

فاعلية برنامج سلوكي معرفي/بيئي لتحسين حالات المراهقين مضطربي السلوك

في ضوء بعض المتغيرات البيئية

عماد فتحي المغربي (1) - أحمد مصطفى العتيق (1) - محمد عبد الظاهر الطيب (2)

(1) كلية الدراسات العليا والبحوث البيئية، جامعة عين شمس (2) كلية التربية، جامعة طنطا

المستخلص

تهدف الدراسة الراهنة إلى تقدير فعالية برنامج سلوكي معرفي/بيئي لتحسين حالات المراهقين مضطربي السلوك في ضوء بعض المتغيرات البيئية، ومدى استمرارية خفض أعراض اضطراب المسلك بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في بيئة خارجية طبيعية مع مقارنته بعينة تجريبية أخرى تلقت البرنامج المعرفي السلوكي في داخل المستشفى، حيث إن العينة التي تلقت العلاج في البيئة الطبيعية هي المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية هي التي تلقت البرنامج داخل المستشفى. وقد أظهرت الدراسة وجود فروق جوهرية بين مرضي المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت البرنامج في البيئة الخارجية الطبيعية، والمجموعة التجريبية الثانية التي تلقت العلاج بالمستشفى لصالح المجموعة التجريبية الأولى من حيث انخفاض أعراض اضطراب المسلك بأبعاده الأربعة وزيادة معدل الرفاهية النفسية كما أظهرت استمرار التحسن خلال مراحل المتابعة الأولى والثانية لصالح المجموعة التجريبية الأولى حيث استمر انخفاض أعراض اضطراب المسلك وزادت الرفاهية النفسية. كما ظهرت فروق جوهرية بين القياس القبلي والقياس البعدي لدي عينة الدراسة المتلقين للبرنامج العلاجي في البيئة الخارجية، كما لم يظهر فروق جوهرية بين القياس البعدي وقياسي المتابعة الأولى والثانية، كما ظهرت تقديرات مرتفعة وآراء إيجابية في البرنامج العلاجي بعد تطبيقه مباشرة وبعد فترتي المتابعة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب السلوك، اضطراب المسلك، سلوكي معرفي، البيئة، الطبيعة، العلاج الخارجي.

مقدمة الدراسة

في الوقت الحاضر أصبحت مسألة السلوك المعادي للمجتمع والمعارض والمتمرد بين الأطفال والمراهقين يحظى باهتمام من الباحثين والعلماء من مختلف المجالات البحثية: وبالتالي فإن تشخيص الاضطرابات السلوكية إلى جانب برامج الوقاية والتدخل، أصبحت تحظى باهتمام كبير. كما تركز الأبحاث بشكل خاص على خصائص الأفراد المصابين باضطراب سلوكي وبيئتهم وأعراضهم التشخيصية وأسباب وعواقب اضطرابات السلوك التي تحدث على مستويات مختلفة ودرجات متفاوتة من الشدة. وترتبط أنواع السلوك المعادي للمجتمع والعدواني وأنواع أخرى من السلوك بالاضطرابات التي يستمر فيها الخلل الوظيفي لفترة طويلة، وبالتالي يكون لعدم التدخل العلاجي عواقب سلبية كبيرة على مستويات الحياة الشخصية والعائلية والاجتماعية.

ووفقاً لمراجعة الأدبيات يتم تفسير الاضطرابات السلوكية على أنها مجموعة معقدة من المشكلات العاطفية والمعرفية والسلوكية، والتي تتميز بعدم التحكم وعدم واحترام المبادئ الاجتماعية والأخلاقية، وعدم القدرة على التصرف بطريقة مرغوبة ومقبولة اجتماعياً.

وقد حظي انتشار الاضطرابات السلوكية وتشخيصها ووصفها باهتمام كبير على مدار السنوات الماضية، وخاصة المشاكل النفسية والاجتماعية بين المرضى الذين يعانون من هذه الاضطرابات وخبراتهم والعواقب المترتبة عندما لا يتم تلبية احتياجاتهم العاطفية والسلوكية، فهؤلاء الأطفال والمراهقين المصابين باضطرابات سلوكية يعانون من بعض

المشكلات، والتي تجعلهم فئة سكانية ضعيفة اجتماعياً، فهم أقل شعبية بين أقرانهم ولديهم أصدقاء أقل. (Culpepper & Fried, 2013, p. 1135)

وبناءً على الدليل التشخيصي الأمريكي للاضطرابات العقلية DSM5، فإن الاضطرابات السلوكية التخريبية الأكثر شيوعاً هي اضطراب التحدي المعارض ODD، واضطراب المسلك CD واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ADHD

سيركز الباحث على اضطراب المسلك حيث هذه هي العينة المستهدفة في هذه الدراسة ومن خلال عمل الباحث في إحدى مستشفيات الأمراض النفسية لاحظ تكرار دخول أصحاب هذا التشخيص للمستشفى طلباً للعلاج، وللد من التدهور.

مشكلة الدراسة

يعد اضطراب المسلك (CD) من أكثر الحالات انتشاراً أو الأكثر بحثاً في مجال الطب النفسي للأطفال والمراهقين، كما أنه أيضاً أحد الأسباب الأكثر شيوعاً للاستشارة النفسية الأولية وفي بعض الأحيان أول تعرض نفسي للعائلة.

ويمثل اضطراب المسلك (CD) عبئاً كبيراً على نماء المراهقين وله تأثير هائل على رفاهيتهم في المستقبل أثناء تطوهم إلى شخص بالغ، قد تحدث البداية في وقت مبكر مثل سنوات ما قبل المدرسة، ولكن الأعراض الهامة الأولى تظهر عادة خلال الفترة من الطفولة المتوسطة حتى منتصف المراهقة، ويكشف تقدير عبء المرض العالمي عن تأثير ما يقرب من 51 مليون شخص يعانون من اضطراب المسلك (CD) اعتباراً من عام 2013، ويحتل اضطراب المسلك (CD) المرتبة 29 في متوسط السنوات التي يعيشها المصابون بالإعاقة بين جميع الأمراض (الحادة والمزمنة) على مستوى العالم.

ووفقاً للدليل الأمريكي الخامس لتصنيف الأمراض النفسية (DSM5) تتراوح نسبة الانتشار بين السكان بشكل عام من 1.5 إلى 20% اعتماداً على طريقة جمع البيانات والإطار الزمني للدراسة وموقع الدراسة، وأن متوسط الانتشار حوالي 4% مع نطاق 2: 10% (American Psychiatric Association, 2013).

إن إيجاد طرق لتحسين فعالية العلاج النفسي لمشاكل السلوك أمر في غاية الأهمية لاسيما بالنظر إلى مجموعة النتائج السلبية قصيرة المدى وطويلة المدى لمشاكل السلوك في مرحلة البلوغ بما في ذلك الجريمة، اضطرابات تعاطي المخدرات، محاولات الانتحار، التعليم المنخفض، اضطرابات القلق والاكتئاب، اضطراب الفصام، اضطرابات الأكل (Fergusson, Horwood, Ridder, 2005, p. 801).

يشتهر المراهقون بكونهم من الصعب علاجهم ضمن إعدادات الاستشارات التقليدية وبالتالي هناك حاجة إلى تدخلات علاجية بأنماط مختلفة لتلبية احتياجاتهم. ومن العلاجات البديلة الحديثة تلك التي تتضمن الخروج من المكتب والأماكن المغلقة إلى البيئة الطبيعية المفتوحة والتي أثبتت الدراسات أنها تزيد من الرفاهية النفسية والفعالية والدافعية للاستمرار في العلاج وهي أصبحت مؤخراً من الطرق المفضلة لعلاج المراهقين، وهي شكل من أشكال العلاج التي تستخدم تقنيات العلاج التقليدية في الأماكن الخارجية، حيث أصبح هذا المنحى طريقة علاج واعدة ومستتيرة وأصبح هناك أدلة على فوائدها للمراهقين. (Dobud, 2017, p. 177)

وأثبت (Kuo, Sullivan (2001, p. 565) في دراستهم أن البيئات الطبيعية تزيد من الشعور بالأمان الاجتماعي وتقلل من الجريمة والسلوكيات العدوانية.

كل ما سبق هو ما دفع الباحثون لمناقشة برنامج معرفي سلوكي/بيئي لعلاج مرضي اضطراب المسلك من المراهقين والذي من شأنه المساعدة في تقديم برامج علاجية مناسبة لهذه الفئة وتكون جاذبة مما يساعدهم على التغلب على أعراضهم المرضية وزيادة توافقهم النفسي والحد من التدهور ودمجهم في المجتمع.

تساؤلات الدراسة

- ومن هذا المنطلق تتلخص مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة عن التساؤل الرئيسي الآتي:
- 1) هل البرنامج السلوكي المعرفي/البيئي يكون أكثر فاعلية في خفض أعراض اضطراب المسلك وتحسين الرفاهية النفسية للمراهقين إذا تم تطبيق البرنامج خارج المستشفى في البيئة الطبيعية عنه داخل المستشفى؟
 - 2) ومنه ينبثق التساؤلات الفرعية الآتية:
 - 3) هل توجد فروق بين درجات المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك، ومقياس الرفاه النفسي (WEMWBS)؟
 - 4) هل توجد فروق بين درجات المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك ومقياس الرفاه النفسي عند نهاية فترتي المتابعة الأولى والثانية؟
 - 5) هل توجد فروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية الأولى على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك ومقياس الرفاه النفسي؟
 - 6) هل توجد فروق بين درجات القياس البعدي وقياسات المتابعة الأولى والثانية في المجموعة التجريبية الأولى على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك الرفاه النفسي؟

فروض الدراسة

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك، ومقياس لرفاه النفسي في القياس البعدي.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك ومقياس الرفاه النفسي عند نهاية فترتي المتابعة الأولى والثانية.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية الأولى على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك ومقياس الرفاه النفسي.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي وقياسات المتابعة الأولى والثانية في المجموعة التجريبية الأولى على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك وراويك أدنبره للرفاه النفسي.

أهداف الدراسة

- اقتراح برنامج معرفي سلوكي/ بيئي لخفض أعراض اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين وزيادة الرفاهية النفسية.
- الكشف عن مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي/ البيئي في خفض أعراض اضطراب المسلك لدى المراهقين وزيادة الرفاهية النفسية.
- مدى استمرارية خفض أعراض اضطراب المسلك بعد انتهاء البرنامج العلاجي حيث ينعكس ذلك في مدى توافقهم وتحسن تفاعلاتهم الاجتماعية مع الآخرين.

أهمية الدراسة

يمكن تقسيم أهمية الدراسة إلى:

الأهمية النظرية:

- 1- أنها تتناول فئة من فئات المجتمع ذات حساسية خاصة وهم المراهقون، وتعتبر هذه الفئة من الفئات الهامة في مجال الدراسات النفسية والعلاج النفسي لما يصاحب هذه المرحلة من تغييرات كثيرة تؤثر على نمو الفرد في مختلف الجوانب لذا تحتاج هذه الفئة إلى الرعاية والاهتمام.
- 2- وأيضاً بمراجعة الباحثون للتراث العربي والمصري في حدود ما أتيح له لم يجد برامج تعتمد على دمج البيئة الطبيعية مع العلاج النفسي التقليدي، بالرغم من وجود توجهات حديثة في التراث الأجنبي منذ بداية الألفية نحو هذا النوع من التدخلات العلاجية المدعومة بالطبيعة.

الأهمية التطبيقية:

- بناء برنامج معرفي سلوكي/بيئي تم إعداده على أساس علمي من شأنه أن يساهم في خفض أعراض اضطراب المسلك لدى من شخصوا في مرحلة المراهقة، ربما يمكن الانتفاع به في العلاج بالمؤسسات العلاجية داخلياً وخارجياً.
- محاولة توفير المزيد من المعلومات عن العلاجات القائمة على البيئة الطبيعية مما قد يساهم في مناحي جديدة في العلاج ويزيد من فعالية العلاجات التقليدية.
- محاولة الإسهام في توفير المزيد من المعلومات والحقائق عن العلاجات القائمة في البيئة الخارجية للمراهقين.

مصطلحات الدراسة

فعالية: "القدرة على تحقيق النتيجة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً وتزداد الكفاءة كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً" (ناجي عبد العظيم، 2003، ص 88)

وتعرف "فعالية" إجرائياً في هذه الدراسة على أنها "مدى قدرة البرنامج الموضوع في تحسين بعض أعراض اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين المقيمين في مستشفى الرخاوي".

البرنامج: أنه مجموعة من الإجراءات والمهارات التطبيقية النشطة تعكسها مجموعة من الأساليب النفسية والعلمية توجهها نظرية أو أكثر من نظريات علم النفس، ويطبقه أحد الاختصاصيين النفسيين بحكم أدائه نموذج العالم المهني، ويتم في جلسات مُعدة سلفاً وسرياً في إطار أخلاقيات التدخل بهدف إحداث أشكال جوهرية من التغيير الإيجابي الفعال،

ويكون له مؤشرات للكفاءة أو الفاعلية، ومؤشرات للتأثير من وجهة نظر عملية واجتماعية. (لويس مليكة، 1994، ص 174).

- **البرنامج المعرفي السلوكي:** أنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل، وتتمثل أساليبه العديدة في التدريب على التعليم الذاتي (لويس مليكة، 1994، ص 174).
التعريف الإجرائي للعلاج المعرفي السلوكي: عملية مخططة ومنظمة خلال فترة محددة تهدف إلى تدريب المراهقين ممن شخصوا باضطراب المسلك على استخدام بعض التقنيات المعرفية والسلوكية بغرض تخفيف أعراض اضطراب المسلك من أجل الانخراط مع المجتمع والأقران بنجاح.

برنامج معرفي سلوكي/ بيئي: يعرفه الباحث إجرائياً "بتطبيق بعض التقنيات المعرفية والسلوكية على العينة المستهدفة من مرضى اضطراب المسلك في بيئة طبيعية خارجية والتي تم إعدادها لذلك".
اضطراب السلوك: هي الحالات التي تتعدى كونها مجرد سلوك تخريبي، بل هي مرتبطة بمشاكل الصحة العقلية، التي تؤدي إلى السلوك التخريبي والمشاكل الانفعالية والاجتماعية، يعد اضطراب المسلك أحد أنواع اضطراب السلوك ويحتاج المراهقون المصابون باضطراب السلوك عادة إلى مجموعة متنوعة من التدخلات المهنية بما في ذلك الأدوية، أو العلاج النفسي، أو إعادة التأهيل، أو العلاجات الممكنة.

اضطراب المسلك: يتم تعريفه في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM5 بأنه نمط دائم من السلوك، والذي يتم فيه انتهاك الحقوق الأساسية للآخرين والمعايير والقواعد الاجتماعية الرئيسية المناسبة للفئة العمرية، ويتجلى ذلك بوجود ثلاثة على الأقل من المعايير الخمسة عشر خلال الاثني عشر شهراً الماضية بين أي من الفئات التالية (العدوان على الأشخاص والحيوانات، تدمير الممتلكات، الخداع أو السرقة، انتهاكات خطيرة للقواعد) مع وجود معيار على الأقل في الأشهر الستة الماضية. (American psychiatric association, 2013).

ويحدد الباحث إجرائياً اضطراب المسلك في هذه الدراسة بالدرجة المرتفعة على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك لمجدي الدسوقي، والتي تدل على أغلب الأعراض التي يقيسها المقياس.
البيئة: "هي مجموع العوامل المادية، الاجتماعية، والثقافية التي تؤثر على الكائنات الحية في مكان معين". (Oxford, 2023).

