

فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) لدى طلاب المرحلة الثانوية

إعداد

د. جيهان محمد بكري

مدرس الصحة النفسية كلية التربية - جامعة أسوان

المستخلص :

هدف البحث التعرف على فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) لدى طلاب المرحلة الثانوية، وتكونت عينة البحث من (١٦) طالبا: (٧ ذكور)، (٩ إناث)، بمتوسط عمري بالشهور (١٠٩٣٥٦)، وانحراف معياري قدره (٧٠٥٧١٦٠)، وتم استخدام المنهج التجريبي، التصميم التجريبي المجموعة الواحدة (التطبيق القبلي والبعدي)، ولتحقيق أهداف البحث تم تطبيق مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) (إعداد الباحثة)، والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحثة)، وتكون البرنامج من ١٩ جلسة على ثلاثة مراحل، الأولى: مرحلة التعارف والتمهيد جلسة، والثانية: مرحلة التدريب والتنفيذ واشتملت على عدة أجزاء: التربية النفسية عن الاضطراب، نموذج الإرشاد المعرفي السلوكي، مهارات التخطيط والتنظيم، حل المشكلات، والتسويق، واستغرقت ٨ جلسات. الجزء الثاني جستان: التعامل مع أحلام اليقظة ونقص التركيز من خلال التنقيف النفسي الواعي الذاتي، التدريب على التأمل الواعي والمراقبة الذاتية، الجزء الثالث ٨ جلسات: عن التدريب على إعادة البناء المعرفي، التدريب على الاسترخاء، تقدير الذات، الثقة بالنفس وتكوين العلاقات الاجتماعية، ثم المرحلة الثالثة: مرحلة إعادة التدريب والتقييم، وتوصلت نتائج البحث لفعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية، وأوصت الباحثة بدراسة فعاليات أساليب علاجية أخرى لخفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى فئات عمرية أخرى من العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. الكلمات المفتاحية: الإرشاد المعرفي السلوكي - اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء - اضطراب عجز التركيز.

The effectiveness of cognitive-behavioral counseling in reducing symptoms of Sluggish Cognitive Tempo (SCT) among secondary school students.

Abstract:

The aim of the research is to identify the effectiveness of cognitive-behavioral counseling in reducing symptoms of Sluggish Cognitive Tempo (SCT) among secondary school students. The study sample consisted of (16) students: (7 males), (9 females), with an average age in months (1.9356), and a deviation A standard amount of (7.57160). The semi-experimental approach was used for the one-group experimental design (pre and post application), and to achieve the research objectives, The Sluggish Cognitive Tempo Scale by the researcher. The program consisted of 19 A session in three phases: the first part introduction phase and the introductory session, and the second phase of training and implementation and included several parts: psychological education about (SCT), the cognitive-behavioral therapy model, planning, organizing and problem-solving skills, Procrastination and lasted 8 sessions, the second part had two sessions: dealing with daydreams and lack of focus through Psychological education, self-awareness, training in mindful meditation and self-monitoring, part three 8 sessions: training on cognitive reconstruction, relaxation training, self-esteem, self-confidence and forming social relationships. Then the third stage was the evaluation and retraining stage. The results of the research reached the effectiveness of The effectiveness of cognitive-behavioral counseling in reducing symptoms of Sluggish Cognitive Tempo (SCT) among secondary school students. The researcher recommended studying the activities of other therapeutic methods to reduce the symptoms of (SCT)among other groups of the ordinary and those with special needs.

Key words: cognitive-behavioral counseling, Sluggish Cognitive Tempo (SCT), Concentration deficit Disorder (CDD)

أولاً: مقدمة البحث:

تعد المرحلة الثانوية من أهم مراحل الحياة الأكاديمية؛ حيث تمثل المسار الرئيس لدخول الجامعات والمعاهد في مصر، وفي المدارس الثانوية يتوقع المعلمون أن يتصرف طلابهم بشكل مناسب أثناء وقت التدريس، كما تتطلب بيئة المدارس الثانوية العامة من الطلاب تحمل قدر أكبر من الاستقلال والمسؤولية عن السابق فيما يتعلق بإدارتهم الأكاديمية وإدارة سلوكياتهم وذاتهم. حيث من المتوقع أن يصل الطلاب إلى الفصول الدراسية في الموعد المحدد، ولديهم الاستعداد للتعليم الأكاديمي، واستكمال الواجبات المنزلية في الوقت المحدد؛ إلا أنه في بعض الفصول الدراسية، قد تمنع بعض السلوكيات- مثل: عدم الانتباه، والخمول والكسل، وعدم التركيز، وأحلام اليقظة- الطلاب من الانخراط بنشاط في الأنشطة الأكاديمية أو السلوكيات المهمة. وفي التراث السيكولوجي كانت هذه المجموعة من الأعراض تسمى الإيقاع المعرفي البطيء (Sluggish Cognitive Tempo (SCT).

والإيقاع المعرفي البطيء عبارة عن بنية تتضمن أعراض البطء والارتباك أو التشتت العقلي، وأحلام اليقظة المفرطة، وانخفاض الدافع، والنعاس. وترتبط أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) بضعف كبير في العلاقات الأكاديمية والشخصية (Smith & Langberg, 2019; Becker S. P., 2020).

وأشارت دراسة (Becker, Dvorsky, Tamm, and Willoughby (2021) أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء يختلف تجريبياً عن سلوكيات عدم الانتباه/فرط الحركة، وأن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء يبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة، ويزداد مع تقدم العمر. وقد استنتج (Barkley R. A. (2012) أن SCT اضطراباً منفصلاً عن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ولكن مع حدوث اعتلال مشترك فيما يقرب من نصف الحالات.

وتستكشف دراسة (Thompson, Vu, Willcutt, and Petrill (2019) الطولية لاضطراب الإيقاع المعرفي البطيء على مدى فترة ٧ سنوات، أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء ينتبأ بشكل كبير بالمشاكل الاجتماعية، والسلوكيات الداخلية، والسلوكيات

القلق / الاكتئابية. كما ترتبط أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بالصعوبات الاجتماعية عند الأفراد، حيث ارتبطت أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء التي أبلغ عنها الوالدان بشكل كبير بانخفاض المشاركة الاجتماعية، وارتبطت أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء التي أبلغ عنها المعلم بشكل كبير مع زيادة الانسحاب ودرجات أكبر من التجاهل من قبل الأقران، وضعف ضبط النفس أثناء المواقف الاجتماعية. وتوفر النتائج أوضح دليل حتى الآن على أن الصعوبات الاجتماعية المرتبطة باضطراب الإيقاع المعرفي البطيء ترجع أساساً إلى الانسحاب والعزلة والمبادرة المتدنية في المواقف الاجتماعية (Becker, Garner, Tamm, Tanya, & Epstein, 2019).

وقد أشارت نتائج دراسة (Wood, Lewandowski, Lovett, and Antshel (2020) إلى أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء قد يرجع إلى نقص في مهارات إدارة الذات والتنظيم الذاتي. أو خلل العلاقة بين الوالدين والطفل (Becker, Garner, & Byars, 2016). أو لأسباب وراثية (Moruzzi, Rijdsijk, & Marco, 2014). ووجد أنه أكثر شيوعاً بين أبناء الوالدين الذين لديهم مستوى تعليمي واقتصادي واجتماعي متدني (Barkley R. A., 2015, p. 889).

وأشار (Moore and DuPaul (2006) إلى أن الإستراتيجية التي تم استخدامها في البيئات المدرسية لتعديل السلوكيات المشكلة التي يظهرها المراهقون العلاج المعرفي السلوكي وخاصة الإدارة الذاتية. حيث تمثل مهارات التحكم الذاتي وإدارة الذات نموذجاً لمهارات التعامل المعرفي السلوكي الذي تم تطبيقه بنجاح للتقييم والعلاج (Mezo, 2008). ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي في جزء كبير منه على النظرية السلوكية المعرفية، حيث تشكل العلاقة العلاجية التعاونية الأساس لتعديل التفكير غير المتكيف (Jensen, Nielson, & Kerns, 2003, p. 479).

ويعتمد العلاج السلوكي المعرفي على الاعتقاد بأن التشوهات الفكرية والسلوكيات غير القادرة على التكيف تلعب دوراً رئيساً في تطوير الاضطرابات النفسية والحفاظ عليها، وأنه يمكن تقليل الأعراض والضيق المرتبط بها من خلال تعليم مهارات معالجة

المعلومات الجديدة وآليات التأقلم. وأن التدخلات المعرفية والسلوكية لها تأثيرات دائمة تقلل من خطر عودة الأعراض اللاحقة بعد إنهاء العلاج (Brewin, 1996). وقد تلقت ثلاث علاجات نفسية دعماً تجريبياً لعلاج اكتئاب الأطفال والمراهقين: العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج النفسي بين شخصي (IPT)، والعلاج الأسري؛ ومع ذلك، فإن العلاج المعرفي السلوكي هو الأكثر رسوخاً من بين هؤلاء (Oar, Johnco, & Ollendick., 2017). ويساعد العلاج السلوكي المعرفي على إدراك التفكير السلبي حتى يتمكن العميل من عرض المواقف الصعبة بشكل أكثر وضوحاً والاستجابة لها بطريقة أكثر فعالية. كما أن العلاج المعرفي السلوكي أداة مفيدة للغاية - سواء بمفردها أو بالاشتراك مع علاجات أخرى - في علاج الاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) أو اضطراب الأكل، واضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه. كما يعد العلاج المعرفي السلوكي أداة فعالة لمساعدة أي شخص على تعلم كيفية إدارة مواقف الحياة المجهددة بشكل أفضل.

وأشار (Becker S. P., (2020); Barkley R. A. (2018) أن التدخلات السلوكية المعرفية قد تكون فعالة في علاج الأفراد الذين يظهرون أعراض SCT. ونظراً لفعالية العلاج المعرفي السلوكي كشكل من أشكال التدخل في الاضطرابات الداخلية كالقلق والاكتئاب، كذلك اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه، ونظراً للعلاقة المهمة بين SCT بهذه الاضطرابات، فمن المتوقع أن يكون العلاج المعرفي السلوكي فعالاً لخفض أعراض الإيقاع المعرفي البطيء (Barkley R. A., 2014, p 125). ونظراً لأن SCT وADHD لهما بعض التداخل في عرض الأعراض، ونقص الوظائف التنفيذية، والمسببات الجينية، فمن الممكن أن تؤدي التدخلات التي تم إنشائها لاستهداف أعراض ADHD أيضاً إلى تخفيف أعراض (Smith & Langberg, 2019).

ومن ثم جاء البحث الحالي للتعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية.

ثانياً: مشكلة البحث:

تتضح مشكلة البحث فيما يلي:

لاحظت الباحثة -خلال إشرافها على طلاب التربية العملية- شكوى بعض معلمي المرحلة الثانوية المتكررة أنه في العديد من الفصول الدراسية لاحظوا على بعض الطلاب عدم الانتباه، والخمول والكسل، وعدم التركيز، وأحلام اليقظة وعدم الانخراط بنشاط في الأنشطة الأكاديمية، والانسحاب الاجتماعي، والخمول والكسل، والشعور بالنعاس؛ الأمر الذي دفع الباحثة لإجراء مقابلة مع بعض معلمي المدارس الثانوية للتعرف أكثر على طبيعة المشكلة والأعراض التي تظهر على هؤلاء الطلاب، والبحث حول المسببات، وبالاطلاع على التراث السيكولوجي في مجال اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء، أشار (Becker , Luebbe, and Langb (2014) إلى أن الطالب الذي يعاني من اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء يتميز عن غيره بمجموعة من الأعراض السلوكية الخاصة مثل: الشعور بالنعاس أو النوم، الضبابية والغموض، وأحلام اليقظة والتشويش الذهني والكسل والخمول واللامبالاة... وسواها (p.1). وأن هذه الأعراض تزداد مع تقدم العمر . Wood, . Camprodon-Rosanas, et al., 2019; Lewandowski, . Lovett, & Antshel, 2020; Becker, Dvorsky, Tamm , & Willoughby , 2021). وقد يرجع ذلك إلى نقص في مهارات إدارة الذات والتنظيم الذاتي (Wood, et al., 2020).

ويتميز الإيقاع المعرفي البطيء بإفراط في أحلام اليقظة والتشوش الذهني والضبابية وبطء السلوك / التفكير. ويرتبط بشكل إيجابي مع أعراض عدم الانتباه ADHD والاكنتاب والقلق والنعاس أثناء النهار، ومرتبطة بشكل فريد بالأداء الضعيف في مجالات مختلفة من أنشطة الحياة الرئيسية، بما في ذلك الصعوبات الأكاديمية (بما في ذلك سوء التنظيم، ومشاكل الواجبات المنزلية، ومتوسط الدرجات الأدنى)، والمشاكل الاجتماعية (خاصة انسحاب الأقران والعزلة)، وعدم تنظيم العاطفة (Barkley & Becker, 2018). وعلى الرغم من أن شرود ذهن أو أحلام اليقظة قد يكون مثيراً من خلال تسهيل حل المشكلات والتخطيط والإبداع (Mooneyham & Schooler, 2013). إلا أنه يمكن أن يكون لهما آثار ضارة على مجموعة واسعة من أداء المهام، بما في ذلك مهام

القراءة والذاكرة (Smallwood & Schooler , 2006) . كما ارتبط تكرار أحلام اليقظة، وشروود الذهن إيجابيا بالقلق وبثلاثة مقاييس مختلفة للاكتئاب، وباضطراب النوم (Carciofo, Du, Song, & Zhang, 2014). حيث أشارت دراسة Becker et al. (2014) إلى ارتباط أعراض الإيقاع المعرفي البطيء بشكل كبير بمعدلات عالية من اضطرابات النوم أثناء الليل كالأحلام السيئة، والاستيقاظ في منتصف الليل، وصعوبة التنفس بشكل مريح. وخلصت دراسة Becker et al. (2016) أن الإيقاع المعرفي البطيء مرتبط بشكل قوي بمقاييس النعاس أثناء النهار .

ووفقاً لنموذج العلاج المعرفي السلوكي، فإن مثل هذه التجارب الحياتية المتكررة قد تؤدي إلى نقص الثقة بالنفس وتقدير الذات المنخفض، مما يؤدي إلى تكوين معتقدات سلبية عن الذات، والتي بدورها تفضل التعبير عن المشاعر السلبية مثل الاكتئاب والقلق، ويمكن أن تؤدي المعتقدات الذاتية السلبية أيضاً إلى تبني استراتيجيات سلوكية غير قادرة على التكيف، بما في ذلك الإنكار والمماطلة والتجنب الشديد كوسيلة للتعامل مع المهام الصعبة (Safren, 2006).

حيث أشارت نتائج دراسة Basha (2021) لوجود علاقة إيجابية مباشرة بين الإيقاع المعرفي البطيء وتقدير الذات السلبي، حيث ساهم بشكل كبير (بنسبة ٤٠٪). كذلك ارتبط بشكل كبير بصعوبات الوظائف التنفيذية في مجالات التنظيم الذاتي / حل المشكلات، والإدارة الذاتية للوقت، والتنظيم الذاتي للانفعالات (Barkley R. A., 2014; Jarrett , Rapport , Ron, & Becke, 2017).

كذلك ارتبط اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بشكل فريد بالأداء الضعيف في مجالات مختلفة من أنشطة الحياة الرئيسية، بما في ذلك الصعوبات الأكاديمية: التنظيم السيئ ومشاكل الواجبات المنزلية، والمشاكل الاجتماعية (خاصة انسحاب الأقران والعزلة)، وعدم التنظيم الانفعالي (Wood, 2015). كما يرتبط بشكل أكثر اتساقاً بالعجز في الأداء التنفيذي للحياة اليومية، ويكون أكثر عند البالغين منه لدى الأطفال (Barkley et al., 2018).

