

كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس و الأطفونيا.

مذكرة

للحصول على شهادة ماستر
في علم النفس تخصص علاجات نفسية

فعالية العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من اضطراب العناد والمعارضة

(دراسة حالة واحدة)

مقدمة ومناقشة من طرف

السيدة): بن صادق إسمهان

أهم لجنة المناقشة

| اللقب والاسم | الرتبة | المؤسسة الأصلية | الصفة |
|--------------|-------------------|-----------------|--------|
| مكي محمد | أستاذ محاضر -أ- | جامعة وهران 2 | رئيسا |
| محرزي مليكة | أستاذة مساعدة -أ- | جامعة وهران 2 | مقرررا |
| لصقع حسنية | أستاذة محاضرة -أ- | جامعة وهران 2 | مناقشا |

السنة الجامعية: 2016/2015

الإهداء

إلى أمي وأبي

إلى زوجي

إلى أبنائي

إلى رفيقاتي العزيزات

إلى طلبة دفعة ماستر علاجات نفسية 2015 / 2016

إلى كل من ساندني.....

أهدي هذا العمل المتواضع.

كلمة الشكر

أقدم بجزيل الشكر والإمتنان كل الأساتذة الذين درسوني خلال المشوار الجامعي.

إلى كل أساتذة قسم علم النفس والأرطفونيا وعلى رأسهم المؤطرة الأستاذة محرزى مليكة والشكر موصول للأستاذ مكي محمد على توجيهاته القيمة طوال المسار التكويني.

ملخص البحث:

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من أعراض العناد والمعارضة عند الطفل، طبقت هذه الدراسة على حالة واحدة تم تشخيصها حسب معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والمعدل كحالة تعاني من اضطراب العناد والمعارضة.

وجاءت الإشكالية كالتالي:

- هل العلاج السلوكي المعرفي له فعالية في التخفيف من اضطراب العناد والمعارضة عند الطفل؟

وللإجابة على الإشكالية تمت صياغة الفرضية التالية:

- العلاج السلوكي المعرفي له فعالية في التخفيف من اضطراب العناد والمعارضة عند الطفل.

وللتحقق من صحة الفرضية إتمدت الباحثة على المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة وتم فيها تطبيق البرنامج العلاجي وتقييمه باستخدام الملاحظة والمقابلة العيادية وإستبيان snap-4 لقياس شدة العناد والمعارضة، ومن خلاله تم تمرير ثلاث قياسات: القياس القبلي، القياس البعدي، وقياس المتابعة.

وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة لوجود فعالية للعلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من اضطراب العناد والمعارضة عند الطفل حيث ظهر انخفاض في شدة العناد مما أدى إلى تعديل سلوك الطفل وتحسن علاقاته مع الآخرين، وهذا ما أدى إلى اختفاء السلوك العدائي والسلبى، وعليه تحقق صحة الفرضية المطروحة في الدراسة.

الكلمات المفتاحية:

الطفولة المبكرة - العناد والمعارضة - العلاج السلوكي المعرفي.

Résumé:

Cette recherche a pour objectif de vérifier l'efficacité de la thérapie comportementale cognitive (TCC).

Dans le traitement du trouble oppositionnel avec provocation (TOP). Elle comporte une étude de cas : (enfant) diagnostiqué selon les critères du DSM4TR.

La question laquelle cette recherche tente de répondre est la suivante : La thérapie comportementale et cognitive est-elle efficace dans le traitement eu trouble oppositionnel chez l'enfant ?

Partant de l'hypothèse que la thérapie comportementale cognitive est efficace dans le traitement du trouble oppositionnel avec provocation chez l'enfant.

Cette recherche s'appuie sur les méthodes cliniques : entretien, observation, questionnaire SNAP-4-, et l'application d'un programme thérapeutique (TCC).

Les résultats obtenus révèlent un effet positif dans la réduction des symptômes chez l'enfant : négativisme, hostilité, provocation.

Ainsi, la validation de l'hypothèse de la recherche.

Mots clés: Troubles oppositionnels avec provocation, thérapie comportementale cognitive, petite enfance.

محتويات الدراسة

| | |
|---|-----------------------------------|
| أ | الإهداء..... |
| ب | كلمة الشكر..... |
| ج | ملخص الدراسة باللغة العربية..... |
| د | ملخص الدراسة باللغة الأجنبية..... |
| ز | قائمة المحتويات..... |
| ح | قائمة الجداول..... |
| ط | قائمة الأشكال..... |
| 1 | مقدمة..... |

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

| | |
|---|------------------------------|
| 4 | 1. اشكالية البحث..... |
| 5 | 2. الفرضية البحث..... |
| 5 | 3. أهداف البحث..... |
| 5 | 4. أسباب إختيار الموضوع..... |
| 5 | 5. مصطلحات البحث..... |

الفصل الثاني : العناد والمعارضة

| | |
|---|------------|
| 7 | تمهيد..... |
|---|------------|

أولا : الطفولة

| | |
|---|-------------------------------|
| 7 | 1. مفهوم الطفولة..... |
| 7 | 2. مفهوم الطفولة المبكرة..... |
| 8 | 3. أهميتها ومميزاتها..... |

ثانيا: العناد والمعارضة

| | |
|----|--|
| 9 | 1. مفهوم العناد..... |
| 10 | 2. مفهوم المعارضة..... |
| 11 | 3. اضطراب العناد والمعارضة..... |
| 11 | 4. من هم الأطفال الأكثر عرضة لاضطراب العناد و المعارضة؟..... |
| 12 | 5. أنواع العناد..... |
| 12 | 6. أسباب العناد..... |

| | | |
|----|--|--------------|
| 13 | أشكال العناد. | 7 |
| 13 | DSM4. المميزات التشخيصية للاضطراب حسب | 8 |
| 14 | تصنيف إضطراب العناد والمعارضة. | 9 |
| 14 | التشخيص الفارقي لاضطراب العناد و المعارضة. | 10 |
| 15 | ..... | خلاصة الفصل. |

الفصل الثالث : العلاج السلوكي المعرفي

| | | |
|----|-------|-------|
| 17 | | تمهيد |
|----|-------|-------|

أولا : العلاج السلوكي

| | | |
|----|-------|----------------------------|
| 17 | ..... | 1. تعريفه. |
| 17 | ..... | 2. خصائص العلاج السلوكي. |
| 18 | ..... | 3. أساليب العلاج السلوكي. |
| 18 | ..... | 4. إجراءات العلاج السلوكي. |
| 19 | ..... | 5. مزايا العلاج السلوكي. |
| 20 | ..... | 6. عيوب العلاج السلوكي. |

ثانيا : العلاج المعرفي

| | | |
|----|-------|---|
| 20 | ..... | 1. المفاهيم الرئيسية في العلاج المعرفي. |
| 21 | ..... | 2. السيكولوجيا المعرفية والممارسة العلاجية. |
| 22 | ..... | 3. خصوصيات الممارسة العلاجية المعرفية. |
| 22 | ..... | 4. الهدف من العلاج المعرفي. |
| 22 | ..... | 5. مميزات العلاج المعرفي. |

ثالثا : العلاج السلوكي المعرفي

| | | |
|----|-------|----------------------------------|
| 24 | ..... | 1. مفهوم العلاج السلوكي المعرفي. |
| 25 | ..... | 2. مبادئ العلاج السلوكي المعرفي. |
| 25 | ..... | 3. أهداف العلاج السلوكي المعرفي. |
| 26 | ..... | 4. فنيات العلاج السلوكي المعرفي. |
| 26 | ..... | 5. التحليل الوظيفي. |
| 27 | ..... | 6. أهمية التحليل الوظيفي. |
| 27 | ..... | 7. نماذج التحليل الوظيفي. |

| | | |
|----|-------|---|
| 29 | ..... | خلاصة الفصل |
| | | الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية |
| 31 | ..... | تمهيد |
| 31 | ..... | 1. حدود الدراسة |
| 31 | ..... | 2. منهج الدراسة |
| 31 | ..... | 3. أدوات الدراسة |
| 33 | ..... | 4. البرنامج العلاجي |
| 33 | ..... | 5. إجراءات بناء البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي |
| 34 | ..... | 6. التقنيات المستعملة في البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي |
| | | الفصل الخامس : دراسة الحالة |
| | | أولاً: دراسة الحالة |
| 36 | ..... | 1. البيانات الأولية |
| 36 | ..... | 2. الفحص النفسي للطفل |
| 37 | ..... | 3. التشخيص |
| 37 | ..... | ثانياً: الجلسات العلاجية |
| | | الفصل السادس : عرض النتائج ومناقشتها |
| 43 | ..... | 1. نتائج الإستبيان الذي يقيس "العناد والمعارضة" |
| 43 | ..... | 2. مناقشة النتائج |
| 45 | ..... | خاتمة |
| 47 | ..... | قائمة المراجع |
| 50 | ..... | الملاحق |

قائمة الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول | الرقم |
|--------|--|-------|
| 43 | يبين درجات العناد والمعارضة | 1 |
| 43 | يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي والمتابعة لمؤشر شدة العناد والمعارضة. | 2 |

قائمة الأشكال

| الصفحة | عنوان الشكل | الرقم |
|--------|---------------------------------|-------|
| 39 | مخطط التحليل الوظيفي لشبكة سيكا | 1 |

المقدمة:

يعتبر الطفل كائن عضوي متكامل في تفاعل مستمر مع محيطه وهذه التفاعلات تتمثل في مكانزمات وطرق ضبط للسلوك أين يساهم المحيط في إثراء الطفل وإعطائه النماذج والتي تؤثر فيه بالسلب أو بالإيجاب في تكوين شخصيته.

حقيقة الطفل يتأثر من المحيط ولكن الطفل ليس جامدا يستوعب ويبلغ دون رد، بل هو نشيط ومؤثر، فتمو الطفل ليس حصيلة العامل الوراثي والبيولوجي وتفاعله مع العامل البيئي فحسب بل الطفل من جهته يؤثر على المحيط بسلوكاته برفضه أو قبوله بانخداعه وتمرده (معتصم، 2003، ص49).

كل طفل منذ ولادته له إيقاعات خاصة به: النوم، الأكل الغضب والتهيج... وهذه السمات لا تترك المحيط خاصة الأم جامدة بل يدفعها إلى البحث على أحسن طريقة للتكيف مع طفلها، إن لم تتكيف مع خصائصه فهذا يؤدي إلى اضطرابه مبكرا ثم كل ما تطور وزاد وعيه بوجوده كلما زاد تأثيره على محيطه فالوعي التدريجي لإمكانيته وقوته يجعله يستعمل كل الحيل للوصول إلى أهدافه (معتصم، 2003، ص50).

وقد ينجم عن هذه المرحلة النامية (الطفولة) والمتطورة والتي لم يعرف حدودا لها ورغباتها بعد مع البيئة التي يعيش فيها، مشكلة لا يكون لها أسباب عضوية، وإنما تعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي الذي يعاني منه الطفل ومن بين هذه المشكلات العناد والمعارضة (بشناق، 2001، ص107).

رغم أن مشكل العناد والمعارضة يعتبر مرحلة عابرة في السنوات الأولى من حياة الطفل في تشكيل الثقة بالذات إلا أنه إذا استمر إلى ما بعد السن الخامس وخصوصا إذا تجاوزت الستة أشهر من حيث الكمية (أي تكرار سلوك العناد) فهو يدخل في إطار الاضطرابات السلوكية الانفعالية لدى الطفل.

قد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية أن اضطراب العناد والمعارضة: "يظهر على شكل مقاومة الأوامر ونواهي الراشدين وخاصة الوالدين تطبعها السلبية وعدم الخضوع للآخر كما يقوم الطفل بتصرفات واعية ومتكررة يهدف الطفل من خلالها إلى اختبار حدود الآخرين معه يترجمها على شكل عدواني مصحوبة بالغضب في الكثير من الأحيان" (dsm4 tr .p118).

إن موضوع اضطراب الأطفال ظاهرة مزعجة تعانيتها كثير من الأسر في الوقت الحاضر، وبالتالي يعد الموضوع بالغ الأهمية لما له من آثار سلبية على الطفل والأسرة وكذا المدرسة فيما بعد، ولكن مثله مثل المشاكل السلوكية الأخرى للطفل لها أساليب علاجية متعددة، ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتدرس فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب العناد والمعارضة عند الطفل، حيث تطرقت الباحثة فيها إلى ستة فصول وهي كالآتي:

الفصل الأول: وهو مدخل إلى الدراسة؛ احتوى على المقدمة، اشكالية البحث، فرضيات البحث، أسباب اختيار الموضوع وأهداف البحث و مصطلحات البحث.