الطبيعية: هي أي عنصر منفرد من البيئة الطبيعية مثل (النباتات والحيوانات والتربة والماء أو الهواء) وتشمل الحيوانات الأليفة والمرافقة وكذلك نباتات الأصيل المزروعة. (Maller, Townsend, Pryor, et al., 2006, p. 48)

ويحدد الباحث إجرائياً مفهوم **الطبيعة** "بالمزرعة التي تم تطبيق البرنامج العلاجي بها، والتي تشمل على مساحات خضراء، بحيرات صناعية، وحيوانات أليفة.

العلاج الخارجي: بأنه رعاية الصحة العقلية التي يتم إجراؤها في الهواء الطلق أو مع تضمين البيئة الخارجية الطبيعية في عملية العلاج

والباحث في هذه الدراسة يقصد بالعلاج الخارجي الموقع المادي للعلاج بالقرب من أو في بيئة طبيعية بدلاً من الموقع التقليدي في مكتب أو مكان داخلي.

المراهقة: مرحلة انتقال من الطفولة للرشد وهي مجموعة من التغيرات في نمو الفرد الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي، فهي مرحلة الانتقال التي يصبح فيها المراهق رجلاً. تبدأ المراهقة عند الذكور ما بين سن (12 : 15 سنة) وتنتهي في سن (18 : 20) وهذا التفاوت سببه الفروق الفردية والبيئية بمكوناتها الطبيعية والثقافية والاجتماعية. (حامد زهران، 2005، ص 291).

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك:

دراسة سيغال (2004) Sehgal بعنوان "علاج اضطراب المسلك من خلال التدخل المعرفي السلوكي"، وهدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من 20 مراهقاً من المدارس الحكومية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وكان البرنامج المعرفي السلوكي مكون من 22 جلسة لمدة 9 أسابيع، وانتهت النتائج إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في التقليل من أعراض اضطراب المسلك، حيث أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً ودالاً في العدوان على الآخرين، وانتهاك القواعد و الأصول وتدمير الممتلكات لدى عينة المراهقين.

وفي المجال ذاته تناولت دراسة كوفمان، وسيلي (2005) Kaufman & Seeley دراسة بعنوان "العلاج السلوكي المعرفي للمراهقين المصابين بالاكتئاب الشديد واضطراب المسلك"، وهدفت الدراسة إلى التحقق من كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في علاج مجموعة من المراهقين المشخصين باضطراب المسلك المصحوب بالاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من 93 مراهقاً، وتناولت الجلسات كيفية التغلب على المعارف السلبية والانشغال بالأنشطة السارة ومهارات الحياة اليومية. وتمت المقارنة بين القياس القبلي قبل إجراء التدخل والقياس البعدي بعد عقد جلسات البرنامج العلاجي وتبين وجود تحسن بنسبة 70% بعد انتهاء جلسات العلاج من حيث تحسن أعراض اضطراب المسلك والأعراض الاكتئابية، وارتفعت النسبة في جلسات المتابعة لتصل إلى 83%.

وفي السياق نفسه قدم هشام عبد المجيد (2006) دراسة بعنوان "مقارنة فعالية كلاً من التعديل المعرفي السلوكي والتعديل السلوكي في خدمة الفرد في التقليل من حدة المشكلات السلوكية للأحداث الجانحين"، وهدفت إلى معرفة فعالية التعديل المعرفي السلوكي - السلوكي في التقليل من حدة المشكلات السلوكية للأحداث الجانحين، وتكونت عينة الدراسة من 20 حدثاً جانحاً من المودعين في دور الرعاية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين الأولى عددها (10) حالات واستخدم معها نموذج معرفي - سلوكي، والمجموعة الثانية عددها (10) حالات واستخدم معها أساليب التعديل السلوكي فقط . وتوصلت نتائج الدراسة إلى زيادة فعالية برنامج التعديل المعرفي - السلوكي في تعديل بعض أفكار ومعتقدات الحدث غير العقلانية بالمقارنة بالبرنامج السلوكي، وذلك لأن برنامج التعديل المعرفي السلوكي ركز على تعديل أفكار ومعتقدات الحدث بجانب أنماط سلوكهم مما عزز من انخفاض السلوكيات العدوانية وسلوكيات خرق القواعد والسرقة. بينما ركز برنامج التعديل السلوكي على الأنماط السلوكية للأحداث بدون التعامل مع أفكارهم.

وفي العام نفسه قدمت صفاء مدبولي (2006) دراسة بعنوان "ممارسة العلاج المعرفي - السلوكي في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلة اضطراب العلاقات الاجتماعية للأطفال المعرضين للانحراف"، وهدفت الدراسة إلى معرفة دور العلاج المعرفي - السلوكي في التخفيف من حدة مشكلة اضطراب العلاقات الاجتماعية للأطفال المنحرفين، وتكونت عينة الدراسة من (20 طفلاً) تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وكان قوام كل مجموعة

(10 حالات)، وتوصلت النتائج إلى أن استخدام أساليب العلاج المعرفي - السلوكي أظهرت تحسناً ملحوظاً في علاقات أفراد المجموعة التجريبية بأفراد أسرهم ويزملائهم وبالقائمين بالرعاية.

وقامت صفاء إسماعيل (2009) بإجراء دراسة بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في علاج بعض حالات اضطراب المسلك"، وهدفت دراستها إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في علاج بعض حالات اضطراب المسلك. وقد تكونت العينة من 20 مراهقاً بمدى عمرى يتراوح من 12: 21 سنة، تم تشخيصهم باضطراب المسلك بواسطة طبيب، وتم تقديم مجموعة من الجلسات الإرشادية الخاصة بالبرنامج العلاجي كان تصميم الدراسة قياساً قليلاً وبعدياً، وانتهت إلى أن الإرشاد السلوكي كان له أثر دال في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب المسلك كالعدوان والاعتداء على الآخرين.

وقدم بوسارى (2013) Busari دراسة بعنوان "العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب المسلك بين المراهقين"، وهدفت الدراسة إلى التحقق من كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي في علاج اضطراب المسلك، وتكونت عينة الدراسة من 35 مراهقاً من المصابين باضطراب المسلك، وتراوح أعمارهم ما بين 10 - 19 مراهقاً، وقد أجريت الدراسة على ثلاث مراحل، الأولى مرحلي القياس القبلي بهدف تحديد خط الأساس، والثانية وفيها التدخل (البرنامج العلاجي)، والمرحلة الثالثة والأخيرة القياس البعدي، بهدف التحقق والوقوف على مقدار التقدم ومدى كفاءة البرنامج العلاجي، وانتهت الدراسة إلى وجود فروق دالة بين القياس القبلي والقياس البعدي من ناحية وبين المجموعة الضابطة والتجريبية من ناحية أخرى، مما يؤكد كفاءة البرنامج العلاجي في تحسين أعراض اضطراب المسلك، حيث انخفضت بشكل دال و ملحوظ السلوكيات العدوانية ، وتدمير الممتلكات وزاد الامتثال للقواعد والمعايير .

في حين أجرت أمل عزب (2014) دراسة بعنوان "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين"، وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين، وقد تألفت عينة الدراسة من 14 طالباً من الطلاب الذكور المراهقين مضطربى المسلك وتتراوح أعمارهم ما بين 15 - 16 سنة، وقد قسموا إلى مجموعتين تجريبية قوامها (7)، المجموعة الضابطة قوامها (7)، وخضعت المجموعة التجريبية للبرنامج المعرفي السلوكي في حين لم تخضع المجموعة الضابطة لأى برنامج، وبعد انتهاء البرنامج أشارت النتائج إلى وجود تحسن ملحوظ في أعراض اضطراب المسلك العدوان الفظي والبدني و الاعتداء على الممتلكات وخرق القواعد والقوانين وسلوكيات السرقة بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لصالح المجموعة التجريبية.

في حين أجري نيتوفسكى وبيترمان (2016) Nitkowski & Petermann دراسة بعنوان "تعديل سلوك الأطفال العدوانيين في مجال رعاية الطفل: تقييم برنامج للتدخل المشترك"، وهدفت الدراسة إلى تعديل السلوك العدوانى لدى أطفال اضطراب المسلك، والمعارضة المتحدية، والجانحين اعتماداً على العلاج السلوكي فقط، وتراوح أعمارهم ما بين 7 سنوات، و14 سنة، وتبين أن العلاج السلوكي قد أدى إلى تحسين في سلوك الأطفال في حين أنه قدم في توصياته أنه لا بد من الجمع بين العلاج المعرفي إلى جانب العلاج السلوكي بهدف القضاء على أخطاء التفكير والتشويهات المعرفية والمشكلات الانفعالية.

ومن طهران قدمت صالحى (2017) Salehi دراسة بعنوان "العلاج السلوكي المعرفي وتتبع الوالدين للسلوك العدوانى واضطراب المسلك"، وهدفت الدراسة إلى معرفة تأثير العلاج المعرفي - السلوكي والتدريب الوالدى على اضطراب المسلك ومشكلات الأقران. وتراوح أعمار العينة ما بين 11: 14 عاماً، وقد تم تدريب الوالدين على

أساليب التعامل مع ثورات الغضب والسلوكيات المضادة للمجتمع والعدائية التي يتصف بها أبناؤهم، وانتهت الدراسة إلى أن أفراد العينة التجريبية تحسنت لديهم الأعراض العدوانية وانتهاك القواعد والمعايير وتدمير الممتلكات بنسبة تصل إلى 83% بعد انتهاء العلاج ووصلت إلى 81% بعد مرور عام من انتهاء العلاج.

وفي دراسة نهى عوض (2018) بعنوان "فعالية برنامج معرفي - سلوكي لتحسين بعض المشكلات المعرفية والسلوكية لدى عينة من أطفال اضطراب المسلك"، وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة فعالية برنامج معرفي - سلوكي لتحسين بعض المشكلات المعرفية والسلوكية لدى أطفال اضطرابات المسلك، وقد تكونت عينة الدراسة من 20 طفلاً جميعهم من الذكور قسمت إلى مجموعتين الأولى من أطفال اضطراب المسلك والتي تلقت جلسات البرنامج العلاجي، والثانية من أطفال اضطراب المسلك ولكن لم تتلق أي جلسات علاجية، وقد تراوح المدى العمري لهم من 9 : 12 سنة، وتم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي والتي استمرت أربعة أشهر ثم المتابعة الأولى بعد أربعة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي، والمتابعة الثانية بعد ثمانية أشهر من انتهاء العلاج، وانتهت النتائج إلى وجود فروق في كل أعراض اضطراب المسلك والتشويبات المعرفية والمهارات الاجتماعية والمشكلات الانفعالية بحيث انخفضت جوهرياً لدى مرضى اضطراب المسلك من الأطفال بالمقارنة بالمجموعة الضابطة.

وفي دراسة أخرى ل Kumuyi, Akinnowo et al., (2022) بعنوان "فعالية العلاج السلوكي المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية في علاج اضطراب المسلك" وهدفت الدراسة إلى دراسة فعالية استراتيجيتين في العلاج النفسي لعلاج اضطراب المسلك بين المراهقين، وقد تكونت عينة الدراسة من 16 مراهقاً شخصوا باضطراب المسلك، تراوحت أعمارهم ما بين 12 إلى 17 سنة، وقد قسمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات مجموعة تلقت العلاج المعرفي السلوكي، ومجموعة أخرى تلقت التدريب على المهارات الاجتماعية، ومجموعة ثالثة تلقت العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية فعالان في علاج اضطراب المسلك، كما أكدت النتائج أن التدخل السلوكي المعرفي المصحوب بالتدريب على المهارات الاجتماعية أكثر فعالية في علاج اضطراب المسلك بالمقارنة مع نتائج كل تدخل بمفرده.

وفي نفس الصدد أجري كلٌّ من سيدة محمد وسلوى على وفرانسا (2022) Sayeda, Salwa & Faransa دراسة بعنوان "برنامج سلوكي معرفي حول العدوانية ومفهوم الذات لدى أطفال المؤسسات المصابين باضطراب المسلك"، وهدفت الدراسة إلى استكشاف تأثير البرامج السلوكية المعرفية على العدوان ومفهوم الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب المسلك، وقد تكونت عينة الدراسة من 100 طفل في مؤسسات دور الرعاية يعانون من اضطراب المسلك، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد تعرضت المجموعة التجريبية إلى البرنامج السلوكي المعرفي، وقد أظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تحسين مفهوم الذات وتحسن السلوكيات العدوانية وتدمير الممتلكات وتحسن الامتثال للقواعد والمعايير والسرقة بين الأطفال داخل مؤسسات دور الرعاية المصابين باضطراب المسلك، كما أوصت بأن هذا النوع من التدخلات العلاجية منخفض التكلفة.

يظهر من خلال الدراسات السابقة مدي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض اضطراب المسلك سواء للأطفال أو المراهقين، ويزداد فعالية البرنامج كلما كان جامعاً بين الأساليب المعرفية والسلوكية معا.

ثانياً: الدراسات التي تناولت العلاج في البيئة الطبيعية:

قام كلٌّ من (Clark, Marmol, Cooly & Gathercoal (2004) بدراسة تهدف إلى التقييم التجريبي لأثر علاج البرية على أنماط الدفاع غير الناضجة والقلق وأنماط الشخصية المضطربة والسلوكيات اللاتكيفية لدى المراهقين، وكانت عينة الدراسة متنوعة التشخيصات (التحدي المعارض، اضطراب المسلك، اضطراب الشخصية الاندفاعية، واضطراب الشخصية الهيسترية، اضطراب تعاطي المخدرات)، وتكونت عينة الدراسة من 104 من الذكور والإناث، وتراوح السن ما بين 13 إلى 18 سنة، وكانت تصميم الدراسة القياس القبلي والبعدي، وتعرضت المجموعة للبرنامج العلاجي والذي تكون من العلاج النفسي المعرفي السلوكي الفردي والجماعي مع التنقيف النفسي للأسر يتم تطبيقه في البيئة الطبيعية لمدة 21 يوم، وأظهرت النتائج تحسن ملحوظ في أنماط الدفاع غير الناضجة، وأنماط الشخصية المضطربة، وسلوكيات سوء التكيف لدى الأشخاص وتحسناً ملحوظاً في أعراض القلق، كما لوحظ أيضاً أن التجارب الخارجية في البيئة الطبيعية والتي تتطلب مجهوداً جسدياً وانفعالياً فعالة بشكل ملحوظ في إحداث تغيير إيجابي في الشخصية لدى المراهقين.

وفي دراسة أخرى لكلٍ من (Kim, Lim, Chung & Woo (2009) هدفت الدراسة إلى الوقوف على فعالية العلاج النفسي المعرفي السلوكي المطبق في بيئة الغابة على المرضى الذين تم تشخيصهم بنبوة اكتئابية جسيمة، وكانت عينة الدراسة 63 مريضاً، وكان تصميم الدراسة تجريبياً وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتكون البرنامج العلاجي للعينة التجريبية من 4 جلسات خلال 4 أسابيع بواقع (3 ساعات/جلسة) وتكون البرنامج من فنيات إعادة البناء المعرفي، تمارين اليقظة الذهنية وتم ذلك في الإعدادات الطبيعية (بيئة الغابة) والمجموعة الضابطة تعرضت لنفس التدخل ولكن في بيئة داخلية (المستشفى)، وقد أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً ودالاً في الأعراض الاكتئابية لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأكدوا على أن البيئة الطبيعية مثل الغابة تساعد في تحسن أعراض الاكتئاب لأنها تشتمل على أدوات طبيعية متنوعة وميسرة في علاج الاكتئاب.