وقد وجدت البحوث السابقة أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء مرتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية المختلفة: كاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، والرهاب الاجتماعي (Tahillioğlu, Kardaş, Uytun, & Kardas, July 2018). والانسحاب الاجتماعي والعزلة في مرحلة المراهقة كدراسة (Barkley (2012, 2013)؛ Goh, Penny, Waschbusch, Corkum, and Klein, (2020)؛ Martel and Barkley, (2009)؛ Thompson, et al., (2019) ويرتبط بالمشكلات الداخلية كالقلق والاكتئاب فيكون الأفراد أقل سعادة وأقل تفاؤلاً في المستقبل (Becker et al., 2013)؛ (Lee, G, Burns , & Becker, 2016)؛ (Pfiffner, et al., 2007)؛ (Benedicte, Hjelde, Beate, & Hanne, 2011) كما تنبأ اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) بالعجز في الوظائف التنفيذية (Barkley et al., 2018)؛ (Leikauf & Solanto, 2016).

كما خلصت الباحثة أن معظم الدراسات والبحوث السابقة اهتمت بدراسة العلاقة بين الإيقاع المعرفي البطيء والاضطرابات النفسية، في حين قليل من الدراسات تناولت إعداد برامج إرشادية وخاصة لدى البالغين، كذلك عدم وجود دراسة عربية في حدود علم الباحثة- حاولت التصدي لاضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بصفة عامة، ولطلاب الثانوية العامة بصفة خاصة؛ لذلك اتجهت الباحثة لإيجاد الحلول المتاحة لخفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء من خلال دراسة فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية.

ثالثاً: تساؤلات البحث:

حاولت الباحثة في هذا البحث الإجابة على التساؤلات التالية:

١. ما فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية؟
٢. ما استمرارية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية بعد فترة المتابعة؟

رابعاً: أهداف البحث:

هدف البحث الحالي إلى:

1. التعرف على فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية.
2. التعرف على استمرارية فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية بعد فترة المتابعة.

خامساً: أهمية البحث:

تتضح أهمية البحث الحالي في كل من الجانبين النظري والتطبيقي:

الأهمية النظرية:

- 1- أهمية المرحلة التي يتصدى لها وهي المرحلة الثانوية والتي تقابل مرحلة المراهقة.
- 2- تعد الدراسة الحالية إضافة نظرية للمكتبة العربية حيث ندرة الدراسات التي تناولت موضوع اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء وخاصة لدى طلاب الثانوية العامة.

الأهمية التطبيقية:

- 1- تقديم أداة الدراسة من إعداد الباحثة تفيد في تشخيص اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى الطلاب.
- 2- تكمن أهمية الدراسة أيضاً في البرنامج الإرشادي (إعداد الباحثة) في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء؛ الأمر الذي سينعكس على كافة الأنشطة والسلوكيات مما يؤدي للتوافق الشخصي والأكاديمي والاجتماعي.
- 3- تعميم هذا البرنامج على عينات أخرى.

□

سادسا : مصطلحات البحث :

- ١- البرنامج المعرفي السلوكي: برنامج منظم ومخطط تخطيطاً مسبقاً، مستندا لفتيات العلاج المعرفي السلوكي المتنوعة، ويشتمل على مجموعة الجلسات من التربية النفسية والفنيات المختلفة والأنشطة، والتي تسير وفق جدول زمني متتابع تقدم في صورة جلسات جماعية تشمل طلاب العينة التجريبية، وفي جو نفسي آمن تسوده المودة والمحبة والذي يتيح لهم المشاركة الإيجابية الفعالة، بهدف خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية".
- ٢- اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT): تعرفه الباحثة إجرائياً بأنه " بناء يتضمن أعراض البطء والارتباك والنعاس، والتشتت العقلي، وأحلام اليقظة المفرطة، وانخفاض الجهد والكسل والتي تعبر عنها الدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء " (إعداد الباحثة).

سابعا : الإطار المفاهيمي للبحث :**(١) العلاج المعرفي السلوكي (CBT) Cognitive behavioral therapy :****أ- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:**

هو تدخل نفسي يهدف إلى تحسين الصحة النفسية. ويركز على تحدي وتغيير التشوهات المعرفية غير المفيدة مثل الأفكار والمعتقدات والمواقف والسلوكيات، وتحسين التنظيم الانفعالي وتطوير استراتيجيات المواجهة الشخصية التي تستهدف حل المشكلات الحالية (Beck, J. S., & Beck, J. S, 2011, pp. 19-20). في الأصل، تم تصميمه لعلاج الاكتئاب، ولكن تم توسيع استخداماته لتشمل علاج عدد من حالات الصحة النفسية (McKay, et al., 2015) والعلاج المعرفي السلوكي ليس نموذجاً منفرداً؛ في البداية تمثل في أعمال (Ellis, Beck, Lazarus, and Meichenbaum) وهي تضم الآن أعمال هؤلاء الرواد والجيلين الثاني والثالث من طلابهم، وطلاب أولئك الذين تدرّبوا في البداية على يد هؤلاء الرواد. وأصبح العلاج المعرفي السلوكي أرضية لقاء للمعالجين من خلفيات متنوعة تتراوح من الديناميكية النفسية إلى السلوكية (Sperry, 2006, p. 6). وهو نهج مدروس جيداً لإدارة مجموعة متنوعة من الاضطرابات التي تشمل مكونات التدخل المعرفي والسلوكي. يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على الافتراض القائل بأن

مجموعة من الأفكار والمشاعر والسلوكيات كلها مترابطة، وأن معالجة أو تغيير جزء من هذا الثالوث سيؤدي أيضاً إلى تعديل العناصر الأخرى. تتبنى معظم تدخلات العلاج المعرفي السلوكي "الموقف الوسيط" في هذا النشاط المعرفي الذي أقوم بتوجيهه استجابة الفرد تجاه البيئة. ويركز المكون المعرفي على تحديد أنماط التفكير التي تؤثر سلباً على الأداء، وبالتالي فإن العمل العلاجي يهدف إلى تغيير الأفكار والافتراضات غير الملائمة (Antshel & Olszewski, 2014, p. 829).

ب-مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بطابعه التربوي الذي يظهر من خلال العمل العلاجي، بدءاً من التنقيف النفسي للمريض وإقناعه بالعلاج ومسؤوليته فيه، وتوضيح العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية واضطرابها، وهذا يتم في إطار العلاقة التعاونية المهنية في ضوء مجموعة من الضوابط التي تمثل مبادئ العلاج المعرفي السلوكي. والتي أشار إليها محمد (٢٠٠٠) وهي:

١. أن يشترك العميل والمعالج في التقييم وحل المشكلة.
٢. أن المعرفة تلعب دوراً رئيساً في التعلم الإنساني.
٣. أن المعرفة والسلوك والوجدان تربطهم علاقة متبادلة.
٤. أن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور رئيس في إنتاج وفهم وتوقع السلوك وتأثير العلاج والتنبؤ بهما.
٥. يركز على فهم الفرد للجزء المطلوب تعديله.
٦. يعمل كل من العميل والمعالج بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
٧. أن العمليات المعرفية تتكامل معاً في نماذج سلوكية (ص ٢٣).

ج-أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

تتمثل الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي في تغيير السلوكيات التي تعزز الآثار الضارة للاضطراب من خلال تعليم الناس تقنيات للتحكم في الأعراض الأساسية للاضطراب نقص الانتباه وتحسين التكيف الانفعالي وتقدير الذات والأعراض المصاحبة مثل القلق والاكتئاب. وتشمل تقنيات العلاج النفسي التنقيف النفسي لزيادة الوعي والفهم للاضطراب، كذلك التقنيات المعرفية لإعادة هيكلة الأفكار المختلفة والمعتقدات غير

المتكيفة التي تعزز سوء التوافق العاطفي. كما تهدف التدخلات السلوكية وطرق العلاج المعرفي إلى توفير استراتيجيات ومهارات جديدة وصحية لنقص الانتباه والأداء التنفيذي والتحكم في الانفعالات وتنظيم العاطفة (Lopez PL, et al., 2018).

د- مميزات العلاج المعرفي السلوكي:

تتمثل مميزات العلاج المعرفي السلوكي في: الاتجاه النشط لنشاط الجلسة من قبل المعالج، وتعليم مهارات معينة لإدارة الأعراض، والتركيز على المستقبل وليس الماضي، وتزويد المراهقين بمعلومات حول علاجهم والاضطراب. (Antshel & Olszewski, 2014)

ه- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:

تتضمن الأساليب السلوكية المستخدمة بشكل شائع في العلاج المعرفي السلوكي لعب الأدوار، والتعزيز، وجدولة النشاط والتعرض، والتدريب على الاسترخاء، مساعدة المراهق على استخدام المهارات في الحياة اليومية. ويستخدم التعزيز نظام المكافأة للمساعدة في زيادة العلاج، كما تتضمن الأساليب المعرفية المحددة المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي التربية النفسية وإعادة الهيكلة المعرفية والتثقيف النفسي، ويقوم المعالج المعرفي السلوكي أيضاً بتعيين مهام للمراهق لإكمالها قبل جلسة العلاج التالية التي يشار إليها غالباً بالواجب المنزلي. يُنظر إلى الواجب المنزلي على أنه عنصر أساسي في العلاج السلوكي المعرفي، لأنه يساعد المراهق على تعميم المهارات المكتسبة في الجلسة على مواقف أخرى. يمكن أن يصبح عدم الالتزام بالواجبات المنزلية عقبة أمام العلاج الفعال، خاصة مع المراهقين، وبالتالي، فإن إنشاء تعاون بين المعالج والمراهق أمر أساسي في العلاج المعرفي السلوكي (Antshel & Olszewski, 2014).

تستنتج الباحثة مما سبق أن أكثر التقنيات المعرفية السلوكية المستخدمة في

الدراسات السابقة هي:

(١) التربية النفسية: تم استخدام مصطلح "التربية النفسية" لأول مرة بواسطة Anderson, Hogarty, and R, (1980) وقد تم استخدامه لوصف مفهوم علاجي سلوكي يتكون من ٤ عناصر؛ إحاطة المرضى بمرضهم، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على التواصل، والتدريب على تأكيد الذات، ويجب أن يُنظر

إلى التربية النفسية على أنها مقدمة ومحفز لاستراتيجيات العلاج النفسي، بحيث يكون المرضى وأقاربهم في وضع يمكنهم من اكتشاف شكل العلاج الأمثل للحالة المرضية. (Bäumli, Froböse, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006) وهي تعني: تقديم معلومات موثوقة، مفيدة ودقيقة للعميل حول المشكلات التي يعاني منها، وحول الأساليب المستخدمة في العلاج، كالاطلاع على بعض الكتب. وللتربية النفسية هدفان هما: منح العميل الوسائل اللازمة التي تمكنه من فهم أفضل للمشكلات التي يعاني منها، وفهم أفضل للعلاج المعرفي السلوكي وذلك ليكون قادرا على التحكم وقادرا على استخدام التقنيات العلاجية دون مساعدة، وتعزيز التعاون العلاجي والتي تتحقق من خلال المساواة بين العميل والمعالج حيث يعرف العميل نفس ما عرفه المعالج، فإن هذا يمكنهما من التعاون بشكل جيد، على الوصول بالمريض إلى التحسن) (بوفيه، ٢٠١٩، ص ١٢١).

(٢) **إعادة البناء المعرفي:** تقنيات إعادة البناء المعرفي تهدف إلى تمكين المريض من تحديد أفكاره المختلفة، والتحقق من صحتها ثم إيجاد أفكار أكثر تكيفا. والعديد من التقنيات يمكن أن تستخدم لهذا الغرض (بوفيه، ٢٠١٩، ص ١١٠). والهدف من إعادة الهيكلة المعرفية هو مساعدة المراهق على التفكير في نفسه والمشاكل بطريقة مختلفة. تُستخدم طرق إعادة الهيكلة المعرفية المختلفة في العلاج السلوكي المعرفي، بما في ذلك تسجيل الأفكار التلقائية، ومساعدة المراهق على تحديد الأخطاء المعرفية، وإعادة صياغة المشكلات، وفحص الأدلة المؤيدة للأفكار التلقائية والمعارضة لها (Antshel & Olszewski, 2014).

(٣) **فنية تحديد الأفكار التلقائية الخاطئة وتصحيحها:** حيث يؤمن العميل بهذه الأفكار دون أن يدرك أنها أفكار مسبقة تتعارض مع الواقع، وبالتدريب والتعاون بين العميل والمعالج يتم تدريبه على تصحيح هذه المفاهيم الخاطئة (فضل، ٢٠٠٨، ص ١١٣).

(٤) **حل المشكلات:** أسلوب حل المشكلات عبارة عن إجراءات منظمة يتمكن الفرد من خلالها حل المشكلة التي تواجهه، وذلك باختيار البديل الأفضل في حلها، ويعتبر أسلوب حل المشكلات مهارة يتم تعلمها للتعامل مع مشكلات الحياة الواقعية، أهداف

هذا الشكل من التدريب هي مساعدة الأفراد في تحديد المشاكل التي تسبب ضائقة لهم، وتعليمهم طريقة منهجية لحل المشكلات، وتزويدهم بطريقة للتعامل مع المشاكل المستقبلية (Sperry, 2006). والتدريب على حل المشكلات طريقة فعالة وموجزة للتدخل يمكن استخدامها في العلاج الفردي والجماعي وتتضمن أن يقوم العميل والمعالج بتقسيم المشكلة إلى عناصر فرعية، حيث يتم تعليم العميل كيفية حل المشكلات المستقبلية بنفسه دون مساعدة (دايللي، ٢٠١٧، ص ٧٤). تتمثل أهداف هذا الشكل من التدريب على المهارات الاجتماعية في مساعدة الأفراد في تحديد المشكلات التي تسبب محنتهم، لتعليمهم طريقة نظامية لحل المشاكل، وتزويدهم بطريقة للتعامل مع المشاكل المستقبلية (Sperry, 2006, p. 62). يتم ذلك من خلال عدة خطوات: تحديد المشكلة بدقة - عمل قائمة بكل الحلول الممكنة سواء كانت واقعية أو غير واقعية - كتابة مزايا وعيوب كل حل - اختيار الحل المناسب - تطبيق هذا الحل على أرض الواقع - مراقبة النتائج (بوفيه، ٢٠١٩، ص ١٢٢).

(٥) **المراقبة الذاتية:** تعد المراقبة الذاتية جزءاً مهماً من العلاج السلوكي المعرفي، فامتلاك مستوى عالٍ من المراقبة الذاتية سيجعل الفرد يخطئ في مشاعره وأفكاره ويشعر بأنه غير كفء في معظم الأوقات. غالباً ما يكون الفرد غير مدرك لمهاراته ومعرفته. وبالمثل، فإن وجود مستوى منخفض من المراقبة الذاتية، في حالة حدوث مشكلة، سيخلق موقفاً لا يستطيع فيه الفرد تحديد عيوبه، وإحساساً أجوفاً ومضللاً بالكمال. من خلال المراقبة الذاتية المثالية، يلاحظ الفرد نقاط قوته وضعفه وأيضاً لديه مشاكل أقل في قراراته بشأن نفسه (Arslantas & Kurnaz, 2017). وتتكون المراقبة الذاتية من بعدين: الأول: الملاحظة الذاتية، وهي عملية يقوم فيها الفرد بمراقبة نفسه/ نفسها: الأفكار والمشاعر والسلوكيات والدوافع، والثاني: ضبط النفس، وهي عملية في التي يحافظ فيها الفرد على السلوكيات التي يلاحظها بمساعدة أداة أو بدون أدوات في ذهنه حتى تتكرر السلوكيات المقصودة، وهو شرط أساسي لبداية جميع العمليات الذاتية (الإدارة الذاتية، ضبط النفس، والتنظيم الذاتي، إلخ) (Steven & Mark, 2000).

(٦) تأمل الوعي: حالة عقلية تتميز بالوعي بدون أحكام بخبرات اللحظة الحالية كالأحاسيس والأفكار والبيئة (استيفان، ٢٠١٢، ص ٥٩) وتتمثل هذه التقنية في توجيه اهتمام المريض بطريقة إرادية نحو الأشياء التي يختارها (تنفسه - أحاسيسه الجسدية - عواطفه - أفكاره - ...) (بوفيه، ٢٠١٩، ص ١٢٨).