الفصل الثاني: قُسم إلى جزئين احتوى الجزء الأول على: مفهوم الطفولة، مفهوم الطفولة المبكرة، أهميتها ومميزاتها، أما الجزء الثاني احتوى على العناد والمعارضة: مفهوم العناد، مفهوم المعارضة، اضطراب العناد والمعارضة، من هم الأطفال الأكثر عرضة لاضطراب العناد و المعارضة؟ أنواع العناد، أسباب العناد، أشكال العناد، المميزات التشخيصية، تصنيف اضطراب العناد والمعارضة.

الفصل الثالث: حُصص لـ العلاج السلوكي المعرفي وتم تقسيمه لـ ثلاثة أجزاء؛ احتوى الجزء الأول على العلاج السلوكي وشمل العناصر التالية: التعريف، الخصائص، الأساليب، الإجراءات، المزايا، وعيوب العلاج السلوكي أما الجزء الثاني خصص لـ: العلاج المعرفي: احتوى على المفاهيم الرئيسية في العلاج المعرفي، السيكولوجيا المعرفية والممارسة العلاجية، خصوصيات الممارسة العلاجية المعرفية، الهدف من العلاج المعرفي، مميزات العلاج المعرفي، أما الجزء الثالث حُصص للعلاج السلوكي المعرفي واحتوى على مفهوم العلاج السلوكي المعرفي، مبادئه، أهدافه، فنيات العلاج السلوكي المعرفي، التحليل الوظيفي، أهمية التحليل الوظيفي، نماذج التحليل الوظيفي.

الفصل الرابع: حُصص للإجراءات المنهجية واحتوى على حدود الدراسة، منهج الدراسة، أدوات الدراسة، البرنامج العلاجي، إجراءات بناء البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي، التقنيات المستعملة في البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي.

الفصل الخامس: حُصص لدراسة الحالة.

الفصل السادس: خصص لعرض نتائج الدراسة ومناقشتها.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

1. الإشكالية:

ينشأ هذا النوع من الاضطرابات عند الطفل مع عدم وجود الطريقة الصحيحة للتعامل مع العناد الطبيعي حيث يتطور إلى عناد مشكل فتطول فترته ويترك آثار سيئة يعاني منها الأهل والمدرسون وقد تضيق حياة الطفل بطابع العناد المستمر وعدم المبالاة والاستهتار، والأخطر من هذا قد يصاب بعدم التوافق النفسي مع حياته الاجتماعية فيضطرب سلوكه (إبراهيم، 2011، ص194).

وعندما يحدث ذلك يحاول الآباء المساعدة إلا أنهم غالباً ما يقعون في أخطاء في التعامل مع أبنائهم وعليه يتعلم الطفل سلوكيات خاطئة ومكتسبة وفي هذه الحالة يمكن الطفل أن يتوقف عنها أو يعالج منها إذا ما عدلنا من الشروط التي أدت إلى تكوينها واستمرارها (عبد الستار، وعبد العزيز، وإبراهيم، 1993، ص103).

وفي هذا الصدد جاءت دراسة متيوسبيلر "Mathew Speltz" ورفقائه (1999) وهي من بين الدراسات القليلة التي تناولت دراسة موضوع الطفل المعارض حيث تضمنت هذه الدراسة مجموعة من 50 طفل بين السن 4 ونصف إلى 5 والمشخصون باضطراب العناد والمعارضة حسب dsm 3R جاءت الأعراض الأساسية لهذا الإضطراب: الغضب، معارضة أوامر الكبار، رفض الخضوع إلى طلبات الراشدين مضايقة واستفزاز الآخرين، ولقد لوحظ عن 84 % إلى 94 % من الأطفال هذه الأعراض المذكورة.

أعراض أخرى توجد عند معظم الأطفال: يحقدون على الآخرون ويحملون أخطائهم، وسريعوا الاستنارة وحقودين أما 18 % من هؤلاء الاطفال يستعملون الألفاظ البديئة (pitot.2004 .P364).

لقد تعددت التقنيات والأساليب العلاجية لدى مشكلة من مشكلات الطفولة وعليه تبيننا العلاج السلوكي المعرفي لأنه يحتوي على نظرة متعددة المحاور قوامها أن التعلم يعتمد على جوانب واستراتيجيات سلوكية معرفية انفعالية، اجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه وعليه نطرح الإشكال التالي:

- هل العلاج السلوكي المعرفي له فعالية في تخفيف من إضطراب العناد والمعارضة عند الطفل؟

2. الفرضية البحث:

ولتوجيه البحث وجعله هادفا تمت صياغة الفرضية التالية:

- لدى العلاج السلوكي المعرفي فعالية في تخفيف من اضطراب العناد والمعارضة عند الطفل.

3. أهداف البحث:

- تسليط الضوء على ظاهرة العناد والمعارضة كحالة غير سوية (اضطراب) من أجل وقاية أفضل.
- المساهمة في مساعدة الأولياء في التفريق ما بين الحالة العادية لمشكل المعارضة والعناد والحالة المرضية.
- وضع خطة علاجية ملائمة.
- التأكد من فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في اضطراب العناد والمعارضة.
- التكفل بهذا الاضطراب في سن مبكر للحد من تفاقم المشكلة في المراحل العمرية القادمة.

4. أسباب اختيار الموضوع:

يكمن الدافع الأساسي وراء اختيار هذا الموضوع في:

- الإهتمام بمشاكل الطفل.
- الإهتمام بالمشاكل الناجمة عن العلاقات بين الأولياء والأطفال والمدرسة.

5. مصطلحات البحث:

- **الطفولة المبكرة:** تشمل الأطفال ذكورا و إناثا في فترة زمنية مبكرة تمتد من 3 إلى نهاية 5 سنوات وهي فترة ما قبل المدرسة.
- **العناد:** هو مشكل من المشكلات السلوكية العدوانية غير الاجتماعية، الذي يظهر لدى الأطفال في عمر ما قبل المدرسة (3 إلى نهاية 5 سنوات).
- **المعارضة:** هو أسلوب يعبر عن المجادلة ورفض الرأي الآخر وتحدي الكبار، وكل من يمثل السلطة من المقربين.
- **العلاج السلوكي المعرفي:** هو مجموعة من التقنيات والإستراتيجيات المستعملة لتعديل الافكار والإنفعالات من خلال المواجهة المباشرة للمواقف.

الفصل الثاني

العناد والمعارضة

تمهيد:

يرى الكثير من علماء النفس والتربية أن مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة حساسة ودرجة، كونها أهم المراحل الحياتية وأشدّها تأثيراً في بناء شخصية الإنسان، حيث لها انعكاسات ايجابية على الطفل إذا نشأ في جو مناسب وطبيعي، كما لها في المقابل آثار سلبية إذا انعدم الجو المناسب والتي ستؤثر في مراحل نمو الطفل مستقبلاً، وتتمثل في بروز عدد من المشكلات النفسية والسلوكية التي تعرقل سير نموه وبناء شخصيته السوية.

والعناد من اضطرابات السلوك الشائعة التي سيتم تسليط الضوء عليها في هذا الفصل مروراً بالعناصر التالية: الطفولة المبكرة، مظاهرها ومميزاتها، العناد، أشكاله، أسبابه، أنواعه، ومميزاته الشخصية.

أولاً: الطفولة

1. مفهوم الطفولة:

هي أهم مرحلة من عمر الإنسان لأنها بمثابة الأساس الذي يقوم عليه لبناء شخصيته من جميع نواحيها العقلية والاجتماعية والدينية والجسمية (عثمان، 1982، ص6).

تعريف "عودة الريماوي": الطفولة تعد مرحلة عمرية من دورة حياة الإنسان تمتد من الميلاد إلى بداية المراهقة (بن شهرة، 2013، ص22).

2. مفهوم الطفولة المبكرة:

تمتد هذه المرحلة من نهاية مرحلة الرضاعة (وأقصاها سنتان) إلى سن الحضانة وفترة ما قبل المدرسة (أي قبل بداية العام السادس أو نهاية العام الخامس من الميلاد) (دويدار، 1993، ص179).

الطفولة المبكرة؛ وتبدأ من 3 إلى 5 أعوام وتقابل مرحلة الحضانة ويطلق عليها دور ما قبل المدرسة (دويدار، 1993، ص19).

حيث يشير (هـ. فالون) لفترة الطفولة المبكرة ويحدد سن 3 سنوات على أنها مرحلة الشخصية والتي يعبر عنها بالعامل الجيني على أنه من أهم العوامل المكونة لشخصية الفرد وأولى أهمية كبيرة للنمو

الاجتماعي للطفل وعلاقته مع الآخرين، حيث يرى أنه من الضروري تحليل وفهم علاقة الطفل مع محيطه وخاصة المحيط العائلي بصفته الوسط؛ أي البنية الأولى التي تنمو فيها شخصية الطفل وبالتالي الإستقلالية (Ricaud-Droisy, Oubrayrie-Roussel, Safont-Mottay, 2014, p87).

في هذه المرحلة يتوجه الاهتمام نحو بناء الذات وتأسيسها أكثر، تتظاهر المرحلة في ثلاث فترات تبدو متعارضة لكنها كلها تهدف إلى إثراء واستقلالية الأنا وهي كالآتي:

- أ. فترة معارضة وكف، يعارض فيها الطفل كل واحد وكل شيء كأنه يريد إثبات وجوده واستقلاليته كأنه يختبر قدرته على مواجهة الكبار ويختبر حدودهم.
- ب. فترة نرجسية، أين يبحث فيها الطفل على اعجاب الغير به لإرضاء نفسه، يقلد الآخرين، يهتم بالتزيين وارتداء ملابس وأحذية الكبار، الخ.
- ج. تطغى على سلوكه الغيرة، إذ يريد سلب مزايا الغير وسماته وهذا بأخذ دوره وهذا لا يكفيه إذ يريد إقصاؤه لا تقليد حركاته أو سلوكه فقط (معتصم، 2010، ص113).

3. أهميتها ومميزاتها:

ويمكن تلخيص أهمية هذه المرحلة في النقاط التالية:

- 1- تمثل اللبنة الأولى لتكوين الأسرة والتي تمثل بدورها الخلية الأولى لتكوين المجتمع.
- 2- أن الأطفال هم عدة المستقبل وبناء الغد.
- 3- تمثل هذه المرحلة الأساس لغيرها من المراحل ففيها تغرس المبادئ والقيم والاتجاهات التي تشكل سلوك الإنسان في المستقبل عندما يكبر ويصبح إنسانا ناضجا فتؤتي أكلها بإذن ربها.
- 4- في هذه المرحلة يكتسب الطفل من بيئته العادات النافعة أو الضارة والأخلاق الكريمة أو الذميمة والاتجاهات الصحيحة أو الفاسدة.
- 5- في هذه المرحلة تنهياً الاستعدادات النفسية والفكرية لقبول كل ما هو مرغوب فيه ومحبوب.
- 6- في هذه المرحلة تتشكل جوانب النمو المختلفة جسميا وعقليا واجتماعيا.

وتتميز هذه المرحلة بعدة مميزات نلخصها في النقاط التالية:

- 1- اتساع الآفاق العقلية المعرفية وتعلم المهارات الأكاديمية من القراءة والكتابة والحساب.

2- تعلم المهارات الجسمية اللازمة للألعاب وألوان النشاط العادية.

3- وضوح فردية الطفل، واكتساب اتجاه سليم نحو الذات.

4- اتساع البيئة الاجتماعية والخروج الفعلي إلى المدرسة والمجتمع والانضمام لجماعات جديدة واطراد عملية التنشئة الاجتماعية.

5- زيادة الاستقلال عن الوالدين (الزراقي، 2010، ص 29، 27).

ثانياً: العناد والمعارضة

يظهر العناد عند الأطفال ما بين العام الثاني والخامس من العمر ويعتبر مظهر لمقاومة أوامر ونواهي الآباء، ويعتبر ظاهرة طبيعية تمر بسلام ابتداءً من الخامسة وتزول تماماً في السادسة، و إذا استمرت إلى ما بعد السادسة تعتبر وسيلة غير صحية فهذه الوسيلة (العناد) تدل على عدم توافق الطفل مع البيئة لإكتسابه المهارات التي تعينه على التكيف السليم (مصطفى ، 2012، ص 108).