وفي دراسة أخرى لـ (Shin, Shin & Yeoun (2012) هدفت الدراسة إلى الوقوف على مدى فعالية علاج الغابات في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من مدمني الكحول، وكانت عينة الدراسة مكونة من 92 مدمناً للكحول لديهم اضطراب اكتئابي، وكان تصميم الدراسة تجريبياً وتم تقسيمهم إلى عينة تجريبية وأخرى ضابطة، وتكون البرنامج العلاجي من تمارين اليقظة الذهنية وجلسات العلاج النفسي الفردي والأنشطة الرياضية وذلك لمدة تسعة أيام لتطبيق البرنامج، وقد أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً ودالاً لدى العينة التجريبية في انخفاض مستوى الاكتئاب لدى مدمني الكحول وتحسن ملحوظ في الحالة المزاجية وأعراض القلق، وزيادة في الرفاهية النفسية.

وفي دراسة لكلٍ من (Hoag, Massy, Roberts & Logan (2013) كان الهدف من الدراسة التحقق من فعالية علاج البرية لمجموعة من الشباب الذين تم تشخيصهم باضطرابات سلوكية وانفعالية واضطراب تعاطي المخدرات، وكانت عينة الدراسة 297 من الذكور والإناث وكان سنهم يتراوح ما بين 18 إلى 24، وكان تصميم الدراسة قياساً قبلياً وبعدياً، وكانت مدة البرنامج 5 أسابيع مع متابعة بعد ستة أشهر، ثم بعد اثني عشر شهراً، واحتوى البرنامج على جلسات العلاج الفردي والجماعي والذي كان يهدف إلى زيادة المهارات الحياتية، المهارات الاجتماعية، والعمل على التشوهات المعرفية من خلال استخدام فنية إعادة البناء المعرفي، وقد أظهرت النتائج أن العلاج في الحياة البرية له تأثير إيجابي وملحوظ على الحالة المزاجية كما ظهر تحسن في العلاقات الاجتماعية، والمهارات الاجتماعية،

وانخفاض دال وملحوظ في السلوكيات المضطربة مع الانتهاء من البرنامج وأيضاً استمرار التحسن في المتابعة بعد ستة أشهر، وبعد اثني عشر شهراً .

وفي دراسة قام بها كلٌّ من Combs, Hoag, Javorski & Roberts (2016) كان الهدف من الدراسة تحديد مسار التغيير خلال العلاج القائم على الرعاية الصحية السلوكية في الهواء الطلق لمرضى تم تشخيصهم باضطراب السلوك، اضطرابات انفعالية، اضطراب تعاطي المواد المخدرة، اضطراب القلق العام، وتكونت عينة الدراسة من 659 مراهق من الإناث والذكور، وكان متوسط السن 16 سنة، وكان التقييم لفعالية البرنامج على مستويين تقيم خاص بالمراهقين وتقيم خاص بأبائهم، ومحتوى البرنامج كان العيش في الهواء الطلق، علاج نفسى معرفي وسلوكي ومهارات اليقظة الذهنية، وممارسة أنشطة رياضية جماعية، جلسات علاج نفسى فردى/جماعي مرتين أسبوعياً، وكان تصميم الدراسة قياساً قليلاً وبعدياً، وقد أظهرت النتائج تحسناً كبيراً وملحوظاً طوال فترة العلاج في الأعراض النفسية والأداء الاجتماعي، وتحسن في السلوكيات المضطربة، واستمر هذا التحسن بعد أول فترة متابعة بعد ستة أشهر وأيضاً في المتابعة الثانية بعد ثمانية عشر شهراً .

وقام Roberts, Stroud, Hoag & Massey (2016) بدراسة طويلة تهدف لمعرفة أثر برنامج الرعاية الصحية السلوكية في الهواء الطلق، على الرفاه النفسي والاجتماعي، وتحسن الأعراض النفسية، والعلاقات البيئية الشخصية، والأداء الاجتماعي لدى عينة من الشباب الذين تم تشخيصهم باضطراب المزاج، اضطراب تعاطي المخدرات، اضطراب القلق، اضطراب السلوك والتعلق، وكان حجم العينة 186 من الذكور والإناث، وتراوح سنهم ما بين 18 إلى 32 سنة، وتكون البرنامج من جلسات علاج نفسى فردى وجماعي لمدة ساعتين كل أسبوع وتقييم نفسى في البيئة الطبيعية مصحوب بأنشطة ترفيهية في الطبيعية، وكان تصميم الدراسة قياساً قليلاً وبعدياً، وأسفرت النتائج عن تحسن شديد في الأعراض النفسية لدى أفراد العينة في التشخيصات المختلفة، وتحسن الأداء النفسي والاجتماعي والعلاقات البيئية الشخصية، كما استمر التحسن بعد المتابعة، كما أوضحت النتائج أن هذا التدخل العلاجي فعالاً للعملاء الذين لا يستجيبون للعلاج في العيادات الخارجية والغرف المغلقة وخاصة بما يتضمنه من أنشطة جذابة في البيئة الطبيعية، وزاد من الرفاهية النفسية.

وقام كلٌّ من Bettmann, Tucker, Behrens & Vatiderloo (2017) بدراسة هدفت إلى استكشاف التغييرات في الصحة العقلية للمراهقين والشباب في التعلق والانفصال عن الوالدين وكيف تؤثر التغييرات في التعلق والانفصال على نتائج الصحة العقلية للمراهقين والشباب المضطربين في مرحلة ما بعد العلاج، وكانت تشخيصاتهم كالاتي: اضطراب التحدي المعارض، واضطراب المسلك، واضطراب تعاطي المخدرات، وتكونت عينة الدراسة من 157 مراهق وشاب من الذكور والإناث، وتكون البرنامج العلاجي من جلسات نفسية فردية وجماعية للمراهقين والشباب، ولساعات علاج أسرى وكانت مدة البرنامج العلاجي 8 أسابيع، وتم تطبيقه في بيئة طبيعية، وكان تصميم الدراسة قياساً قليلاً وبعدياً، وأظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً ودالاً في شدة التعلق والانفصال عن الوالدين، كما لوحظ تحسن ملحوظ في أعراض اضطراب المسلك والتحدى المعارض.

وفي دراسة قام بها كلٌّ من Conlon, Wilson, Gaffney & Stoker (2018) وهدفت هذه الدراسة إلى فهم عملية التغيير والتطور في العلاج البرى، باستخدام النظرية المتجذرة، وربط ذلك بنظريات المراهقة وخاصة للمراهقين في دور الرعاية، وكانت تشخيصاتهم اضطرابات في السلوك، وكان حجم العينة 11 من المراهقين الذكور والإناث، وتراوح سنهم ما بين 12 : 18 سنة، وتكون البرنامج من رحلات في البرية والمشى في الطبيعة والتخييم في البرية كل

أسبوعين لمدة يوم، مصحوب بجلسات علاج فردية وجماعية ركزت على كيفية إدارة الغضب، إكسابهم المهارات الاجتماعية، وكانت مدة البرنامج 5 شهور، اعتمد تصميم الدراسة على المقابلة الإكلينيكية المنظمة، وقد أسفرت النتائج من ظهور تحسن ملحوظ ودال في التحكم في الغضب، وتحسن في المهارات الاجتماعية والعلاقة بالآخرين وزيادة في تقدير الذات والفعالية الذاتية، وساعد في تكوين وجهات نظر إيجابية حول العالم.

وفي دراسة أخرى قام بها (Gabrielson, Eskedal, Mesel, Kerlefsen (2019) بحثت هذه الدراسة فعالية الرعاية الصحية السلوكية في الهواء الطلق على عينة من المراهقين الذين تم تشخيصهم بالاكتئاب والقلق، واضطراب السلوك، واضطراب سوء التكيف، وكان حجم العينة 32 مراهقاً من الإناث والذكور، وتراوح سنهم من 16 إلى 18 سنة، وكان التدخل ثمانية أيام فردية، و2 رحلة ليلية لمدة من 3 إلى 6 أيام لمدة 10 أسابيع، مصحوب بأنشطة التخيم والمشى في الطبيعة وتسلق الصخور وإشعال النيران، وجلسات علاج نفسى فردى وجماعي للمشاركين في الطبيعة وكان تصميم الدراسة مختلط كمي وكيفي، وتم عمل قياس قبلي وبعدي بعد تعرضهم للبرنامج العلاجي، وقد أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في الأعراض النفسية المصاحبة للاضطراب المختلفة المشمولة في الدراسة الاكتئاب والقلق واضطراب السلوك واضطرابات سوء التكيف.

يظهر من خلال ما سبق مدى فعالية العلاج في البيئة الخارجية الطبيعية وخاصة مع دمج مع أنواع العلاجات التقليدية، وخاصة مع الأساليب المعرفية والسلوكية في التخفيف والحد من الأعراض النفسية المتنوعة والتشخيصات النفسية المختلفة، كما أوضحت بعض الدراسات أن هذه العلاجات أكثر جذباً لصغار السن والمراهقين عن العلاج في الأماكن المغلقة ويساهم في عدم التسرب من العلاج كما جاء في دراسة Roberts, et al., 2016 وأيضاً هذه الأنواع من العلاجات قد يكون فعالاً للعملاء الذين لديهم اضطرابات سلوكية كما جاء في دراسة Bettman, et al., (2013)

الإطار النظري للبحث

أولاً: النماذج النظرية المفسرة لاضطراب المسلك

نموذج مورتون و فريث Morton & Frith: قدم أصحاب هذا النموذج تمييزاً بين ثلاثة مستويات من الوصف لأسباب اضطرابات المسلك، وهذه المستويات هي المستوى الحيوي، والمستوى المعرفي - الوجداني، والمستوى السلوكي، مع وضع أهمية للعوامل البيئية الاجتماعية التي يمكن أن تتداخل مع المستويات الثلاثة السابقة، وفيما يلي عرض تفصيلي للمستويات الثلاثة:

1- المستوى الحيوي: وفي هذا المستوى الحيوي تتداخل العوامل الوراثية وإصابات الدماغ التي يمكن أن تتسبب في حدوث اضطرابات المسلك، أما بالنسبة للتأثير البيئي الذي يتداخل مع هذا المستوى فيتمثل في مضاعفات الولادة وتأثيرها على الدماغ.

2- المستوى المعرفي - الوجداني: يرى أصحاب هذا النموذج أن العوامل المعرفية تمثل دور المتغير الوسيط حيث تتداخل مع المستوى الحيوي السابق بحيث تتمثل في الاستجابات، كما تتداخل أيضاً مع المستوى السلوكي بحيث تتمثل في المظاهر المعبرة عن الجانب الوجداني مثل تعبيرات الوجه، والتي يصعب تمييزها بدرجة كبيرة لدى أصحاب اضطراب المسلك.

3- المستوى السلوكي: يتضمن هذا المستوى السلوكيات التي يمكن ملاحظتها بشكل مباشر بحيث يفسر اضطراب المسلك على أساس السلوكيات الظاهرة الدالة على العدوان أو الشغب. كما أكد مورتون و فريث أن للزمن دور هام في التأثير في هذا الاضطراب، حيث إنهم افترضوا أنه خلال نمو الطفل وزيادة نضجه وخبرته إلى تغير إيجابي في خلفيته السلوكية والتوقف والتعديل من بعض السلوكيات. (Morton & Frith, 1995, p. 358, 359).

وفقاً لما سبق يرى الباحث أنه يتم تفسير اضطراب المسلك على أساس التفاعل بين ثلاث مستويات، بيولوجي، معرفي، سلوكي، بالإضافة للعوامل البيئية والتي تتداخل مع المستويات الثلاث، كما أوضحوا أن عامل الزمن له أثر، حيث أن نمو الطفل قد يؤدي إلى تغير في خلفيته السلوكية وربما يرجع إلى عوامل كالخبرة أو النضج، إلا أنهم لم يتعرضوا للجانب المعرفي بالرغم من تضمينه في المستويات الثلاث، والذي يتمثل في أفكار المراهق ومعتقداته حول انحرافه سواء أكان ذلك من وجهة نظره الشخصية أم من وجهة نظر الآخرين.

نموذج آلية كف العنف (VIM):

قدم جيمس بلير نموذج آلية كف العنف، وتعرف هذه الآلية بأنها آلية معرفية تنشط من خلال إشارات التواصل غير اللفظي الدالة على الكرب مثل (تعبيرات الوجه الدالة على الحزن أو رؤية البكاء أو سماع صوت البكاء) وتؤدي هذه الإشارات إلى استثارة استجابة الانسحاب وعدم الهجوم على الضحية. كيف تعمل هذه الآلية؟

يرى جيمس بلير أن هذه الآلية تعمل من خلال التشريط التقليدي عن طريق الربط بين المظاهر الدالة على الكرب، وكف العنف وعدم الهجوم.

وقدم بلير افتراضه الأساسي لهذا النموذج حيث يرى أن السلوك المنحرف يحدث بسبب خلل في هذه الآلية، مما يدفع الفرد إلى القيام بالسلوكيات المنحرفة أو الجانحة، كما أن غياب هذه الآلية قد يرجع إلى خلل فسيولوجي، أو بسبب نقص في الخبرات ناتج عن التنشئة الاجتماعية أو كليهما معاً.

ويؤدي انخفاض هذه الآلية لدى الأفراد إلى عدم وجود أي مشاعر أخلاقية تجاه الضحية مثل الشعور بالذنب بسبب الإيذاء، بل والسعادة بما يفعل تجاه الآخرين، وأن الطفل بدون هذه الآلية لا يتدعم سلبياً عند ظهور العلامات الدالة على الكرب، وبالتالي فإنه يقوم بالأفعال العدوانية. (Blair, 1999, p. 139: 140)

ووفقاً لما سبق يرى الباحث أن هذا النموذج اشتمل على ثلاث مستويات أيضاً بيولوجي، معرفي، سلوكي لتفسير اضطراب المسلك بالتفاعل مع العوامل البيئية ومن خلال النظر إلى النموذجين السابقين نجد أن هناك بعض المؤشرات التي تربط بين اضطراب المسلك من ناحية والمهارات الاجتماعية المكتسبة، والانفعالات، والجانب المعرفي السلوكي من ناحية أخرى.

نموذج معالجة المعلومات الاجتماعية للأطفال العدوانيين: صاغ دودج (1991) نموذجاً تسلسلياً من خمس خطوات لمعالجة المعلومات الاجتماعية، ووفقاً لهذا النموذج فإن الفرد يمر بالمراحل التالية من أجل الاستجابة لمحفز بيئي:

1- ترميز الإشارات الاجتماعية الآتية من البيئية.

2- تفسيرها على أنها مهددة أم لا.

3- البحث عن الحلول المحتملة.

4- التقييم قبل اختيار إحداهما.

5- التنفيذ.

وبناء على تصور دودج يمكن تحديد ثلاث مراحل مفاهيمية كالتالي:

المرحلة الأولى <=== يتم استخراج الإشارات من البيئة وتفسيرها.

المرحلة الثانية <=== استجابات محتملة يتم الوصول إليها وتقييمها، مما يؤدي إلى اختيار الاستجابة.

المرحلة الثالثة <=== تنفيذ الرد.

كما ميزت دودج بين نوعين من العدوانية طبقاً لهذا النموذج:

- نمط العدوان التفاعلي <=== والذي يظهر في صورة غضب أو انفجارات مزاجية مع فقدان للسيطرة.

- نمط العدوان الاستباقي <=== والذي يحدث في صورة تتم أو سيطرة على النظير.