(٧) **جدولة النشاطات:** يشير الكناني (٢٠١٩) أنه يمكن استخدامه عندما تكون هناك معلومات دقيقة حول ما يفعله العميل ومدى رضاه عن هذا العمل، ويتم استخدام جدول التخطيط المسبق ساعة بساعة كأساس. والهدف هو زيادة مستويات النشاط ورفع السعادة والتميز. ومن مزايا هذه الاستراتيجية هي:

- أ- اختزال الأفعال المتكثلة والغامضة إلى عدد قليل.
- ب- إلغاء الحاجة إلى تكرار القرارات المتخذة (ماذا أفعل الآن؟).
- ج- تشجيع على زيادة الأنشطة المرغوبة.
- د- زيادة الشعور بالسيطرة على الحياة.

(٨) **الحوار السقراطي:** يعد الحوار السقراطي من السمات الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي، ويقوم على استخدام التساؤلات لتعديل الاتجاهات، ولمساعدة العميل لنقل اتجاهاته وطرحها ضمن مخطط (كوروبن، رودل، و بالمر، ٢٠٠٨، ص ١٣٩). ويبدأ المعالج باستخدام هذه الفنية في بداية الجلسة، ويستمر طوال الجلسة، وبجانبا يطرح المعالج أسئلة مباشرة لجمع المعلومات حول تكرار المشكلة، بالإضافة لتدخلات أخرى كالتغذية الراجعة، والتثقيف النفسي وكل ما يفيد في التغلب على مشكلته (دايللي، ٢٠١٧، ص ٦٧).

(٩) **تقسيم المهام:** وتعني زيادة فرص النجاح من خلال تقسيم العمل إلى خطوات صغيرة وداعمة يمكن استخدامها لمساعدة المريض على التعامل مع الكسل، على سبيل المثال عندما يقول المريض بشكل عام (لا يمكنني فعل ذلك) أو هذا كثير جداً علي. أو يقول مرضى الاكتئاب إنهم يفشلون في تكرار الإجراءات التي يقومون بها لأنفسهم، ويستخدمون هذه الحقيقة كدليل على تراجع الفرد وعدم كفاءته، وتدرج المهام هنا يساعد العميل على تقليل الأعمال المنزلية إلى نسبة من الأعمال المعالجة، لزيادة تقدير مكافأة النفس وإعادة تعريف النجاح بواقعية، ووضع إحساس المريض في الاعتبار (الكناني، ٢٠١٩).

١٠) التدريب على المهارات الاجتماعية: حيث أشار (Becker, et al. (2019 أن تدخلات التدريب على المهارات الاجتماعية قد تكون فعالة للذين يعانون من أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء المرتفعة.

١١) مهارات الإدارة الذاتية: تشير مهارات الإدارة الذاتية إلى القدرات السلوكية التي يحتاجها الفرد لاكتساب المزيد من المهارات، ولتعلم السلوكيات الجديدة والحفاظ عليها وتعميمها وتثبيت أو قمع السلوكيات غير المرغوب فيها، كتحديد الأهداف وإدارة الوقت، والمراقبة الذاتية، والتحكم في البيئة وقد لوحظ أن المرضى الذين يعانون من نقص في مهارات الإدارة الذاتية، فإن قدرتهم على اكتساب مهارات أخرى تتعرض لخطر شديد (Sperry, 2006).

١٢) التعزيز: وهو مكافأة الطالب على حسن سلوكه، سواء بالكلمة الطيبة أو الابتسامة عند إجراء المقابلة، أو الثناء عليه أمام زملائه، أو تقديم هدية مناسبة، أو الدعاء له بالنجاح والازدهار، أو إشراكه في رحلة مدرسية مجانية، أو رعاية ظروفه ... إلخ، مما يعزز هذا السلوك ويدعمه ويثبته، ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف. يمكن استخدام هذه الطريقة أيضاً في علاج العديد من الحالات مثل النشاط الحركي المفرط والخمول وفقدان الصوت والانطواء والعدوان ... وغيرها (فوسفوس، ٢٠٠٦).

١٣) المحاضرة والمناقشة الجماعية: تعتمد هذه التقنية على إلقاء محاضرة من المعالج واضحة الهدف، محددة المحتوى، سهلة العبارات، متسلسلة العرض مقيدة الزمن، تتضمن المشكلات المشتركة للأعضاء المجموعة، ويتم طرحها بأسلوب يستثير أعضاء المجموعة للتفاعل الإيجابي، ومن خلالها يكتسبون المعارف والأفكار بهدف تغيير الاتجاهات، وتعديل الأفكار والمشاعر والسلوك تجاه الفرد والآخرين (دايللي، ٢٠١٧، ص ٦٩).

١٤) النمذجة: حيث يقوم المرشد بنمذجة السلوك المستهدف للعميل، ويطلب من العميل ملاحظته، حتى يتمكن في النهاية من تقليده من حيث الشكل والمحتوى (محمد، ٢٠١١).

١٥) **لعب الدور:** أن يقوم المرشد بدور الوالد أو المعلم أو الصديق أو أي دور يشعر فيه المسترشد بالضيق في التعامل معه، ويلعب العميل دوره ويمكن عكس الدور بحيث يلعب المرشد دور العميل ويلعب العميل دور المعالج أو المرشد والهدف من ذلك هو تدريب العميل على اكتساب مهارات التعامل مع الآخرين (فسفوس، ٢٠٠٦).

١٦) **التدريب على الاسترخاء:** وهو أحد الأساليب المستخدمة في منع العقل من التفكير في المشكلات، والابتعاد عن الضغوط، ويتم ذلك في مكان هادئ (طه، ٢٠٠١). ومن أمثلتها: التفكير والتأمل، التركيز على الحس، التدريب على التنفس، تدريبات اليوجا (استيفان، ٢٠١٢، ص ١٥٦).

١٧) **الواجبات المنزلية:** وهي تقنية مهمة في كل الأساليب العلاجية، فهو يساعد المعالج على متابعة التقدم، وأي صعوبات قد تظهر للعميل أثناء أداء المهام بين الجلسات، كما أنها تساعد على رفع وعي العميل بأنه لديه القدرة على الاستمرار في العلاج حتى بعد انتهاء الجلسات، حيث أنه تدرّب على العديد من المهارات ولديه الكفاءة والقدرة والخبرة من خلال الواجبات المنزلية، ونظراً لأن الواجبات المنزلية ترتبط لدى العميل بالواجبات المدرسية فيجوز تسميتها بالمهام (كوروبين، رودل، و بالمر، ٢٠٠٨، ص ٥٠).

و- خطوات العلاج المعرفي السلوكي:

أوضح Sperry (2006) أن العلاج المعرفي السلوكي يتبع دائماً نفس تسلسل الخطوات على النحو التالي:

١. المرحلة الأولى: مرحلة التعارف.
٢. المرحلة الثانية: مرحلة جمع المعلومات والتشخيص.
٣. المرحلة الثالثة: مرحلة النتيجة، شرح المشاكل، تحديد الأهداف.
٤. المرحلة الرابعة: مرحلة التحليل الوظيفي.
٥. المرحلة الخامسة: تحديد وتطبيق الإستراتيجية العلاجية.
٦. المرحلة السادسة: مرحلة نهاية العلاج، تجنب الانتكاسات.

ز- التدخل المعرفي السلوكي للمراهقين:

في واحدة من الدراسات التي قيمت فعالية العلاج المعرفي السلوكي لدى المراهقين المصابين ADHD (Safren, et al., 2010) تم تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي لـ ٨٦ بالغاً يعانون من أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والذين تم علاجهم بالفعل بالأدوية. أجريت الدراسة في مستشفى أمريكي بين نوفمبر ٢٠٠٤ ويونيو ٢٠٠٨ (تمت المتابعة حتى يوليو ٢٠٠٩). من بين ٨٦ مريضاً تم اختيارهم عشوائياً، أكمل ٧٩ علاجاً وأكمل ٧٠ تقييم المتابعة. تم اختيار المرضى عشوائياً إلى ١٢ جلسة فردية من العلاج السلوكي المعرفي، أدى استخدام العلاج المعرفي السلوكي إلى تحسن أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، والذي استمر لمدة ١٢ شهراً.

وفي دراسة (Antshel, et al. (2012) للتحقيق في نتائج العلاج المعرفي السلوكي لدى طلاب المدارس الثانوية (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٤ و ١٨ عاماً؛ متوسط العمر ١٦.٤ عاماً) مع ADHD. في العينة المُحالة سريريّاً المكونة من ٨٢ مراهقاً مصاباً باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه تم تجنيدهم على مدى ٤ سنوات، يشتمل برنامج العلاج المعرفي السلوكي على عناصر من المقابلات التحفيزية والممارسة والمراجعة وتكرار المهارات المكتسبة ويتألف من ٣ وحدات أساسية و ٣ وحدات اختيارية. تلقى جميع المراهقين جميع الوحدات الست (الأساسية بالإضافة إلى الوحدات الاختيارية). تضمنت الوحدة الأساسية الأولى المكونة من ٤ جلسات تثقيفاً نفسياً حول اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بالإضافة إلى تدريب سلوكي في مهارات التنظيم والتخطيط. ركزت الوحدة الأساسية الثانية المكونة من ٣ جلسات على المهارات السلوكية لتعلم المراهقين لتقليل التشتت. استخدمت الوحدة الأساسية الثالثة استراتيجيات إعادة الهيكلة المعرفية. تباينت وحدة إعادة الهيكلة المعرفية بين ٢ و ٥ جلسات.

كما تم إكمال وحدات (Safren, et al. (2005) الاختيارية أيضاً من قبل المراهقين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. تضمنت هذه الوحدات ٤ جلسات تركز على تعليم المهارات السلوكية التي تهدف إلى تقليل التسويف، وتحسين مهارات الاتصال (على سبيل المثال، تقليل الانقطاعات، وتحسين الاستماع النشط)، وتحسين إدارة الغضب / الإحباط.

وفي دراسة (Pateraki and Morris, 2018) والتي هدفت إلى استكشاف فعالية تدخلات العلاج المعرفي السلوكي للقلق لدى الأفراد المصابين بالربو، مع الأطفال / الشباب (٧-١٤ سنة) حيث ركز البعض فقط على تعديل تصورات المرض ومعرفة الربو كطريقة لتقليل القلق في سياق الربو. ووجد أن التدخلات التي تضمنت التنقيف المرتبط بالربو جنباً إلى جنب مع تدخل العلاج السلوكي المعرفي المعتمد تجريبياً أو ضمنه، تظهر آثاراً مفيدة كبيرة للتدخل على القلق. تشير النتائج إلى فعالية بروتوكولات العلاج المعرفي السلوكي المناسبة، بالمقارنة مع غيرها.

تستنتج الباحثة مما سبق أن هذه الأدبيات جديرة بالاهتمام؛ حيث أن كل من اضطرابات القلق والاكتئاب واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه من الحالات النفسية المرضية المشتركة مع الإيقاع المعرفي البطيء، وأنها في مرحلة المراهقة، كما توضح أن المراهقين يستجيبون جيداً لتدخلات العلاج المعرفي السلوكي.

ونظراً لفعالية العلاج المعرفي السلوكي كشكل من أشكال التدخل في الاضطرابات الداخلية كالقلق والاكتئاب، كذلك اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه، ونظراً للعلاقة المهمة بين SCT بهذه الاضطرابات، فمن المتوقع أن يكون العلاج المعرفي السلوكي فعالاً لخفض أعراض الإيقاع المعرفي البطيء (Barkley R. A., 2014, p 125). ونظراً لأن ADHD وSCT لهما بعض التداخل في عرض الأعراض، ونقص الوظائف التنفيذية، والمسببات الجينية، فمن الممكن أن تؤدي التدخلات التي تم إنشاؤها لاستهداف أعراض ADHD أيضاً إلى تخفيف أعراض SCT (Smith & Langberg, 2019).

ح- مدة العلاج المعرفي السلوكي للبالغين:

تستغرق معظم برامج العلاج المعرفي السلوكي للبالغين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه من ٨ إلى ١٢ جلسة ويمكن تقديمها على أساس فردي أو جماعي. (Lopez PL, et al., 2018). كما أضاف (Antshel et al., 2014) أنه يمكن توفير العلاج المعرفي السلوكي للمراهقين الفرديين أو في بيئة جماعية وعادةً ما تُعقد الجلسات أسبوعياً، بمتوسط مدة علاج تتراوح بين ١٢ و ٢٠ جلسة.

٢) الإيقاع المعرفي البطيء (SCT):

أ- مفهوم الإيقاع المعرفي البطيء:

الإيقاع المعرفي البطيء وهو عبارة عن بنية تتضمن أعراض البطء والارتباك أو التشتت العقلي، وأحلام اليقظة المفرطة، وانخفاض الدافع، والنعاس. وترتبط أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بضعف كبير في العلاقات الأكاديمية والشخصية (Becker & Langberg, 2012; Bernad, Servera, & Belmar, 2015; Kim, Lee, & Lee, 2020; Kofler, Sarver, & . Becker, 2019; Smith & Langberg, 2019; . Wood, . Lewandowski, . Lovett, & Antshel, 2020; . Bolat, et al., 2020).

كما أنه يعني الأفراد الذين يظهرون ضعف الانتباه دون النشاط، وتظهر أعراضه أولاً في الطفولة وتتميز بالتباطؤ المعرفي والتي تضم أحلام اليقظة والنعاس والارتباك والسرمان جنباً إلى جنب مع البعد الحركي البطيء والخمول (Barkley R. A., 2015, p. 905).

ب- نظرة تاريخية:

لقد ظهرت أعراض الإيقاع المعرفي البطيء لأول مرة في الأدبيات الطبية في وصف (Chirchton) لاثنتين من اضطرابات الانتباه في كتابه الطبي عام (١٧٩٨)، حيث يمثل النوع الأول عوامل التشتت وقلة الانتباه وعدم الثبات والتي تتماشى مع أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، والثاني اضطراب تناقص القوة أو الطاقة والذي لديه عدم الاهتمام واللامبالاة ونقص الانتباه والتي تبدوا واضحة في اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء، وأنداك كان لدى "Chirchton" القليل ليقوله عن الاضطراب الثاني في الانتباه، ولكن الفترة المعاصرة للبحث على اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) بدأت عام ١٩٨٠ عندما تم إعداد الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي (DSM-111) والتي حددت نوعين فرعيين من اضطراب الانتباه (Attention Deficit Disorder): أحدهما مع فرط النشاط (ADD+H)، والآخر دون فرط النشاط (ADD-H) الأمر الذي دعا الباحثين للتحقق من الاختلافات بين الأطفال الذين يعانون من (ADD-، ADD+H) H، وكان خلال هذه الفترة بدأ الباحثون تقييم مجموعة من الأعراض لاضطراب الإيقاع

المعرفي البطيء التي تتميز بالتباطؤ المعرفي واللامبالاة والخمول وعدم الانتباه. وفي عام (1988) Lahey et al. أجرى دراسة تحليلية عاملية لأعراض ADD في DSM-III ووجدوا أن عناصر الإيقاع المعرفي البطيء شكلت عاملاً مميزاً إحصائياً عن الأعراض الأخرى لعدم الانتباه وفرط النشاط. وفي عام 2001 تم نشر أكثر من (50) بحثاً يتعلق باضطراب الإيقاع المعرفي البطيء؛ لتحديد الاختلافات بين الأنواع الفرعية من (اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه) وذلك لفحص اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء ووصفه كاضطراب منفصل عن (اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه) (Barkley et al., 2018, p. 147).