من خلال مسحنا للدراسات السابقة، التي تناولت موضوع العناد والمعارضة، وجدنا عدة مصطلحات لهذا المفهوم، ومن أشهر التسميات نجد (Oppositional Defiant Disorder ODD) في اللغة الإنجليزية، ويقابله مفهوم (Trouble Oppositionnel Avec Provocation TOP) وفي اللغة العربية هناك من يستعمل: المعارضة والاستفزاز، اضطراب العناد الشارد

فمهما اختلفت تسميات المفاهيم إلا أن المعنى يبقى واحد وعليه سيتم الاعتماد في هذا البحث على مصطلح "العناد والمعارضة"

1. مفهوم العناد: وسيتم التطرق له من جانبين:

أ- المفهوم اللغوي للعناد:

قال ابن منظور في لسان العرب عَنَدَ الرَّجُلُ يَعْئُدُّ عَنَدًا وَعُنُودًا وَعَنَدًا: عَتَا وَطَعَا وَجَاوَزَ قَدْرَهُ. وَرَجُلٌ عَنِيدٌ: عَانِدٌ، وَهُوَ مِنَ التَّجْبِيرِ. 3/ 307

وعَنَدَ عَنِ الْحَقِّ وَعَنِ الطَّرِيقِ يَعْئُدُّ وَيَعْنِدُ: مَالَ. وَالْمُعَانِدَةُ وَالْعِنَادُ: أَنْ يَعْرِفَ الرَّجُلُ الشَّيْءَ فَيَأْبَاهُ وَيَمِيلَ عَنَهُ 3/ 307. وَعَانَدَ مُعَانِدَةً أَيْ خَالَفَ وَرَدَّ الْحَقَّ وَهُوَ يَعْرِفُهُ، فَهُوَ عَنِيدٌ وَعَانِدٌ. 3/307

العنيد: الجائر عن الفصد الباغي الذي يرد الحق مع العلم به. وتعاقد الخصمان: تجادلاً. وعند
عن الشيء والطريق يعند ويعند عوداً، فهو عود، وعند عتداً: تباعد وعدل 3/308 ورجل عود: يحل
عنده ولا يخالط الناس 3/308 والعند: الاعتراض 3/309 (ابن منصور، 1993)

ب- التعريف الاصطلاحي للعناد:

يظهر العناد على شكل الثورة على النظام العائلي وعلى سلطة الكبار وفي عصيان الاوامر.
المعاندة والعناد: أن يعرف الرجل الشيء فيأباه ويميل عنه. (الحجازي، 2012، ص 290)

وكما عرف أيضا بأنه اضطراب سلوكي شائع يحدث لفترة وجيزة من عمر الطفل وربما يأخذ نمطا
متوصلا وصفة ثابتة في سلوكه، ويصنف ضمن النزاعات العدوانية عند الأطفال ويعتبر محصلة لتصادم
رغبات وطموحات الطفل ورغبات ونواهي الكبار وأوامرهم. (ملحم، 2010، ص 284).

يرى "زكريا الشرييني" "العناد هو إصرار على سلوك ما، و عدم التراجع عنه حتى وان كان
مخالفا لما يريده الآخرون أو كان من ورائه ضرر".

كما عرفه علماء النفس بأنه: "موقف نظري أو تصرف اتجاه مسالة أو موقف معين بحيث يكون
الشخص المعاند في موقف المعارضة والرفض".

يعرف أيضا بأنه : "نمط متكرر من السلبية، الانحراف عدم الطاعة، و السلوك العدائي نحو كل
أشكال السلطة، ينعكس هذا الاضطراب في سلوكيات مثل نوبات التقلب المزاجي المتكرر، المجادلة
المواجهة، عدم الالتزام ، تبرير الأخطاء ،الحقد، وغير ذلك من المشكلات السلوكية الأخرى
(سليم، 2011، ص 192، 191).

2. مفهوم المعارضة: وسيتم التطرق له من جانبين:

أ- المفهوم اللغوي للمعارضة:

وعارض الشيء بالشيء معارضة: قابله، وعارضت كتابي بكتابه أي قابلته. وفلان يعارضني أي
يباريني. وفي الحديث: إن جبريل، عليه السلام، كان يعارضه القرآن في كل سنة مرةً وإنه عارضه العام
مرتين، قال ابن الأثير: أي كان يدارسه جميع ما نزل من القرآن من المعارضة المقابلة. وأما الذي في
الحديث: لا جلب ولا جنب ولا اعتراض فهو أن يعترض رجل بقرسه في السباق فيدخل مع الخيل 7/185

المُعَارِضُ مِنَ الْإِبْلِ الْعَلُوقُ وَهِيَ الَّتِي تَزَامُ بِأَنْفِهَا وَتَمْتَعُ دَرَّهَا. وَبَعِيرٌ مُعَارِضٌ إِذَا لَمْ يَسْتَقِمَّ فِي الْقِطَارِ. وَالْإِعْرَاضُ عَنِ الشَّيْءِ: الصَّدُّ عَنْهُ. وَأَعْرَضَ عَنْهُ: صَدَّ. 7/187 وعَارِضُهُ فِي الْمَسِيرِ أَي سِرْتُ حِيَالَهُ وَحَادِيئَهُ. وَيُقَالُ: عَارِضٌ فُلَانٌ فُلَانًا إِذَا أَخَذَ فِي طَرِيقٍ وَأَخَذَ فِي طَرِيقٍ آخَرَ فَالْتَقَيَا. وعَارِضُهُ بِمِثْلِ مَا صَنَعَ أَي أَتَيْتُ إِلَيْهِ بِمِثْلِ مَا أَتَى وَفَعَلْتُ مِثْلَ مَا فَعَلَ 7/189 (إبن منظور، 1993)

ب-التعريف الإصطلاحي للمعارضة:

يعرفها الحجازي بأنها: "الفرد الذي يهدف إلى إثارة الشعور لدى الآخرين والتأثير في سلوكهم ودفعهم لتغيير الاوضاع الاجتماعية القائمة" (الحجازي، 2012، ص 356).

تصف شاهين "المعارضة في أربع سلوكيات بعض المرضى الذين يبدون معارضة لأي فحص أو بشكل أعم لأية صلة اجتماعية ، فعبرة (فترة المعارضة) تستخدم أيضا في وصف بعض مواقف رفض عالم البالغين التي تميز بعض فترات الطفولة" (شاهين، 1996، ص 770).

3. اضطراب العناد والمعارضة:

يطلق البعض على هذا الاضطراب بالعناد، والسمة الأساسية فيه هي نمط من السلوك الرفض العدوانى المتحدى الاستفزازي، الفوضوي المستمر الذي يتجاوز بوضوح الإطار الطبيعي لسلوك الطفل في العمر نفسه، ويميل المصابون بهذا الاضطراب إلى تحدي الطلبات و أوامر الراشدين و يغضبون الأشخاص الآخرين عمدا، ويميل هؤلاء الأشخاص عادة إلى الغضب و الانفعال بسهولة في مواجهة أفعال الآخرين ثم يلومهم على ما قاموا به أنفسهم، كما يتميز السلوك المعارض الذي يمارسونه بالاستفزازية و الوقاحة و مقاومة السلطة و يظهر هذا السلوك عادة أثناء التفاعل مع الأشخاص المؤلفين لهم، بينما قد يخفون هذا السلوك في المواقف الرسمية كالمقابلة الإكلينيكية (يوسف، 2000 ، ص 279، 278).

4. من هم الأطفال الأكثر عرضة لاضطراب العناد و المعارضة؟

ترى "جويدة بيتو" "Djaouida Petot" أن الأطفال ذوي الفرط الحركي و تشتت الانتباه يتطور أو يشترك مع اضطراب العناد و المعارضة في الغالب، لكن أسباب هذا التطور غير معروفة جيدا، اضطراب الفرط الحركي و تشتت الانتباه يشترك مع نوع علائقي يرتكز على تحويل الانتباه، وهذا يعني

الاستعانة بمصادر خارجية أو إسقاط على الوالدين لوظيفة الانتباه التي لا يستطيع الطفل استعمالها كليا، فمادام الطفل غير منتبه، غير حذر، مندفع، فالوالدين يصبحون منتبهين حذرين و يقضين في مكان طفلهم، ووجود هذه العلاقة تكون تحت تأثير قلق الانفصال، فالطفل يثير مراقبة الوالدين لانه يحتاج استبفاء قريهم الذاتي، اذن فرط الحركة يضيف إستراتيجية موجهة لمراقبة الوالدين و تحذير الانفصال، لكن هذا البعد للمراقبة يحتوي على خطر تطویر هذه العلاقة إلى حلقة مفرغة صادية مازوشية التي من خلالها السلوكات المندفعة و المضطربة تثير زيادة المراقبة و العقوبات والعكس. فهذا التصاعد التدريجي يتحول من اضطراب فرط حركة و تشتت انتباه إلى اضطراب العناد والمعارضة (Petot, 2004, p.97).

5. أنواع العناد:

- 1- **العناد العرضي:** وهو آني يحدث على فترات متقطعة وهذا النوع طبيعي للجميع حينما يتقلب المزاج.
- 2- **العناد المتكرر:** وهو العناد المذموم الذي نحن بصدده وفي هذه الحالة يكون الرفض والإصرار للتوجيهات بشكل متكرر ودون مبرر مقنع.
- 3- **العناد المرضي:** هذا قليل جدا وهو العناد الذي يصاحبه حالات نفسية وعصبية وهذا يحتاج إلى أخصائيين ونفسانيين لمعالجة الحالة. (ملك وبدر، (دت)، ص2)

6. أسباب العناد:

- أ. **الإهمال:** "يؤدي الإهمال الوالدين لشؤون طفلهم إلى أن طفلهم إلى أن يتحول بالتدريج إلى شخص معاند وكثير الإحاح ولهذا الإهمال أسباب متباينة منها كثرة مشاكلها ومشاغلاها وعدم وجود الوقت الكافي للاهتمام بالأولاد" (سليم، 2011، ص 197).
- ب. **قسوة الوالدين:** "إقتناع الكبار غير المتناسب مع الواقع " إن الكثير من الأوامر وأنماط السلوك التي يفرضها الأبوان على طفلها تعود سلبا عليه وتحد من حركته ونشاطه كأن تأمر الام طفلها بارتداء معطف ثقيل يعرقل حركته أثناء اللعب" (ملحم، 2010، ص 285)
- ج. **الإحباط:** تعرض الطفل للإحباط وشعوره بوطأة خبرات الطفولة ومواجهة صدمات أو إعاقات مزمنة يؤدي إلى التوتر والقلق ومن ابرز مظاهر الإحباط إحساس الطفل بعدم حب الأم له وعدم رعايتها له واهتمامها به، وكثرة المنع لما يحبه ويرغبه فيصبح العناد دفاعا ضد الإحباط والشعور بالعجز والقصور (مصطفى، 2012، ص 112)

د. أسلوب التذبذب: عدم الثبات في تعليم النظام فقد لا يكون هناك اتفاق بين الوالدين على الأفعال المسموح بها أو الطريق التي يتبع عند ارتكاب الأفعال غير مسموح بها وسريعا ما يتعلم الطفل أن يستفيد من هذا التناقض ويكتسب سلوك العناد (مصطفى، 2012، ص 112).

7. أشكال العناد:

- **عناد التصميم والإرادة:** " يظهر هذا النمط من العناد عند بعض الأطفال لدى إصرارهم على محاولة اصطلاح لعبه، خاصة إذا أصيب الطفل بالفشل عند إصلاحها في المرة الأولى عندها يزداد إصراراً على تكرار محاولته مرة أخرى.
- **العناد المفتقد للوعي:** كإصرار الطفل الذهاب إلى السوق رغم هطول الامطار الشديدة وعدم توفر وسيلة نقل لذلك، ورغم محاولة والديه إقناعه بعدم الذهاب، وكذلك إصراره على عدم النوم من أجل مشاهدة برنامج تلفزيوني بالرغم من محاولات أمه النوم حتى يستيقظ مبكرا في اليوم التالي، ويكون إصرار الطفل في هذه المواقف عنادا.
- **العناد مع النفس:** وقد يعاند الطفل نفسه كرفضه تناول الطعام وهو جائع بالرغم من محاولات أمه بضرورة تناول الطعام.
- **العناد كاضطراب حركي:** قد يكون عناد الطفل نتيجة اضطراب سلوكي خاصة حينما يعتاد الطفل على مثل هذا السلوك ليصبح مع العمر نمطا راسخا و سمة من سمات الشخصية، وهذا النمط من العناد يسبب له نزوعا إلى المشاكسة والتعارض مع الآخرين ليتمثل بالتالي سلوكا مرضيا.
- **عناد فزيولوجي:** وقد يصاب الطفل بإصابات عضوية في الدماغ كالتخلف العقلي مثلا، فيظهر الطفل أنماط من السلوك العنادي أمام الآخرين (ملحم، 2009، ص 285)

8. المميزات التشخيصية للاضطراب حسب DSM4:

هو مجموعة من السلوكيات المتكررة السلبية، الاستفزازية العاصية، العدائية تجاه الأشخاص الذين يمثلون السلطة والتي تستمر لفترة (06) أشهر على الأقل، ويظهر هذا الاضطراب عند ظهور 4 من السلوكيات التالية:

- غالبا في حالة غضب.
- يعارض ما يقوله الراشدين.

- يعارض بشدة أو يرفض أن يستجيب لطلبات وقواعد الراشدين.
- يقوم بأشياء تزج الآخرين.
- يلقي المسؤولية على الآخرين عند ما يقوم بأشياء وأخطاء أو سلوكيات غير لائقة.
- ينزعج بسهولة من طرف الآخرين.
- يغضب ويظهر مشاعر الإستياء.
- يتظاهر بأنه حقود وشرير.