وقد أوضحت دودج أن الأفراد الذين يكون نمط عدوانهم تفاعلي يكون ناتج عن عدم دقة في تفسيرات الإشارات الاجتماعية الآتية من أقرانهم، بأن الأفراد الذي يكون نمط تفاعلهم استباقي يكون ناتج عن تقييماتهم المختلفة للاستجابة.

ووفقاً لـ دودج (1991) فإن الفرد إذا كان لديه تاريخ من الصدمة والإساءة والحرمان وعلاقات غير آمنة ستؤدي إلى فرط البقظة، ويترتب على ذلك نمط العدوان التفاعلي، ومن ناحية أخرى.

فإن الفرد الذي لديه تاريخ من التدريب القهري، وخبرات عدوانية ستؤدي إلى أن تصبح ردود فعله عدوانية وتقييمها بشكل إيجابي، مما يؤدي إلى نمط العدوان الاستباقي.

وبناءً على ما سبق يرى الباحث أن نظرية دودج تركز على المستوى المعرفي مع إغفال للمستوى البيولوجي بالرغم من تضمينه له في النظرية، إلا أنه لم يربطه بعملية المعلومات الاجتماعية، ولم يُشر بأن لها دور سلبي سواء من الناحية التطورية للعدوان أو شكل العدوان الحالي، ركز فقط على كيفية تطور وبناء تحيزات في معالجة المعلومات الاجتماعية وتأثرها بالعوامل البيئية.

نظرية التعلم الاجتماعي: يوضح جمعه يوسف (2000، ص 292) أن نظرية التعلم الاجتماعي تعتبر من النظريات النفسية الهامة التي فسرت الاضطرابات السلوكية، فالتشريط الكلاسيكي والتشريط الإجرائي يعتمدان على المكافأة والمكاسب التي تعقب التصرفات والمسالك الخاطئة التي تشكل جوهر اضطراب المسلك والتحدي المعارض والسلوك المعادي للمجتمع.

كما أوضح Bandura (1998, p. 636) أن الأطفال يمكن أن يتعلموا العدوان من الوالدين أو النماذج الأخرى الذين يسلكون على هذا النحو ومنها وسائل الإعلام المختلفة، فالأطفال الذين يلاحظون نماذج عدوانية يعيدون إنتاج نفس السلوك في مواقف جديدة، وأكد أيضاً على أن الأطفال يقلدون النموذج عندما تتم مكافأة هذا النموذج وليس معاقبته من أجل السلوك وأيضاً عندما يكون النموذج شخصية قوية.

ويشير روتر أحد منظري (التعلم الاجتماعي المعرفي) إلى أن الأفراد غير المتوافقين يتميزون بانخفاض حرية الحركة وارتفاع قيمة الحاجة لديهم، والحرية المنخفضة للحركة قد تنشأ من طبيعية الهدف نفسه، فإذا كان الهدف غير اجتماعي أو ضد المجتمع، فالسلوك المتبع لتحقيق الهدف معناه دعوة مفتوحة للعدوان، والأفراد الذين يتلقون عقاباً شديداً كالأطفال يعممون تلك الخبرات على حاضريهم والأفراد غير المتوافقين غالباً يطبقون التوقعات، والسلوكيات من

موقف لآخر وبطريقة غير مناسبة ويميلون للبحث عن مكافآت عاجلة، ويؤكدون على إشباع حاجاتهم على حساب الآخرين. (جمعة يوسف، 2000، ص 293).

ثانياً: الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي: تتمثل الأطر النظرية لهذا الاتجاه العلاجي لتلك الأساليب التي قدمها كل من "اليس وبيك"، و"دونالد ميكنيوم D. Meichenbaum"، و"فيكتور رايمي V. Raimy"، و"أرنولد لازاروس A. Lazarus"، "مارفين جولد فرايد M. Goldfried"، "مايكل ماهوني M. Mahoney" لكن الأكثر تأثيراً في هذا الاتجاه كانا "اليس وبيك" والذي سنتناولها باختصار فيما يلي:

أولاً: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REPT) لألبرت اليس: قدم اليس ما أسماه نظرية ABC في السلوك والشخصية.

- (A) تعنى "خبرة منشطة" (هنا والآن) مثل وفاة - طلاق - رسوب، والخبرة المنشطة في حد ذاتها لا تحدث الاضطراب.

- (B) تعنى "نظام المعتقدات" ويتم إدراك الخبرة المنشطة وفقاً لنظام المعتقدات لدى الفرد، والذي إما أن يكون عقلانياً، أو غير عقلاني.

- (C) تعنى "نتيجة أو عواقب" أو استجابة انفعالية، وقد تكون النتيجة عقلانية (ارتياح - رضا) أو قد تكون غير عقلانية (حزن - توتر - قلق).

- يوضح اليس "أن الإنسان يسقط معتقداته (B) إلى حد كبير على الحدث (A)، وهو ينظر أو يختبر الحدث بشكل شخصي وفريد في ضوء هذه المعتقدات (التوقعات والتقييمات)، وأيضاً في ضوء عواقبه العاطفية (رغباته، وتقضياته ودوافعه وذوقه... إلخ) لذلك لا يعاني الإنسان عملياً أبداً من الحدث (A) بدون الرجوع للعواقب (C)، لكنهم أيضاً نادراً ما يواجهونها بدون الحدث (A) (حامد زهران، 1997، ص 369).

ثم طور أليس نظرية ABC لتصبح ABCDE

ويؤكد أن أحد أهم فنيات العلاج هو تعلم نموذج ABCDE والذي يعنى أن الأحداث النشطة (A) المؤسفة، تتأثر بمعتقدات وأفكار (B) وتسبب الاضطراب والانفعال والانزعاج (C)، ويجب تعلم مناقشتها ودحضها (D)، حتى يتم الوصول إلى سلوكيات جديدة وفعالة (E) (إجلال سرى، 2000، ص 177).

ووفقاً لما سبق تقوم دعائم نظرية "اليس" في العلاج العقلاني على إقناع العميل بأن معتقداته غير منطقية، وتوقعاته وأفكاره السلبية، وحواره الداخلي هي التي تسبب سوء تكيفه؛ لذلك يهدف العلاج إلى تعديل إدراكه المشوه، وتعديل طرق تفكيره بطرق أخرى أكثر ملاءمة، مما يؤدي إلى إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل. (أحمد أبو سعد، 2014، ص 44)

ثانياً: العلاج المعرفي لأرون بيك: هو الاتجاه الأكثر شيوعاً ويعتبر منهجاً فينومونولوجياً ومعرفياً معاً حيث يركز على معتقدات ومعارف الفرد الآلية كسبب لاضطراب الشخصية، وبنفس الوقت يستخدم التقنيات السلوكية لتعليم العميل المهارات التي يجب تغييرها بتغيير معارفه ومدركاته، حيث توصل بيك خلال عمله مع مرضى الاكتئاب إلى أن الفرد يدرك ويفسر الأشياء والمشكلات في حياته اليومية من خلال عملية تعرف علمياً بالعملية المعرفية وهي مفتاح العلاج. (عادل عبد الله، 2000، ص 60).

كما ركز "بيك" على مفهوم المخططات أو الأبنية المعرفية التي اعتبرها الطرق الأساسية الكامنة حيث يعالج الفرد المعلومات عن ذاته والآخر والعالم والمستقبل فهي تشتمل على كل معتقدات ومعلومات ومفاهيم الفرد التي اكتسبها خلال مراحل النمو، وهذه الأبنية هي التي تؤثر على إدراك الفرد للمواقف والخبرات التي يعيشها وأنها عندما تكون محرفة أو مشوهة يحدث الاضطراب (عادل عبد الله، 2000، ص 60)، لذلك يتضمن العلاج عند "بيك" تصحيح المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وخداع الذات والأحكام الخاطئة، وأن الاستجابات الانفعالية للمريض هي نتاج التفكير الخاطئ فإنها تزول من خلال تصحيح التفكير. (أحمد أبو أسعد، 2014، ص 47).

خلاصة ما سبق يتفق كل من "بيك واليس" في تركيزهما على أفكار واعتقادات ومعارف العميل خصوصاً الخاطئة أو المشوهة لأنها المسبب للاضطرابات الانفعالية والسلوكية وهذه الافتراضات الأساسية هي أهداف التدخل العلاجي، كما أنهما يستخدمان الحوار النشط مع المرضى عوضاً عن الاستماع السلبي لهم، لكنهما يختلفان أيضاً في أن "بيك" يركز في علاجه على الأفكار التلقائية للعميل، بينما يركز "اليس" على الأفكار اللاعقلانية.

ثالثاً: النظريات المفسرة للعلاج في البيئة الطبيعية:

فرضية البيوفيليا: تم تطوير هذا المصطلح لأول مرة في الثمانينات من قبل ويلسون (1984)، ومنذ ذلك الوقت يتم استكشافه بشكل أكثر من قبل ويلسون وآخرين، والتعريف الأساسي لـ "البيوفيليا" هو حب الطبيعة والكائنات الحية (Sacks, 2009)، وهذه الفرضية تدور حول مفهوم "أن الناس تمتلك ميلاً متأصلاً للانتماء إلى العمليات الطبيعية والتنوع، وهذا التقارب بين البشر والطبيعة فعال في النمو البدني والعقلي للإنسان" (Kellert & Derr, 1998, p. 63).

كما يشير كيليرت في هذا السياق إلى أن الطرق المتعددة التي يرتبط بها البشر ببقية الحياة غير مفهومة جيداً. (Kellert, 1993, p. 42)، وبالرغم من هذا النقص في الفهم فإن هناك اعترافاً متزايداً بأن الحاجة للطبيعة مرتبطة ليس فقط بالاستغلال المادي للبيئة الطبيعية، ولكن أيضاً بالنمو العاطفي والمعرفي والجمالي والروحي للإنسان. (Konijnendijk, 2008) (Kellert & Derr, 1998).

نظرية استعادة الانتباه: يقال أن البشر لديهم نوعان من الاهتمام: الإرادي واللاإرادي (James, 1969) الاهتمام الإرادي والذي يشير إليه Kaplan (1995) على أنه الاهتمام الموجه، وهو نوع الاهتمام المستخدم عندما تتطلب المهمة اهتماماً متعمداً ومستمرًا (Herzoy, Maguire & Nebel, 2003, p. 748)، بينما لا يتطلب الانتباه الإرادي يشار إليه أحياناً باسم "الانتباه الناعم" وهذا النوع من الانتباه لا يتطلب جهداً، وقد اقترح (James, 1962, p. 231) أن بعض العناصر في بيئاتنا مثل "الأشياء الغريبة، والأشياء المتحركة، والحيوانات البرية، والأشياء الساطعة، والأشياء الجميلة،... إلخ. يمكن أن تلفت الانتباه في هذا النوع من الاهتمام.

وبناءً على عمل جيمس وكابلان وكابلان (1989) فإنه يصف إجهاد الانتباه بأنه عملية تحدث أثناء أداء المهام المعرفية والتي تتطلب استخداماً مطولاً للانتباه الموجه مع القمع للمعلومات النشطة غير ذات الصلة، وعندما تصبح القدرة على الحفاظ على الانتباه الموجه مثقلة بالأعباء، ينخفض الأداء، ويتعرض الناس لمستويات متزايدة من الإرهاق العقلي، مما يجعلهم أقل قدرة على التعامل مع الشك، ولديهم قدرة منخفضة على التخطيط (Korpela & Ylen, 2001, p. p. 575 : 576).

نظرية الحد من الإجهاد: ترتبط نظرية الحد من الإجهاد ارتباطاً وثيقاً بفرضية البيوفيليا، والتي يشار إليها أحياناً باسم "نظرية التطور النفسي"، وتشير إلى أن البيئات الطبيعية تعزز التعافي من الإجهاد، بينما تميل البيئات الحضرية المبنية إلى إعاقة نفس العملية، (Konijnendijk, 2008) كما يقترح منظرو التطور النفسي أن الآلية الكامنة وراء هذه الميزة أن العمل في البيئات الطبيعية لا يتطلب معالجة كميات كبيرة من المعلومات، وبالتالي يتم تقليل مستوى الإثارة (التوتر) للفرد من خلال قضاء الوقت في مثل هذه الظروف. (Ulrich, 1979)

وفي سياق هذه النظرية، يعرف الإجهاد بأنه: " مجموعة من الاستجابات الفسيولوجية لأي موقف يهدد الرفاهية" (Baum, Fleming & Singer, 1985, p. 185) وفقاً لهذه النظرية يستجيب الجسم للتهديدات من خلال المشاعر السلبية والمؤشرات الفسيولوجية وزيادة الاستثارة اللاإرادية (Ulrich, Simons, Losito, et al., 1991, p. 201)، الخوف، والغضب، والحزن، وزيادة ضغط الدم ومعدل ضربات القلب، وهي من المؤشرات التي تعتبر أساسية في الاستجابة للضغط (Ulrich, 1983, p. 88)، تؤكد هذه النظرية، أنه منذ الوجود البشري المبكر ساعدت التأثيرات التصالحية للأماكن الطبيعية مثل السافانا والأماكن التي بها الماء في تخفيف التوتر واستعادة مستويات الطاقة المستهلكة، وبالتالي خلقت ميزة تطورية للبشر. (Ulrich, 1983, p. 89)

وقد أثبتت الدراسات صحة نظرية الحد من الإجهاد، فقد أثبت أولريش وزملاؤه أن الأماكن التي يفضل الأشخاص التواجد بها هي الأماكن الجمالية والطبيعية وتثير مستويات معتدلة من الاهتمام والبهجة والهدوء، وتساهم في استبدال المشاعر السلبية بمشاعر إيجابية، ويتم كبح الأفكار السلبية، وانخفاض مستوى الإثارة اللاإرادي، وعادة تتميز هذه الأماكن بميزات مناسبة مثل الغطاء النباتي والماء وكلها توجد بشكل شائع في البيئات الطبيعية.

(Ulrich, Siman, Losito, et al., 1991, p.20)

الإجراءات المنهجية للبحث

منهج الدراسة: تتبع الدراسة الراهنة المنهج شبه التجريبي ومن ثم فهي تدخل في إطار البحوث شبه التجريبية المقارنة، ويمثل البرنامج السلوكي المعرفي/البيئي في هذه الدراسة متغيراً مستقلاً، بينما يمثل اضطراب السلوك المتمثل في مرضى اضطراب المسلك لدى المراهقين متغيراً تابعاً والرفاه النفسي.

وقد استخدم الباحث هذا المنهج لأنه أكثر استخداماً في الدراسات السابقة التي اهتمت بفاعلية البرنامج موضوع الدراسة الراهنة في التقليل من حدة أعراض اضطراب المسلك.

التصميم التجريبي: ستنبع الدراسة الراهنة تصميم القياس القبلي البعدي المنكر مع استخدام عينة تجريبية متكافئة، حيث تنقسم العينة إلى مجموعتين (مجموعة تجريبية أولى تتلقى جلسات البرنامج السلوكي المعرفي/البيئي في بيئة طبيعية خارجية ومجموعة تجريبية ثانية تتلقى برنامج سلوكي معرفي داخل المستشفى)، وتتمثل المراحل الإجرائية للدراسة الحالية في الآتي:

أ-القياس القبلي (خط الأساس): يتم فيه تقدير شدة أعراض اضطراب المسلك والرفاه النفسي لدى كل من المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية قبل إجراء التدخل.