ومنذ ذلك الوقت، حدد الباحثون استمرار استقلالية عامل الإيقاع المعرفي البطيء عن عدم الانتباه وفرط النشاط / الاندفاع داخل عينات الأطفال والمراهقين (Bauermeister, Barkley, Bauermeister, Martínez, & McBurnett, 2011)؛ (McBurnett, 2012; Garner, Marceaux, Mrug, Patterson, & Hodgens, 2013) وعينات البالغين (Barkley, 2012; Becker & Langberg, 2013; Becker,) (Langberg, Luebbe, Dvorsky, & Flannery, 2014). وتدعم نتائج الدراسات فكرة أن سلوكيات الإيقاع المعرفي البطيء تشكل بنية منفصلة عن أعراض عدم الانتباه ADHD. وقد وجدت دراسات إضافية أن سلوكيات (SCT) تختلف أيضاً من الناحية الإحصائية عن استيعاب الأعراض والصعوبات المتعلقة بالنوم في دراسات تحليل العوامل (Becker et al., 2014)؛ (Becker, Langberg, Dvorsky, Luebbe, & Becker, 2018). ويبدو أيضاً أن سلوكيات (SCT) موجودة طوال العمر (Barkley, 2013)؛ (Barkley, 2012).

وفي الآونة الأخيرة أوصى Barkley بضرورة تغيير مصطلح الإيقاع المعرفي البطيء إلى اضطراب عجز التركيز ((CDD)؛ لأسباب مختلفة منها: أن لفظ الإيقاع المعرفي البطيء فيه إهانة ومسيء ومزعج للمرضى وأسرهم، وأن اضطراب عجز التركيز (CDD) يحافظ على التركيز على مشكلة الانتباه ويجعله مختلفاً عن فرط الحركة ونقص الانتباه، وأنه غير مزعج ومسيء للمرضى (Barkley R. A., 2014)؛ (Barkley R. A., 2015, p. 880).

ج- أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء:

لقد تم التعرف على أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء منذ ما يقرب من ٣٠ عامًا على أنه يشتمل على مجموعة شبه مستقلة من الأعراض غير النشطة (IN) المرتبطة باضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه) (Barkley R. A., 2014). وقد حدد الباحثون في الدراسات الخاصة بهذا الاضطراب أبرز أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بالتالي: أحلام اليقظة، لديه مشكلة في البقاء مستيقظًا أو منتبهًا، ضبابية التفكير، السرحان، تشتت الانتباه، الثبات العميق، الخمول، عدم القدرة على معالجة المسائل، مظاهر النوم والنعاس، الانسحاب، اللامبالاة، صعوبة وبطء إكمال المهام، الافتقار إلى المبادرة، الإجهاد. والارتباك العقلي أو الضبابية والتحديق ونقص النشاط الحركة البطيئة والانسحاب الاجتماعي والقلق، وهذه الأعراض المذكورة تشير إلى وجود بعدين جوهريين يميزان اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء حتى الآن وهما: أحلام اليقظة المصحوبة بالقلق، التباطؤ/الخمول المصحوب بالنعاس (Penny, Waschbusch, Corkum, & Klein, 2009; Bauermeister, Barkley, Bauermeister, Martínez, & McBurnett, 2011; Blake, 2013; Meisinger, 2015)

وقد فحصت دراسة Jacobson, et al. (2012) الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) الذي تم تطويره مؤخرًا المكون من ١٤ عنصرًا (Penny, et al. (2009) ثلاثة عوامل في العينة السريرية: نعان / بطيء، بطيء / أحلام يقظة، بدء منخفض / الثبات: بالإضافة إلى أعراض الإيقاع المعرفي البطيء، خاصة تلك التي تحمل على النوم / البطيء، والبطء مع عوامل أحلام اليقظة، ترتبط ارتباطًا وثيقًا بعدم الانتباه أكثر من أعراض فرط النشاط / الاندفاع، بينما أضافت أعراض انخفاض البدء / الثبات تباينًا فريدًا كبيرًا (بالإضافة إلى أعراض عدم الانتباه) إلى تنبؤات ضعف التقدم الأكاديمي (389-380.p). وأشارت الدراسات السابقة إلى أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء ليس هو النمط الفرعي لقصور الانتباه وفرط الحركة بل هو اضطراب مختلف عنه، لذا يتداخل أحد الاضطرابين مع قصور الانتباه وفرط الحركة بنسبة ٣٠%-٥٠% تبعًا لحالات كل اضطراب (Wahlstedt & Bohlin, p. 252).

كما تظهر بعض الأعراض العكسية لدى ذوي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء عن أولئك الذين يعانون من مرض قصور الانتباه وفرط الحركة التقليدي، فبدلاً من كونهم يعانون من فرط النشاط والانفتاح، والفضول والتهور، يعانون من الانقياد والاستبطان وأحلام اليقظة، والخمول والكسل ولديهم ضبابية في التفكير (McBurnett , Pfiffner, & Frick, 2001) . وقد قام (Becker, et al. (2018) بتقييم أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء فيما يتعلق بالشخصية كما تم تقييمها من خلال كل من نظرية التعزيز ونموذج عوامل الشخصية الخمسة، وقد أثبت اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء نمطاً مختلفاً من العلاقات مع شخصية البالغين عن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والقلق / الاكتئاب، كما ارتبط اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بشكل فريد بارتفاع العصابية، بالإضافة إلى البحث عن المرح. وكان اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء مرتبطاً بشكل فريد بانخفاض الانبساط والضمير، وتقدم هذه الدراسة الدليل الأول الذي يربط اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بشخصية البالغين وتؤكد على أهمية تمييز اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء عن كل من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والقلق / الاكتئاب.

كذلك دراسة (Jiménez, Ballabriga, Bonillo, Arrufat, and Serra (2015) والتي هدفت لمعرفة العلاقة بين أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) والوظائف التنفيذية، حيث تكونت عينة الدراسة من ٧٧ مشارك تتراوح أعمارهم من ٦: ١٧ عام، وتم استخدام المقابلة الشخصية للوالدين وأداة اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء وأداة الوظائف التنفيذية، وتم تنفيذ الدراسة على نموذجين: الأول تضمن تحليل العلاقة بين أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء والوظائف التنفيذية، والثاني أضاف أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (I-)، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء، وعجز الوظائف التنفيذية وهذه العلاقة استمرت حتي بعد إضافة أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (I-). وقد أظهرت بعض الدراسات الحديثة أنه توجد علاقة بين أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وأعراض القلق والاكتئاب (Wood, 2015, p. 2).

كما هدفت دراسة (Kofler, Sarver, and Becker (2019) التعرف على مدى ارتباط أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بسرعة معالجة المعلومات العقلية (المعرفية)، وأسفرت النتائج عن وجود خلل وظيفي تنفيذي يتميز بأنظمة الذاكرة العاملة بطيئة جدًا وأنظمة التثبيط سريعة جدًا. ومن الناحية السلوكية، تشير هذه النتائج إلى أن طلب وقتًا إضافيًا لإعادة ترتيب المحتويات النشطة للذاكرة العاملة يؤخر الاستجابة، في حين أن نظام التثبيط المفرط من المحتمل أن ينهي الأفكار بسرعة كبيرة، وبالتالي يمنع السلوكيات المقصودة من البدء أو الاكتمال، مما يعطي مظهرًا أن الشخص شارد الذهن. وتستكشف دراسة (Thompson, et al., (2019 الطولية لاضطراب الإيقاع المعرفي البطيء على مدى فترة ٧ سنوات، أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء يتنبأ بشكل كبير بالمشاكل الاجتماعية، والسلوكيات الداخلية، والسلوكيات القلقة / الاكتئابية بعد السيطرة على تأثيرات اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وأن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء ليس له تأثيرات مستقلة مهمة على النتائج المعرفية أو التعليمية بعد التحكم في تأثيرات عدم الانتباه لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

د- أسباب اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء:

أشار الباحثون أن أسباب اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء غير معروفة، ولكن هناك عدد من العوامل قد تسهم في حدوثه أو تفاقمه: كالعوامل الوراثية حيث تشير إحدى الدراسات التي أجريت مؤخرًا على التوائم إلى أن الحالة تبدو وكأنها وراثية أو تتأثر جينيًا بنسبة من ٥٠-٦٠٪. (Moruzzi, et al., 2014). كما يبدو أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء كان مرتبطًا بالعوامل البيولوجية حيث نقص النشاط في الفصيص الجداري الأيسر العلوي، في حين ارتبطت الأعراض الغفيرة بالاختلافات الأخرى في التنشيط (Fassbender, Krafft, & Schweitze, 2015).

وأظهرت دراسة (Menu, Luebbe, Greening, Fite, and Stoppelbein (2012) وجود صلة صغيرة بين أداء الغدة الدرقية وأعراض الإيقاع المعرفي البطيء. وأشارت دراسة (Camprodon-Rosanas, et al., (2019 لوجود ارتباط بين الإيقاع المعرفي البطيء وأجزاء معينة من الفص الجبهي، تختلف عن التشريح العصبي لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه الكلاسيكي. وقد يكون بسبب الإصابة بالشلل

الدماغي في بعض الأطفال الذين عولجوا من سرطان الدم، وغالبا سببه التعرض للعلاج الكيميائي والإشعاعي، وقد تكون الأسباب ذات علاقة بآثار الكحول الجنيني (متلازمة الأطفال المعرضين للكحول) حيث أن هؤلاء الأطفال أظهروا ارتفاعا في درجات اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (Blake, 2013, pp. 80-90).

أما عن العوامل البيئية فقد لوحظت معدلات عالية من أعراض الإيقاع المعرفي البطيء في الأفراد الذين عانوا من تعاطي الكحول والتدخين واستنشاق الرصاص قبل الولادة، حيث ارتبطوا بتأثيرات الإيقاع المعرفي البطيء (Graham, et al., 2013). وأن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء كان أكثر شيوعا بين أبناء الوالدين الذين لديهم مستوى تعليمي واقتصادي واجتماعي متدني والبطالة (Barkley R. A., 2015, p. 889). وقد يكون السبب التعرض للصدمات النفسية والشخصية، فقد فحصت دراسة Musicaro, Ford, Suvak, Sposato, and Andersen (2019) اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء فيما يتعلق بمحن الطفولة، وارتباطها بالتعرض لصدمات شخصية ونفسية. على عينة من الأبناء الذين تتراوح أعمارهم بين ٨: ١٧ عامًا من ممارسات / برامج الصحة النفسية وطب الأطفال وإجراء مقابلات معهم، وأسفرت النتائج عن ارتباط اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بشكل إيجابي مع الصدمات الشخصية والنفسية. والضعف النفسي الاجتماعي المرتبط بالصدمات. قد أشارت نتائج دراسة Wood, et al., (2020) إلى أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء قد يرجع إلى نقص في مهارات إدارة الذات والتنظيم الذاتي. أو خلل العلاقة بين الوالدين والطفل (Becker, et al., 2016).

هـ- علاقة اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بالعمر والجنس:

خلصت بعض الدراسات إلى أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لا علاقة له بالعمر أو العرق أو الجنس (Jacobson, et al., 2012; Bernad, Servera, & Belmar, 2015; Catherine & A, 2014) كما أشارت دراسات قليلة لوجود فروق جوهرية بين الجنسين في أعراض (SCT) لدى الأطفال أو البالغين (Barkley 2012;2013). لم يرتبط (SCT) أيضًا بالعمر (Barkley 2012). وكان عدم ارتباط (SCT) بالعمر والجنس واضحًا أيضًا في الدراسة التي أجراها Lee et al., (2016)

الذي لم يجد فروقاً بين الجنسين ولا تأثير للعمر على تصنيفات المعلمين وعلاقة صغيرة جداً بين تلك العينة في تصنيفات الوالدين. لا يوجد أيضاً أي ارتباط بين (SCT) والعرق (Barkley 2012, 2013).

في حين أشارت دراسة (Barkley 2013) تأخر ظهور الأعراض السابقة إلى حد ما. كما أشارت دراسة (Penny et al., 2009) إلى أن معدل درجات الإيقاع المعرفي البطني كانت عالية عند الأطفال الأكبر سناً وكانت عند الذكور أعلى من الإناث وارتباط أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطني مع أعراض الاكتئاب. ومن بين ٥١٥ طفلاً ومراهقاً خضعوا للدراسة (الفئة العمرية ٤-١٧ سنة، ٦٢.٥٢٪ من الذكور) أظهر ٢٠.٧٨٪ مستويات عالية من أعراض (SCT). ارتبطت أعراض الإيقاع المعرفي البطني بقوة بالعمر (Camprodon, Batlle, & Estrada-Prat, 2016).

وأشار (Blake 2013) أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطني (SCT) يحدث عند الذكور مثل الإناث وينتشر بنسبة ٤.٧٪ بين الأطفال، وبين البالغين بنسبة ٥.١٪ (pp. 53-54). وقد أشارت الدراسة الاستطلاعية التي قام بها (Barkley 2013) لوجود ارتباط أكبر بين (SCT) مع تعليم الوالدين المنخفض، وانخفاض الدخل، واحتمال أكبر للبطالة. وفي دراسة استقصائية للبالغين (Barkley 2012)، كان لدى أولئك الذين لديهم (SCT) أيضاً تعليم ودخل أقل، وفي المجموعة المرضية المشتركة لـ (CDD+ ADHD)، وكان هناك خطر أكبر أن يكون الشخص البالغ عاطلاً عن العمل بسبب الإعاقة.

وقد سعت دراسة (Wood, Whitney L.M. 2015) إلى القيام بتحديد أولئك الذين لديهم مستويات عالية من أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطني ومقارنة مع البالغين الذين لديهم مستويات عالية من أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، والبالغين الذين يعانون من أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطني واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. من عينة تمثيلية من (٢٤٩،١) من البالغين في الولايات المتحدة من ٩٦-١٨ سنة تم إنشاء أربع مجموعات: (أ) مستويات عالية من اضطراب الإيقاع المعرفي البطني ولكن لا تعاني من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (N = 33)، (ب) مستويات عالية من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ولكن لا تعاني من

اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (N = 46)، (ج) مستويات عالية من كل من اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء، اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، (N = 39) (د) البالغين المتبقين كمجموعة ضابطة (N = 1131). كما هو الحال في الأطفال، شكل اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بعدًا متميزًا عن أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه التي لا علاقة لها بالعمر أو الجنس أو العرق. كان البالغون في كلتا المجموعتين اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أصغر من أولئك الذين يعانون من اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء فقط. وقد حصلت مجموعة اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء فقط على تعليم أقل من المجموعة الضابطة، في حين كسبت كلتا المجموعتين اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء دخلًا سنويًا أقل من المجموعة الضابطة أو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه فقط. كان المزيد من الأفراد في المجموعة المشتركة عاطلين عن العمل. في الوظائف التنفيذية الخاصة بهم، ذكرت كلتا المجموعتين الإيقاع المعرفي البطيء صعوبات أكبر في التنظيم الذاتي وحل المشكلات من الضوابط أو مجموعة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه فقط. خلاف ذلك، ذكرت مجموعة اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء + اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مشاكل أكبر بكثير مع جميع المجالات الأخرى من الوظائف التنفيذية من المجموعات الأخرى. لكن كلتا المجموعتين الإيقاع المعرفي البطيء فقط واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه فقط واجهتا صعوبات الوظائف التنفيذية أكثر بكثير من الضابطة وإن لم تكن تختلف عن بعضها البعض. كان هناك نمط مماثل واضح في معظم تصنيفات الضعف النفسي الاجتماعي، إلا في العمل والتعليم حيث كان الإيقاع المعرفي البطيء أكثر ضعفًا من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وحده وفي القيادة حيث كان اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أكثر ضعفًا. ساهم اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء تباين في العجز الوظائف التنفيذية والضعف النفسي، وخلص إلى أن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء قد يكون اضطرابًا منفصلاً عن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مع حدوث الاعتلال المشترك في نصف حالات الإصابة تقريبًا "التباطؤ"، "أحلام اليقظة"، "الغياب عن التفكير"، "ضبابية التفكير"، "التحديق في الفضاء" اللامبالاة والخمول.