إن السلوكيات السلبية والإستفزازية مستمرة وتظهر من خلال العناد ومقاومة إتباع التعليمات والرفض المتعمد والمستمر يرتكز على اختبار حدود الآخرين، وتجاهل الأوامر أو تحديها ورفض التوبيخ الناتج عن الأفعال السيئة. (مجلة دراسات في الطفولة).

9. تصنيف إضطراب العناد والمعارضة:

- **DSM3** تم تصنيف إضطراب العناد والمعارضة وفصله عن اضطرابات المسلك trouble de conduite في سنة 1980 في الطبعة الثالثة لدليل التصنيف والتشخيص والإحصاء للأمراض والاضطرابات العقلية.
- بينما **CIM 10** يصنفه كسمة تابعة لاضطرابات المسلك رغم هذا الاختلاف في التصنيف تبقى الأعراض نفسها في كلا من الدليلين حيث تتجمع في **DSM4** تحت نفس الخصائص التشخيصية من سلوكيات سلبية وعدائية واستفزازية.
- أما بالنسبة لتصنيف **CFTMA** فيصنف في الاضطرابات الحدية والتي تغطي عليها السلوكيات السلبية وتعتبر أن الاضطراب يكمن في التعامل مع الآخرين في عدم ضبط، إنكار القواعد الاجتماعية وتكرار الأخطاء (petot, 2003, p 365).

10. التشخيص الفارقي لاضطراب العناد و المعارضة:

السلوكيات المختلفة التي تظهر في اضطراب العناد و المعارضة أقل حدة من الافراد الذين لديهم اضطراب السلوكيات لغياب العدوان الجسدي اتجاه الآخرين أو الحيوانات أو تحطيم الاملاك أو السرقة الاحتيال، الا أن كل أو جميع مظاهر اضطراب العناد والمعارضة تكون موجودة في اضطرابات السلوك اضطرابات العناد والمعارضة تكون في الغالب مشتركة مع اضطرابات المزاج أو الاضطرابات الذهانية

عند الطفل و المراهق كما يجب تمييز سلوكيات العناد المعارضة عن السلوكيات المختلفة المرتبط بعدم الانتباه و الاندفاعية الظاهرة في عجز الانتباه / فرط الحركة، و اذا وجدا الاثنين متعايشين فنقيم لكل واحد منهم تشخيصا أما عند الاشخاص المصابين بالتأخر العقلي فيشخص اضطراب العناد و المعارضة الا اذا تردد و لوحظ أكثر من ما هو عند الافراد بنفس السن و الجنس.

لا يجب خلط هذا الاضطراب مع عيب فهم اللغة كعجز في السمع أو اضطرابات اللغة..

يجب تمييزه عن مراحل النمو التي يكون فيها العناد و المعارضة لتثبيت الذات و تحقيق الاستقلالية (dsm4 ، ص120،119)

خلاصة الفصل:

تعرضت الباحثة في هذا الفصل إلى متغير العناد والمعارضة، أنواعه، أسبابه، والتصنيفات الخاصة به و مما سبق ذكره ترى الباحثة أن اضطراب العناد والمعارضة يتمثل في سلوكيات سلبية يمارسها الفرد والمتمثلة في ازعاج الآخرين ومعارضتهم بشدة، رفض الإستجابة للراشدين وتجاهل الأوامر وتحديها، ورفض التوبيخ الناتج عن الأفعال السيئة.

وإذا استمرت هذه السلوكيات ستؤثر سلبا على نمو شخصية الطفل وبالتالي للحد من هذه الظاهرة لابد من التدخل العلاجي ومن بين العلاجات الممكنة العلاج السلوكي المعرفي، ولتوضيح دوره لابد من التطرق لمفاهيمه وهذا ما سيتم تناوله في الفصل الموالي.

الفصل الثالث

العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد:

يعاني الكثير من الأولياء في كيفية التعامل مع أطفالهم خصوصا إذا كانت لديهم بعض المشاكل أو الإضطرابات، فقد نجد أطفالا لديهم إضطرابات نفسية وأخرى سلوكية وغيرها، فقد يرفض الأطفال السلوك السلطوي من الوالدين أو حمايتهم الزائدة له؛ ويعبر على ذلك بنوع من الرفض وعدم الإمتثال لأوامرهم، فقد يكون السلوك عادي لمواجهة ما يتعرض له الطفل، لكن إذا زاد عن حده وتكرر قد يصبح اضطرابا يؤثر عليه وعلى أسرته وقد يؤثر على حياته فيما بعد. وعليه يضطر بعض الأولياء للجوء إلى المختص النفسي للتدخل وعلاج هذا الإضطراب ومن بين العلاجات نجد العلاج السلوكي المعرفي وفيما يلي سيتم التطرق إليه من خلال التعرف أولا على العلاج السلوكي ثم العلاج المعرفي وفي آخر جزء من الفصل نجد العلاج السلوكي المعرفي.

أولا: العلاج السلوكي

1. تعريفه:

يعرفه "خير الزراد": أسلوب حديث في العلاج يعتمد على استخدام مبادئ التعلم لإحداث تغيير أو تعديل في سلوك الإنسان وهذا الاتجاه في العلاج يركز على تحسين وتعديل السلوك اللسوي والسلوك غير المتكيف وذلك دون الرجوع إلى الصراعات النفسية الداخلية (عبد المالك، 2014، ص26).

2. خصائص العلاج السلوكي: تتمثل أهم خصائص للعلاج السلوكي فيمايلي:

- 1- إن معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب بما فيه السلوك المضطرب.
- 2- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم، إلا أن السلوك المضطرب غير ملائم وغير متوافق.
- 3- السلوك المضطرب يكتسب نتيجة التعرض للخبرات التي تؤدي إليه، ومن ثمة يحدث إرتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.
- 4- العناصر السلوكية المرتبطة تمثل نسبة قليلة أو كثيرة من السلوك الكلي للفرد، وهذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التي تؤدي إليها.

5- السلوك المتعلم يمكن تعديله.

6- جملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجميع لعادات خاطئة متعلمة. (بلحاجي، 2014، ص 108).

3. أساليب العلاج السلوكي: تتمثل أساليب العلاج السلوكي في:

1- **الإشراط المضاد:** والهدف منه كسر الرابطة بين منبه وإستجابة معينين حدث لهما إشراط تقليدي مثل الطفل "ألبرت" الذي خضع لتجربة إشراط باستخدام ضوءاء فأصبح يخاف الفئران. وتستخدم في عملية الإشرط المضاد ثلاثة طرق هي:

- تقليل حساسية المنظم أو التحصين الخارجي حسب "ولبي".
- العلاج الانفجاري: هذا العلاج يحارب الخوف.
- العلاج المنفر: يكون الهدف منه إستبدال مشاعر سلبية بمشاعر أخرى إيجابية.

2- الإقتداء بالنموذج:

إن مفهوم الإقتداء بنموذج أو التعلم بالملاحظة والذي قدمه " ألبرت باندورا": ففي هذا العلاج يقوم المريض بعملية عدم التعلم للقلق بالنسبة لمنبهات معينة عن طريق مشاهدة المعالج وهو يؤدي سلوكياتهم يقلده بعد ذلك وأفضل تجربة كانت على أشخاص لديهم خوف شديد من الثعابين ونجح هذا العلاج كذلك مع عدة حالات مثل مخاوف الاطفال من الحيوانات او من طبيب الأسنان.

وإن الطرق الإجرائية للعلاج السلوكي تتمثل في نظام المكافآت الرمزية وهو منهج لتغيير السلوك حيث قام كل من "أيلون" و "ازرن" بعزل جناح في مستشفى للأمراض العقلية واستخدما نظام المكافآت الرمزية مع المرضى وذلك حتى تدعم أنشطة معينة مثل ترتيب السرير وغسل الأسنان مشط الشعر وأعطيا للمرضى عملات رمزية بلاستيكية يمكن استبدالها بامتيازات خاصة مثل زيارات إضافية للمطعم، ولقد نجح هذا النظام في إحداث عدد من التغييرات في السلوك الظاهر (خوجة، 2014، ص 86).

4. إجراءات العلاج السلوكي: تضم العملية العلاجية مايلي:

- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: ويتم ذلك في المقابلة العلاجية عن طريق استخدام الاختبارات والتقارير الذاتية بحيث يمكن الوصول إلى تحديد دقيق للسلوك المضطرب الظاهر الذي يمكن ملاحظته موضوعيا.

- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: ويتم ذلك عن طريق الفحص والبحث الدقيق في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يتلوه من عواقب.
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب: ويتم ذلك بتقدير ما إذا كان سلوك المريض يظهر أنه نتيجة لخوف شرطي بسيط أو كان يعكس خوفا أساسيا مهما يحدث في مواقف متشابهة ولكنها مختلفة، أو إذا كان السلوك يستمر بسبب النتائج التي تؤدي إليها، وهذا التحليل يتركز على البحث عن الظروف الخارجية السابقة واللاحقة التي تحدد وتوجه السلوك المضطرب.
- إختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها: ويتم ذلك باختيار الظروف التي يمكن تعديلها بواسطة المعالج أو العميل.
- إعداد جدول لإعادة تدريب: ويتم ذلك بتخطيط خبرات متدرجة يتم فيها إعادة التدريب، يتم خلالها تعريف سلوك المريض بنظام وتدرج للظروف المعدلة، بحيث يتم إنجاز البسيط والقريب قبل المعقد والبعيد، وهنا يلزم ترتيب الإمكانيات في شكل سهل وممكن ومستحيل ويستحث المعالج المريض على أن يحاول وان يتعلم وأن يجرب.
- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب: أي توجه نحو تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي تحدث فيها، وتستخدم في الحالات التي يكون فيها السلوك الغائب يمثل عجزا سلوكيا.
- تعديل الظروف البيئية: وتوجه نحو تقليل احتمال حدوث السلوك لأنه غير مرغوب فيه أو غير متوافق أو شاذ، ويكون التركيز فيها على تعديل العلاقات المتبادلة بين الاستجابات ونتائجها التي تؤدي إليها الظروف التي لا يتكرر فيها أو يكون فيها غائبا.
- وينتهي العلاج: عند النقطة التي يتم فيها الوصول إلى السلوك المعدل المنشود. (بلحاجي، 2014، ص 106).

5. مزايا العلاج السلوكي: من المزايا التي تحسب للعلاج السلوكي مايلي:

- للعلاج السلوكي يعتمد على الدراسات والبحوث المعملية والمضبوظة القائمة في ضوء نظريات التعلم والتي من الممكن قياس صدقها.
- كما أن العلاج السلوكي يسهل على المعالجين عدة أساليب لعدة أنواع من المشكلات النفسية.
- والعلاج السلوكي يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.
- يسعى العلاج السلوكي في الوصول وتحقيق أهداف مجددة وواضحة.

- يوفر الجهد والوقت والمال وفي وقت أقل يحقق الأهداف المرجوة.
- يمكن أن تتعاون فيه عدة أطراف مثل الوالدين والمعلمين والمرضى وغيرهم بعد تدريبهم (عبد المالك، 2014، ص 28)

6. عيوب العلاج السلوكي: توجد بعض النقاط تحسب على العلاج السلوكي نذكر منها:

- بعض الأحيان يكون الشفاء مؤقتاً.
- كما أن السلوك البشري معقد لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها.
- كما ان النموذج السلوكي المبني على ساس الاشتراط لا يصلح لكل أنواع السلوك البشري.
- كما يؤخذ عليه أيضا أنه يركز على التخلص من الأعراض وبذلك يزول العصاب، والتركيز على إزالة الأعراض قد يؤدي إلى إزالة أعراض أخرى (عبد المالك، 2014، ص 29).

ثانياً: العلاج المعرفي

1. المفاهيم الرئيسية في العلاج المعرفي:

أ. الأفكار التلقائية: تعتبر الأفكار التلقائية مفهوم أساسي في العلاج المعرفي عند "بيك" وتسمى بالحدث المعرفي فهي أفكار وتأويلات ترد على العقل لا إرادياً، ودون وعي من الفرد أي الأفكار التي تطرأ بين الأحداث الخارجية واستجابة الفرد الانفعالية وعادة تعكس هذه الأفكار عدم القدرة على التوافق والنظرة السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل للفرد وكلما كان محتوى هذه الأفكار سلبياً كان لها تأثيراً عكسياً على أداء الفرد ومشاعره وتكون السبب في ظهور الاضطرابات الانفعالية كالاكتئاب والقلق، والغضب...

وللتعرف على هذه الأفكار يوجد عدة أساليب:

- الأسئلة المباشرة والحوار السقراطي.
- استخدام لحظات الانفعال القوية أثناء جلسات العلاج.
- التأكيد على معنى الأحداث.
- حصر وعد الأفكار التلقائية.
- كتابة مذكرات يومية عن التغيرات المزاجية والأفكار التلقائية.