ب-تطبيق برنامج التدريب: حيث تخضع المجموعة التجريبية الأولى لبرنامج التدريب والذي يتمثل في جلسات العلاج السلوكي المعرفي/البيئي، والذي سيتم تطبيقه في البيئة الطبيعية أما المجموعة التجريبية الثانية ستعرض للبرنامج السلوكي المعرفي فقط داخل المستشفى. وكلا المجموعتين سيتعرضون للمقابلات اليومية المعتادة من الطبيب وتلقى

الأدوية الموصوفة من الطبيب المعالج والأنشطة التي تتميز بها المستشفى (لعب كرة القدم، والطائرة، والمشي)، وهي نفس الإجراءات الموحدة التي تخضع لها المجموعتان بشكل معتاد.

ج- القياس البعدي (بعد انتهاء التدخل): حيث يتم تقدير ما إذا كان هناك من تغير طراً على الأعراض المرضية لاضطراب المسلك والرفاه النفسي، واتجاه تلك التغيرات لدى كل من المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية، وذلك بعد إتمام جلسات التدخل للمجموعتين التجريبيتين.

د- قياسات المتابعة: وعن طريقها تتم متابعة مدى استقرار التغير (في حال حدوثه) من عدمه في أعراض اضطراب المسلك والرفاه النفسي لدى كل من المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية، وذلك بعد ثلاثة أشهر، ثم بعد سبعة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة الحالية من مجموعتين من المرضى الذكور المشخصين باضطراب المسلك بواسطة طبيب نفسى بخره لا تقل عن خمس سنوات ويحمل كل منهم مؤهلات دراسات عليا، كذلك وفق الدليل الإحصائي الأمريكي الخامس لتشخيص الأمراض النفسية (DSM-5)، وتم اختيارهم من المرضى الداخليين بمستشفى الرخاوي بلغ قوام كل مجموعة 15 مريضاً، بإجمالي 30 مريضاً، وامتدت مدة التطبيق للبرنامج العلاجي والقياسات المتكررة بما فيها قياسات المتابعة على عينة الدراسة ما بين (2023/6/1) وحتى (2024/4/1)، وجدير بالذكر أن جميع إجراءات انتقاء العينة تمت على جميع المرضى بعد أسبوع واحد من دخول المستشفى، والتي بدأت بالقياس القبلي، كما تم الاطلاع على جميع ملفات المرضى للتعرف على تفاصيل التاريخ المرضى.

ولإحكام الضبط التجريبي روعي أن يتم اختيار المجموعة التجريبية الثانية بطريقة المضاهاة الزوجية بما يحقق التكافؤ مع المجموعة التجريبية (حالة مقابل حالة)، مما يتيح ضبط المتغيرات المحتمل تدخلها وتأثيرها في النتائج.

أما ما يتعلق بأعداد المشاركين في كل من المجموعة التجريبية الأولى والتجريبية الثانية خلال مراحل الدراسة فقد بيناه في جدول (1) كما سيأتي لاحقاً.

جدول (1): أعداد عينة الدراسة عبر مراحلها المختلفة

المجموعة	المراحل	القياس القبلي	القياس البعدي	المتابعة الأولى	المتابعة الثانية
المجموعة التجريبية الأولى		12	12	11	11
المجموعة التجريبية الثانية		12	12	10	8

وفيما يلي نوضح محكات الاختيار ومحكات الاستبعاد التي حكمت اختيارنا لأفراد العينة عموماً.

- **محكات الاختيار:** هناك بعض المحددات الأساسية التي يجب توافرها في أفراد العينة وهي:

1- أن يتم تشخيص المرضى من خلال استشاري الطب النفسي المتابع للحالة، فضلاً عن ضرورة حصول المريض على درجة مرتفعة على مقياس تقدير اضطراب المسلك.

2- عينة الدراسة من المرضى الذكور، حيث لوحظ ارتفاع عدد مرضى اضطراب المسلك من الذكور في المستشفى عن الإناث.

3- حرص الباحث على أن يتراوح المستوى التعليمي لأفراد العينة ما بين الصف الثاني الإعدادي، والصف الثالث الثانوي بهدف الاطمئنان إلى توافر حد أدنى من الفهم والاستيعاب وكذلك ألا يقل مستوى ذكاء الفرد من أفراد العينة عن المتوسط (90 - 110 درجة) على مقياس وكسلر لذكاء الراشدين وذلك إكلينيكياً

4- عدم وجود أية إصابات عضوية في المخ لدى أي فرد من أفراد العينة المشاركة وذلك بعد الفحص الطبي الشامل.

- 5- تشخيص جميع المرضى باضطراب المسلك طبقاً للدليل التشخيصي الأمريكي الخامس الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM-5
- 6- تتراوح أعمار أفراد العينة ما بين (14: 18) سنة.
- 7- تحرى ضبط متغير العلاج بالعقاقير النفسية بالتعاون مع فريق الأطباء المعالجين والأخصائيين النفسيين عن طريق تثبيت هذا المتغير؛ حيث إن جميع الحالات المشاركة خاضعة للعلاج وتناول العقاقير نفسها من حيث الأنواع أو الجرعات حيث تشير إحدى الدراسات إلى أنه يمكن قبول متغير العلاج مادام أن معظم المرضى يتناولون العقاقير بشكل منتظم، وخاصة أنه من الناحية الأخلاقية المهنية يتعذر وقف العلاج.
- 8- تم استبعاد من له تاريخ سابق أو حالي في تعاطي المواد المخدرة باستثناء النيكوتين.
- 9- تم أخذ موافقة صريحة من المرضى والأهل على الاشتراك في البرنامج التجريبي.

أدوات الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على الأدوات التالية:

- 1- استمارة مقابلة من إعداد الباحث.
 - 2- مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك إعداد مجدي الدسوقي
 - 3- مقياس وارويك إندبره للرفاه النفسي (WEMWBS) (ترجمة الباحث)
 - 4- استبيان التقدير الذاتي للتدخل العلاجي (إعداد الباحث).
 - 5- برنامج معرفي سلوكي / بيئي (إعداد الباحث).
- 1- **استمارة المقابلة:** تهدف إلى جمع معلومات إكلينيكية كيفية عن أفراد العينة بهدف استبعاد الحالات التي لا تنطبق عليها شروط العينة بالإضافة إلى تيسير عمل علاقة علاجية مع المريض وتتكون من:
- (البيانات الديمجرافية، الشكوى والحالة الراهنة، التاريخ العائلي للمرض النفسي، التاريخ المرضي، التاريخ الدراسي)
- 2- **مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك إعداد مجدي الدسوقي 2013:**

وصف المقياس: يتضمن هذا المقياس 42 بنداً لتقدير أعراض اضطراب المسلك، وهو عبارة عن مجموعة من العبارات أو السلوكيات التي تصف سلوك الفرد وأمام كل عبارة خمسة خيارات ووضعت لكل خيار درجة من صفر إلى 4 ، ويتكون المقياس من أربعة أبعاد فرعية، وهي كالتالي:

- العدوان على الآخرين
- انتهاك القواعد والأصول المرعية
- الاحتيال والسرقة
- تدمير الممتلكات

الدرجة الكلية للبعد هي مجموع عبارات هذا البعد أو المقياس الفرعي، والدرجة الكلية على المقياس هي مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص على العبارات المكونة للمقياس كله، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى أن الفرد يعاني من اضطراب المسلك والعكس صحيح.

ولحساب ثبات المقياس وصدقه قام معد المقياس بتطبيقه على عينة بكونه من (100) مراهق من الذكور تراوحت أعمارهم ما بين 14 إلى 18 سنة.

صدق المقياس: قام معد المقياس بالتحقق من صدق المقياس عن طريق صدق المحكمين والصدق الظاهري وصدق الاتساق الداخلي.

1- صدق المحكمين: بعد عرض المقياس على المحكمين المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية بلغ معامل الاتفاق بين المحكمين 95% على عبارات المقياس.

2- الصدق الظاهري: حيث تم التحقق من وضوح العبارات والتعليمات على عينة الثبات والصدق.

3- صدق الاتساق الداخلي: قام معد المقياس بالتحقق من صدق المقياس بطريقتين:

الطريقة الأولى: عن طريق حساب ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية على بقية البنود بعد استبعاد قيمة البند من الدرجة الكلية، وقد تراوحت القيم لدى العينة ما بين (0.58: 0.81) وهي دالة عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى اتساق المقياس وصدق بنوده في قياس ما وضع لقياسه.

الطريقة الثانية: عن طريق حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة الكلية للعامل، وكذلك معاملات الارتباط بين العوامل وبعضها، وقد ظهر أن قيم معاملات الارتباط بين العوامل وبعضها تراوحت ما بين (0.618: 0.721)، وتراوحت معاملات ارتباط العوامل بالدرجة الكلية بين (0.725: 0.803)، وجميع هذه المعاملات موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى 0.01، وتشير الارتباطات السابقة إلى أن مقياس اضطراب المسلك يتمتع بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي.

ثبات المقياس: وتم التحقق من ثبات المقياس من خلال (إعادة التطبيق والتجزئة النصفية).

1- **إعادة التطبيق:** تم تطبيق المقياس ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى بعد شهر على أفراد التقنين، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة في التطبيقين الأول والثاني وبلغ معامل الارتباط (0.804) وهو معامل ارتباط دال عند مستوى (0.01) مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

2- **طريقة التجزئة النصفية:** قام معد المقياس بحساب الثبات عن طريقة التجزئة النصفية، وذلك بتجزئة المقياس جزأين (فردى، زوجي)، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات النصفين فبلغ قيمة (0.85) وهو معامل ارتباط دال عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

لحساب ثبات المقياس وصدقه قبل تطبيقه على عينة البحث الحالي، فقام الباحث بالآتي: حساب ثبات هذا المقياس وصدقه بتطبيقه على عينة عددها (12) من الذكور المراهقين.

ثبات المقياس: تم حساب الثبات للمقياس بطريقة إعادة التطبيق وفي هذه الطريقة يتم حساب معامل الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وظهر أن قيم معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني (0.952)، وتراوح معامل الارتباط بين الأبعاد ما بين (0.97: 0.98)، وهذه المعاملات مرتفعة بدرجة كلية وتشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات والاستقرار [انظر جدول (2)].

جدول (2): يوضح معاملات ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق ودلالة معامل الارتباط

ارتباط بيرسون		التطبيق الثاني		التطبيق الأول		
الدالة	ر	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.000	0.978	2.646	32.500	2.864	32.750	العدوان على الآخرين
0.000	0.976	2.855	37.833	2.778	38.083	انتهاك القواعد والأصول المرعية
0.000	0.964	2.234	21.917	2.329	22.167	الاحتيال والسرقة
0.000	0.986	1.782	22.083	2.006	22.250	تدمير الممتلكات
0.000	0.952	6.499	114.333	7.225	115.250	المجموع

صدق المقياس:

صدق الاتساق الداخلي: جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس بتطبيقه على عينة مكونة من (12) مراهقاً وتم حساب معامل الارتباط لبيرسون بين كل درجة ويُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس وظهر أن معاملات الارتباط ما بين (0.651، 0.891)، عند مستوى دلالة (0.021، 0.018) وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

جدول (3): يوضح معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد الاختبار بالدرجة الكلية

معامل الارتباط		
المجموع		
الدلالة	ر	
0.000	0.891	العدوان على الآخرين
0.021	0.655	انتهاك القواعد والأصول المرعية
0.022	0.651	الاحتيال والسرقة
0.018	0.667	تدمير الممتلكات

3- مقياس وارويك إندبره للرفاه النفسي (WEMWBS) ترجمة وإعداد الباحث: أعد هذا المقياس (2007) Tennant, Brown, Platt, et al ويهدف هذا المقياس إلى قياس الرفاهية العقلية للأفراد، ويتم استخدام هذا الاختبار بشكل واسع لقياس الرفاه النفسي حيث يجب الأفراد على أسئلة حول أفكارهم ومشاعرهم ومن خلالها يتمكن الباحثون من قياس الصحة العقلية، كما تم تطويره لتقييم البرامج العلاجية التي تستهدف الصحة العقلية. وقد تم التحقق من صحة المقياس على نطاق واسع وثبات كفاءته السيكمومترية عبر الثقافات المختلفة، وكان مناسباً للتطبيق بداية من سن 13 سنة فيما فوق في ثقافات متعددة، وقد ترجم إلى ثمان وعشرين لغة، ويعتبر هذا المقياس مناسباً لقياس التغييرات بعد التدخلات العلاجية أو البرامج (Taggart, Friede & Weich, et al., 2013) وقد تم استخدامه في أبحاث التعرض للطبيعة والبرامج العلاجية القائمة على الطبيعة لمعرفة مدي التأثير الإيجابي للتواجد في الطبيعة (Jeon, Kim & Yeon, 2021).

وصف الاختبار: يتكون الاختبار من 14 بنداً يغطي الرفاهية الشخصية والأداء النفسي، حيث تم صياغة البنود بشكل إيجابي وتتناول جوانب الصحة العقلية الإيجابية للفرد (الأفكار والمشاعر) في الأسبوعيين الماضيين. **تقدير الدرجات:** تتراوح الدرجة على كل بند من بنود الاختبار من (5:1) درجات، ويتراوح مجموع الدرجات ما بين (14:70)، وتشير الدرجة المنخفضة إلى مستويات أقل من الصحة العقلية والرفاهية النفسية، والدرجة الأعلى تشير إلى مستويات أعلى من الصحة العقلية والرفاهية النفسية.

وقد قام الباحث بترجمتها وإعدادها، وعرضها على المحكمين لمعرفة مدي وملاءمتها، وقد كان الاتفاق عاليًا بين المحكمين، كما قام الباحث بتقدير الكفاءة القياسية. **ثبات المقياس:** تم حساب ثبات المقياس وصدقه بتطبيقه على عينة عددها (12) من الذكور المراهقين وأعيد عليهم التطبيق بعد أسبوعين من التطبيق الثاني.

ثبات وصدق مقياس وارويك إندبره للرفاه النفسي (WEMWBS)

1- ثبات المقياس عن طريق إعادة الاختبار:

جدول (4): معامل ثبات إعادة التطبيق لمقياس وارويك إندبره للرفاه النفسي

ارتباط بيرسون		التطبيق الثاني		التطبيق الأول		
الدلالة	ر	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.000	0.954	2.902	26.667	2.989	26.750	مقياس وارويك إندبره للرفاه النفسي

يتضح من الجدول السابق، والذي يعكس معامل ثبات إعادة الاختبار أن درجة الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني بلغت 0.95 على الدرجة الكلية للمقياس، وهذا يعكس وجود معامل ثبات قوي.

2- ثبات ألفا - كرونباخ:

جدول (5): معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس وارويك إندبره للرفاه النفسي

ألفا-كرونباخ	
0.896	مقياس وارويك إندبره للرفاه النفسي

ويتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس بلغت 0.89، وهذا يعكس وجود معامل ثبات قوي ومقبول.

صدق المقياس: تم التحقق من دلائل الصدق لمقياس وارويك إندبره للرفاه النفسي من خلال الطرق الآتية:

1- صدق الاتفاق بين المحكمين:

وهي إحدى طرق صدق المضمون، ووفقاً لـ "جيزيللي" (1964) فإن صدق مضمون الاختبار يقدر بإجراء فحص منظم لمجموع البنود التي يتضمنها الاختبار لتقدير مدى تمثيلها للمجال السلوكي الذي أعد الاختبار لقياسه، وتتم مقارنة مضمون الاختبار بتعريفات المجال السلوكي من خلال الخبراء في الجامعات والأقسام (من خلال: صفوت فرج، 2007، 266).

وفي هذا الإطار تم التحقق من صدق مقياس وارويك إندبره للرفاه النفسي من خلال عرضها على خمسة من أستاذة علم النفس واستشاري الطب النفسي للحكم على مدى صدق بنود المقياس، وكانت معاملات الاتفاق بين المحكمين عالية على صلاحية المقياس، مع وجود بعض الملاحظات التي التزم بها الباحث.