و- تشخيص اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء:

أثناء التقييم الأولي للطفل أو البالغ، يمكن أن ينشأ الشك في (SCT) عندما تكون هناك شكاوى من عدم الانتباه في سياق انخفاض أو عدم وجود أعراض لفرط النشاط أو الاندفاع وعندما تكون أعراض السلبية ونقص النشاط وحتى الانسحاب الاجتماعي واضحة يمكن للأطباء والأخصائيين النفسيين بعد ذلك استخدام مقاييس التقييم التي تقيّم أعراض الإيقاع المعرفي البطيء بشكل مباشر من خلال مقياس (Barkley BSCTS-) (CA,2011); (Barkley R. A., 2018) للأطفال والبالغين لتقييم إلى أي مدى تكون هذه الأعراض غير طبيعية من الناحية الإحصائية بالنسبة للمعايير السكانية، وبالتالي الكشف عن مدى الانحراف التنموي، وإذا وافق الوالدان على ثلاثة أو أكثر من الأعراض

الـ ١٤ - (SCT) على مقياس تصنيف (BSCTS-CA) التالية:

١. أحلام اليقظة.
٢. مشكلة في البقاء مستيقظاً / يقظاً.
٣. الشعور بالضباب العقلي / الخلط بسهولة.
٤. يحدق كثيراً.
٥. يبدو / يشعر بالفضاء، والعقل شارد في مكان آخر.
٦. خامل.
٧. غير نشط.
٨. بطيء الحركة / بطيء.
٩. لا يعالج الأسئلة أو التفسيرات بدقة.
١٠. يبدو نعسان / نعسان.
١١. يبدو غير مبال / منسحب.
١٢. تأثته في الأفكار.
١٣. بطيء في إنجاز المهام.
١٤. يفتقر إلى المبادرة / تلاشي الجهد.

ومع زيادة الاهتمام بالإيقاع المعرفي البطيء، تم تقييم مقياس تقرير ذاتي جديد لتقييم SCT في مرحلة البلوغ، وهو قائمة تركيز البالغين (ACI)، والذي تم تطويره استجابة لنتائج التحليل العاملي لتقييم SCT. باستخدام عينة كبيرة متعددة الجامعات (N = 172،3)، وبتقييم مقياس ACI لـ SCT فيما يتعلق بالخصائص الديموغرافية المبلغ عنها ذاتيًا، والأداء التنفيذي للحياة اليومية، والتكيف الاجتماعي والعاطفي (أي القلق / الاكتئاب، والشعور بالوحدة، وعدم تنظيم العاطفة، وتقدير الذات، والضعف الوظيفي). أسفرت تحليلات عامل التأكيد الاستكشافي عن ١٠ عناصر ACI تُظهر صحة مقاربية وتمييزية قوية من أبعاد أعراض القلق / الاكتئاب و ADHD. وكان SCT مرتبطاً بشكل معتدل إلى قوي بعجز EF في الحياة اليومية، وتعديل اجتماعي-عاطفي ضعيف، واضطراب وظيفي عالمي أكبر. وعندما تم أيضاً تضمين الأعراض الداخلية، ظل SCT، ولكن ليس عدم الانتباه ADHD، مرتبطة بشكل كبير بالتكيف الاجتماعي والعاطفي الضعيف. تدعم هذه النتائج استخدام ACI في الدراسات المستقبلية التي تفحص SCT في مرحلة البلوغ وتقدم مساهمة كبيرة في تحريك المجال نحو مجموعة موحدة من عناصر SCT التي يمكن استخدامها عبر الدراسات (Becker, S. P, et al., 2019).

ز- علاج اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء:

قيمت دراسة (Smith and Langberg (2019) تأثير نوعين من التدخلات المدرسية لطلاب المدارس المتوسطة المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه: مهارات الواجبات والتنظيم والتخطيط (HOPS) واستكمال الواجبات المنزلية عن طريق تحسين الكفاءة والتركيز (CHIEF). على الأعراض المرضية المصاحبة لـ SCT. ونظرًا لأنه لا يُظهر جميع الشباب المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أعراض SCT، فقد تم أيضاً تقييم تأثير التدخلات على SCT بشكل منفصل مع المشاركين الذين أظهروا مستويات عالية من SCT في الأساس. فحصت هذه الدراسة (عدم الانتباه، الوظائف التنفيذية، الدافع) التي ارتبطت بالتغيير في أعراض SCT، وأشارت النتائج لتحسن SCT مع التدخل النفسي الاجتماعي (Smith & Langberg, 2019).

وأشار (Barkley R. A. (2018) أنه أجريت دراستان فقط لطرق تعديل السلوك، وقد تم ذلك مع أفراد يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، كثير منهم كان يعاني من اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء. أشارت النتائج إلى استجابة جيدة من الأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء وأن الطرق التقليدية لإدارة المنزل والمدرسة عندما تستهدف الأعراض المحددة لاضطراب الإيقاع المعرفي البطيء، (pp. 24-25).

كما وجدت دراسة عن التدريب على المهارات الاجتماعية تضمنت مكونات العلاج التثقيف النفسي، والتدريب السلوكي للوالدين، والمهارات الاجتماعية، مع التدخل النفسي الاجتماعي، وتحسين إجراءات الواجبات المنزلية، والاستراتيجيات السلوكية المعرفية، ومهارات OTMP، والإدارة الذاتية لليقظة، والرعاية الذاتية /استقلال لتحسين SCT، تم تعليم المعلمين وأولياء الأمور والأطفال المهارات في مجموعات وتم تطبيق اقتصاد رمزي للحفاظ على استخدام المهارات ومكافأتها. تم اختيار تسعة وستين طفلاً بصورة عشوائية في مجموعات العلاج أو السيطرة وتمت مقارنتهم في الأساس وبعد العلاج. وأفاد (Pfiffner, et al., (2007) أن المشاركين في مجموعة التدخل أدخلوا تحسينات على أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وعلى درجة مجمعة لتصنيفات الوالدين والمعلمين لـ SCT أن الأطفال مع اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه نوع الغفلة (الذين هم أكثر عرضة لاضطراب الإيقاع المعرفي البطيء) تحسنت أكثر في مهارات تأكيدهم أكثر من أولئك الذين لديهم نوع اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مجتمعة تم الحفاظ على المكاسب في المتابعة.

وقد بحثت دراسة (Smith and Langberg (2019) ما إذا كانت أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء تحسنت في عينة من ٢٧٤ et al م. بن المراهقين الشباب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الذين تلقوا إما مهارات تنظيمية أو تدخل في إنجاز الواجب المنزلي، وأشارت تحليلات النماذج متعددة المستويات إلى أن أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء انخفضت بالنسبة للمراهقين في كل من المهارات التنظيمية وتدخلات إكمال الواجبات المنزلية عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة (ن=٤١٠). بالنسبة للمراهقين الذين لديهم مستويات سريرية أبلغ عنها الوالدان

من اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء، كان الانخفاض في الأعراض أكثر وضوحًا
($n=517$).

كما حلت دراسة بيانات استبيان تم إجراؤه على 119 شابًا من أجل التحقيق في
تأثير استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي على العلاقة بين اضطراب الإيقاع المعرفي
البطيء والاكنتاب. في التحليل، تم تقسيم استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي إلى
عاملين فرعيين، استراتيجيات تنظيم الانفعالات المعرفية التكيفية وغير القادرة على
التكيف، أشارت النتائج إلى أن استخدام استراتيجية التحكم المعرفية والانفعالية غير
القادرة على التكيف كان لها تأثير مهم على الاكنتاب من اضطراب الإيقاع المعرفي
البطيء. وتم اقتراح أن التركيز على الحد من استخدام استراتيجيات تنظيم العاطفة
المعرفية غير القادرة على التكيف لتقليل الاكنتاب في اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء
قد يكون هدفًا مهمًا للتدخل العلاجي (Shin & Lee, 2019).

كما هدفت دراسة تطوير برنامج تدريبي أولي على الانتباه يعتمد على ردود الفعل
باستخدام متتبع العين. تم تعيين 38 مشاركًا من ذوي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء
(SCT) بشكل عشوائي لواحد من الشرطين التاليين: ملاحظات العين ($N = 19$)؛
متوسط العمر = (21.21)؛ النطاق (18-26) أو التحكم ($N = 19$)؛ متوسط العمر =
20.68؛ النطاق (18-25). تلقى المشاركون في حالة ملاحظات العين ثلاث تدريبات
متكررة على النسخة المعدلة من اختبار الإشارات المكانية لبوزنر؛ استخدم أيضًا
ملاحظات ثابتة في الوقت الفعلي مصممة لقيادة المشاركين للانخراط بسرعة وبدقة وفك
الارتباط، مع القياس المسبق واللاحق لحركات العين (الانتباه العلني) واختبار شبكة
الانتباه المنقح (ANT-R؛ انتباه خفي). تلقى المشاركون في حالة التحكم ثلاث دورات
تدريبية متكررة دون أي ملاحظات، مع القياس المسبق واللاحق لقياس حركات العين
وANT-R. كشفت النتائج أن مجموعة ملاحظات العين أظهرت تحسنًا أكبر في جذب
الانتباه وفك الارتباط من خلال مقياس الانتباه العلني مقارنة بالمجموعة الضابطة.
أظهرت مجموعة ملاحظات العين أيضًا زيادة أكبر فقط في شبكة التوجيه المتعلقة بفك
الانتباه في مقياس الانتباه السري مقارنة بمجموعة التحكم. اقترحت هذه النتائج أنه يمكن
استخدام حركات العين بشكل مفيد في تدريب الانتباه لتعزيز كفاءة الانتباه في الإعدادات
السريّة (Kim, Lee, & -Lee, 2020).

خلاصة وتعقيب: من خلال العرض المفاهيمي السابق للعلاج المعرفي السلوكي، واضطراب الإيقاع المعرفي البطيء تجدر الإشارة إلى عدم وجود دراسة عربية استخدمت العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء، وقد استفادت الباحثة في تحديد عدد جلسات العلاج المعرفي السلوكي، وأهم الفنيات المستخدمة في علاج أعراض نقص التركيز والخمول والتشتت.

ثامنا: فروض البحث:

في ضوء مشكلة البحث وأهدافه ونتائج الدراسات السابقة صاغت الباحثة فروض البحث كالتالي:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الطلاب في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لصالح القياس البعدي.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بعد فترة المتابعة.

تاسعا: المنهجية وإجراءات البحث:

- **المنهج:** استخدمت الباحثة المنهج التجريبي -تصميم المجموعة الواحدة (القياس القبلي والبعدي لمجموعة واحدة- والذي يهدف لبحث أثر متغير تجريبي (مستقل) وهو البرنامج المعرفي السلوكي على المتغير التابع والذي يمثل اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) لدى طلاب المرحلة الثانوية.
- **العينة:** تكونت عينة البحث التجريبية من (١٦) طالبا: (٩ إناث، ٧ ذكور) من طلاب الصف الأول الثانوي العام من الطلاب العاديين ذوي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء، وقد تم اشتقاق هذه العينة من عينة كلية بلغت (١٥٠) طالبا من مدرسة أحمد طه حسين الثانوية المشتركة، وقد تراوحت أعمار الطلاب بالشهور بين (١٩٠، ٢٠٥) شهرا، وقد بلغ متوسط العمر الزمني (١٠٩٣٥٦) وبانحراف معياري (٧٠٥٧١٦٠)، وقد تم اختيار عينة البحث من خلال عدة خطوات بعد تطبيق مقاييس الدراسة لتشخيص هؤلاء الطلاب.

• خطوات اختيار العينة:

- 1- قامت الباحثة بتطبيق مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (إعداد الباحثة) على عينة قوامها (١٥٠) طالبا وطالبة، وتم اختيار الطلاب من الذين تزيد درجاتهم عن (٤٧) درجة ممن يقعون في الربعي الأعلى، وكان عدد الطلاب الناتج عن هذه المرحلة (٣٢) طالبا: وتم استبعاد (١١٨) طالبا.
- 2- قامت الباحثة بالاطلاع على سجل الطلاب الصحي للطلاب (٣٢) للتأكد من خلوهم من أمراض عضوية أو عصبية وتم استبعاد (٥) طلاب لأسباب مرضية، وتم الإبقاء على (٢٧) طالبا.
- 3- قامت الباحثة بأخذ موافقات الطلاب (٢٧)، وأولياء الأمور لمشاركة الأبناء في البرنامج، وأسفرت النتيجة على الإبقاء على (١٦) طالبا بواقع (٩) إناث، ٧ ذكور) ويمثل هؤلاء الطلاب عينة البحث التجريبية؛ حيث اعتذر (١١) طالبا؛ لعدم المشاركة في البرنامج.

عاشرا: أدوات الدراسة:

❖ أولا: مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT):

قامت الباحثة بإعداد مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب الثانوية العامة؛ بهدف تشخيص الطلاب الذين يعانون من اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء، حيث لا يوجد -على حد علم الباحثة- مقياس لاضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية. ولإعداد هذا المقياس اتبعت الباحثة الخطوات التالية:

١. الاطلاع على الدراسات السابقة والمراجع التي تناولت موضوع اضطراب

الإيقاع المعرفي البطيء كدراسة. (Shin & Lee, 2019; Arslantas &

Kurnaz, 2017; Barkley R. A., 2018; Basha, 2021)

٢. الاطلاع على بعض المقاييس الخاصة باضطراب الإيقاع المعرفي البطيء مثل

مقياس تباطؤ الإيقاع المعرفي للأطفال التقرير الذاتي وتقرير الوالدين إعداد:

Jacobson, et; Joyce, Waschbusch, Klein, & Corkum, (2009)

al., (2012)؛ مقياس (Barkley BSCTS-CA, 2011); (Barkley R.)

(A., 2018) للأطفال والبالغين؛ قائمه تركيز البالغين Adult Concentration

(Becker, S. P, et al., 2019) Inventory (ACI)

٣. ومن خلال المعلومات التي حصلت عليها الباحثة قامت بإعداد المقياس في صورته الأولية، وقد تكون المقياس من جزء خاص بالبيانات الديموغرافية: (العمر-الإقامة- الفرقة الدراسية- النوع) والجزء الثاني يحتوي على (٢٠) عبارة، وكانت بدائل الاستجابات من ثلاثة بدائل طبقا لمقياس ليكرت الثلاثي (أبدا- أحيانا - غالبا) وتعطى الدرجات (١- ٢- ٣) للمفردات الموجبة، وجميع مفردات المقياس موجبة، وبذلك تكون أقل درجة على المقياس (٢٠) درجة، وأعلى درجة هي (٦٠) درجة.

• الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ- الصدق:

(١) صدق المحكمين: قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على بعض الأساتذة المتخصصين في الصحة النفسية وعددهم خمسة (ملحق المحكمين ١)؛ للحكم على مدى ملائمة المقياس للطلاب ذوي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بالمرحلة الثانوية، وقامت الباحثة بإجراء التعديلات وإعادة صياغة المفردات التي أشار إليها السادة المحكمين كما بجدول (١)، وقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين على صلاحية المقياس بين ٨٠% - ١٠٠% وذلك يشير إلى الصدق الظاهري

جدول (١)

تعديلات السادة الأساتذة المحكمين لمقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء

م	المفردة قبل التعديل	المفردة بعد التعديل
١	أنا بطيء في فعل الأشياء	أبدوا بطيء في فعل الأشياء
٢	أشعر بالتناوب والتمدد والنعاس في النهار	أشعر بالنعاس في النهار
٣	يختلط عقلي بسهولة	عقلي مشوش

(٢) الصدق العاملي: وللتحقق من صدق المقياس، تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي، باستخدام طريقة المكونات الأساسية ل(Hotling)، وتم تدوير الأبعاد تدويرا متعامدا بطريقة "الفارماكس" وفقا لمحك كايزر، على عينة قوامها (١٣٠) طالبا من طلاب الثانوية العامة، وكانت نسبة اختبار Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) (٠.٨٢٤)

وهي قيمة جيدة جداً، وهذا يعني جودة القياس حيث بلغت المعنوية (0.000). ووفقاً لمحك جيلفورد تم اعتبار التشبع الملائم الذي يبلغ 0.03 فأكثر، والجدول (2) يوضح مصفوفة العوامل لفقرات مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء:

جدول (2)

مصفوفة العوامل لفقرات مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) بعد التدوير المتعامد وحذف التشبعات الأقل من 0.03.