ب. المخططات المعرفية: كلمة مخطط استخدمها قبل "بيك" الباحثان " سيجال وبياجيه" وذلك للإشارة إلى البنى المعرفية لدى الطفل وهي طرق تنظم عملية استجاباته للمواقف والخبرات فهي تتيح للفرد لأنه يقرر الطريقة التي يدرك بها البيئة أي هي أساليب عامة من التفكير عن البيئة.

وحسب "بيك" المخططات هي بنى معرفية تتواجد لدى الفرد وهي تتضمن الاعتقادات والافتراضات والتوقعات والمعاني، وهي تشكل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات والعالم والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

ج. التوقعات/ المعاني/ الافتراضات: لكل فرد توقعات تسبق مواجهته للأحداث والواقع وتكون مرتبطة بالذات والآخرين والمستقبل وقد تكون إيجابية أو سلبية بحيث تكون سببا في ظهور الاضطرابات الانفعالية.

د. القواعد والاعتقادات: استجابات الفرد محكومة غالبا بقواعد حيث يضع الفرد لكل موقف قواعد معينة ويحكم على ذلك الموقف في ضوءها وتم تكون استجاباته لذلك الموقف حيث يستمد الفرد هذه القواعد من خلال خبراته وملاحظة الآخرين وهي تساعد الفرد على تحديد الطريقة التي يستجيب بها للموقف.

هـ. التحريفات المعرفية: يقصد بها أن المعاني والافكار التي يكونها الفرد عن الحدث أو الموقف تكون خاطئة ولا تمثل بالصورة مكونات الواقع الفعلي، ويتضمن تشويه المعرفي أخطاء في المحتوى المعرفي للفرد، وهذه التحريفات يمكن المبالغة فيها كما وكيفا، فالتحريفات المعرفية تمثل عمليات مختلفة من خلالها يستطيع الشخص أن يلطخ أو يلوث المعلومات القادمة أو الداخلة بحيث تتزامن مع محتوى مخططاتها الكامنة، وتظهر التحريفات المعرفية عندما تكون معالجة المعلومة غير فعالة وبالتالي تكون الاعتقادات والمخططات لدى الفرد عرضة للتحريف المعرفي. (خوجة، 2014، ص 98.99)

2. السيكولوجيا المعرفية والممارسة العلاجية:

إن العلاج المعرفي إمتد تأثيره إلى معظم التخصصات المعرفية والتخصصات الفرعية، بل ظل يكتسح التخصصات الأخرى مثل علم النفس العيادي، فأبعد ما كان العلاج النفسي يعتمد على تقنيات ووسائل مستمدة من المرجعية السيكوتحليلية ومراكزته من خبرة في علاج الاضطرابات النفسية، وبعد ما تم الانتقال بعد الحرب العالمية الثانية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى الاعتماد على العلاج السيكولوجي

بطريقة أثبتت جذراتها خصوصاً للعلاج ومن أجل أن تتخلص من العودة إلى الماضي الطفولي كان من الضروري أن يتأثر على النفس العيادي بهذا المناخ الجديد المعرفي خاصة بعدما إستفاد هذا المجال من التطورات والأبحاث النورلوجية المسببة للعجز المعرفي وتفسيرها سيكولوجيا (عبد المالك، 2014، ص 25.24)

3. خصوصيات الممارسة العلاجية المعرفية:

من إهتمامات العلاج المعرفي هي كيفية تجاوز الفرد الأساليب المعتادة في التفكير والابتكار حلول للمشاكل الجديدة، ولذا يدرس أساليب التفكير لتشخيص الصعوبات وتغييرها كما أن العلاج المعرفي يركز على الدراسة العمليات التي من شأنها تؤمن معالجة المعلومات ويعتبر أن الوعي يتدخل في مواجهة وضعية معينة للقيام بقراءة جد ذاتية للمحيط من خلال تركيز الإنتباه على بعض المعطيات ومنحها دلالة خاصة (عبد المالك، 2014، ص 25).

4. الهدف من العلاج المعرفي:

- التغيير المعرفي: ومفاده حمل الافراد على مقارنة مختلفة للأشياء من خلال الكثير من الهدوء والوضوح واتخاذ مسافة معينة تجاه الحدث.
- تغيير نظرة الفرد إلى العالم وتمثله حوله ليتحكم في ذاتيته وأفكار السلبية.
- تخلي الفرد على النظرة المثالية المرضية للذات والواقع والمستقبل.
- يتعلم الفرد كيف يقدم نفسه وليس كيف يريد أن يكون ويتقبل الآخر كما هو ليس وكما يريده أن يكون.
- يتعلم الفرد كيف يضع عقله وذكاءه في وجهة هفوات انفعالاته وذاتيته الناتجة من أفكاره المشوهة وأسلوب تفكيره غير الملائم (عبد المالك، 2014، ص 25)

5. مميزات العلاج المعرفي:

- أ. العلاج المعرفي هو علاج قصير المدى من 15 إلى 22 حصة في مدة تستغرق 3 أو 4 أشهر.
- ب. تدوم كل حصة ساعة واحدة وهي مبنية لتسهيل استعمال زمني فعال واقتصادي.
- ج. الأسلوب تشاركي حيث أن المعالج والمريض يعملان معا لتحديد المشاكل وحلها.

- د. يلعب المعالج دور نشيط وموجه خلال مراحل العلاج وأحيانا يكون عمله تعليمي ولكن دوره هو تسهيل وتعريف وحل المشاكل عن طريق أسئلة استقرائية.
- هـ. فالمنهجية تجريبية عند وجود المعطيات أي المشاكل والأفكار والتصرفات الخاطئة وافتراسات من طرف المعالج والمريض واختبارات للتأكد من مختلف طرق التغيير والنتائج.
- و. الطريقة الأساسية العلاجية هي سقراطية بمعنى طرح سلسلة أسئلة قادرة على الوصول بالمريض لتغيير أفكار وآراءه (خوجة، 2014، ص ص 87،88).

ثالثا: العلاج السلوكي المعرفي

ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في النصف الثاني من القرن الماضي تحديدا في بداية الثلث الأخير منه، ويُعرفه " جون كوتروا " " jean cottraux " أنه مركز العلاج لتعديل أفكار وأنظمة المعتقدات الشعورية والغير الشعورية وتوقعات الفرد حتى وإن كان في النهاية يعمل على السلوك و "يمثل أو يصور التطبيق من علم النفس العلمي إلى العلاج النفسي ويستعمل المنهج التجريبي لفهم وتعديل الاضطرابات النفسي ويستعمل المنهج التجريبي لفهم وتعديل الاضطراب النفسي الذي يخل بالمعاش النفسي للعميل، استنادا على مناهج نظريات التعلم والتي تستند بدورها على تعديل السلوكيات الظاهرة والسيرورات المعرفية باستعمال تقنيات تمس ثلاث جوانب هي السلوك، المعرفة، والانفعال (لوجان، 2015، ص 16).

وتورد لنا لوجان تعريفات "جون كوتروا" المتمثلة في:

أ. تعريف السلوك:

تسلسل منظم لأفعال موجهة من أجل تكيف الفرد لوضعية ما حسب ما يدركها ويفسرها استنادا إلى مخططات معرفية مخزنة في الذاكرة الطويلة المدى (لوجان، 2015، ص 16).

ب. تعريف المعرفة:

هي فعل اكتساب المعلومات وتنظيمها واستعمالها وهي معلومات مكتسبة من العالم الخارجي، هذه المعلومات تتحقق بواسطة مخططات عقلية (لوجان، 2015، ص 16).

ج. الانفعالات:

تتميز الانفعالات التي تكتبها الأحاسيس المادية للمتعة أو الإستياء الموقف للتغيرات النفسية في الإستجابة للمؤثرات البيئية، ومع ذلك لا يستجيب الجسم بشكل سلبي وإعتماداً على خصائص المنبهات التي يتعرض لها، تصوره للأحداث يعتمد على خبراته الماضية والحالة المادية هو في تلك اللحظة. التحول من الانفعالات- ظاهرة فيزيائية، تأثر في الظاهرة العقلية (السرور والحزن والقلق، والخوف والإشمزاز والغضب، يعتمد في تفسير الوضع ولكن ليس الوضع نفسه (كوترو، 2011، ص 5).

1. مفهوم العلاج السلوكي المعرفي:

حسب المعجم الموسوعي للعلم النفس:

هو شكل من أشكال العلاج النفسي المعالج لإساءة تأويل الواقع ، و لذلك تكون الأولوية في العلاج المعرفي في تصحيح التصورات الخاطئة و بالتالي يتم تقبل الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطئ و بالتالي يتم تقليل الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطئ . و يركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض (بظاظو، 2013، ص 109).

و يعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه تلك العملية العقلية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعيا ببيئته الداخلية و الخارجية وعلى اتصال مستمر بها، و العمليات المعرفية هي: الإحساس أو الإدراك و الانتباه، و التذكر و الربط، و الحكم، التفكير والوعي (الغامدي، 2013، ص 144).

يرى "جلاس وشيا" 1986 أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويهدف العلاج إلى إقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية. وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الافعال الدالة على سوء التكيف، وبهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المريض المشوهة، ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى المريض (الغامدي، 2013، ص 18).

يعرف "استيفن" و "بيك": "العلاج المعرفي السلوكي بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية." من خلال هذا التعريف نلاحظ بأن الباحث وصف العلاج المعرفي السلوكي بأنه مداخل تسعى إلى تعديل الاضطرابات النفسية عن طريق العمليات المعرفية.

ويعرفه " جلاس " و "وشيا": " العلاج المعرفي السلوكي بأنه أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالاتجاه المعرفي للاضطرابات.

إن الإضافة المميزة لهذا التعريف ذكر بأن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة.

كما يعرفه "كندول" بأنه " محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي تثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي من حوله، من خلال استخدام استراتيجيات معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه (الغامدي، 2013، ص 144).

إن ما يميز هذا التعريف هو وصف علاج السلوكي المعرفي بأنه دمج الفنيات المستخدمة في العلاج التي تثبت نجاحها في التعامل مع السلوك، كما أضاف الجوانب التي يهتم بها العلاج السلوكي المعرفي.

التعريف الاجرائي:

هو أسلوب علاجي يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعلم الشرطي، بحيث تتم محاولات حل المشكلات واضطرابات السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضي للعميل .

2. مبادئ العلاج السلوكي المعرفي:

- يعتمد العلاج السلوكي المعرفي على صياغة مشكلة المريض التي يتم تطويرها وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن إطار المنظور المعرفي.
- يتطلب العلاج السلوكي المعرفي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض.
- يشدد العلاج السلوكي المعرفي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة، والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.
- يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة وحل مشكلات معينة.

3. أهداف العلاج السلوكي المعرفي:

- مساعدة المريض للتوصل إلى المنظور جديد لفهم مشكلته.
- تعليم المريض كيف يمكن لمعارفه أن تساعد في تفسير أسباب ونشوء ووجود استجاباتهما الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف.

- يشرح له أن التغيير المعرفي له أهمية رئيسية في العلاج.
- يقوم كل من المعالج والمريض بتنفيذ وتحليل النتائج المعرفية والسلوكية (غير السوية) بشكل مستمر، كما يتم تحديد احتمالات حدوث التدعيم الذي يحافظ على وجود السلوكيات غير المرغوبة، يتم أيضا تطبيق أساليب العلاج من أجل تغيير تلك الاحتمالات.
- إن العلاجات المعرفية السلوكية نشطة وقائمة على الوصول للأهداف وتشمل الطرق التعليمية مثل وضع جدول الأعمال وإعادة البناء والتوضيح وردود الأفعال والانعكاسات، والتمرين والواجبات المنزلية.
- إنشاء علاقة تعاونية وتجريبية بين المعالج والمريض، يتم تشجيع المرضى على تجريب ما تعلموه حديثا من سلوكيات في حياتهم اليومية على أساس أنهم سيكونون أقل معارضة لاقتراحات التغيير إذا ما أمكن حثهم على تجربة سلوكيات جديدة يكون لها نتائج أكثر جلبا للفائدة. (الغامدي، 2013، ص ص 158.189).

4. فنيات العلاج السلوكي المعرفي:

- فنيات معرفية: كالتعليم النفسي، والمناقشة، والتعرف على الأفكار اللعقلانية وتعديلها، وإعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجه بالإستبصار، المقابلة العيادية، والمراقبة الذاتية، والتحكم الذاتي والتدريب على حل المشكلات والتعبير عن الذات بطريقة لفظية، فنيات البناء المعرفي.
- فنيات انفعالية: مثل النمذجة، لعب الدور، الحوار والمناقشة، الوعظ العاطفي.
- فنيات سلوكية: الاسترخاء، القصص، الواجبات المنزلية، التمثيل، الإشتراط الاجرائي كالتعزيز والعقاب، اشتراط التخفيف من القلق، التحصين التدريجي، التعريض، ومنع الاستجابة... الخ (عبد المالك، 2014، ص 36).