2- صدق الاتساق الداخلي:

جدول (6): يوضح معامل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط		
مقياس وارويك إندبره للرفاه النفسي		
الدلالة	r	رقم البند
*0.002	0.789	رقم البند 1
*0.001	0.833	رقم البند 2
*0.001	0.830	رقم البند 3
*0.019	0.664	رقم البند 4
0.075	0.532	رقم البند 5
*0.003	0.779	رقم البند 6
*0.002	0.788	رقم البند 7
*0.307	0.322	رقم البند 8
*0.299	0.327	رقم البند 9
*0.037	0.604	رقم البند 10
*0.005	0.752	رقم البند 11
*0.048	0.581	رقم البند 12
*0.031	0.622	رقم البند 13
*0.008	0.724	رقم البند 14

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط تتراوح ما بين (0.322، 0.833) وعند مستوي دلالة (0.001، 0.307) وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق.

4-استبيان التقدير الذاتي لتأثير التدخل العلاجي إعداد الباحث: قام الباحث بإعداد هذا الاختبار لمعرفة آراء المشاركين في البرنامج بعد التدخل العلاجي وأثناء فترتي المتابعة، كما خضع مع سائر أدوات الدراسة لإجراءات التحكيم والتنقيح أو التعديل وجاء صدق الاتفاق بين المحكمين عالياً.

وصف الاستبيان: يهدف إلى تقييم آراء المشاركين حول البرنامج العلاجي بعد انتهائه مباشرة وإلى تقييم آرائهم بعد نهاية فترة المتابعة، ويتكون من (15) بنداً، ويطلب من المشاركين في البرنامج اختيار بديل واحد من بين خمسة بدائل. **تقدير الدرجات:** تتراوح الدرجة على كل بند ما بين (1: 5) درجات، وبالتالي تكون الدرجة الأعلى للاستبيان (75) درجة، والدرجة الأدنى (15) درجة.

5-برنامج علاجي سلوكي معرفي/ بيئي: إعداد البرنامج الحالي بعدة مراحل نذكرها فيما يلي:

(1) إعداد إطار نظري شامل لاضطراب المسلك والمشكلات التي يعاني منها المرضى، بحيث يمثل هذا الإطار الفلسفة العامة للبرنامج.

(2) إعداد البرنامج في صورته المبدئية ثم إجراء التعديلات على البرنامج.

وصف البرنامج السلوكي المعرفي/بيئي لتحسين حالات المراهقين مضطربي السلوك في ضوء بعض المتغيرات البيئية.

أولاً: الإطار العام للبرنامج: يتكون البرنامج من ثلاث مراحل وهي:

المرحلة الأولى: مرحلة تحديد خط الأساس بهدف تقييم المشكلات قبل بدء البرنامج.

المرحلة الثانية: مرحلة التدخل وفيها جلسات البرنامج وإنهائه.

المرحلة الثالثة: مرحلة المتابعة بعد ثلاثة أشهر من الانتهاء من البرنامج وبعد سبعة أشهر من الانتهاء من تطبيق البرنامج.

ثانياً: بنية الجلسات: لكل جلسة إطار واضح ومحدد ومنظم، وتتضمن كل جلسة ما يلي:

1-مراجعة الواجب المنزلي.

2-وضع جلسة أعمال للجلسة التالية.

3-مناقشة جدول الأعمال.

4-تقييم العائد في نهاية كل جلسة.

ثالثاً: التوقيت: مدة كل جلسة (90) دقيقة بواقع جلستين أسبوعياً لكل مجموعة من المشاركين، والتطبيق بصورة جماعية، باستثناء أول جلستين، وعدد الجلسات (15) جلسة علاجية على مدار ثمانية أسابيع، بالإضافة إلى جلسة لقياسات المتابعة لكل مجموعة بعد ثلاثة شهور من انتهاء تطبيق البرنامج، ثم المتابعة الثانية بعد سبعة أشهر بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

رابعاً: الهدف العام للبرنامج: بيان فاعلية العلاج السلوكي المعرفي/البيئي في خفض أعراض اضطراب المسلك لدى المراهقين وزيادة الرفاهية النفسية مقارنة بمجموعة تجريبية ثانية تعرضت للبرنامج المعرفي السلوكي داخل المستشفى.

خامساً: الحدود الإجرائية للبرنامج:

1-الحدود الزمنية: نفذ البرنامج على مدى عشرة أشهر من تاريخ 2023/6/1 إلى 2024/3/30 بواقع جلستين

أسبوعياً، وطبق البرنامج بصورة جماعية المجموعة التجريبية الأولى طبق عليها البرنامج في البيئة الطبيعية،

جلساتها تتم السبت والثلاثاء من كل أسبوع، بينما المجموعة التجريبية الثانية طبق عليها البرنامج داخل المستشفى فكانت جلساته تتم في يومي الأحد والأربعاء من كل أسبوع.

2- الحدود المكانية: والعينة التجريبية الأولى: تم التطبيق في مزرعة بالفيوم في بيئة طبيعية، والسماح لأفراد المجموعة بالتجول بالمكان بحرية وسط الزراعات والأشجار والتفاعل مع حيوانات المزرعة قبل وبعد التطبيق، ووقت للعب كرة القدم والطائرة.

- العينة التجريبية الثانية: نفذ البرنامج على العينة التجريبية الثانية بإحدى القاعات داخل مستشفى الرخاوى المعدة للجلسات الجماعية، وتمارس الأنشطة لعب كرة القدم، وكرة الطائرة في ملعب المستشفى.

3- الحدود البشرية: تتضمن المجموعة التجريبية (12) مراهق ممن شخصوا باضطراب المسلك، والمجموعة التجريبية الثانية من (12) مراهق ممن شخصوا باضطراب المسلك.

وبعد أن عُرض البرنامج وأدوات الدراسة على أساتذة علم النفس واستشاري الطب النفسي، أجرى الباحث التعديلات على البرنامج العلاجي والأدوات التي أقرتها مجموعة المحكمين، وأبرز هذه التعديلات تبسيط اللغة المستخدمة في البرنامج لكي تناسب سن العينة المستهدفة.

الأساليب الإحصائية:

1- الإحصاءات الوصفية (التكرارات - النسب المئوية - المتوسط الحسابي - الانحراف المعياري).

2- اختبار مربع كا² Chi Square

3- اختبار مان ويتني Mann Whitney test

4- اختبار ويلكسون Wilcoxon test

نتائج البحث

أولاً: الفروق بين المجموعتين في القياس القبلي لضمان التكافؤ بين المجموعتين: حيث قام الباحث بتقييم متغيرات الدراسة الأساسية قبل التعرض للبرنامج العلاجي (القياس القبلي) لمجموعتي الدراسة، والتي تمثلت في تقدير أعراض اضطراب المسلك التي اهتمت به الدراسة الراهنة، فقد أوضحت دلالات مان ويتني عدم وجود أي فروق دالة بين المجموعتين على اختبار تقدير أعراض اضطراب المسلك ومقياس وارويك أدنبره للرفاه النفسي [انظر جدول (7)]، مما يشير إلى وجود قدر مقبول من التكافؤ بين مجموعتي الدراسة على هذا المتغير.

جدول (7): التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في أعراض اضطراب المسلك والرفاه النفسي

نوع الدلالة	اختبار مان ويتني		المجموعات				التقييم القبلي
			المجموعة التجريبية الثانية		المجموعة التجريبية الأولى		
	الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
غير داله	0.398	0.846-	164.50	13.71	135.50	11.29	العدوان على الآخرين
غير داله	0.319	0.997-	133.00	11.08	167.00	13.92	انتهاك القواعد والأصول المرعية
غير داله	0.814	0.235-	154.00	12.83	146.00	12.17	الاحتيال والسرقة
غير داله	0.264	1.118-	169.00	14.08	131.00	10.92	تدمير الممتلكات
غير داله	0.664	0.434-	157.50	13.13	142.50	11.88	اختبار اضطراب المسلك
غير داله	0.839	0.203-	153.50	12.79	146.50	12.21	مقياس الرفاه النفسي

ثانياً: عرض نتائج الفرض الأول: الفرض الأول ينص بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك ومقياس وراويك أدنبره للرفاه النفسي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية الأولى وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار "مان ويتني" لحساب دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة، وبظهر نتيجته في جدول (8).

جدول (8): نتائج الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى والتجريبية الثانية في القياس البعدي

نوع الدلالة	اختبار مان ويتني		المجموعات				متغيرات الدراسة
			المجموعة التجريبية الثانية ن=12		المجموعة التجريبية الأولى ن=12		
	الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
داله	0.000	3.982-	218.00	18.17	82.00	6.83	العدوان على الآخرين
داله	0.000	4.013-	219.00	18.25	81.00	6.75	انتهاك القواعد والأصول المرعية
غير داله	0.064	1.854-	181.50	15.13	118.50	9.88	الاحتيال والسرقة
داله	0.007	2.687-	195.00	16.25	105.00	8.75	تدمير الممتلكات
داله	0.000	4.163-	222.00	18.50	78.00	6.50	إجمالي اختبار اضطراب المسلك
داله	0.000	4.166-	78.00	6.50	222.00	18.50	مقياس وراويك أدنبره للرفاه النفسي

توضح النتائج السابقة وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية في القياس البعدي بعد انتهاء البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية الأولى؛ حيث يظهر لنا من خلال التدقيق في الجدول السابق أن درجات المجموعة التجريبية الأولى انخفضت بشكل ملحوظ في ثلاثة أبعاد من اضطراب المسلك وهي العدوان على الآخرين، انتهاك القواعد والأصول المرعية وتدمير الممتلكات على إجمالي اختبار اضطراب المسلك، بينما ارتفعت مؤشرات الرفاه النفسي على مقياس وراويك أدنبره للرفاه النفسي للمجموعة التجريبية الأولى والتي تلقت العلاج في الخارج في بيئة طبيعية مقارنة بالمجموعة التجريبية الثانية، وذلك بعد انتهاء البرنامج العلاجي مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في البيئة الطبيعية.

ثالثاً: عرض نتائج الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك ومقياس وراويك أدنبره للرفاه النفسي عند نهاية فترتي المتابعة الأولى والثانية لصالح المجموعة التجريبية الأولى. وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث اختبار "مان ويتني" لحساب دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة، وتظهر نتيجته في جدول (9) وجدول (10).

جدول (9): نتائج الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية في المتابعة الأولى بعد ثلاثة أشهر من انتهاء العلاج

نوع الدلالة	اختبار مان ويتنى		المجموعات				متغيرات الدراسة
			المجموعة التجريبية الثانية ن=10		المجموعة التجريبية الأولى ن=11		
	الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
داله	0.000	3.593-	123.00	15.38	67.00	6.09	العدوان على الآخرين
داله	0.000	3.541-	122.50	15.31	67.50	6.14	انتهاك القواعد والأصول المرعية
غير داله	0.093	1.680-	100.00	12.50	90.00	8.18	الاحتيال والسرقة
داله	0.003	2.950-	115.00	14.38	75.00	6.82	تدمير الممتلكات
داله	0.000	3.646-	124.00	15.50	66.00	6.00	إجمالي اختبار اضطراب المسلك
داله	0.000	3.640-	36.00	4.50	154.00	14.00	مقياس وارويك أدنبره الرفاه النفسي

يوضح الجدول السابق وجود فروق بين المجموعة التجريبية الأولى والتجريبية الثانية بعد انتهاء العلاج بثلاثة أشهر في أول متابعة؛ حيث نجد من خلال التدقيق في النتائج السابقة أن المجموعة التجريبية استمر انخفاض التقديرات على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك في ثلاثة أبعاد وإجمالي المقياس، بينما استمر ارتفاع درجات مقياس وارويك أدنبره للرفاه النفسي بعد مرور ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج.

جدول (10): نتائج الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية في المتابعة الثانية بعد سبعة أشهر من انتهاء العلاج

نوع الدلالة	اختبار مان ويتنى		المجموعات				متغيرات الدراسة
			المجموعة التجريبية الثانية ن=8		المجموعة التجريبية الأولى ن=11		
	الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
داله	0.000	3.574-	123.00	15.38	67.00	6.09	العدوان على الآخرين
داله	0.000	3.672-	124.00	15.50	66.00	6.00	انتهاك القواعد والأصول المرعية
داله	0.049	1.968-	103.50	12.94	86.50	7.86	الاحتيال والسرقة
داله	0.012	2.504-	109.50	13.69	80.50	7.32	تدمير الممتلكات
داله	0.000	3.651-	124.00	15.50	66.00	6.00	إجمالي اختبار اضطراب المسلك
داله	0.000	3.652-	36.00	4.50	154.00	14.00	مقياس وارويك أدنبره للرفاه النفسي

يوضح الجدول السابق وجود فروق بين المجموعة التجريبية الأولى والتجريبية الثانية؛ حيث نجد استمرار التحسن في المتابعة الثانية، ويتضح ذلك في انخفاض تقديرات أفراد المجموعة التجريبية الأولى في مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك في أبعاده الأربعة، بينما استمر ارتفاع درجات مقياس وارويك أدنبره للرفاه النفسي، وذلك بعد مرور سبعة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي، مما يدعم فكرة أن العلاج المعرفي السلوكي عملية تعليمية تؤدي إلى تراكم خبرات لدي الفرد ويعممها في مختلف المواقف الحياتية. كما نلاحظ أن التسرب من العلاج وصل إلى 40% في المجموعة التجريبية الثانية مقابل 10% في المجموعة التجريبية الأولى مما يدعم فكرة أن العلاج في البيئة الخارجية الطبيعية قد يكون جذابا ويزيد من الرفاهية النفسية ويزيد من المشاعر الإيجابية والدافعية.

رابعاً: عرض نتائج الفرض الثالث: الفرض الثالث ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي والقياس البعدي في المجموعة التجريبية الأولى على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك ومقياس وارويك أدنبره للرفاه النفسي، وللتحقق من صدق هذا الفرض استخدم الباحث اختبار "ويلكوكسون" لدلالة الفروق بين المجموعات، ويظهر نتيجة هذا الإجراء في جدول (11).

جدول (11): يوضح نتائج الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الأولى

نوع الدلالة	Wilcoxon Signed Ranks Test		المجموعة التجريبية الأولى				متغيرات الدراسة
	الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب		متوسط الرتب		
			Positive	Negative	Positive	Negative	
داله	0.002	3.074-	0.00	78.00	0.00	6.50	العدوان على الآخرين
داله	0.002	3.070-	0.00	78.00	0.00	6.50	انتهاك القواعد والأصول المرعية
داله	0.002	3.086-	0.00	78.00	0.00	6.50	الاحتيال والسرقة
داله	0.002	3.068-	0.00	78.00	0.00	6.50	تدمير الممتلكات
داله	0.002	3.063-	0.00	78.00	0.00	6.50	إجمالي اختبار اضطراب المسلك
داله	0.002	3.070-	78.00	0.00	6.50	0.00	مقياس وارويك أدنبره للرفاه النفسي

يظهر لنا من خلال النظر في الجدول السابق وجود فروق جوهرية بين القياس القبلي والبعدي لدي عينة الدراسة المتلقين للبرنامج العلاجي في البيئة الخارجية الطبيعية على مقاييس الدراسة مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك ومقياس وارويك أدنبره للرفاه النفسي، مما يدعم كفاءة البرنامج وفعالته في تحقيق أهدافه.