م	العبارة	١	٢	٣
١	أبدوا بطيء في فعل الأشياء		0.759	
٢	أشعر أن عقلي كأنه في حالة ضباب.	0.724		
٣	أسرح محققاً في الفضاء	0.778		
٤	أشعر بالنعاس في النهار		0.694	
٥	غير مهتم بالمشاركة في الأنشطة			0.708
٦	أفقد القدرة على التركيز	0.744		
٧	أنسى ما أريد قوله	0.753		
٨	أشعر بالخمول		0.639	
٩	أفتقر إلى الطاقة			0.797
١٠	أشعر بالارتباك بسرعة	0.765		
١١	ليس لدي دافع لإنجاز المهام			0.531
١٢	أشعر أنني أعيش في عالمي الخاص	0.696		
١٣	عقلي مشوش	0.739		
١٤	تفكيري يبدو بطيء		0.75	
١٥	أستغرق في أحلام اليقظة	0.699		
١٦	سرعان ما أشعر بالتعب			0.807
١٧	أجد صعوبة في وضع أفكار في كلمات	0.57		
١٨	احتاج لوقت إضافي لإتمام المهام		0.784	
١٩	أشعر بالتناوب أثناء النهار	0.644		
٢٠	أتأخر في إنجاز المهام		0.745	
	الجذر الكامن	٨.٩١٦	٢.٥٨	١.٣١٥
	نسبة التباين	٤٤.٥٨٢	١٢.٩٠٢	٦.٥٧٧

من الجدول (٢) السابق نلاحظ أن التحليل العاملي أسفر على ثلاثة عوامل، وقد بلغت قيمة التباين الكلي لهم (٦٤.٠٦١)، ووفقا لمحك جيفورد تم اعتبار التشبع الملائم الذي يبلغ (أكبر من أو تساوي ٠.٠٣)، وتصنيفها تبعا للعامل الذي كان تشبعها عليه أكبر، حيث وجد أن بعض المفردات تشبعت على أكثر من عامل، وقد تشبع العامل الأول على (٩) مفردات، وقد بلغت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل (٨.٩١٦)، وفسر نسبة (٤٤.٥٨٢) من التباين الكلي، وتدور عباراته حول صعوبة التعبير عن الأفكار، ونقص التركيز، والتحديد في الفضاء، ومن ثم فقد أطلق عليه "أحلام اليقظة" وتشبع العامل الثاني على (٧) مفردات، وقد بلغت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل (٢.٥٨)، وفسر نسبة (١٢.٩٠٢) من التباين الكلي، وتدور عباراته حول التأثؤب، النعاس والبطء...؛ ولذلك تم تسميته "التباطؤ والنعاس"، وقد تشبع العامل الثالث على (٤) مفردات، وقد بلغت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل (١.٣١٥)، وفسر نسبة (٦.٥٧٧) من التباين الكلي، وتدور عباراته حول فقدان الدافعية وانعدام المبادرة، وانخفاض الطاقة؛ ومن ثم أطلق عليه "الكسل وضعف الجهد" وقد تراوحت قيم تشبع الفقرات على الأبعاد الفرعية الثلاثة للمقياس بين (٠.٠٥٣١) إلى (٠.٧٩٧) أي أن جميع قيم التشبعات كانت أعلى من (٠.٣) وهذا يوضح أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

ب- ثبات المقياس: قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقتين هما: الأولى طريقة إعادة الاختبار، وطريقة ألفا كرونباخ على عينة (٤٠) طالبا بالصف الأول الثانوي، بفواصل زمني (٢٣) يوما بين التطبيق الأول والثاني، والجدول (٣) التالي يوضح نتائج ثبات المقياس التي إليها الباحثة:

جدول (٣)

قيم معاملات ثبات مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء

الأبعاد	إعادة التطبيق	ألفا كرونباخ
البطء والنعاس	**٠.٨٨	٠.٧٩
أحلام اليقظة	**٠.٨٣	٠.٨٥
الكسل وضعف التركيز	**٠.٧٢	٠.٨٢
الدرجة الكلية	**٠.٨١	٠.٨٣

*دال عند ٠.٥

**دال عند مستوى ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الثبات باستخدام طريقتي إعادة التطبيق وألفا كرونباخ مرتفعة وموجبة وتشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ج- الاتساق الداخلي: وذلك من خلال إيجاد درجة ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية للعامل الذي تنتمي إليه الجدول (٤) كذلك تم حساب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٤) يوضح ذلك:

جدول (٤)

الاتساق الداخلي لعبارات مقياس الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية والبعد الذي تنتمي إليه

أحلام اليقظة	الارتباط	البطء والنعاس	الارتباط	الكسل وضعف الجهد	الارتباط
٢	**٧٤٨	١	**٥١٧	٥	**٦٣٩
٣	**٧٤٥	٤	**٤٤١	٩	**٤٨٠
٦	**٧٩٥	٨	**٣٩٩	١١	**٦٧٣
٧	**٧٩٧	١٤	**٣٩٢	١٦	**٨٩٠
١٠	**٨٤٤	١٨	**٢٦٩		
١٢	**٨١٦	١٩	**٥٧٣		
١٣	**٨٠١	٢٠	**٦٨١		
١٥	**٧١٩				
١٧	**٧٨٠				

** دالة عند مستوى ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط موجب بين عبارات المقياس والبعد الذي تنتمي إليه وجميعها دالة عند مستوى ٠.٠١

جدول (٥)

الاتساق الداخلي لمقياس الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	أحلام اليقظة	البطء والنعاس	الكسل وضعف الجهد
معاملات الارتباط	**٤٨٩	**٤٥٢	**٧٨٩

** دالة عند مستوى ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط موجب بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس وجميعها دالة عند مستوى ٠.٠١

د- الأساليب الإحصائية المستخدمة: استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ومعاملات الارتباط، واختبار ويلكوكسون لعينتين مرتبطتين، والتحليل العاملي الاستكشافي، وتم إجراء التحليلات الإحصائية باستخدام برنامج حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS, Version 16,00) وللتأكد من حجم الأثر التجريبي للمتغير المستقل (البرنامج) تم استخدام معادلة الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة Matched-pairs Rank Biserial Correlation (الشربيني، ٢٠٠١، ص ٢٨٣)؛ (درديري، ٢٠٠٦، ص ١٥٤).

❖ ثانياً: البرنامج المعرفي السلوكي لخفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية (إعداد الباحثة):

• الأسس التي قام عليها البرنامج المعرفي السلوكي:

يقوم هذا البرنامج التدريبي على مجموعة من الأسس المهمة وهي:

١. الأسس الفلسفية: استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من النظرية المعرفية السلوكية بشكل عام، حيث يتعلم الناس القواعد المشروطة أو التعلم الاجتماعي، وأيضاً من خلال التفكير في المواقف، ومن خلال التصورات والتفسيرات للأحداث التي يمروا بها، ومفهومهم عن الذات. ومعتقداتهم الخاصة حول قدراتهم وإمكاناتهم الشخصية، وأن معظم الاضطرابات النفسية ناتجة عن توقعاتهم غير العقلانية وغير الواقعية أثناء التفاعلات المختلفة مع الآخرين...، وكذلك مراعاة أخلاقيات الإرشاد النفسي.

٢. الأسس العامة: والتي شملت المرونة ومبدأ الفروق الفردية، وكذلك حق العميل في العلاج النفسي وتقرير المصير. وقبول العميل دون شرط، كما راعت الباحثة الأسس العامة التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي وهي قدرة السلوك البشري على التغيير والتعديل والتدريب من خلال تعديل الأفكار، وإعادة البناء المعرفي، وضرورة استمرار جلسات العلاج النفسي. والاعتقاد بأن الأفكار والسلوكيات المشوهة غير القادرة على التكيف تلعب دوراً رئيساً في تطور الاضطرابات النفسية، والتي يمكن نقادتها بتعليم مهارات معالجة المعلومات الجديدة وآليات التكيف (Brewin, 1996).

٣. الأسس الاجتماعية: حيث الاهتمام بالفرد ككائن اجتماعي يتأثر ويؤثر في البيئة التي يعيش فيها، وأن الضغوط الاجتماعية تؤثر على شخصيته. فالباحثة استخدمت أسلوب العلاج المعرفي السلوكي، حيث أظهرت الدراسات أنه ذو فاعلية في علاج الاضطرابات النفسية والسلوكية.

• مصادر إعداد البرنامج:

كتاب (استيفان، ٢٠١٢)، (بوفيه، ٢٠١٩)، كتاب (محمد، ٢٠١١)، كتاب (فسفوس، ٢٠٠٦)، كتاب (الحميميدي، ٢٠١٤)، كتاب (النجار، ٢٠٠٨)، كتاب (عبدالجبار، ٢٠٠٠). كتاب (كارينغي، ٢٠١٠)، كتاب (كوفي، ٢٠٠٧); (Antshel, (Premuzic, 2013); (Stains, 2007; (Sell & Dempo, 2011); (Arslantas & Kurnaz, 2017); (Huang, Faraone, & Gordon, 2012); (Sperry, 2006); (& Wang, 2015, Qian).

• خطوات بناء البرنامج:

- أهداف البرنامج: وتشمل ما يلي:

▪ الهدف العام: فعالية العلاج معرفي سلوكي في خفض أعراض اضطراب الإقناع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية.

▪ أهداف إجرائية:

- ✓ تعزيز التعاون العلاجي بين الباحثة والمشاركين من خلال التربية النفسية.
- ✓ تدريب المشاركين على مهارة تسجيل الأفكار.
- ✓ التعرف على خطوات التخطيط والتنظيم.
- ✓ تدريب المشاركين على كيفية التخطيط للأهداف.
- ✓ التعرف على مصفوفة ستيفن كوفي لتحديد الأهداف والأولويات.
- ✓ تدريب المشاركين على حل المشكلات.
- ✓ تدريب المشاركين على تقسيم المهام الكبيرة لأجزاء صغيرة للحد من التسويف.
- ✓ تدريب المشاركين على استراتيجيات التأمل الواعي لتحفيز الوعي الذاتي.
- ✓ مساعدة المشاركين في تغيير أفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم.
- ✓ التدريب على إعادة البناء المعرفي.

- ✓ التدريب على الاسترخاء لمواجهة القلق وتشتت وتزاحم الأفكار.
- ✓ تبصير المشاركين بالأركان الستة لتقدير الذات.
- ✓ تدريب المشاركين على رفع مستوى الثقة بالنفس وتقدير الذات.
- ✓ إكساب المشاركين مهارات تكوين العلاقات الاجتماعية.
- **الفئة المستهدفة:** طلاب الصف الأول الثانوي ذوي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء.
- **الأدوات المستخدمة:** جهاز كمبيوتر- ورق أبيض- أوراق عمل- ألوان - أقلام - مطويات- أحجار كبيرة- رمل- حصى صغير- ماء- وعاء فارغ - وسادة - مؤقت. منبه- سجل الفكر.
- **الأنشطة:** ثقافية- اجتماعية- تمثيلية - عملية.
- **الحدود الزمانية:** الفصل الدراسي الأول ٢٠٢٠.
- **الحدود المكانية:** مدرسة أحمد طه حسين الثانوية التابعة لإدارة أسوان التعليمية.
- **مراحل تطبيق البرنامج:** تم تطبيق البرنامج على ثلاث مراحل كالتالي:
 - **المرحلة الأولى:** التعارف والتمهيد للبرنامج وتضم الجلسة الأولى.
 - **المرحلة الثانية مرحلة التطبيق:** واشتملت على عدة أجزاء: الجزء الأول: التربية النفسية عن الاضطراب، ونموذج العلاج المعرفي السلوكي، ومهارات التخطيط والتنظيم وحل المشكلات، التسويق، واستغرقت (٨) جلسات، الجزء الثاني جلستان: التعامل مع أحلام اليقظة ونقص التركيز من خلال التنقيف النفسي والوعي الذاتي والتدريب على التأمل الواعي والمراقبة الذاتية، الجزء الثالث (٨) جلسات: عن التدريب على إعادة البناء المعرفي، التدريب على الاسترخاء، تقدير الذات والثقة بالنفس وتكوين العلاقات الاجتماعية.
 - **المرحلة الثالثة** مرحلة إعادة التدريب والتقييم. مدة تطبيق البرنامج: استغرق تطبيق البرنامج (١٥) أسبوعاً، بواقع جلستين في الأسبوع- زمن كل جلسة ٦٠ دقيقة.

• مخطط عام لجلسات البرنامج:

جدول (٨)

مخطط عام لجلسات البرنامج التدريبي لتنمية مهارات إدارة الذات لخفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) لدى طلاب الثانوية العامة

رقم الجلسه وعنوانها	الزمن	الأهداف	القياسات	الأدوات	الواجب المنزلي	التقييم
(١) تعارف وتمهيد	٦٠ دقيقة	*إتاحة الفرصة لبناء علاقة تفاعلية بين الباحثه وأفراد المجموعة تتميز بالألفة والتقبل والمشاركة الإيجابية. *تعريف أفراد المجموعة بأهداف البرنامج ومحتواه. *تعريف أفراد المجموعة على الخطوط الرئيسة التي ستتم في ضوءها الجلسات التدريبية، وتهيئتهم			ما أكثر المشكلات السلوكية التي تعاني منها والتي تؤثر على دراستك؟	
(٢) اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء	٦٠ دقيقة	- تزويد أفراد المجموعة بمعلومات عن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء. - توعية المشاركين بالآثار السلبية لاضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) على الفرد.	المحاضرة والمناقشة والحوار- التعزيز	مطوية بها معلومات عن اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) (إعداد الباحثة).	اكتب في أجندتك بعض الأعراض السلبية التي تعاني منها وتؤثر على حياتك بصفة عامة ودراسك بصفة خاصة.	ما الآثار السلبية للإيقاع المعرفي البطيء (SCT) من وجهة نظرك؟
(٣) مقدمة في العلاج المعرفي السلوكي	٦٠ دقيقة	- أن يتعرف المشاركون على مفهوم العلاج المعرفي السلوكي. ومبادئه- وتقنياته وتعزيز التعاون بين الباحثة والمشاركين	المحاضرة -حوار- التعزيز.	ورقة عمل الفهم الموضوعي للمشكلات، وسجل الفكر	الاطلاع على بعض الكتب الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي بمكتبة المدرسة والانترنت	استخدم ورقة العمل لتحديد وتوضيح مشاكلك؟

رقم الجلسة وعنوانها	الزمن	الأهداف	البيئات	الأدوات	الأساليب	التقويم
(٤) التخطيط والتنظيم	٦٠ دقيقة	*تبصير الطلاب بمزايا التخطيط والتنظيم. *التعرف على خطوات التخطيط والتنظيم *أن يستخدم التخطيط والتنظيم في حياته اليومية	المحاضرة والمناقشة- التعزيز	مطوية عن التخطيط والتنظيم- نموذج لتخطيط يوم	سجل وقتك لمدة أسبوع، كيف تقضيه أين يضيع،	كيف تخطط ليومك بنجاح؟
(٥،٦) إدارة الوقت وتحديد الأهداف	٦٠ دقيقة	*تبصير المشاركين بأهمية الوقت. *تبصير المشاركين بمضيعات الوقت. *تدريب المشاركين على تحديد الأهداف.	المناقشة والحوار- العصف الذهني- جدولة النشاطات- الاستنباط.	ورقة عمل إدارة الوقت- ورقة عمل مصفوفة ستيفن كوفي- مطوية مهارة ادارة الوقت اعداد الباحثة	حدد هدف ترغب في تحقيقه واكتبه- اكتب من ٣- ٥ فوائد تحصل عليها إذا حققت الهدف- صف حالتك النفسية الإيجابية عند تحقيق الهدف- ما الإجراءات التي اتخذتها لتحقيق الهدف؟ - ما المعوقات المحتملة؟ كيف تتغلب عليها؟	كيف يمكنك التغلب على مضيعات الوقت؟
(٧) تحديد الأولويات	٦٠ دقيقة	-تدريب المشاركين على كيفية التخطيط للأهداف (مربع الأهمية الثاني في مربع ستيفن كوفي). -تنمية الشعور بجودة الحياة لدى المشاركين	المناقشة والحوار- الاستبصار - المراقبة الذاتية	ملف الإنجاز- أوراق العمل- أقلام- أحجار كبيرة رمل- حصى صغير- ماء- وعاء فارغ	ضع أهداف طويلة المدى - حدد أولويات أخرى (مستجدات يومية) - قيم شعورك بعد التخطيط وتنفيذ المهام في وقتها والنتائج المترتبة.	افتراض أثناء يومك الذي قمت بتخطيطه جاءك شخص ما بأمر عاجل، أو أنتك فرص غير متوقعة فكيف تعرف أن هذا الأمر يتطلب تعديل أولوياتك أو تجاهلها؟