5. التحليل الوظيفي:

هو ذلك التطبيق العيادي للأساليب التجريبية، يستخدم أمام العميل نفس منهجية الباحث أمام موضوع البحث. مرحلة أساسية في العلاج السلوكي المعرفي يجمع بين التيارين والسلوكي المعرفي في حقل العلوم التجريبية، وبهدف التحليل الوظيفي إلى الحصول على معلومات تسمح لنا بوضع فرضيات. ساعدنا على تحديد العوامل التي تثير أو تثبت الاضطراب (بلمهوب، 2014، ص 428)

فهو عبارة عن جمع المعلومات المتعلقة بالشخص لفهم وضعية القلقة والعوامل المفجرة (الأسباب)، والنتائج (الآثار) أيضاً، العوامل التي تحفظ السلوك والأفكار التي التي تضع المشكل (لوجان، 2015، ص 20)

6. أهمية التحليل الوظيفي:

- ملاحظة الأفعال والحصول على معلومات كمية.
- وضع فرضيات حول علاقة الأسباب بالأفعال.
- التجريب الموجه نحو اختيار الفرضيات.
- تفسير النتائج التي تسمح بقياس تأثير التدخل العلاجي (بلمهوب، 2014، ص 428)

7. نماذج التحليل الوظيفي: يوجد ثلاث نماذج من التحليل الوظيفي:

- نموذج سورك **src**.
 - نموذج **basic idea**.
 - شبكة سيكا **grille secca** وهي الشبكة المستخدمة في بحثنا حيث تسمح بتقييم المشكل كما هو حالياً ودراسة تطور وانعكاسات الاضطراب عبر الزمن (لوجان، 2015، ص 20)
- كما تساعد العميل على الوعي بالعلاقة الموجودة بين أفكاره وسلوكاته ومحيطه، وانفعالاته (بلمهوب، 2014، ص 429).

أولاً: شبكة سيكا الآنية (الحالية):

- تقييم المشكل حسب ما يظهر عليه في الوقت الراهن.
 - عندما يكون المريض لديه عدة اضطرابات يمكن أن نقيم شبكة سيكا لكل اضطراب.
 - في الشبكة نبدأ بالوضعية والإستباق في الأخير لأنه عبارة عن نتائج المشكل من أحاسيس و أفكار و سلوكات.
- 1- تحديد الوضعيات: هي إظهار الوضعيات التي تثير الإضطراب (التحدث أمام الجمهور) الوضعية المشكلة القلق.
- 2- الانفعالات: يجب أن نحدد ما هي الانفعالات التي تثيرها هذه الوضعية.

3-المعارف: تحديد الأفكار الأوتوماتيكية التي تصاحب الإنفعالات و نلاحظ إذا كان موضوع مشترك لهذه الأفكار أو أنها أفكار أوتوماتيكية (سوف يحمر وجهي ، أنا غير كفى)

4-تحديد السلوكيات: التي تصاحب الوضعية مع أبرز عواقبها مع المحيط . ودراسة المحيط تمكننا من معرفة هل هو: يعزز الوضعيات، يعاقبها، لا يوليها الأهمية، ما هي الأشياء التي تصعب المشكل، متى و كيف يمكن لك أن تكون بحالة جيدة.

5-التنبؤ (التوقع): يمكننا من تحديد ما الذي ينتظره المريض أثناء إستعداداه لمواجهة الوضعية. - يمكننا من تحديد درجة التوقعات ومن أجل هذا نقيم درجة تقييم من 0-100 (بالنسبة للوضعيات المشكلة).

من بين الأسئلة التي تطرح في شبكة سيكا:

- 1- تطلب منه وصف يومه ساعة بساعة؟
- 2- متى ظهر المشكل؟
- 3- أين ظهر المشكل؟
- 4- متى يظهر المشكل؟
- 5- كيف يظهر المشكل؟
- 6- مع من تكون عندما يظهر المشكل؟
- 7- ما هي العواقب؟
- 8- ما هي ردة فعل المحيط تجاه المشكل الذي يعاني منه المريض ؟ هل يتعاطف معه؟ هل ينتقده؟
- 9- ما هي الأشياء التي تصعب المشكل؟
- 10- ما هي الأشياء التي تخفف المشكل؟
- 11- كيف و متى يمكن لك أن تكون في حالة جيدة؟

ثانيا: شبكة سيكا الماضي:

1- المعطيات البنيوية المحتملة:

أ. الجانب الوراثي (السوابق المرضية للأب و الأم و الإخوة)

ب. الشخصية : هل هناك تقدير الذات (منفتح، منغلق، الناس تؤكد أفعاله؟ هل يستحضر حياته الجنسية، العاطفية، المهنية)

2-العوامل التاريخية التي تثبت الإضطراب:

- العوامل المحتملة التي تثبت الإضطراب (الموت ، الفشل ، حادث)
- البحث عن العوامل المفجرة.
- البحث عن العوامل المسرعة للاضطراب.
- البحث عن ما إذا كان المريض قد سبق و أن عالج هذا الاضطراب.
- التاريخ الطبي للعائلة حول ما يتعلق بالمريض (كوترو، 2011، 112).

خلاصة الفصل:

تطرقت الباحثة في هذا الفصل للعلاج السلوكي المعرفي وتؤكد على ضرورة العلاج بهذا الأسلوب كونه أكثر العلاجات شيوعا في الوقت الحاضر لتناوله لمختلف الاضطرابات النفسية تقريبا. كما يعد العلاج السلوكي المعرفي من أفضل أنواع العلاجات المستخدمة من حيث نتائجه، هذا ما ستحاول الباحثة الكشف عنه من خلال الجانب التطبيقي لهذه الدراسة.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الجانب النظري لموضوع البحث وأسباب اختياره وتحديد إشكاليته العامة وفرضيته والهدف من البحث واستعراض فصوله، نتطرق الآن للجانب الميداني في محاولة لتحقيق هدف البحث والتحقق من صدق الفرضية ومن أجل ذلك سنتناول في هذا الفصل منهج البحث وإجراءاته المنهجية وأدواته.

1. حدود الدراسة:

- الحدود الزمانية: تمت الدراسة في الفترة الممتدة ما بين 02 /29 إلى غاية 10 /05 /2016.
- الحدود المكانية: مخبر وسائل التقصي و تقنيات العلاج لإضطرابات السلوك الكائن بجامعة السانية (EX-IAP) وهران.
- الحدود البشرية: لقد شملت الدراسة على حالة من جنس ذكر وهو طفل عمره 5 سنوات وسبعة أشهر.

2. منهج الدراسة: نظرا لطبيعة البيانات المراد جمعها استعملت الباحثة المنهج العيادي الذي هو أساس تطبيق الطريقة الإكلينيكية (تشخيص، تنبأ، علاج) أين يقوم الأخصائي النفسي باستخدام الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات السيكولوجية كما تعرفه الجمعية النفسية الأمريكية بأنه هو طريقة لاكتساب المعرفة المنظمة بالشخصية الإنسانية ولإعداد الطرق لاستخدام هذه المعرفة لتحسين الحالة العقلية للفرد (مازن، 2012، ص 219)

3. أدوات الدراسة: تم الاعتماد في هذه الدراسة على أربعة أدوات لجمع المعلومات والمتمثلة في دراسة الحالة، الملاحظة والمقابلة العيادية وتم الاستعانة بإستبيان لقياس شدة العناد.

تمثلت الأداة الأولى في دراسة الحالة والتي يشير إليها "سري" على أنها وسيلة شائعة الاستخدام لتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن المريض وهي أكثر الوسائل شمولاً وتفصيلاً، فهي بذلك أسلوب لتجميع المعلومات التي تم جمعها بالوسائل الأخرى مثل المقابلة والملاحظة والتقارير الذاتية والإختبارات، تتضمن دراسة الحالة كل المعلومات التي تجمع عن الحالة، وهي تحليل دقيق للموقف العام للفرد ككل (سري، 2000، ص 82).

تمثلت الأداة الثانية في **الملاحظة** والتي تستعمل نماذج محددة: قابلية الإصغاء، تقمص وجداني، إزالة المؤثرات الشكلية أو الفعلية التي تغير أو تعيق نشاط المفحوص. وتسجل في الملاحظة خصائص صادرة من المفحوص (حركات قهرية، أنظار موجهة للفاحص أو المستقبل وهمي، نشاط وتغير لمحات الوجه، حوار بدني أو حركات مفرطة، صمت أو كلام متواصل، ضحك أو كلام الحزن....) (مرداسي، 2009، ص 157،158).

أما الأداة الثالثة تمثلت في **المقابلة العيادية** ويعرفها "بكداش" كمايلي: تشكل المقابلة الإكلينيكية (العيادية) التقنية الأساسية ويحدث فيها " لقاء" بين النفساني (الفاحص) والمفحوص وتقوم بينهما التبادلات والتي يلعب فيها الحدس العيادي دورا رئيسيا ويتعين على النفساني في هذه المقابلة أن يضبط استجاباته الانفعالية (بكداش، 1984، ص 37)، حيث تم تقسيمها.

شملت الأداة الرابعة **الإستبيان** والذي يعتبر من الأدوات الشائعة الإستعمال في البحوث السلوكية. وهو مجموعة من الاسئلة المكتوبة تشمل موضوعا معينا ويعبر المجيب فيها عن الأجوبة كتابياً (مزيان، 2006، ص ص 112 - 113).

وقد تم الإعتماد في هذه الدراسة على إستبيان يقيس فرط الحركة ونقص الإنتباه (SNAP-4) والذي يحتوي على 90 بندا والمقسمة على ستة أبعاد والمتمثلة في:

- البعد الأول: **نقص الإنتباه** متكون من البند 1 إلى 9.
- البعد الثاني: **فرط الحركة والعدوانية** متكون من البند 11 إلى 19.
- البعد الثالث: **إضطراب العناد والمعارضة** متكون من البند 21 إلى 30 (تم قياس شدة الإضطراب من خلال هذا البعد).
- البعد الرابع: **نقص الإنتباه والنشاط الحركي** متكون من عدة بنود (4، 8، 11، 31، 32).
- البعد الخامس: **العنف والتحدي** متكون من عدة بنود (21، 29، 23، 34، 35).
- البعد السادس: **مؤشر "كونر"** متكون من عدة بنود (4، 8، 11، 21، 32، 33، 36، 37، 38، 39).

بهدف تحديد مستوى العناد والمعارضة لدى الحالة وإخضاعه للمنهج العيادي (العلاج السلوكي المعرفي) تم تطبيق البعد الثالث الذي يقيس اضطراب العناد والمعارضة (top) و الذي يضم 10 بنود؛

من البعد 21 إلى 30 أنظر الملحق رقم (01) ويكون تقييم كل عبارة أو وحدة في سلم تكراري رباعي الدرجات تتراوح ما بين الدرجة (0) المعبرة عن (لا يوجد) والدرجة (1) والمعبرة عن (خفيف) والدرجة (2) المعبرة عن (شديد) وآخر درجة (3) المعبرة عن (حاد).

4. البرنامج العلاجي:

حاولت الباحثة إعداد برنامج علاجي سلوكي معرفي بهدف تخفيف من العناد لدى الحالة مبني على مجموعة من الخطوات المنظمة المستمدة من الأدبيات والدراسات التي إهتمت ببناء البرامج للعلاج السلوكي المعرفي تتضمن مجموعة من التقنيات: الاسترخاء، التعزيز، العقاب، الواجب المنزلي.

5. إجراءات بناء البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي: مر بناء البرنامج العلاجي بثلاث مراحل

هي:

1- مرحلة تمهيدية: تم فيها الإطلاع على الجانب النظري للعلاج السلوكي المعرفي ولاضطرابات السلوكية وبالتحديد العناد من خلال الإطلاع على الكتب والمجلات والمقالات العلمية.

2- مرحلة تخطيط وبناء تصميم ومحتوى البرنامج العلاجي: تم فيها الإطلاع على الدراسات السابقة وخطوات ومضمون البرامج العلاجية التي تناولت الموضوع وكيفية إعدادها، وتحديد المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل العنيد بالإضافة للرجوع إلى الجانب النظري الذي تم الاضطلاع عليه سابقا، بدأ بعدها تخطيط البرنامج العلاجي من خلال إعداد محتوى البرنامج وتحديد عدد الجلسات والأهداف والتقنيات المستعملة في كل جلسة والمدة الزمنية المستعملة لها.

3- مرحلة تطبيق البرنامج العلاجي: تم تطبيق البرنامج وفق جدول زمني إبتداءً من 2016/02/29 إلى غاية 2016/05/10 على أربعة مراحل:

1- مرحلة ما قبل العلاج: في جلسة واحدة تم فيها القياس القبلي.

2- مرحلة العلاج السلوكي المعرفي: من الجلسة الثانية إلى الجلسة السادسة، تضمنت التقنيات التالية: الإسترخاء، التعزيز، العقاب، الواجبات المنزلية.

3- مرحلة تقييم نتائج العلاج: في الجلسة السابعة (ما قبل الأخيرة) تم فيها القياس البعدي ومراجعة التطور الذي وصلت إليه الحالة.