خامساً: عرض نتائج الفرض الرابع: الفرض الرابع ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي وقياسات المتابعة الأولى والثانية في المجموعة التجريبية الأولى على مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك، ومقياس وارويك أدنبره للرفاه النفسي، واستخدام الباحث للتحقق من هذا الفرض اختبار "ويلكوكسون" لدلالة الفروق بين المجموعات، وتظهر نتيجة هذا الإجراء في جدول (12)، وجدول (13).

جدول (12): يوضح نتائج الفروق بين القياس البعدي والمتابعة الأولى للمجموعة التجريبية الأولى

نوع الدلالة	Wilcoxon Signed Ranks Test		المجموعة التجريبية الأولى				متغيرات الدراسة
	الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب		متوسط الرتب		
			Positive	Negative	Positive	Negative	
غير داله	0.317	1.000-	15.00	6.00	3.75	3.00	العدوان على الآخرين
غير داله	0.480	0.707-	5.00	10.00	2.50	3.33	انتهاك القواعد والأصول المرعية
غير داله	0.564	0.577-	2.00	4.00	2.00	2.00	الاحتيال والسرقة
غير داله	1.000	0.000	5.00	5.00	2.50	2.50	تدمير الممتلكات
غير داله	0.711	0.371-	24.00	31.00	4.00	7.75	إجمالي اختبار اضطراب المسلك
غير داله	0.102	1.633-	3.50	17.50	3.50	3.50	مقياس وارويك أدنبره للرفاه النفسي

يوضح الجدول السابق عدم وجود فروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة الأولى لدى المجموعة التجريبية الأولى؛ حيث نجد من خلال التدقيق في النتائج السابقة بين القياس البعدي والمتابعة الأولى عدم وجود فروق بين القياسين، بمعنى أن التحسن مستمر، والتراكم العلاجي جيد، وأيضاً نلاحظ أن نسبة التسرب بلغت 10% فقط، مما يشير إلى زيادة الدافعية للاستمرار في العلاج، والتأثير الإيجابي للتواجد في البيئة الخارجية و زيادة الرفاهية النفسية.

جدول (13): يوضح نتائج الفروق بين القياس البعدي والمتابعة الثانية للمجموعة التجريبية الأولى

نوع الدلالة	Wilcoxon Signed Ranks Test		المجموعة التجريبية الأولى				متغيرات الدراسة
	الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب		متوسط الرتب		
			Positive	Negative	Positive	Negative	
غير داله	0.248	1.155-	26.00	10.00	4.33	5.00	العدوان على الآخرين
غير داله	0.248	1.155-	13.50	31.50	6.75	4.50	انتهاك القواعد والأصول المرعية
غير داله	0.206	1.265-	21.00	7.00	4.20	3.50	الاحتيال والسرقة
غير داله	0.271	1.100-	25.50	10.50	5.10	3.50	تدمير الممتلكات
غير داله	0.654	0.448-	38.00	28.00	5.43	7.00	إجمالي اختبار اضطراب المسلك
غير داله	0.055	1.933-	3.00	25.00	3.00	4.17	مقياس وارويك أندبره للرفاه النفسي

يوضح الجدول السابق عدم وجود فروق بين القياس البعدي والمتابعة الثانية، أي بعد سبعة أشهر من انتهاء العلاج. مما يدعم استقرار التحسن وعدم وجود أي انتكاسات بعد مرور ضعفي مدة العلاج، وعدم حدوث تسرب للحالات أثناء المتابعة من البرنامج العلاجي لم تزد عن 10% قد يشير إلى أهمية انتقال العلاج للخارج في البيئة الطبيعية وتأثير هذه الخبرة إيجابي على المرضى.

مناقشة النتائج

مناقشة نتائج الدراسة في ضوء التحقق من صحة فروض الدراسة ومدى اتساق تلك النتائج مع الدراسات السابقة. **أولاً: للعلاج السلوكي المعرفي:** تبين من النتائج الدراسة الحالية تحقق صحة فرض الدراسة كلياً بوجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين، وذلك قبل تقديم البرنامج العلاجي وبعده؛ ولذلك تم التحقق من صحة الفروض الفرعية المنبثقة عن فرض الدراسة الرئيس واتفق ذلك مع الإنتاج الفكري السابق. **مدى اتساق نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة:** وقد جاءت نتائج هذه الدراسة متفقة مع نتائج الدراسات السابقة؛ حيث نجد في دراسة (Apseche, Christopher & Marpy (2004) أظهرت النتائج وجود انخفاض دال لأعراض اضطراب المسلك بأبعاده الأربعة، وقد اتفقت هذه النتائج مع ما جاء في دراسة (Sehgal (2004، حيث انخفضت أعراض اضطراب المسلك في أبعاد العدوان على الآخرين وانتهاك القواعد والأصول وتدمير الممتلكات. وفي السياق ذاته نجد أن أعراض اضطراب المسلك قد اختفت تماماً بنسبة وصلت إلى 85% لدى Mashalaba (2005) & Edwards (2005)، وأيضاً لدى (Kaufman & Seeley (2005، والذي وصل التحسن لنسبة 70% في أبعاد اضطراب المسلك، وأيضاً ارتفعت النسبة إلى 83% في جلسات المتابعة، وهو ما اتفق أيضاً مع الإنتاج الفكري السابق في السياق المحلي ممثلاً في دراسة صفاء مدبولي (2006)، وكذلك صفاء إسماعيل (2007). وفي سياق متصل جاءت نتائج كلاً من أمل عزب (2014)، ودراسة صالحى (2017)، وسمية حبيب (2017)، فقد انتهيا في نتائجهما إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أدى إلى انخفاض دال وملحوظ في أعراض اضطراب المسلك بأبعاده الأربعة انخفاضاً جوهرياً وهي العدوان على الآخرين، وانتهاك القواعد والمعايير وتدمير الممتلكات، والسرقة وهو ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية.

وفي نفس السياق جاءت نتائج كلاً من دراسة نهى عوض (2018) (2022) Kumyi, Akinnowo، ودراسة سيدة محمد وسلوى على (2022)، والتي انتهت نتائجها إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أدى إلى انخفاض أعراض اضطراب المسلك على أبعاده الأربعة انخفاضاً جوهرياً.

وفي سياق الكفاءة تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (2013) Busari، والتي انتهت إلى تحسن أعراض اضطراب المسلك بعد انتهاء العلاج وفي فترات المتابعة، كما اتفق ذلك مع ما جاء في الإنتاج الفكري المحلي ممثلاً في دراسة علياء الشايب (2017)، ودراسة نهى عوض (2018)، ودراسة صالح (2017)، وهو ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية، مما يشير إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يؤدي إلى مزيد من التحسن عبر الزمن من خلال فترات المتابعة ويؤدي إلى التراكم. فالعلاج السلوكي المعرفي علاج تعليمي ينتقل أثره إلى المجتمع بشكل يجعلنا نعيش في مجتمع أفضل؛ حيث نجد أن سلوكيات المراهقين الذين شخّصوا باضطراب المسلك تشكل عبئاً وتكلفة عالية على المجتمع حيث بلغ نسبة انتشاره حوالي 4% وفقاً للدليل الأمريكي الخامس، كما يحتل اضطراب المسلك المرتبة 29 في متوسط السنوات التي يعيشها المصابون بالإعاقة بين جميع الأمراض الحادة المزمنة، فتكلفة التخريب الذي يسببه مضطربي المسلك في المدارس قد تصل إلى 900 مليون دولار كل عام، فما بالنا بما يحدث في الدول النامية ومنها مصر؟

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع نتائج الدراسة التي قام بها كلٌّ من Nitowski & Peterman (2016) والتي انتهت إلى تحسن أعراض اضطراب المسلك لدى عينة الدراسة مع التوصية بضرورة وأهمية الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي للوصول إلى أفضل النتائج، وهذا ما تم التأكيد عليه في الإنتاج المحلي أيضاً في دراسة هشام عبد المجيد (2006)، وذلك بهدف القضاء على أخطاء التفكير والتشويبات المعرفية والمشكلات الانفعالية، وهو فعلياً ما تم في الدراسة الراهنة.

ولما كانت السلوكيات المضطربة وظيفياً ناجمة أساساً عن خلل في التفكير تتمثل في: المبالغة والتعميم والتشويه المعرفي، فإن العلاج السلوكي المعرفي يمثل حلاً نموذجياً للتعامل مع هذه الأساليب الخاطئة في التفكير، فهو يحاول إمداد الفرد بأساليب جديدة تعتمد على الواقعية أولاً ثم العقلانية في التفكير، وذلك بشكل يدعم عدم الانتكاس واستمرار التحسن.

فالعلاج السلوكي المعرفي يؤدي إلى إحداث تغييرات في الطريقة التي يفكر بها الفرد ويمتد أثره من موقف تدريبي إلى كافة المواقف المماثلة له في الحياة بشكل عام وهو ما أشار إليه (2017) Glenon & Greven بأن العلاج المعرفي السلوكي علاج ممتد الأثر حيث يشمل كافة المواقف والأشخاص والأحداث المماثلة أو المشابهة لما يتم التدريب عليه خلال جلسات العلاج، ويؤدي التكرار إلى عدم الانتكاس لفترات طويلة قد تصل إلى سنوات.

من الدلالات الإكلينيكية على كفاءة البرنامج وتأثيره الإيجابي هو وجود فرق وتحول حقيقي في حياة المرضى اليومية أو مع الآخرين الذين يتفاعل معهم، ونجد أن الدراسة الراهنة اهتمت بالدلالة الإكلينيكية من خلال منظور المرضى أنفسهم والذي ظهر من خلال آرائهم الإيجابية والتي وصلت النسبة ما بين 81% إلى 100% بعد الانتهاء من التطبيق وبعد نهاية المتابعة الأولى والثانية مما يدل على أثر هذا التدخل العلاجي عليهم وعلى تحسن أعراضهم.

ومن خلال نتائج الدراسة الحالية يمكن الوقوف على عدد من النقاط التي تتعلق بسير العملية العلاجية في إطار البرنامج الحالي وهي كالتالي:

1- إن تعليم المريض كيفية مواجهة أفكاره السلبيه، والتصدي لها أفضل من تعليمه كيفية التخلص منها نهائياً، حيث إن تعليمه كيفية مواجهتها واكتشافها وتعديلها يتم عبر عدد من الجلسات العلاجية والتي احتوت على العديد من الفنيات التي تم التدريب عليها أثناء الجلسات، مما يؤدي ذلك إلى انتقال أثر التدريب إلى المواقف والأحداث المشابهة أو الأفكار التي قد يكتشفها مستقبلاً بعد انتهاء العلاج، لذلك يعد العلاج المعرفي السلوكي علاجاً تعليمياً.

2- العلاج السلوكي المعرفي يؤدي إلى حصول المريض على مجموعة كبيرة من المعارف والمعلومات والمهارات التي تفيده في الوقت الحالي أو في المستقبل بعد انتهاء البرنامج العلاجي، وذلك على عكس العلاج الدوائي فقط.

ثانياً: البيئة الخارجية الطبيعية: مدى اتساق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة:

قد ظهر من خلال نتائج الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة بين المجموعة التجريبية الأولى والتي تعرضت للبرنامج العلاجي في الخارج في بيئة طبيعية والمجموعة التجريبية الثانية والتي تعرضت للبرنامج داخل المستشفى لصالح المجموعة التجريبية الأولى، وأن نقل العلاج التقليدي للخارج في بيئة طبيعية كان له آثار إيجابية وفعالة في العملية العلاجية ويتفق ذلك مع ما جاء في دراسة كلٍ من (Clark, Mormal et al. (2004)، ودراسة Shin, Shin et al (2012) والذين قاموا بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي في بيئة خارجية طبيعية على عينة من المراهقين والذي أظهر من خلال النتائج تحسناً ملحوظاً في أعراضهم المرضية مع اختلاف التشخيصات في عينة الدراسة.

وفي السياق ذاته نجد أن نتائج دراسات كلٍ من (Hoag, Massy, et al., (2013) Combs, Hoag, (2016) Javorski & Roberts تشير إلى انخفاض دال وملحوظ في الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى عينة الدراسة، وذلك بعد تعرضهم للبرنامج العلاجي الذي تكون من فنيات معرفية وسلوكية والذي طبق في البرية، وظهر من خلال النتائج تحسناً دالاً وملحوظاً على الحالة المزاجية والدافعية والفعالية والاضطرابات السلوكية، وقد استمر التحسن بعد المتابعة الأولى والثانية وهذا يتفق مع ما جاء من نتائج في الدراسة الحالية.

وفي سياق متصل جاءت نتائج كلٍ من دراسة (Bettman, Tucker, et al., (2017) ودراسة Conlon, Wilson (2018) ودراسة (Gabrielson, Eskedal et al., (2019) والذين قاموا بتطبيق العلاج التقليدي سواء (المعرفي السلوكي، الدينامي، العلاج القائم على اليقظة) في بيئة خارجية طبيعية، و ظهر من خلال النتائج تحسن أعراض اضطراب المسلك لدى عينة الدراسة من المراهقين واستمر التحسن في فترات المتابعة، وهو ما يتفق مع نتائج الدراسة الراهنة، مما يشير إلى فعالية نقل العلاجات التقليدية إلى البيئة الطبيعية وخاصة مع المراهقين، ويدعم ذلك الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى والتجريبية الثانية والتي أتت لصالح المجموعة التجريبية الأولى في معدل التحسن، وأيضاً في معدل التسرب من العلاج، حيث كان التسرب من المجموعة التجريبية الأولى والتي طبق عليها البرنامج في بيئة طبيعية خارج المستشفى 8% مقابل 35% للمجموعة التجريبية الثانية والتي طبق عليها البرنامج العلاجي بالطريقة التقليدية داخل المستشفى.

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Roberts, Stroud et al., (2016)، بأن انتقال العلاج للخارج في بيئة طبيعية يزيد من الفعالية والرفاهية النفسية وكان أكثر جاذبية من العلاج التقليدي داخل الغرف المغلقة للمراهقين.

وجاءت نتائج الدراسة الحالية متفقة مع نتائج دراسة (Kim, Lim, et al (2009) والتي ظهر من خلال النتائج أن المجموعة التجريبية الأولى كانت نتائجها أفضل من المجموعة التجريبية الثانية والتي تلقت العلاج المعرفي السلوكي

في البيئة الداخلية المستشفى، وأكدوا على أن البيئة الطبيعية تساعد في تحسين الأعراض المرضية واستمر هذا التحسن طوال فترات المتابعة.

وبناءً على ما سبق عرضه يتضح أن أشكال العلاجات الخارجية قد تمثل تدخلاً فعالاً للمراهقين والشباب، وكإجراءات علاجية لاضطرابات الصحة العقلية والنفسية.

وهذه الدراسة تسلط الضوء على فوائد استخدام الطبيعة ودمجها مع الأساليب العلاجية التقليدية لإحداث تغيير في حياة الأفراد، من خلال ذلك فإن تطبيق العلاج في الخارج يساعد في خلق نتائج أفضل عن الأساليب التقليدية وخاصة مع المراهقين.