رقم الجلسة وعنوانها	الزمن	الأهداف	الوسائل	الأنشطة	التقويم
(٨) حل المشكلات	٦٠ دقيقة	تبصير المشاركين بخطوات حل المشكلات. تدريب المشاركين على تقسيم المهام الكبيرة لأجزاء صغيرة للحد من التسويف. تطبيق مهارة حل المشكلات في الحياة اليومية	ورقة عمل حل مشكلة (التسويف).	المحاضرة والمناقشة - العصف الذهني - التعزيز - جدولة النشاطات	ما خطوات حل المشكلات؟
(ج ٢) التعامل مع أحلام اليقظة ونقص التركيز (٩) الوعي الذاتي	٦٠ دقيقة	تبصير المشاركين بمفهوم الوعي الذاتي. تعريف المشاركين بمصادر الوعي الذاتي. تبصير المشاركين بعواقب عدم الوعي الذاتي. إكساب المشاركين طرق فعالة لتنمية الوعي الذاتي.	ورقة عمل الوعي الذاتي	الحوار السقراطي - إعادة البناء المعرفي - التعزيز.	كيف ترفع الوعي الذاتي حتى تتخلص من عقدة النقص؟
١٠ (تدريب عملي على استراتيجيات تأمل الوعي)	٦٠ دقيقة	تدريب المشاركين على استراتيجية التأمل لتحفيز الوعي الذاتي. كبح الأفكار العشوائية. التدريب على التركيز وكبح الشرود الذهني.	ورقة عمل التأمل	وساده - مؤقت - الكمبيوتر - فيديو توضيحي للتأمل - التنفسي - ورقة عمل التأمل.	كيف يمكن ممارسة جلسة تأمل ناجحة؟
ج ٣: إعادة البناء المعرفي (١١، ١٢) خطوات إعادة البناء المعرفي	٦٠ دقيقة	- التعرف على خطوات إعادة البناء المعرفي. - مساعدة المشاركين في تغيير أفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم.	سجل الأفكار	المحاضرة - الحوار السقراطي - حل المشكلات - العصف الذهني - التعزيز.	ما خطوات إعادة البناء المعرفي؟

رقم الجلسة وعنوانها	الترين	الأهداف	الوسائل	الأدوات	المواد المستخدمة	التقويم
(١٣) تدريب على استراتيجية إعادة البناء المعرفي (طبيعة النوم)	٦٠ دقيقة	٤-تبصير المشاركين بأساليب التعامل الصحيح مع الضغوط في مواقف الحياة اليومية. ٥-التدريب على مواجهة القلق وتشتت وتراحم الأفكار.	إعادة البناء المعرفي- التحكم في المثير- العصف الذهني- حل المشكلات.	ملف الإنجاز أوراق العمل، أقلام، أحجار كبيرة رمل، حصى صغير، ماء وعاء فارغ	تطبيق التحكم في المثير في حياتك اليومية.	كيف يمكنك التحكم في النوم؟
(١٤) التدريب على الاسترخاء	٦٠ دقيقة	٤-تبصير المشاركين بأساليب التعامل الصحيح مع الضغوط في مواقف الحياة اليومية. ٥-التدريب على مواجهة القلق وتشتت وتراحم الأفكار.	النمذجة- لعب الدور- التدريب على الاسترخاء	مقطع مسجل لأصوات الطبيعة	مارس التدريب على الاسترخاء قبل النوم ليلا وعند تعرضك للضغوط.	كيف تستعد للاسترخاء اذكر خطوات التدريب على الاسترخاء؟
(١٥) تقدير الذات	٦٠ دقيقة	١. الحد من الخمول والكسل. ٢. الاستبصار بمعوقات تقدير الذات. ٣. التعرف على صفات ذوي تقدير الذات المنخفض. ٤. التعرف على الأركان الستة لتقدير الذات	المناقشة والحوار- التنقيف النفسي- التعزيز- العصف الذهني.	نوتة- أقلام	خصص وقتا لنفسك وذلك من خلال جلسة تأمل الذات واسأل نفسك كيف ترى نفسك وليس كيف يراك الآخرون؟ وردد عبارة كلما فهمت ذاتي كلما سعت لتطويرها وأصبحت فخور بها.	ما هي الطرق العملية التي ترفع بها مستوى ذاتك؟
(١٦) الثقة بالنفس	٦٠ دقيقة	١. ان يتعرف المشاركون مفهوم الثقة بالنفس. ٢. ان يميز المشاركين بين علامات الثقة بالنفس وعلامات نقص الثقة. ٣. ان يدرك الآثار السلبية لنقص الثقة بالنفس.	المناقشة والحوار - التعزيز	أوراق- أقلام - مطوية عن الثقة بالنفس	-اجلس جلسة تأمل واسأل نفسك: من أنا؟ وما إمكاناتي؟ وما الشخص الذي أريد أن أكونه؟ وهل أنا أهل لاحترام الآخرين؟	كيف يمكنك زيادة الثقة بالنفس؟

رقم الجلسة وعنوانها	الزمن	الأهداف	الوسائل	الأنشطة	التقويم
(١٧) تمارين عملية لرفع مستوى الثقة بالنفس وتقدير الذات المنخفض	٦٠ دقيقة		أوراق عمل- أقلام	المناقشة والحوار- الاسترخاء- التعزيز	كرر العبارات التوكيدية التالية: • أنا قوي ولدي الإرادة لأكون أفضل. • أنا أكبر من ذلك وسأستمر رغم ما يقولون. • أنا أعطى الآخرين بحب بقدر استطاعتي، واعتذر بأدب عند عدم الاستطاعة
(١٨) تكوين العلاقات الاجتماعية/ التفاعل الاجتماعي	٦٠ دقيقة		مطوية عن العلاقات الاجتماعية	المحاضرة- المناقشة والحوار- التدريب على المهارات الاجتماعية - التعزيز	اذكر كيفية تكوين علاقات اجتماعية ناجحة.
الختامية	٦٠ دقيقة		مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء -	المناقشة والحوار	

• تقويم البرنامج:

- قبلي: وقد تم فيه تطبيق أداة البحث على أفراد العينة التجريبية في الجلسة الأولى؛ للتحقق من مدى فاعلية البرنامج في نهايته.
- بعدي: للتأكد من أن البرنامج قد حقق أهدافه.
- تتبعي: تم تطبيق مقاييس البحث إلكترونيا عن طريق خدمة الإنترنت؛ نظرا لظروف تفشي جائحة كورونا والإجراءات الاحترازية التي اتخذتها الدولة للحد من الجائحة؛ حيث غلق المدارس والتباعد الجسدي، قامت الباحثة بإعداد نسخة إلكترونية عن طريق خدمة جوجل درايف، وتم إرسال الرابط عبر الواتساب للطلاب المشاركين وذلك بعد انتهاء فترة المتابعة.

حادي عشر: نتائج الدراسة ومناقشتها:

- نتائج الفرض الأول: ينص الفرض الأول للبحث على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) وأبعاده الفرعية لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل"

لاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات عينتين مرتبطتين، والنتائج كما موضحة في جدول (٦) التالي:

جدول (٦)

قيمة (Z) لدلالة الفروق بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي لمقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (ن=١٦).

مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء.	الإشارات قبلي وبعدي	عدد الفروق	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	قوة العلاقة
أحلام اليقظة	رتب سالبة T ₁	١٢	٧.٤٥	٨٩.٥٠	٣.٠٨٢-	.٠٠٢	.٠٩٨
	رتب موجبة T ₂	١	١.٥٠	١.٥٠			
	الرتب المحايدة	٣					
	عدد الأزواج	١٦					
التباطؤ والنعاس	رتب سالبة T ₁	١٤	٨.٣٦	١١٧.٠٠	٣.٢٦٤-	.٠٠١	.٠٩٥
	رتب موجبة T ₂	١	٣.٠٠	٣.٠٠			
	الرتب المحايدة	١					
	عدد الأزواج	١٦					
الكسل وضعف الجهد	رتب سالبة T ₁	١٤	٧.٥٠	١٠٥.٠٠	٣.٣١٦-	.٠٠١	١-
	رتب موجبة T ₂	٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	الرتب المحايدة	٢					
	عدد الأزواج	١٦					
الدرجة الكلية	رتب سالبة T ₁	١٥	٨.٠٠	١٢٠.٠٠	٣.٤١١-	.٠٠١	١-
	رتب موجبة T ₂	٠	٠.٠٠	٠.٠٠			
	الرتب المحايدة	١					
	عدد الأزواج	١٦					

تظهر النتائج في جدول (٦) وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء (SCT) وابعاده الفرعية لصالح القياس البعدي، حيث كانت قيمة (T) الصغرى في البعد الأول "أحلام اليقظة" تساوي (١.٥٠)، وفي البعد الثاني "التباطؤ والنعاس" تساوي (٣.٠٠)، وفي البعد الثالث "الكسل وضعف الجهد" تساوي (٠.٠٠)، وفي الدرجة الكلية للمقياس كانت تساوي (٠.٠٠)، وجميع قيم (T) السابقة أقل من القيمة الحرجة الخاصة باختبار "ويلكوكسون" عند مستوى دلالة أقل من (٠.٠٠١) وبذلك يتحقق الفرض الأول للبحث مما يدل على انخفاض رتب درجات القياس البعدي لاضطراب الإيقاع المعرفي البطيء.

ونظرا لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي، فإنه يمكن معرفة قوة العلاقة بين البرنامج المعرفي السلوكي كمتغير مستقل والمتغير التابع الإيقاع المعرفي البطيء، فقد أشار درديري (٢٠٠٦، ١٥٤) أنه عندما يستخدم الباحث اختبار "ويلكوكسون" في التعرف على دلالة الفروق فإنه يستطيع حساب قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع من خلال استخدام معادلة الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة Matched-pairs Rank Biserial Correlation.

$$r_{prb} = \frac{4T_1}{n(n+1)} - 1$$

حيث r_{prb} تمثل قوة العلاقة لاختبار ويلكوكسون، و T_1 = مجموع الرتب الموجبة، (n) = عدد أزواج الدرجات، وقد تكون قيمة T سالبة، مما يدل على أن مجموع الرتب السالبة < مجموع الرتب الموجبة (الشريبي، ٢٠٠١، ص ٢٨٣).

وبالتعويض في المعادلة السابقة نجد أن قيمة "ق" في البعد الأول تساوي ٠.٩٨-، وفي البعد الثاني تساوي (٠.٩٥)، وفي البعد الثالث تساوي (-١)، وفي الدرجة الكلية تساوي (-١)، وهذه القيم جميعها تدل على علاقة ذات قوة عالية، وهذا يدل على الفاعلية المرتفعة للعلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية.

• **نتائج الفرض الثاني:** ينص الفرض الثاني للبحث على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء". ولاختبار صحة هذا الفرض تم حساب قيمة (Z) لدلالة الفروق بين المجموعات المرتبطة، والنتائج موضحة بالجدول (٧) حيث عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات (الأبعاد، والدرجة الكلية) لمقياس مهارات إدارة الذات ومقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بعد فترة المتابعة، حيث كانت قيمة $(t) < (٠.٠٥)$ ، وهي قيمة غير دالة إحصائية، وبذلك يتحقق الفرض الثاني من البحث.

جدول (٧)

قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد الفروق	الإشارات بعدي وتتبعي	مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء.
.١٠٩	١.٦٠٤	٦.٠٠٠ ٠.٠٠	٢.٠٠٠ ٠.٠٠	٣ ٠ ١٣ ١٦	رتب سالبة T ₁ رتب موجبة T ₂ الرتب المحايدة عدد الأزواج	أحلام اليقظة
.٥٦٤	٠.٥٧٧-	٤.٠٠٠ ٢.٠٠٠	٢.٠٠٠ ٢.٠٠٠	٢ ١ ١٣ ١٦	رتب سالبة T ₁ رتب موجبة T ₂ الرتب المحايدة عدد الأزواج	التباطؤ والنعاس
.٤١٤	٠.٨١٦-	١.٥٠٠ ٤.٥٠٠	١.٥٠٠ ٢.٢٥	١ ٢ ١٣ ١٦	رتب سالبة T ₁ رتب موجبة T ₂ الرتب المحايدة عدد الأزواج	الكسل وضعف الجهد
.١٥٧	١.٤١٤-	١٢.٥٠ ٢.٥٠	٣.١٣ ٢.٢٥	٤ ١ ١١ ١٦	رتب سالبة T ₁ رتب موجبة T ₂ الرتب المحايدة عدد الأزواج	الدرجة الكلية

تظهر النتائج في جدول (٧) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء وأبعاده الفرعية، حيث كانت قيمة (T) الصغرى في الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس أكبر من القيمة الحرجة الخاصة باختبار ويلكوسون، وعند مقارنة المتوسطات الحسابية يلاحظ وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي، وهي فروق ضئيلة مما يدل على استمرارية انتقال أثر التعلم ولاستفادة من المهارات والفنيات المعرفية في الحياة اليومية. وبذلك يتحقق الفرض الثاني للبحث مما يدل على استمرارية فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء.

مناقشة وتفسير نتائج فروض البحث:

من خلال عرض نتائج الفرضين السابقين للبحث، تتضح فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية الذين تلقوا الإرشاد، حيث وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الطلاب في مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء: (الدرجة الكلية والأبعاد) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل. وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الطلاب في مقياس اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء: (الدرجة الكلية والأبعاد) في القياسين البعدي والتتبعي.

وترجع الباحثة ظهور فروق دالة إحصائية لدى طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي إلى ما يلي:

- كان لفنيات العلاج المعرفي السلوكي الأثر الكبير في تحقيق مكاسب البرنامج حيث أن معظم جلسات البرنامج بدأت بمحاضرة تربوية نفسية تم فيها إكساب الطلاب معلومات حول هذا الاضطراب ومعلومات عن العلاج المعرفي السلوكي وتقنياته وإدخالهم في الأساس المنطقي للعلاج أدى ذلك لتحقيق التعاون العلاجي وتسهيل الانسجام والتفاعل في الجلسة بين الباحثة والطلاب، كما اتبعت جلسات التربية النفسية جلسات مصممة للمساعدة في اكتساب مهارات التخطيط والتنظيم، والتي اكتسب الطلاب من خلالها مهارات التخطيط الجيد وتحديد الأهداف والأولويات، وإدارة الوقت، وحل المشكلات وتقسيم المهام الكبيرة لمهام صغيرة يسهل إنجازها ووضع جدول زمني ومراقبة التقدم مما ساعد على التعامل الجيد مع مشكلة التسويف والمماطلة والبطء وتخطيط فترات الراحة والمكافآت، وقد أدى تدريب الطلاب على إدارة الوقت إلى محاولتهم لترتيب مهامهم، وتقسيمها حسب الأهمية والأولوية، وأداء المهام في الوقت المحدد، وتقييمهم لأعمالهم من خلال مراقبة ما تم إنجازه من مهام، وتقييم مراقبة الذات والابتعاد عن مضيعات الوقت، الأمر الذي ساعد بشكل كبير على التخلص من الكسل وضعف الجهد وبطء المهام.