4- مرحلة متابعة البرنامج: في الجلسة الثامنة.

6. التقنيات المستعملة في البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي:

- **التعزيز:** هو إثابة الطفل على أسلوبه السوي بكلمة طيبة أو إبتسامة عند المقابلة أو الثناء عليه أمام الآخرين أو منحه هدية مناسبة، وكذلك تدعيم السلوك الجيد والمناسب (بطرس، 2010، ص219).
- **الإسترخاء:** بدأ العلاج باستخدام أسلوب الإسترخاء في العلاج النفسي منذ أن قدم العالم الأمريكي الشهير "جوزيف وولب" العديد من الأبحاث في استخدامه لهذا الأسلوب بنجاح في علاج العديد من الاضطرابات النفسية (بطرس، 2010، ص273).
- **العقاب:** يعرف العقاب علمياً أنه إجراء يتبع السلوك غير المناسب بعد حدوثه مما يؤدي إلى خفض احتمالات تكرار السلوك في المستقبل. والعقاب نوعان:
 - 1- **العقاب من الدرجة الأولى:** وهو تعرض الفرد لمثير منفر بعد قيامه بالسلوك غير المقبول غير المناسب.
 - 2- **العقاب من الدرجة الثانية:** وهو حرمان الشخص من التعزيز الإيجابي بعد قيامه بالسلوك غير مناسب (مثل : المخالفة، العزل، التوقف عن الانتباه) (بطرس، 2010، ص273).
- **الواجبات المنزلية:** تتمثل في تحديد مجموعة من السلوكات والمهارات التي يتعين أدائها من قبل العميل تحدد نهاية كل جلسة وتقيم بداية الجلسة اللاحقة، على أن يتم التدريب عليها تدريجياً في بداية جلسات العلاج بما يتناسب مع هدف العلاج (لوجان، 2015، ص 29)

الفصل الخامس

دراسة الحالة

أولاً: دراسة الحالة:

1. البيانات الأولية:

- الإسم واللقب: "ن"
- الجنس: ذكر
- السن: 5 سنوات و 7 أشهر.
- الترتيب بين الإخوة: الثاني والأصغر بعد أخويه التوأم.
- المسكن: حي -بيتي- (وهران)

2. الفحص النفسي للطفل:

الطفل "ن" يبلغ من العمر 5 سنوات و 7 أشهر العائلة تقيم بحي بيتي. بوهران مستواها المعيشي دون المتوسط، "ن" يقيم مع الأبوين وله أخوين توأم أكبر منه يبلغان 8 سنوات من العمر مصابان بطيف التوحد علما أن الحالة "ن" لايعاني من أي مرض عضوي وهو يعاني من صعوبات في ضبط السلوك (العناد والمعارضة)، حيث يغلب على سلوكه عدم الطاعة والانحراف (كلام السوء)، العدائية اتجاه أقرانه وهو غير منسجم مع أخويه وكذا مع أمه حيث يتمرد عليها في الكثير من الأوقات، حيث تتحول عملية تغيير الملابس إلى معركة فهو غالبا يرفض الإستجابة إلى أقوال الأم.

1- النشاط العقلي: من ناحية القدرات العقلية لا يعاني الحالة من إضطراب في التفكير، غير أننا لا

حظنا نوع من الفقر المعجمي وهذا راجع إلى أنه ينمو في بيئة لا تسمح له بالتواصل مع أفراد أسرته وهذا لأن الأم مشغلة بتلبية احتياجات أطفالها المتوحدين والأب بدافع عمله الليلي فإنه يمضي نهاره في النوم ولا يحب المضايقة، التوجه الزماني والمكاني جيدين.

2- سياق ظهور الإضطراب: الحالة "ن" ولادة طبيعية، العائلة لديها طفلين يعانين من طيف التوحد

مما جعل الطفل محل أنظار المحيط العائلي الموسع حول إمكانية إصابته مثل أخويه، في بداية السنة الأولى لم يلقى الاهتمام الكافي بسبب إنشغال الأم في تلبية احتياجات أخويه التوحيدين، أما الأب فكان غير مبالي. بعد بلوغه 18 شهرا لم ينتج اللغة وعليه قامت الأم بإدماجه في الروضة حتى يكتسب الكلام. البوادر الأولى للعناد بدأت مع بلوغه السن الثالث والنصف حيث ظهرت عليه تصرفات عدائية نحو الأم كشدها من الشعر وضربها، وغيرها من سلوكيات الاستياء، وعدم

الخضوع إلى أوامرها ومع تقدمه في السن زادت هذه السلوكيات وتعمت نحو المحيط العائلي إلى أن ظهر عليه، استعمال الكلام البديء ونوبات الغضب.

3. التشخيص: الحالة "ن" 5 سنوات و 7 أشهر قدم الأعراض التالية:

- 1- الغضب: عند رفض تلبية رغباته.
- 2- معارضة أوامر الكبار: عدم الاستجابة لطلب الأم حول القيام بأمرها.
- 3- الإستقزاز: إستعمال ألفاظ بديئة.
- 4- العناد: عدم الخضوع للقواعد العامة.
- 5- الحساسية الكبيرة: التي تظهر من خلال الغضب من الآخرين وانعزاله.
- 6- يتظاهر غالباً حقود وشرير: خلال النشاطات التي يقوم بها.

حسب الأعراض المذكورة أعلاه وبالإضافة إلى نتائج إختبار SNAP-4 تشخص الحالة "ن" على أنها تعاني من: اضطراب العناد والمعارضة وهذا ما أكده DSM4 و (جويده بيتو، 2003).

ثانياً: الجلسات العلاجية

- مدة البرنامج: عدد الجلسات 08 وتتراوح مدة كل جلسة ما بين 30 إلى 60 دقيقة.

الجلسة الأولى: وكانت بتاريخ 2016/02/29 ودامت 60 دقيقة.

مرت الجلسة بحضور الأم مع ابنها بصفتها المتقدمة بطلب التكفل النفسي لطفلها، وتم فيها بعد الترحيب التعرف على الحالة والأم.

- الاستفسار عن الأحوال النفسية والمزاجية للطفل.
- وانتقاء الملاحظات حول التفاعلات بين الأم والطفل.
- تم عرض مختصر عن البرنامج العلاجي، مع التأكيد إقامة التحالف العلاجي ومدى أهميته في سيرورة البرنامج العلاجي.
- تطبيق القياس القبلي لمؤشر شدة العناد والمعارضة (snap-4).

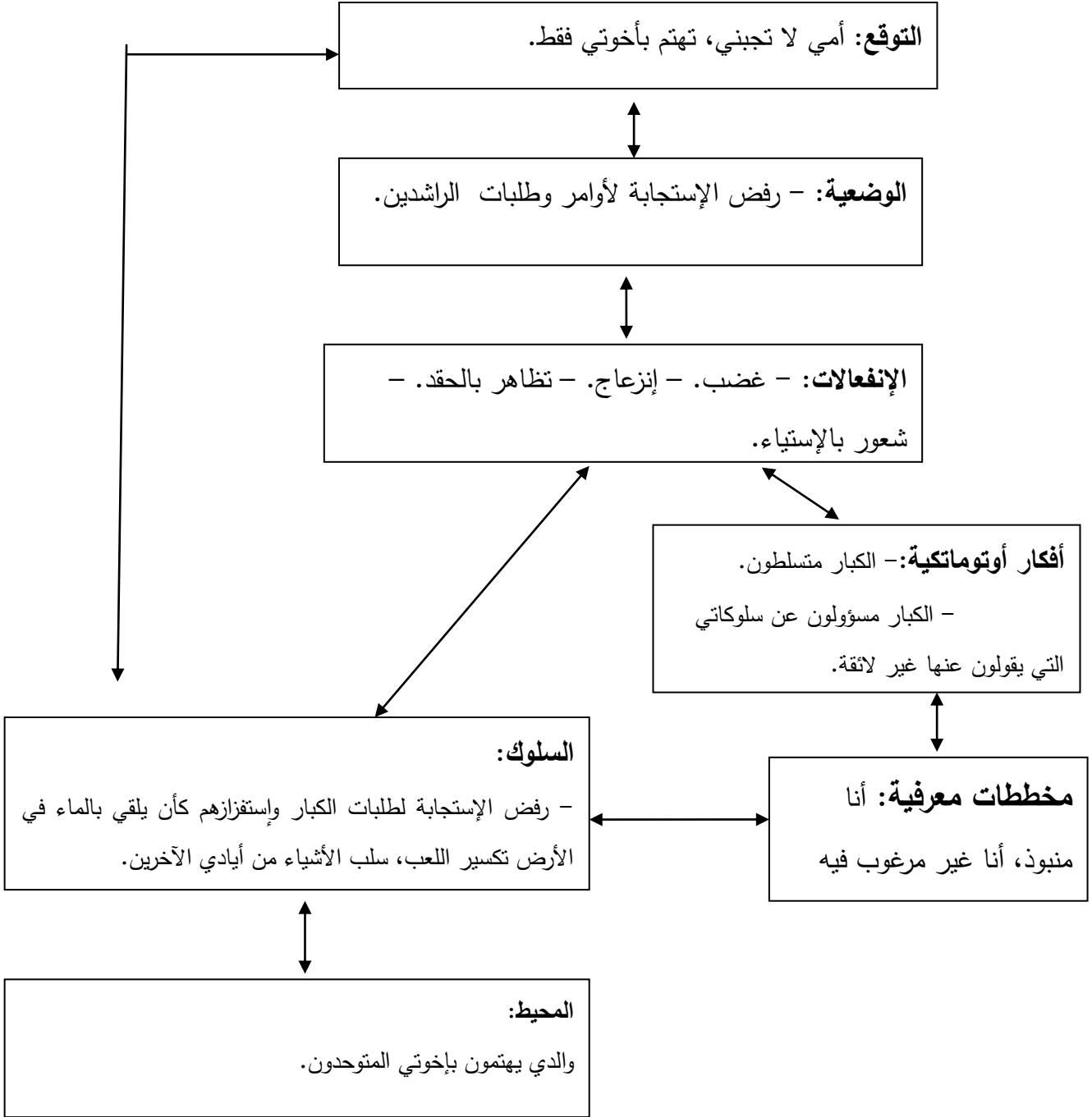
الجلسة الثانية: وكانت بتاريخ 2016/03/07 ودامت 40 دقيقة.

مرت الجلسة بحضور الأم مع ابنها، وتم فيها:

- إستجواب الطفل حول دميته التي أحضرها وهي عبارة عن "تونورس" يقوم بالعناية به وحول أصدقاءه في النادي الجيدوا.
- تطبيق تقنية التحليل الوظيفي للحالة باستخدام شبكة "سيكا" التي جاء بها « jean cottraux » "جون كوتروا".
- تعزيز التحالف العلاجي (خاصة مع الطفل).
- حوادث معجلة في ظهور السلوك المضطرب: غياب الأب وعدم المبالاة وهذا ما لمسناه من خلال المقابلة التي أجريناها مع الزوجة، كذلك إنهماك الام في حاجيات أولادها المتوحدين وهذا ما يترتب عليه إحتمال إهمال الحالة "ن" لوحدها دون مساعدة الأب".
- إصرار الأم على تغيير الروضة لابنها بدافع إنها تريد التحسين من لغته واكتسابه الكلام ودمجه مع أطفال في مثل سنه.

مخطط التحليل الوظيفي لشبكة سيكا:

1. التحليل التزامني:



الشكل رقم (1): يمثل مخطط التحليل الوظيفي لشبكة سيكا

2. التحليل التاريخي: DIACHRONIQUE

المعطيات البنيوية الممكنة:

- جينية وراثية: الام تعاني من توتر وقلق.
- شخصية: التناقض الوجداني اتجاه الوالدين.
- عوامل مفجرة أساسية: مرض الإخوة - معاملة الأم المتسلطة ومفرطة في مراقبة تصرفاته.

الجلسة الثالثة: وكانت بتاريخ 2016/03/14 ودامت 40 دقيقة واقتصرت على الطفل وحده.

- تمت في هذه الجلسة الخطوات التالية:
- تطبيق تقنية الإسترخاء (عضلي) في بداية الجلسة مدة 10د.
- طلبت الباحثة من الطفل العد من 1 إلى 10 رفض في بداية الأمر ثم بعد فترة من اللامبالاة من طرف الباحثة عاد الطفل وبدأ يعد لوحده وينظر في وجه الباحثة للفت إنتباهها.

