، (٣) الأساس السلوكي-الأسري للتدخل عزز الاستمرارية، (٤) البرنامج يعتمد على تحسين التفاعل بين الوالدين والطفل، وهو نمط مستمر ومتكرر يوميًا، مما يجعل أثره متواصلًا حتى بعد انتهاء الجلسات العلاجية، (٥) تدريب الوالدين زودهم بمهارات مستدامة، (٦) كما يُشير ذلك إلى أن الوالدين اكتسبوا مهارات إدارة سلوك الطفل وتعزيز الجوانب الانفعالية الإيجابية لديه، وهو ما ينعكس في استقرار انخفاض أعراض كل من ADHD والاكنتاب.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات التالية: دراسة (Garcia et al(2020) والتي أشارت إلى أن علاج PCIT هو علاج راسخ لخمس مشاكل في مرحلة الطفولة : المشكلات السلوكية، اضطراب التحدي المعارض، اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، الوقاية من سوء المعاملة، وعلاج سوء المعاملة، ودراسة (Hernandez(2016 والتي أشارت إلى أن PCIT قد عزز مهارات الوالدين بنجاح، والذي بدوره يُقلل من خطر إساءة مُعاملة الأطفال، وتوصى الدراسة بالنظر في العوامل البيئية الفردية، والضغوط الحياتية إضافة إلى الوالدين المشاركين في التعزيز لتمكينهم بشكل أفضل. ونتائج دراسة (Hood&Eyberg(2003 والتي أشارت إلى أن التغيرات الكبيرة التي أبلغت عنها الأمهات في سلوك أطفالهن وموقع سيطرتهم في نهاية العلاج وتم الحفاظ عليها في متابعة طويلة الأجل. وتم الإبلاغ عن سلوك الطفل في تقييم ما بعد المعالجة، كما انخفضت التقارير للأمهات عن السلوك التخريبي بمرور الوقت منذ العلاج. وتدعم هذه الدراسة PCIT على المدى الطويل. كما تتفق مع نتيجة دراسة (Huang et al(2021 والتي أظهرت أن التحسينات في المجموعة السلوكية أعلى من تلك التي طرأت على المجموعة الضابطة، كما أظهرت وجود تأثير كبير (قبل- بعد- تتبعى) على جميع المقاييس وتفاعل كبير بين الوقت والمجموعة على الانتباه، والاندفاع/فرط النشاط، وحاصل التحكم في الاستجابة.

كما تدعم نتيجة هذا الفرض نتائج الدراسات التالية: (Beauchaine & Hinshaw 2020) والتي أكدت أن البرامج الأسرية المركزة على التفاعل الإيجابي تسهم في تحسين السلوكيات الاندفاعية والانتباه لدى الأطفال، وتستمر آثارها لعدة أشهر بعد انتهاء التدخل، خصوصاً إذا دُمج فيها تدريب الوالدين، ودراسة (Chronis-Tuscano et al 2021) والذين توصلوا إلى أن تحسين العلاقة بين الوالد والطفل له أثر كبير في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بشكل مستقر زمنياً، إذا تم دمج التدريب السلوكي مع تعزيز الروابط العاطفية، ونتائج دراسة (Luby et al 2019) والتي أشارت إلى أن التدخلات النفسية المبكرة في الأطفال المصابين بالاكتئاب تحقق تحسناً ملحوظاً في الأعراض وتقلل فرص الانتكاسة، خاصة إذا استهدفت البيئة الأسرية ومهارات التنظيم الذاتي، ونتائج دراسة (Daley et al 2018) التي أظهرت أن استمرارية التحسن بعد العلاج تعتمد على مدى تفعيل البيئة المحيطة بالطفل (الأسرة/المدرسة) للمهارات السلوكية المكتسبة، وهو ما تحقق في هذا البرنامج. وتؤكد نتائج دراسة (Ulas et al 2023) أنه نتيجة للمراجعة واعتماداً على الأدبيات الدولية يُمكن القول بأن العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل هو مدخل مُبكر وموجه للوالدين وقائم على الأدلة وفعال في مشاكل الامتثال والسلوك في مرحلة الطفولة المبكرة، بما في ذلك الأطفال الذين يُعانون من مشاكل النمو العصبي وضغوط الوالدين، وإدراك فعاليتهم والانسجام الأسري.