الاستنتاج: لتعظيم التأثير العلاجي من المهم تحسين محتوى وشكل العلاج النفسي وفقاً لخصائص المرضى حيث إن بيئة مثل المستشفى أو البيئة الخارجية الطبيعية التي يجرى فيها العلاج النفسي ليست مجرد مكان، ولكنها في حد ذاتها محتوى وشكل من العلاج الذي يتفاعل مع عوامل أخرى مختلفة وربما يغير من النتائج. وأفترض أن العوامل التي تجعل من البيئة الطبيعية الخارجية أفضل من المستشفى تتمثل في أن التواجد في البيئة الطبيعية يساعد المرضى أن يتفاعلوا مع العديد من العوامل مثل الأشجار، الحيوانات، الهواء النقي والفضاء الواسع، والحرية في الحركة، والتفاعل النشط، فيمكن أيضاً للبيئة الطبيعية أن تسهل التفاعل بين الأنشطة النفسية والجسدية و قد تساعد البيئة الطبيعية للمريض في إعادة النظر في مشاكله الشخصية عكس المستشفى فغالباً ما يقاوم المرضى أو ينكرون مشاكلهم، ولكن وجودهم في بيئة طبيعية خارج المستشفى تجعلهم يتحدثون بسهولة أو يتواصلون مع أنفسهم من خلال شيء في الطبيعة، لذلك فإن التفاعل مع بيئة طبيعية يزيد من النشاطات الجسدية والنفسية، مما قد يؤدي إلى الآثار العلاجية التي لوحظت في هذه الدراسة؛ بأن استخدام العلاج النفسي وتوظيفه في بيئة طبيعية مناسبة يحسن من نتائج العلاج.

الخلاصة

هدف البحث إلى اختبار فعالية برنامج معرفي سلوكي/ بيئي لتحسين حالات المراهقين مضطربي المسلك، ومدى استمرار انخفاض أعراض اضطراب المسلك وزيادة الرفاهية النفسية. حيث تكونت عينة الدراسة من (24 مفردة) و قد قسمت إلى مجموعتين تجريبيتين حيث تلقت المجموعة التجريبية الأولى المكونة من (12 مفردة) البرنامج العلاجي في البيئة الطبيعية خارج المستشفى ، بينما تلقت المجموعة التجريبية الثانية المكونة من (12 مفردة) البرنامج المعرفي السلوكي داخل المستشفى، وقد توصلت نتائج البحث إلى العديد من النتائج ومن أهمها انخفاض أعراض اضطراب المسلك لدي العينة التجريبية الأولى واستمرار التحسن بعد نهاية البرنامج خلال فترة المتابعة، وكان معدل التسرب من البرنامج منخفض جداً في المجموعة التجريبية الأولى كما زادت الرفاهية النفسية لديهم.

توصيات الدراسة

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الراهنة من نتائج يمكن الخروج بمجموعة من التوصيات نجملها في النقاط الآتية:
(1) ألا يقتصر الروتين العلاجي لمرضى اضطراب المسلك الداخليين على العلاج الدوائي فقط، بل يجب أن يتضمن العلاج السلوكي المعرفي.

(2) المزج بين العلاج المعرفي السلوكي والبيئة الطبيعية خارج المستشفى يؤدي إلى نتائج متميزة.

- (3) تبنى أساليب جديدة في العلاج والانتقال به من الغرف والأماكن إلى الساحة الخارجية ربما يكون أكثر جذبا لصغار السن ويساهم في عدم التسرب ويساعد على الامتثال. وثبت أن هذا النموذج العلاجي قد يكون فعالاً مع المراهقين الذين يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة.
- (4) استخدام أدوات التقييم النفسي والقياسات الفسيولوجية المعتمدة، بالإضافة إلى الاستبيانات الذاتية للحصول على صورة أكمل للآثار العلاجية في البيئة الخارجية.
- (5) عمل المزيد من الدراسات على عينات سريرية متنوعة لمعرفة أثر العلاج في الخارج المدعوم بالعلاجات التقليدية.
- (6) زيادة الاهتمام بخبرة المشاركين المتصورة ومواقفهم تجاه بيئات وأنشطة خارجية معينة في البيئة الطبيعية.
- (7) وصف أي آثار جانبية أو أحداث سلبية أو ظواهر ضارة أثناء المشاركة في برامج العلاج الخارجية.
- (8) الاهتمام بأراء ووجهات نظر المشاركين في تصميم وتنفيذ هذه التدخلات.
- (9) الاهتمام بدراسة شكل العلاقة العلاجية في هذا المنحى الناشئ ووضع الضوابط والحدود الملائمة.

المراجع

- إجلال سري (2000): علم النفس العلاجي، ط2، القاهرة عالم الكتب .
- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (2014). تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق (الإصدار الثاني، عمان، الأردن، دار المسيرة.
- أمل عزب (2014). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين، رسالة دكتوراه كلية التربية، جامعة بنها.
- جمعة يوسف (2000). الاضطراب السلوكية وعلاجها، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر
- حامد عبد السلام زهران (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، القاهرة: عالم الكتب.
- حسن الجوهري (1995). البيئة والمجتمع. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية. ص 4.
- صفاء إسماعيل (2009) فعالية برنامج إرشادي سلوكي في علاج بعض حالات اضطراب المسلك، مجلد المؤتمر الإقليمي لقسم علم النفس جامعة القاهرة، ص ص 65 - 117.
- صفاء مدبولي (2006). ممارسة العلاج المعرفي - السلوكي في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلة اضطراب العلاقات الاجتماعية للأطفال المعرضين للانحراف، مجلد المؤتمر العلمي التاسع عشر لكلية التربية، جامعة حلوان. 120 - 132.
- عادل عبد الله (2000). العلاج المعرفي السلوكي. أسس وتطبيقات، دار الرشد للنشر، القاهرة.
- عبد السلام حامد زهران. (2005). علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، ط 6، القاهرة، عالم الكتب
- لويس كامل مليكة. (1994). العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت، دار القلم.
- ناجي عبد العظيم (2003). فاعلية برنامج إرشادي للتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض الخجل لدى الأطفال، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد (4)
- نهى أحمد عوض (2018). فعالية برنامج معرفي - سلوكي لتحسين بعض المشكلات المعرفية والسلوكية لدى عينة من أطفال اضطرابات المسلك، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، المجلد السادس، العدد الأول، ص 1 - 28.
- هشام عبد المجيد (2006). مقارنة فعالية كلاً من التعديل المعرفي السلوكي والتعديل السلوكي من خدمة الفرد في التقليل من حدة المشكلات السلوكية للأحداث الجانحين، بحوث المؤتمر العلمي الرابع لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان. (133 - 152).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5)*. American Psychiatric Association.

- Apsche, J. & Christopher, B. (2006). Review and empirical Comparison of three treatments for adolescents' males with Conduct and personality disorder: mood deactivation therapy, Cognitive behavior therapy and social skills training International Journal of Behavioral and Consolation therapy, 2(3), 382398.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of Social Cognitive theory psychology of and Health, 13, 622-649.
- Baum, A., Fleming, R., and Singer, J., (1985). Understanding Environmental Stress: Strategies for conceptual and methodological integration in A. Baum and J. Singer (eds), Advances in Environmental Psychology, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, vol. 5, pp. 185–205.
- Bettmann J. E., Tucker A., Behrens E., Vanderloo M. (2017). Changes in late adolescents and young adults' attachment, separation, and mental health during wilderness therapy. J Child Fam Stud. 26(2):511–522. doi:10.1007/s10826-016-0577-4.
- Blair, R. J. R. (1999). Responsiveness to distress cues in the child with psychopathic tendencies. Personality and Individual Differences, 27, 135–145.
- Busari, A. (2013). Cognitive Behaviour Therapy in the Management of Conduct Disorder Among Adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 93 (1), 45-60
- Clark J. P., Marmol L. M., Cooley R, Gathercoal K. (2004). The effects of wilderness therapy on the clinical (on Axes I, II, and IV) of troubled adolescents. J Exp Educ.27(2), 213232doi:[10.1177/105382590402700207](https://doi.org/10.1177/105382590402700207)
- Combs, K. M., Hoag, M. J., Javorski, S., Roberts, S. D. (2016). Adolescent Self-Assessment of an Outdoor Behavioral Health Program: Longitudinal Outcomes and Trajectories of Change. Journal of Child and Family Studies, 25, 3322-3330.
- Conlon, C. M., Wilson, C. E., Gaffney, P., & Stoker, M. (2018). Wilderness therapy intervention with adolescents: Exploring the process of change. Journal of Adventure Education and Outdoor Learning, 18, 353—366.
- Culpepper, L., & Fried, R. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a chronic care paradigm. *Postgraduate Medicine*, 125(4), 78-86.
- Dobud, W. (2017). Towards an evidence-informed adventure therapy: Implementing feedback-informed treatment in the field. Journal of Evidence informed Social Work, 14(3), 172-182. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1304310>.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 837–849. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.00387.x>
- Gabrielsen L. E., Eskedal L. T., Mesel T., Aasen G. O., Hirteg M., Kerlefsen R. E., Palucha V., Fernee C. R. (2019). The effectiveness of wilderness therapy as mental health treatment for adolescents in Norway: a mixed methods evaluation. Int J Adolesc Youth. 24(3):282–296. doi:10.1080/02673843.2018.1528166.
- Bakker M. J., Greven C. U., Buitelaar J. K., Glennon J. C. (2017). Practitioner Review: Psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems - a systematic review and meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry; 58(1):4-18. doi: 10.1111/jcpp.12590.Herzoy, T., Maguire, C. and Nebel, M.,

- (2003). Assessing the restorative components of environments. *Journal of Environmental Psychology*, 23, pp. 159–170.
- Hoag M. J., Massey K. E., Roberts S. D., Logan P. 2013. Efficacy of wilderness therapy for young adults: a first look. *Resid Treat Child Youth*. 30(4), 294–305. doi:10.1080/0886571X.2013.852452.
- James, W., (1962). *Psychology: The Briefer course*, Collier Books, New York, NY
- Kaufman, N. K & Seeley, J. R. (2005). Potential Mediators of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents with Comorbid Major Depression and Conduct Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 38–46. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.38>
- Kaplan, R. and Kaplan, S., (1989). *The Experience of Nature: A Psychological Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kellert, S. R., Sc Derr, V. (1998). *National study of outdoor wilderness experience*. New Haven: Yale University School of Forestry and Environmental Studies.
- Kellert, S.R. (1993) *The Biological Basis for Human Values of Nature*. In: Kellert, S.R. and Wilson, E. O., Eds., *The Biophilia Hypothesis*, Island Press, Washington DC, 42-69.
- Kim, W., Lim, S. K., Chung, E. J., & Woo, J. M. (2009). The effect of cognitive behavior therapy-based psychotherapy applied in a forest environment on physiological changes and remission of major depressive disorder. *Psychiatry investigation*, 6(4), 245-254. <http://doi.org/d856fc>
- Konijnendijk, C., (2008). *The Healthy Forest and the city: Cultural Landscapes of urban woodland*, Springer, Netherlands.
- Korpela, K. and Ylén, M., 2001, 'Perceived health is associated with visiting natural favourite places in the vicinity', *Health and Place*, 13(1), pp. 138–151.
- Kumuyi D. O., Akinnawo E. O., Akpunne, B. C., Akintola A. A., Onisile D. F., Aniemeka O. O. (2022). Effectiveness of cognitive behavioural therapy and social skills training in management of conduct disorder. *S Afr J Psychiatr*. 22; 28:1737. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v28i0.1737.
- Kuo, F. and Sullivan, W., (2001). Aggression and Violence in the Inner City: Effects of environment via mental fatigue. *Environment and Behavior*, 33(4), pp. 543–571.
- Maller, C., Townsend, M., Brown, P. and St Leger, L. (2005). *Healthy Parks Healthy People. The Health Benefits of Contact with Nature in a Park Context: A review of current literature*. University of Melbourne, Faculty of Health and Behavioural Sciences; Social and Mental Health Priority Area Occasional Paper Series.
- Morton, J., & Frith, U. (1995). Causal modelling: A structural approach to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Volume 1. Theory and methods* (pp. 357–390). New York: Wiley.
- Nitkowski, D. Petermann, M. (2016). Behavior Modification of Aggressive children in child welfare: Evaluation of A Combined Intervention program, *Behavior Modification*, 33 (11), 474-492.
- Oxford English Dictionary. (2023). Environment. Retrieved from <https://www.oed.com/>

- Roberts, S. D., Stroud, D., Hoag, M. J., & Massey, K. E. (2016). Outdoor behavioral health care: A longitudinal assessment of young adult outcomes. *Journal of Counseling & Development*, 95,45-55.
- Rose, C. T. (2008). Evaluating the relationship between collaborative therapist behaviors, Homework adherence, and treatment out coming in cognitive behavioral therapy. Proposal presented to the faculty of the Graduate School of the University of Texas of at Arlington in partial of the requirements for the degree of Master of Science in Social work.
- Sacks, O., (2009). Foreword in L. Campbell and A. Wiesen (eds), *Restorative Commons: Creating Health and Wellbeing through Urban Landscapes*, USDA Forest Service, PA, pp. 1–3.
- Salehi, S. (2017). Cognitive Behavioral Therapy and parent Training for Aggressive Behavior and Conduct Disorder. *Journal of Applied Behavioral science In Iran*. 3 (2), 301-331.
- Sayeda, M. Salwa, A. Faransea, A. (2022) Cognitive behavioral program on aggression and self-concept among institutionalized children with conduct disorder, *Psychiatric Nursing* 39.84-90.
- Sehgal, R. (2004). Management of conduct disorders through cognitive behavioral intervention. *Psychological studies*,49(1), 69-72.
- Shin W. S., Shin C. S., Yeoun P. S. (2012). The influence of forest therapy camp on depression in alcoholics. *Environ Health Prev Med*; 17(1):73-6. doi: 10.1007/s12199-011-0215-0.
- Ulrich, R., (1979). Visual landscapes and psychological wellbeing', *Landscape Research*, 4, pp. 17–23.
- Ulrich, R., (1983). Aesthetic and affective response to natural environments, in I. Altman and J. Wohlwill (eds), *Behaviour and the Natural Environment*, Plenum Press, New York, NY, vol. 6, pp. 85–125.
- Ulrich, R., Simons, R., Losito, B., Fiorito, E., Miles, M. and Zelson, M., (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11 (3), 201–203.

THE EFFICACY OF COGNITIVE BEHAVIORAL/ENVIRONMENTAL PROGRAM IN IMPROVING ADOLESCENTS DIAGNOSED BEHAVIORAL DISORDERS BY IMPROVING SOME ENVIRONMENTAL VARIABLES

Emad F. El-Maghraby ⁽¹⁾; Ahmed M. Al-Atiq ⁽¹⁾; Mohamed A. E. El Tayeb ⁽²⁾

1) Faculty of Graduate Studies and Environmental Research, Ain Shams University

2) Faculty of Education, Tanta University

ABSTRACT

The current study aimed to estimate the effectiveness of an environmental cognitive behavioral program for improvement of the troubled adolescents Behavior in light of some environmental variables, and the extent of the continuity of reducing the symptoms of conduct disorder after completing the application of the cognitive-behavioral program in a natural external environment, compared to another experimental sample that received the cognitive-behavioral program inside the hospital. The study showed that there were fundamental differences between the patients of the experimental group that received the program in the natural outdoor environment, and the experimental group that received hospital treatment in favor of the experimental group that received the program in the natural outdoor environment in terms of a decrease in symptoms for conduct disorder in its four dimensions, and an increase in the rate of psychological well-being, and the improvement continued during the first and second follow-up stages in favor of the Experimental group where symptoms of conduct disorder continued to decrease and psychological well-being increased. Substantial differences also emerged between the pre- and post-measurement among the study sample who received the therapeutic program in the outdoor environment while there were no differences between the post measurements and the first and second follow up measurements, High ratings and positive. Opinions also appeared in the therapeutic program immediately after its application and after my period Follow up.

Keywords: Behavior disorder, conduct disorder, cognitive behavioral, environment, nature, outdoor therapy.