ملاحظة:

- على الحالة إرتياح جسدي ونفسي مقارنة بالجلسة السابعة.
 - تجاوب الحالة بطريقة سلسة بعد فترة اللامبالاة.
- الجلسة الرابعة: وكانت بتاريخ 2016/03/21 ودامت 30 دقيقة بحضور الأم، تمت هذه الجلسة وفقاً للخطوات التالية:

- تطبيق تقنية الاسترخاء "بالتنفس" كل من الأم والطفل لمدة 10د.
- تطبيق تقنية العقاب: بعد ملاحظة تعامل الحالة مع أمه حيث رفض إرجاع حقيبتها بعدما أفرغها لإدخال دميتها التي أحضرها معه وعندما حاولت الأم سلب الحقيقة منه ألقى بنفسه على الأرض وبدأ بالبكاء ورفض بعدها الامتثال إلى أوامرها وهنا تدخلت الباحثة بالخطوة التالية: أين طلبت من الطفل القيام من الأرض وسلب الدمية منه والذهاب إلى ركن الحائط عقوبة مدتها 5د.

ملاحظة: إنتهت الجلسة: محاولة الأم التدخل دون جدوى وفرض مبدئها دون جدوى وتصحيح لأقوال وتصرفات الطفل.

الجلسة الخامسة: وكانت بتاريخ **2016/03/28** ودامت 35 دقيقة تمت هذه الجلسة بحضور الأم.

- تطبيق تقنية الإسترخاء لمدة 10د في بداية الحصة.
- القيام بنشاط ترفيهي المتمثل في اللعبة التركيبية، تم فيه تركيب الأشكال المختلفة الهدف تهذيب الطفل على السلوك الإيجابي.
- تطبيق تقنية التعزيز ومشاركة الطفل في النشاط التربوي بهدف تخفيف التوتر الانفعالي وتنمية القدرة على حل المشكلات.
- إدراج إهتمام الأم بالطفل كمكافئة من خلال مداعبته ومدحه.

الجلسة السادسة: وكانت بتاريخ **2016/04/04** ودامت 40 دقيقة تمت هذه الجلسة بحضور الأم.

- تطبيق تقنية الاسترخاء لمدة 10د.
- تطبيق تقنية التعزيز (المعنوي) من خلال تشجيعه أثناء النشاط الترفيهي المتمثل في اللعبة التركيبية لهدف المساهمة في النمو اللغوي والإجتماعي مما يزيد في إثراء المعجم اللغوي وتطوير مهارته في المحادثة والحوار.
- شعور الطفل بالإنجاز أثناء اللعب ينمي ثقته بنفسه ويعزز صورته الإيجابية عن ذاته.
- تشجيع الأم على التعبير عن حبها له.

الجلسة السابعة: وكانت بتاريخ **2016/04/11** ودامت 35 دقيقة تمت هذه الجلسة بحضور الأم.

- تطبيق القياس البعدي وإنهاء الجلسات العلاجية.

الجلسة الثامنة: وكانت بتاريخ **2016/05/11** ودامت 45 دقيقة تمت هذه الجلسة بحضور الأم.

- تطبيق قياس المتابعة بعدة مرور شهر من آخر جلسة علاجية.

الفصل السادس

عرض النتائج ومناقشتها

عرض النتائج ومناقشتها:

1. نتائج الإستبيان الذي يقيس "العناد والمعارضة":

تم تطبيق مؤشر شدة العناد في القياس القبلي وتحصلت الحالة على الدرجة 20 والجدول التالي يمثل تصنيف مستويات العناد:

جدول رقم (1) يبين درجات العناد والمعارضة

| لايوجد معارضة | خفيف | شديد | حاد |
|---------------|--------------|--------------|--------------|
| 0 | من 01 إلى 10 | من 11 إلى 20 | من 21 إلى 30 |

من خلال الجدول رقم (1) يتبين أن الحالة تصنف في الخانة الثالثة والتي تعبر عن درجة شديدة من العناد والمعارضة.

وأعيد تمريره في القياس البعدي وتحصلت على 9 درجات مما يبين أن الحالة انخفض مستوى العناد والمعارضة من شديد إلى خفيف، والجدول الموالي يوضح القياس القبلي والبعدي وقياس المتابعة.

جدول رقم (2) يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي والمتابعة لمؤشر شدة العناد والمعارضة.

| القياس القبلي | القياس البعدي | القياس المتابعة |
|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 20 | 9 | 5 |
| يدل شدة مرتفعة من العناد | إنخفاض العناد ذو دلالة إكلينيكية | إنخفاض شدة العناد والمعارضة |

من خلال الجدول تبين لنا النتائج المتحصل عليها أن بعدما كان العناد والمعارضة شديد في القياس القبلي أصبح خفيف في القياس البعدي و القياس المتابعة.

2. مناقسة النتائج:

جاءت هذه الدراسة في شكل دراسة حالة واحدة وهو الطفل في سن الخامسة و7 أشهر من العمر ويعاني من اضطراب العناد والمعارضة ومن خلالها إقترح برنامج سلوكي معرفي وتم تطبيقه على الحالة مع إسهام الأم اعتماداً في ذلك على الوسائل العيادية: الملاحظة والمقابلة عند الطفل.

أسفرت نتائج الدراسة الإكلينيكية واحتوت على 8 حصص واستناداً على ملاحظة الباحثة والقياس القبلي والبعدي لإستبيان (snap-4) لقياس مؤشر العناد والمعارضة أوضحت وجود تأثير إيجابي للجلسات العلاجية والتقنيات المعرفية السلوكية المطبقة في البرنامج العلاجي وتحسن ملحوظ في سلوك الطفل:

- نقص نوبات الغضب.
- نقص معارضة أقوال الكبار واستقزازهم.
- إختفاء الألفاظ البديئة.
- تحسين نوعية علاقة الطفل بأمه وأبيه.
- تحسن تصرفاته مع أخويه.

وبالتالي غياب الأعراض الإكلينيكية الدالة على العناد والمعارضة والذي كان درجة شديدة (20) في تطبيق الاستبيان (snap-4) في القياس القبلي وهذا دليل كافي على أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي والمطبق على الحالة كان له أثر إيجابي في تحسن الحالة وبالتالي تؤكد الباحثة على صحة الفرضية والتي تنص على وجود فعالية للعلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من أعراض اضطراب العناد والمعارضة عند الطفل.

وهذه النتيجة بالرغم من محددات الدراسة البشرية المتمثلة في نقص الحالات المدروسة (حالة واحدة) إلا أن نتائجها لا تختلف عن نتائج العديد من الدراسات السابقة في الموضوع والتي أثبتت كلها فعالية علاج السلوكي المعرفي في العناد والمعارضة

الخاتمة:

كشفت هذه الدراسة مدى أهمية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيض مستوى العناد والمعارضة لدى الطفل في سن الطفولة المبكرة.

تعاني الكثير من الأسر في السنوات الأخيرة من تفشي ظاهرة العناد والمعارضة لدى أطفالهم مما يؤدي إلى نشوء العلاقة مع الأولياء ثم المعلمين والزملاء فيما بعد أين يأخذ هذا السلوك شكل عدواني نحو الآخر قد يؤثر على النمو المعرفي للطفل وينعكس على توافق النفسي يعرف اضطراب العناد والمعارضة على انه مجموعة من السلوكيات المتكررة السلبية، الإستفزازية، العاصية، العدائية تجاه الأشخاص الذين يمثلون السلطة والتي تمتد على فترة 6 أشهر على الأقل ولقد تعددت العلاجات في محاولة التخفيف من أعراض اضطراب العناد والمعارضة إلا أنه يبقى العلاج السلوكي المعرفي من أهم العلاجات فعالية في مثل هذه الإضطرابات السلوكية لأن العلاج السلوكي المعرفي يرتبط بطرق تعديل الافكار والإنفعالات من خلال مواجهة مباشرة المواقف كما أنه النموذج الذي يركز على الجمع بين المحيط والافكار والإنفعالات والسلوك ولعل من أجل إثبات ذلك قمنا بهذه الدراسة وعليه تم تأكيد الفرضية التي نصت على: العلاج السلوكي المعرفي له فعالية في التخفيف من أعراض إضطراب العناد والمعارضة عند الطفل.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم، عبد العزيز. (2010). المشكلات النفسية والسلوكية لدى الأطفال. (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
2. ابن منظور، أبي الفضل. (1993). لسان العرب. (ط3). بيروت: دار الصادر.
3. بالميهوب، كلثوم. (2014). تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية. البرنامج الوطني للبحث تربية وتكوين: crasc.
4. بشناق، رأفت. (2001). سيكولوجية الاطفال. (ط1). بيروت: دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع.
5. بطرس، بطرس. (2010). تعديل وبناء سلوك الأطفال. (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
6. بظاظو، أنسام مصطفى السيد. (2013). برنامج علاجي لتخفيف الاكتئاب ما بعد صدمتي الوفاة والطلاق. اسكندرية: مصر المكتب الجامعي الحديث.
7. بكداش، كمال. (دت). مبادئ علم النفس ومناهجه. بيروت: دار الطليعة للطباعة والنشر.
8. بلحاجي، أسماء. (2014). فعالية العلاج السلوكي في التخلص من التبول الوظيفي لدى الطفل من (6-12) سنة. رسالة ماجستير غير منشورة. وهران: جامعة وهران.
9. بن شهرة، يمينة. (2013). سوء التكيف النفسي والإجتماعي الطفل الروضة. رسالة ماجستير غير منشورة. وهران: جامعة وهران.
10. بنصورة، عبد المالك. (2014). فعالية برنامج معرفي سلوكي في تقبل صورة الذات وتخفيف القلق لدى المراهق المعاق حركيا. رسالة ماجستير غير منشورة. وهران: جامعة وهران.
11. الحجازي، مدحت عبد الرزاق. (2012). معجم مصطلحات علم النفس. ط1. بيروت: دار الكتب.

12. خوجة، مليكة. (2014). أثر برنامج العلاج النفسي المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات لدى المراهقة البدينة. رسالة ماجستير غير منشورة. وهران: جامعة وهران.
13. رولان دورون، فرانسوا. (1996). (ترجمة: فؤاد شاهين). موسوعة علم النفس. منشورات عويدات. (ط1). بيروت.
14. الزراقي، منيرة. (2010). دور الأسرة المسلمة في علاج بعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال من وجهة نظر الأمهات في مدينة مكة المكرمة دراسة ميدانية. رسالة ماجستير غير منشورة. مكة المكرمة: جامعة أم القرى.
15. سري، إجلال محمد. (2000). علم النفس العلاجي. القاهرة: عالم الكتب.
16. سليم، عبد العزيز. (2011). المشكلات النفسية والسلوكية لدى الأطفال. (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
17. عبد الستار، عبد العزيز، ورضوان، إبراهيم، بن عبد الله، وإبراهيم. (1993). العلاج السلوكي للطفل. الكويت: علم المعرفة.
18. عبد الفتاح، دويدار. (1993). سيكولوجية النمو والإرتقاء. بيروت: دار النهضة العربية.
19. عثمان، حسن ملا. (1982). الطفولة في الإسلام: مكانتها وأسس تربية الطفل. الرياض: دار المريخ.
20. عشوي، مصطفى. (2010). مدخل إلى علم النفس المعاصر. (ط3). الجزائر: ديوان مطبوعات الجامعة.
21. الغامدي، حامد بن أحمد ضيف الله. (2013). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق. اسكندرية: دار الوفاء.
22. لوجان، العالية. (2015). أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في علاج الأرق الأولي لدى الراشد. (مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر). وهران: جامعة وهران.
23. مازن، حسام. (2012). أصول مناهج البحث في التربية وعلم النفس. (ط1). القاهرة: دار الفجر.
24. مجلة دراسات في الطفولة.

25. مرداسي، مراد. (2009). حقول علم النفس الوسيط. الجزائر: ديوان مطبوعات الجامعة.
26. مزيان، محمد. (2006). مبادئ في البحث النفسي والتربوي. (ط2). وهران: دار الغرب.
27. مصطفى، أسامة فاروق. (2012). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية. (ط2). بيروت: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
28. معتصم ميموني، بدر. (2010). سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
29. معتصم، بدر. (2003). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
30. ملح، سامي. (2009). مشكلات الطفل الروضة. (ط1). عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
31. ملح، سامي محمد. (2010). مشكلات طفل الروضة. (ط2). عمان: دار الفكر.
32. ملك و الكندري، بدر ولطيفة. (دت). التغلب على العناد عند الأطفال. سلسلة تربية الأبناء والبنات (الصندوق الوقفي للتنمية العلمية والاجتماعية. وزارة التربية- اليونيسكو).
33. يوسف، جمعة. (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع.

اللغة الفرنسية:

34. Cottraux, jean, (2011), les psychotherapies comportementales et cognitives, 5ed, masson.
35. Djawida, pitot, (2003), evolution clinique en psychologie en psyopathologie, ed ; dunod .
36. Dsm4tr. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson.
37. Golera, bouvard, (2015), troubles du comportement avant six ans, annles medico- psychologie 173, el sevier masson .
38. H el ene, nathalie,clair, (2014), psychologie du d evloppement, 2e  dition, dunod

39.J, petot,(2004), pourquoi l'hyperactivite infantile evolue- elle frequemment vers le trouble oppositionnelle avec provocation.

الملاحق