التضمنيات التربوية للدراسة

في ضوء نتائج الدراسة الحالية ونتائج الدراسات السابقة والإطار النظري الذي اعتمدت عليه الباحثة، تقدم الدراسة بعض التضمنيات التربوية التالية:

- 1- توسيع نطاق البرنامج: يُمكن تنفيذ البرنامج الإرشادي في أماكن أخرى مثل المدارس أو مراكز العلاج النفسي للأطفال، مع التركيز على دمج الأهل في العملية الإرشادية.
- 2- متابعة التحسن على المدى الطويل: من المفيد إجراء دراسات متابعة لتقييم استدامة التحسن على المدى الطويل لدى الأطفال، وذلك لفهم مدى استمرار تأثير البرنامج بعد انتهاء التدخل.
- 3- تقديم رسالة إعلامية (مقروءة، مسموعة، مرئية) أسبوعية تغطي موضوع علاج التفاعل بين الوالدين والطفل ودوره في تحقيق الصحة النفسية والجسمية للأطفال والوالدين وتحسين جودة حياتهم.
- 4- تكليف مراكز الإرشاد النفسي والتربوي في الجامعات المصرية الحكومية والأهلية بتقديم دورات تدريبية مجانية للطلاب عن العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل ودوره في تحقيق السعادة والصحة النفسية، والرضا عن الحياة والتماسك الأسري، وخفض الضغوط التي يُعانيها الوالدان مع أبنائهم سواء في مرحلة الطفولة أو المراهقة.

- ٥- دمج البرنامج في خطط التدخل متعدد الأبعاد (شاملة للجانب الأسري والتربوي والسلوكي).
- ٦- أهمية الكشف المبكر والتدخل الوقائي: تشدد الدراسة على ضرورة التعرف المبكر على أعراض الاكتئاب وADHD لدى أطفال الروضة، لتفادي تفاقمها مع التقدم في العمر.
- ٧- دمج البرامج النفسية العلاجية ضمن المناهج: تقترح الدراسة إدماج البرامج الإرشادية القائمة على التفاعل الأسري ضمن الأنشطة التربوية اليومية في الروضة، خاصة مع الأطفال الذين تظهر عليهم مؤشرات اضطرابات سلوكية أو انفعالية.
- ٨- تعزيز الشراكة بين المدرسة والأسرة: ضرورة بناء قنوات تواصل منظمة ومنهجية بين المعلمين وأولياء الأمور لمتابعة خطط تعديل السلوك أو الدعم الانفعالي.
- ٩- تأهيل الوالدين كعنصر أساسي في العلاج وتشير الدراسة إلى أن فعالية التدخل النفسي ترتبط بفاعلية دور الوالدين، مما يستلزم إدراجهم كطرف فاعل في خطة الدعم النفسي والتربوي.
- ١٠- تصميم برامج تدخل مستندة إلى البيئة الأسرية و توصي الدراسة الجهات المسؤولة عن الطفولة المبكرة بتبني برامج علاجية وإرشادية شاملة تأخذ في الاعتبار السياق الأسري والنفسي للطفل، بدلاً من الاكتفاء بالتدخلات الفردية أو المدرسية فقط.
- ١١- تضمين مكونات نفسية واجتماعية في تدريب معلمات رياض الأطفال: تشدد النتائج على أهمية تدريب المعلمات على فهم الاضطرابات النفسية الشائعة في الطفولة المبكرة وطرق التعامل معها تربوياً.
- ١٢- إنشاء وحدات دعم نفسي داخل الروضات: توصي بضرورة توفير وحدات أو فرق للدعم النفسي تضم اختصاصيين في علم النفس التربوي والأسري داخل رياض الأطفال، لتطبيق تدخلات مستندة إلى برامج مثل البرنامج المستخدم في الدراسة.

المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

إبراهيم ، فاطمة محمود.(٢٠٠٥). مدى فاعلية كل من الإرشاد النفسى المعرفى والتحكم الذاتى فى التخفيف من حدة الشعور بالاكتئاب واليأس لدى تلاميذ الصف الثانى الثانوى: دراسة مقارنة ، المؤتمر العلمي للجمعية العربية لتكنولوجيا التربية " تكنولوجيا التربية فى مجتمع المعرفة " فى الفترة من ٣-٤ مايو، ص ص ٤٢٩ - ٥٠٧.

دافيدوف، ليندا .(١٩٨٣). مدخل علم النفس المعاصر، ترجمة سيد الطواب ، القاهرة: الأنجلو المصرية.

دسوقي، كمال.(١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس ، المجلد الأول ، القاهرة : الدار الدولية للنشر والتوزيع .

طه. فرج عبدالقادر .، عطية، شاكراً، عبدالقادر، حسين .، و كامل، مصطفى(١٩٩٣). علم النفس والتحليل النفسى . الطبعة الأولى، الكويت : دار الصباح.

عبد الخالق، أحمد .محمد.، والصبوة، محمد نجيب .(١٩٩٦). الأنشطة والأحداث السارة لدى عينة من طلاب الجامعة فى مصر. مجلة العلوم الاجتماعية، ٣ ، ١٤٧ - ١٨٥

عبدالحميد، جابر.، وكفافى، علاء الدين.(١٩٩٠). معجم علم النفس المعاصر والطب النفسى - إنجليزى - عربى . القاهرة : دار النهضة العربية .

عبداللطيف، حسن إبراهيم.(١٩٩٧).الاكتئاب النفسى. دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين. مجلة دراسات تربوية ، العدد الأول ، يناير ، ص ص ٣٩-٦٥ .

عسكر، عبدالله السيد.(١٩٨٨). الاكتئاب النفسى بين النظرية والتشخيص، القاهرة : الأنجلو المصرية .



كونرز، س. ك. (1997). مقياس كونرز لفرط الحركة وتشتت الانتباه - نسخة الوالدين (CPRS-48) (ترجمة: [عبدالرقيب البحيري]). [الأنجلو المصرية].

ليندزاي، س. ل، بول، ج. س. (٢٠٠٠). مرجع في علم النفس الكلينيكي للراشدين، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية.

الجوهري، شيماء وليد، وعبدالخالق، أحمد محمد (٢٠١٢). العلاقة بين الاكتئاب والفاعلية الذاتية لدى عينة من الأطفال والمراهقين الكويتيين. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، ٥٩، ١٥٦-٩٢

عبدالخالق أحمد، كاظم، علي، وعيد، غادة. (٢٠١١). العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينتين من الأطفال والمراهقين في الكويت وعمان. مجلة جامعة دمشق، ٢٧ (٣)، ١٦٥-٢٣١

محمد، عبدالله. محمد. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية:

Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2008). Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents. Springer.

Aguayo, L. V.; Bocanegra, M.; Garcia, R.; & Velasco, L. (2021). Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT) for child behavior problems. *Psicothema*, 33(4), 544-555. doi:10.7334/psicothema2021.70

Al Sehli, S. A., Helou, M., & Sultan, M. A. (2021). The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in Children with Attention Problems, Hyperactivity, and Impulsivity in Dubai. *Case Reports in Psychiatry*, 2021, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2021/5588612>

American Academy of Pediatrics. (2022). Clinical report on childhood depression.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2025). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text revision). American Psychiatric Association.



- American Psychological Association (APA). (2020). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Introduction, mental health. Retrieved from APA
- Attention Deficit Disorder Association (ADDA). (2015). Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist. Retrieved from ADDA
- Azhdari, Z.; Alizadeh, M.; Homaei, R. (2022). Effects of parent-child interaction therapy on behavioral problems of children with attention deficit/hyperactivity disorder in Iran. *Int J Pediatr*, 10(8), 16477-16485. doi:10.22038/ijp.2022.64370.4885
- Banaschewski, T., Coghill, D., & Zuddas, A. (2018). *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Oxford University Press.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). The Guilford Press.
- Bazargan, M., Dehghani, A., Ramezani, M. A., & Ramezani, A. (2023). Prevalence of depression among Iranian children and adolescents: An updated systematic review and meta-analysis. *Health Science Reports*, 6(1), e1584. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1584>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates.
- Bernaras, E.; Jaureguizar, J.; & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluations instruments, prevention programs, and treatments. *Front. Psychology*, 10:543. doi:10.3389/psyg.2019.00543
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., & Wilens, T. E. (2006). Gender differences in a sample of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 144(3), 279-285. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.11.029>
- Birmaher, B., & Brent, D. (2017). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526. doi:10.1097/chi.0b013e318145ae1c
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume I. Attachment*. Hogarth Press.



- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss: Volume III – Loss, Sadness and Depression. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development.
- Brinkman, T. M., & Eyberg, S. M. (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (pp. 204–223). Guilford Press.
- Carcia, R.; Bocanegra, M.; & Ve Lasco, L. (2020). A systematic review of the effectiveness and efficacy of parent-child interaction therapy. 42(2), 119–134. <http://doi.org/10.33923/pap.Psico12020.2943>
- Castellanos, F. X., et al. (2006). Neuroimaging of ADHD. Annals of the New York Academy of Sciences, 1021, 22–39. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.003>
- Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA (2019) Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. Mol Psychiatry 24(3):390–408. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0116-3>
- Centers for Disease Control and Prevention (2020) Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Parent training. <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/behavior-therapy.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). Using Different Diagnosis Criteria for ADHD. Retrieved from CDC
- Centre for Mental Health. (2025). Mental Health and the Youth Crisis in the UK.
- Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A., Gurwitch, R., & Silovsky, J. F. (2004). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72(4), 500–510. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.500>
- Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., et al. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. The Lancet, 388(10047), 881–890.
- Cline, H. (2024). Cultivating empathy in parenting education through reflective dialogue. NCFR Report, Winter 2023. <https://www.ncfr.org/ncfr-report/winter-2023/cultivating-empathy-parenting-edu-through-reflective-dialogue>

- Cohen, N. J., & Muir, M. (2023). Emotion regulation and attachment: The role of affective communication in child development. **Journal of Child Therapy**, 39(2), 112-128. <https://doi.org/10.1016/j.jct.2023.04.001>
- Comer, J. S., Furr, J. M., Miguel, E. M., Cooper-Vince, C., Carpenter, A. L., Elkins, R. M., ... & Eyberg, S. M. (2017). Remotely delivering real-time parent training to the home: An initial randomized trial of Internet-delivered parent-child interaction therapy (I-PCIT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(9), 909-917. <https://doi.org/10.1037/ccp0000230>
- Conners, C. K. (2014). *Conners Rating Scale: ADHD Assessment Guide*. NeuroLaunch.
- Copeland, W. E., et al. (2021). Longitudinal patterns of childhood depressive disorders. *JAMA Psychiatry*.
- Cortese, S., et al. (2018). Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. *Evidence Based Mental Health*.
- Danielson ML, Visser SN, Chronis-Tuscano A, DuPaul GJ (٢٠١٨) A national description of treatment among United States children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr* 192:240-246. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.08.040>
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315-335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
- Duman, R. S., & Aghajanian, G. K. (2012). Synaptic dysfunction in depression: potential therapeutic targets. *Science*.
- Dunn, V., & Goodyer, I. M. (2006). Longitudinal investigation into childhood and adolescent onset depression. *Journal of Affective Disorders*, 92(1), 41-47.
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-child interaction therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*, 10(1), 33-46.
- Eyberg, S. M. (1992). Parent-Child Interaction Therapy: The Importance of Timing in Treatment. *Journal of Clinical Child Psychology*.
- Eyberg, S. M., & Boggs, S. R. (2006). *Parent-Child Interaction Therapy: A step-by-step guide for therapists*. Routledge.
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. W. (2011). **Parent-child interaction therapy protocol** (2nd ed.). PCIT International.
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. W. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy: An evidence-based treatment for children with disruptive behavior*



- disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(3), 535–551. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.03.003>
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. W. (2011). Parent-child interaction therapy protocol. University of Florida.
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. W. (2011). Parent-Child Interaction Therapy: An effective approach to treatment of behavior problems in children. In *Handbook of Behavioral Family Therapy*.
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. W. (2011). Parent-Child Interaction Therapy Protocol: 2011 Edition. PCIT International.
- Faraone, S. V., et al. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366(9481), 237–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66534-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66534-2)
- Faraone, S. V., et al. (2015). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 434–441. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020266>
- Fernandez, M. A., & Eyberg, S. M. (2009). Predicting treatment and follow-up attrition in Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(3), 431–441. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9281-1>
- Funderburk, B. W., & Eyberg, S. M. (2011). Parent-Child Interaction Therapy: A treatment manual. In *Handbook of Behavioral Family Therapy*.
- Gaffrey, M. S., Barch, D. M., & Luby, J. L. (2018). Amygdala reactivity and the development of depression in preschool children. *Journal of Affective Disorders*, 225, 1–7.
- Gareeb, G. A. (1989). Arabic version of the children's depression inventory: Reliability and Validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(4), 323–326
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam.
- Graziano, P. A., Ros-Demarize, R., & Hare, M. M. (2017). Parent-child interaction therapy: A meta-analysis. *Pediatrics*, 140(3), e20170352. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0352>
- Gurwitch, R. H., Messman, T. L., Masse, J. J., & Timmons-Mitchell, J. (2020). Evidence-based treatment and telehealth: A review and recommendations for clinical practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(2), 217–228. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.01.005>
- Hernandez, M. (2016). Empowerment in parent-child interaction therapy (PCIT). Electronic Theses, Projects, and Dissertation. <http://Scholarworks.Libs.Csusb.edu/etd/291>
- Hosogance, N.; Kodaira, N.; Saito, K.; Kamo, T. (2018). Parent-child interaction therapy (PCIT) for young children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 17-9. <https://doi.org/10.7786/s72991-018-0180-8>

- Huang, X. X.; Ou, P.; Qian, Q.; & Huang, Y. (2021). Long-term effectiveness of behaviour intervention in preschool children with attention deficit hyperactivity disorder in southeast China-a randomized controlled trial. *BMC pediatrics*. <http://doi.org/10.1186/s12887-021-03046-8>
- Johnson, B. D.; Franklin, L. C.; Hall, K.; & Prieto, L. R. (2000). Parent training through play: Parent-child interaction therapy with hyperactivity child. *The family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 8(2), 180-186
- Kasturi, S., Oguoma, V. M., Grant, J. B., Niyonsenga, T., & Mohanty, I. (2023). Prevalence rates of depression and anxiety among young rural and urban Australians: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 800. <https://doi.org/10.3390/ijerph20030800>
- Kazdin, A. E. (2013). *Behavior modification in applied settings* (7th ed.). Waveland Press
- Kircanski, K., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2019). Cognitive aspects of depression. In DeRubeis, R., & Strunk, D. (Eds.), *The Oxford Handbook of Mood Disorders*.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2010). *Functional analytic psychotherapy: A practical guide*. Springer Science & Business Media.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (2018). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 336-352.
- Lehman, E. J., Bennett, R. M., & Papp, L. M. (2015). Parent-child interaction therapy for children with ADHD: The role of parental warmth in intervention success. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 796-805. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1015827>
- Lieneman, C. C., Brabson, L. A., Highlander, A., Wallace, N. M., & McNeil, C. B. (2019). Parent-Child Interaction Therapy: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 239-256. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S157889>
- Luby, J. L., Belden, A. C., & Gaffrey, M. S. (2016). Preschool depression: The importance of early identification. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 345-358.
- Luby, J. L., Gaffrey, M. S., Tillman, R., & Belden, A. C. (2018). Emotion regulation in preschool depression: A pilot randomized controlled trial of Parent-Child Interaction Therapy-Emotion Development (PCIT-ED). *American Journal of Psychiatry*, 175(12), 1131-1140.
- Luby, J. L., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: Findings from a pilot randomized controlled trial.



- Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02483.x>
- Luby, J. L., Stalets, M. M., Blankenship, S., Pautsch, J., & McGrath, M. (2012). Treatment of preschool bipolar disorder: A novel Parent-Child Interaction Therapy approach. In Geller & DelBello (Eds.), *Treatment of Bipolar Disorder in Children and Adolescents*.
- Luby, J. L., Tillman, R., & Barch, D. M. (2020). Preschool depression and altered functional brain connectivity: A 5-year longitudinal study. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(7), 693–700.
- Manee, F. M.; Nourizad, N.; Behnejad, S.; & Haggi, R. (2018). Appraisal of effectiveness and comparison of parent management training on symptoms improvement of ADHD among boys with ADHD. *Journal of Research & Health*, 8(5), 425–434
- March, J. S., Silva, S. G., Petrycki, S., et al. (2019). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. *JAMA*, 289(23), 3095–3105.
- Matlack, A. D. (2012). Parent ADHD symptoms as predictors of parent-child interaction therapy. <http://UFdc.UFL.edu>
- Matos, M., Bauermeister, J. J., & Bernal, G. (2006). Parent-Child Interaction Therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 45(2), 205–222.
- McNeil CB, Hembree-Kigin TL (2010) *Parent-child interaction therapy*, 2nd edn. Springer, Cham
- McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-child interaction therapy* (2nd ed.). Springer
- McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-Child Interaction Therapy* (2nd ed.). Springer.
- Merikangas, K. R., et al. (2022). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Mufson, L., et al. (2016). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*.
- Musullulu, H. (2015). Evaluating attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD): a review of current methods and issues. *Frontiers in Psychology*.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2022). *Depression in Children and Teens*. <https://www.nimh.nih.gov>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2023). *Child and adolescent mental health*.

- NICE. (2022). Depression in children and young people: Identification and management. National Institute for Health and Care Excellence.
- Niec, L.N. (2018). Handbook of parent-child interaction therapy. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-97698-3-1>
- Nigg, J. T. (2017). Annual research review: On the relations among self-regulation, self-control, and executive functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 361–383. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12675>
- Nixon, R. D. (2001). Changes in hyperactivity and temperament in behaviourally disturbed preschoolers after parent-child interaction therapy (PCIT). *Behaviour Change*, 18(3), 168–176.
- Oladian, S. (2023). The effectiveness of parent-child interaction training on behavioral problems and aggression of children with ADHD symptoms. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 5(2), 1-7. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.5.2.1>
- Pasarelu, C.; David, D.; Doborean, A.; Noje, A.; Roxana, S.; & Predescu, E. (2023). ADHD coach-avirtual clinic for parents of children with ADHD: Development and usability study. *Digital Health*, 9, 1-11. Doi: 10.1177/2055076231161963
- Patterson, G. R. (1982). Coercive family process. Castalia Publishing Company.
- Pelham WE, Fabiano GA (2008) Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 37(1):184–214. <https://doi.org/10.1080/15374410701818681>
- Peskin, A. (2024). What is Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)? Stages Learning Materials. Retrieved from <https://blog.stageslearning.com/blog/what-is-parent-child-interaction-therapy-pci>
- Phillips, Sh., Druskin, L., Mychalyszyn, M., Victory, E., & Aman, E. (2024). The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Meta-Analysis. *Journal of Child Psychiatry & Human Development*. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-024-01678-2>
- Phillips, Sh. T.; Druskin, L. R.; Mychailyszyn, M. P.; Victory, E.; Aman, E.; & McNeil, Ch. B. (2024). The effect of parent-child interaction therapy (PCIT) for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*. <http://doi.org/10.1007/s10578-024-01678-2>
- Racine, N., et al. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children during COVID-19. *JAMA Pediatrics*.



- Restifo, K., & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 294–316.
- Rigato, S.; Charalambous, S.; Stets, M.; & Holmboe, K. (2022). Maternal depressive symptoms and infant temperament in the first year of life predict child behavior at 36 months of age. *Infant Behavior and Development*, 67. <http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2022.101717>
- Schmal, V., & Bowman, S. (2004). *Depression In later life: Recognition and treatment*. Pacific Northwest Extension Publication. Oregon State University .
- Singh, A., et al. (2023). Innovations in youth mental health: Digital and neuromodulation therapies. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics*.
- Spoelma, M. J., Sicouri, G. L., Francis, D. A., Songco, A. D., Daniel, E. K., & Hudson, J. L. (2023). Estimated prevalence of depressive disorders in children from 2004 to 2019: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 177(10), 1017–1027. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.3221>
- SpringerLink. (2015). *Conners Rating Scales*. Retrieved from SpringerLink
- Spruit, A., et al. (2020). Attachment and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*.
- Thapar, A., et al. (2015). Depression in adolescence. *The Lancet*.
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2015). Depression in young people. *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and triple P—Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 475–495. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9104-9>
- Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2017). Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 140(3), e20170352. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0352>
- Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2019). Parent-child interaction therapy: A meta-analysis. *Pediatrics*, 144(3), e20190347.
- Thomas, R.; & Zimmer-Gembeck, M. J. (2012). Parent-child interaction therapy: An evidence-based treatment for child maltreatment. *Child Maltreatment*, 7(3), 253–266. <http://doi.org/10.1177/1077559512459555>
- Ulas, S.; Secer, I.; & Ay, I. (2023). Parent-child interaction therapy. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*, 15(4), 644–651. [doi:10.18863/pgy.1226401](https://doi.org/10.18863/pgy.1226401)

- Unlocking Children. (2017). Effective strategies for communicating with children. <https://unlockingchildren.co.uk/cat/effective-communication/how-to-communicate-with-children>
- van der Veen-Mulders, L., van den Hoofdakker, B. J., Nauta, M. H., Emmelkamp, P., & Hoekstra, P. J. (2018). Methylphenidate Has Superior Efficacy Over Parent-Child Interaction Therapy for Preschool Children with Disruptive Behaviors. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(1), 66-73. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0123>
- Verywell Mind. (2024). Childhood Depression: Symptoms, Causes, Diagnosis, and Treatment. <https://www.verywellmind.com/childhood-depression-1066805>
- Victory,E;Aman,E;&Druskin,L.(2021).Parent-child interaction therapy as a treatment ficit/hyperactivity disorder in preschool-aged children.<http://www.researchgate.net/Publication/355980579>
- Vogue. (2024). New hope for teen depression: FDA approves TMS therapy.
- Wagner, S. M., & McNeil, C. B. (2008). Parent-Child Interaction Therapy for ADHD: A conceptual overview and critical literature review. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(3), 231–256. <https://doi.org/10.1080/07317100802275546>
- Wang, L., Zhang, X., & Zhang, Y. (2023). Epidemic of depression and anxiety in child and adolescent population during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(1), 1–9. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_103_23
- Ward, M. A., Theule, J., & Cheung, K. (2020). Parent-Child Interaction Therapy for child disruptive behaviour disorders: A meta-analysis. *Child & Youth Care Forum*, 49, 279–299. <https://doi.org/10.1007/s10566-019-09519-4>
- Ware,L,M.(2006).Efficacy of in home parent-child interaction therapy.Graduate Theses,Dissertation and Problem Reports.2425.[Http://researcherpository.Wvu.edu/etd.2425](http://researcherpository.Wvu.edu/etd.2425)
- WebMD. (2015). What Is the Conners Rating Scale for ADHD? Retrieved from WebMD
- Webster-Stratton,C.(2011).Combining parent and child training for young children with ADHD.J Clin Child Psychol,40(2),191-203.doi:10.1080/15374416.546044
- Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. T., Schwartz, K. T. G., & Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 11–43.



- Weisz, J. R., et al. (2017). Psychological treatments for youth depression: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- World Health Organization (WHO). (2023). Adolescent mental health data and statistics.
- World Health Organization. (2021). Depression: Let's talk. Retrieved from <https://www.who.int/ar/news/item/02-07-1438--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
- Zwi,M;Jones,H;Thorgaard,C;York,A;&Dennis,J.(2012).Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder(ADHD)in children aged 5 to 18 Years.doi:10.4073/Csr.2012.2
- Zwi,M;Pindoria,S;&Joughin,C.(2001).parent training interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder.(Protocol)Cochrance Database of systematic Review,2.Doi:10.1002/14651858