- كما أن تعلم الطلاب أيضاً تقنيات حل المشكلات لتوضيح المشكلات بشكل أكثر وضوحاً وإنشاء قائمة من الحلول المحتملة، وتقييمها واختبار الحل المختار في النهاية، كمسألة التسوية ومشكلة كثرة النوم أثناء النهار.
- كما ساعدت جلسات إدارة الانتباه وأحلام اليقظة الطلاب على التعرف على مدى انتباههم الأمثل والوعي بالذات، ومراقبة أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم، وزيادة تركيزهم.
- كما أدى التدريب على تقنية إعادة البناء المعرفي والحوار السقراطي إلى تمكين المريض من تحديد أفكاره المختلة، والتحقق من صحتها ثم إيجاد أفكار أكثر تكيفاً، الأمر الذي ساعد المراهق على التفكير في نفسه والمشاكل بطريقة مختلفة. كما كان لتقنيات الاسترخاء دور فعال في التخلص من الضغوط النفسية المصاحبة للإيقاع المعرفي البطيء كالقلق والاكتئاب
- العصف الذهني: هو طريقة عملية جماعية إبداعية حاولت المجموعة إيجاد حل لمشكلة معينة كالأمور التي تعيق تقدير الذات، ومضيعات الوقت، . . . إلخ وذلك بتجميع قائمة من الأفكار العفوية التي يساهم بها أفراد المجموعة، ومما زاد من حماس المشاركين في عملية العصف الذهني عدم انتقاد الأفكار المتولدة، والتأكيد على حرية التفكير، وتعميق أفكار المشاركين، وتطويرها، وروح التعاون بين المشاركين؛ الأمر الذي دفعهم لأن يضيفوا لأفكار الآخرين، أو يطوروها ويحسنوها، وقد ساعد ذلك على شغل أوقات المشاركين مما قلل فرص الاستغراق في أحلام اليقظة.
- التعزيز: والذي ساعد خلال الجلسات على تكرار السلوكيات الإيجابية وتثبيتها، وليس هذا فحسب بل ساعد في زيادة الثقة بالنفس وتحسين مفهوم الذات.
- النمذجة ولعب الدور: هي عملية تعلم الفرد سلوكاً معيناً من خلال ملاحظة سلوك فرد آخر وذلك من خلال عرض فيديو يوضح فنية التأمل منذ الاستعداد للتأمل ثم الخروج من التأمل للواقع لإكساب الطلاب طرق للتركيز على اللحظات الحالية والذات.

- المراقبة الذاتية: فمراقبة الأفراد سلوكهم ومشاعرهم وأفكارهم تعمل زيادة قدرتهم على تنظيم ذاتهم، والتي ساهمت في تنمية شعور الطلاب بمحاسبة أنفسهم على كل عمل صغيراً، أو كبيراً، واستكشاف أخطائهم بأنفسهم، وطلب علاجها، كما أفادت المتدربين أيضاً في التعرف على مضيعات الوقت، ومعوقات تقدير الذات، . . . إلخ.
- التنفس الحجابي الذي يكون من الحجاب الحاجز وهو عضلة التنفس المهيمنة في الجسم. وهذا النوع من التنفس أكثر فعالية وكفاءة. فيمكن أن يساعد في الشعور بالاسترخاء بدلاً من الشعور بالضيق، وهو وسيلة رائعة للحد من التوتر، فهو قد يزيد من القدرة على الانتباه وتدفق الأكسجين.
- ممارسة مهارة الوعي الذاتي ساعدت الطلاب على إدراك أفكارهم، ومشاعرهم، وسلوكياتهم، ومواطن قوتهم وضعفهم، وقدراتهم وإمكاناتهم، ومدى تأثيرهم على الآخرين، وطريقة إدراكهم للآخر.
- كذلك قدرة الطلاب على تقييم ذاتهم، بطريقة إيجابية وتعزيزها، ساعد على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، ومن ثم تحقيق أهدافهم وتحقيق محبة واحترام الآخرين. كما أن إدراك الطلاب لمعتقداتهم الإيجابية عن ذاتهم وإيمانهم بها ساهم في قدرتهم على الوصول لأهدافهم وطموحاتهم، والاستفادة من الخبرات، مما ساعد على رفع الثقة بالنفس.
- كما أن تدريب الطلاب على إدارة العلاقات الاجتماعية ساهم في عقد صلات اجتماعية مع الآخرين؛ مما ساهم في خلق أجواء المحبة، والتعاون المثمر، والذي دعم ذلك جلسات الإرشاد الجماعي؛ الأمر الذي ساعد في التخلص من الشعور بالخمول والانسحاب الاجتماعي.
- كما كان لجلسات تنمية الثقة بالنفس وتقدير الذات، وتكوين العلاقات الاجتماعية دور فعال في التخلص من النداءيات المصاحبة للإيقاع المعرفي البطيء،، حيث وجود علاقة موجبة بين تدني تقدير الذات ونقص الثقة بالنفس والإيقاع المعرفي البطيء كدراسة: (Basha, 2021)

• فنية التأمل: والتي أصبح الطلاب من خلالها على وعي بخبراتهم السالبة وأحاسيسهم، وأفكارهم وحالتهم الجسمية، الأمر الذي أدى إلى التنظيم الذاتي للانتباه، والتوجه نحو اللحظة الحالية والتي تتسم بحب الاستطلاع، والتقبل والانفتاح على الخبرات، وتحفيز الوعي الذاتي، من أجل مقاومة الأفكار العشوائية، والمشاعر السلبية، مما ساعد على الاسترخاء ومن ثم التخلص من القلق والاكتئاب كأعراض مصاحبة لاضطراب الإيقاع المعرفي البطيء. كما ساعدت تدريبات التأمل بالجلسات كتمرين الأرنب الأبيض، والعد التنزلي، ومجموعات الفواكه على زيادة التركيز.

• وتعتبر الواجبات المنزلية مهمة في هذا الجانب، حيث انها ساعدت الباحثة في متابعة التقدم، والصعوبات التي واجهت الطلاب خلال أداء المهام بين الجلسات. وتتفق هذه النتائج مع دراسة كل من: (Pfiffner, et al., 2007; Safren, et al., 2005; Antshel, Faraone, & Gordon, 2012; Oar, Johnco, & Ollendick,, 2017; Brewin, 1996)

وتفسر الباحثة استمرارية فعالية البرنامج التدريبي إلى الممارسة من قبل المجموعة التجريبية لمختلف المهارات التي تم التدريب عليها خلال جلسات البرنامج، وتطبيقها في حياتهم اليومية والأكاديمية. والحفاظ على مكتسبات البرنامج.

ثاني عشر: مقترحات وتوصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه نتائج البحث الحالي، التي أظهرت وجود تأثير وفاعلية كبيرة للبرنامج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى طلاب المرحلة الثانوية، توصي الباحثة بما يلي:

1. إعداد المزيد من الدراسات والبحوث عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع فئات أخرى من الأطفال والمراهقين والكبار، سواء العاديين أو ذوي الاحتياجات الخاصة.
2. المزيد من الدراسات حول فعالية أنواع أخرى من البرامج والأساليب الإرشادية لخفض أعراض اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى الطلاب.

٣. إعداد دراسات تتناول الخصائص الديموغرافية لاضطراب الإيقاع المعرفي البطيء.
٤. إعداد دراسات تتناول اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء وعلاقته ببعض المتغيرات السيكولوجية: كالوظائف التنفيذية، القلق، الاكتئاب، اضطرابات النوم/الأكل، جودة الحياة الأسرية، النشاط الزائد، العناد المتحدي، السلوك العدواني، إدارة الذات، التنظيم الذاتي، التنظيم الانفعالي إلخ.
٥. إعداد بطارية اختبارات للتشخيص الفارق تشمل اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء النشاط الزائد والقلق والاكتئاب.
٦. ضرورة الكشف عن الطلاب ذوي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء في المدارس وتقديم الخدمات العلاجية لهم.
٧. تزويد المدارس بالمقاييس النفسية اللازمة لتشخيص اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء لدى الطلاب.
٨. عقد دورات تدريبية لتدريب القائمين على العملية التعليمية في المدارس الثانوية كالمعلمين بالتعاون مع أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس عن كيفية التعامل مع الطلاب ذوي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء، وتدريبهم على فنيات وأساليب هذا البرنامج، وتوظيفها داخل غرفة الصف.
٩. عقد دورات تدريبية للطلاب بالمدارس بالتعاون مع أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس، تستهدف تنمية مهارات إدارة الذات لدى الطلاب وخاصة ذوي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء؛ كي يصبحوا أكثر فاعلية في حياتهم عامه والأكاديمية خاصة.
١٠. ضرورة التعاون بين المدرسة والمنزل للتغلب على المشكلات التي يعاني منها الطلاب ذوي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء.
١١. ضرورة عقد دورات تدريبية لأولياء أمور الأبناء ذوي اضطراب الإيقاع المعرفي البطيء بهدف تبصيرهم إلى كيفية التعامل مع أبنائهم.

قائمة المراجع :

أولاً: المراجع العربية :-

بيل، نورمان فينست (٢٠٠١). قوة التفكير الإيجابي. (يوسف اسكندر، المترجم) القاهرة: دار الثقافة.

الحميمي، محمد علي (٢٠١٤). التخطيط والتنظيم. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية. دايللي، ناجيه (٢٠١٧). بعض الفنيات المعرفية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي. مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، ٣٣، ٦٥-٧٩. تم

الاسترداد من <http://search.mandumah.com/Record/828978>

درديري، عبدالمعتمد احمد (٢٠٠٦). الإحصاء البارامترى واللابارامترى في اختبار فروض البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

شحاته، إيهاب سيد (٢٠١٢). فعالية إدارة الذات لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية (رسالة دكتوراة). كلية التربية: جامعة عين شمس.

الشربيني، زكريا أحمد (٢٠٠١). الإحصاء اللابارامترى مع استخدام SPSS في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

طه، رامز (٢٠٠١). العلاج الذاتي بالقرآن. القاهرة: دار الكتب والوثائق القومية. عبدالجبار، أحمد عبدالجبار (٢٠٠٠). فن العلاقات الاجتماعية الناجحة. القاهرة: دار الطلائع.

فسفوس، عدنان (٢٠٠٦). أساليب تعديل السلوك الإنساني. فلسطين: المكتبة الإلكترونية أطفال الخليج.

فضل، شعبان امحمد (٢٠٠٨). العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات. ليبيا: الدار الجامعية للنشر والتوزيع.

كارينغي، دايل (٢٠١٠). فن إدارة الوقت. (بدون، المترجم) القاهرة: جزيرة الورد. الكنانى، أحمد ضيف الله (٢٠١٩). درجة الاكتئاب وعلاقتها بالنزعة الكمالية لدى الطلاب الموهوبين بمدينة جدة. مجلة كلية التربية جامعة أسبوط،

doi:10.21608/MFES.2019.104027. ٥٣-١، (٣٥) ٥.٢

كوروين، بيرني ، رودل، بيتر ، و بالمر، ستيفن (٢٠٠٨). *العلاج المعرفي السلوكي المختصر*. (محمود عيد مصطفى، المترجم) القاهرة: دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

كوفي، ستيفن ر (٢٠٠٧). *إدارة الأولويات الأهم أولاً*. (السيد المتولي حسن، المترجم) المملكة العربية السعودية: جريير.

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

محمد، عادل عبدالله (٢٠١١). *تعديل السلوك الإنساني*. الرياض: دار الزهراء.
النجار، عبد العزيز (٢٠٠٨). *الإدارة الذكية التخطيط- التنظيم- إدارة الافراد- اتخاذ القرارات*. الإسكندرية: المكتب العربي الحديث.

ثانياً: المراجع الأجنبية :-

- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & R, D. J. (1980). Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach. 6(3), 490-505. [doi:doi.org/10.1093/schbul/6.3.490](https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490)
- Antshel, K. M., & Olszewski, A. K. (2014). Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 825- 842. [doi:10.1016/j.chc.2014.05.001](https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.001)
- Antshel, K. M., Faraone, S. V., & Gordon, M. (2012). Cognitive Behavioral Treatment Outcomes in Adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, x(3), 334- 345. [doi:https://doi.org/10.1176/appi.focus.10.3.334](https://doi.org/10.1176/appi.focus.10.3.334)
- Arslantas, S., & Kurnaz, A. (2017). The Effect of Using Self-Monitoring Strategies in Social Studies Course on SelfMonitoring, Self-Regulation and Academic Achievement. *International Journal of Research in Education and Science (IJRES)*, 452-463. [doi: 10.21890/ijres.327905](https://doi.org/10.21890/ijres.327905)
- Barkley, R. A. (2012, Nov). Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo From Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 1 121(4), 978-990. doi: 10.1037/a0023961

- Barkley, R. A. (2014). Sluggish Cognitive Tempo (Concentration Deficit Disorder?): Current Status, Future Directions, and a Plea. *J Abnorm Child Psychol*, 42:117–125. [doi:DOI 10.1007/s10802-013-9824-y](https://doi.org/10.1007/s10802-013-9824-y)
- Barkley, R. A. (2015). concentration deficit disorder(sluggish cognitive tempo). In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4 ed., pp. 878-910). New York, London: THE GUILFORD PRESS.
- Barkley, R. A. (2018). Barkley Sluggish Cognitive Tempo Scale—Children and Adolescents (BSCTS-CA). In R. A. Barkley (Ed.), *A Review of Research on SCT* (pp. 1-26). New York: Guilford Publications. Retrieved from www.guilford.com/p/barkley26
- Barkley, R. A., & Becker, S. P. (2018). sluggish cognitive tempo. In S. P.-B. Rösler, & S. P. Barkley (Ed.), *handbook of attention deficit hyperactivity disorder* (pp. 147-153). New York, United States of America: Oxford University Press. Retrieved from t: <https://www.researchgate.net/publication/292148331>
- Basha, S. E. (2021). The Relationship between Sluggish Cognitive Tempo, Self-esteem, and Attention-deficit Hyperactivity Disorder among University Students. *Journal of Educational and Social Research*, 11(2), 238- 250. [doi:https://doi.org/10.36941/jesr-2021-0043](https://doi.org/10.36941/jesr-2021-0043)
- Bauermeister, J. J., Barkley, R. A., Bauermeister, J. A., Martínez, J. V., & McBurnett, K. (2011). Validity of the Sluggish Cognitive Tempo, Inattention, and Hyperactivity Symptom Dimensions: Neuropsychological and Psychosocial Correlates. *J Abnorm Child Psychol*, 40, 683–697. [doi:DOI 10.1007/s10802-011-9602-7](https://doi.org/10.1007/s10802-011-9602-7)
- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophr Bull*, 32(1), S1–S9. [doi:10.1093/schbul/sbl017](https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017)
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

- Becker , S. P., Luebbe, A. M., & Langb, J. M. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder dimensions and sluggish cognitive tempo symptoms in relation to college students' sleep functioning. *Child Psychiatry Hum Dev*, 45(6), 675-85. [doi:10.1007/s10578-014-0436-8](https://doi.org/10.1007/s10578-014-0436-8)
- Becker, S. P. (2020). Systematic Review: Assessment of Sluggish Cognitive Tempo Over the Past Decade. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*. [doi:https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.10.016](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.10.016)
- Becker, S. P, Burns, G. L., Garner, A. A, arrett, M. A, Luebbe, A. M, Epstein, J. N., , & Willcutt, E. G. (2019). Sluggish cognitive tempo in adults: Psychometric validation of the Adult Concentration Inventory. *Psychological Assessment*,, 30(3), 296–310 [.doi:https://doi.org/10.1037/pas0000476](https://doi.org/10.1037/pas0000476)
- Becker, S. P., Dvorsky, M. R., Tamm , L., & Willoughby , M. T. (2021). Preschool Neuropsychological Predictors of School-aged Sluggish Cognitive Tempo and Inattentive Behaviors. *Res Child Adolesc Psychopathol*, 49(2), 197-210. . [doi:doi: 10.1007/s10802-020-00728-2](https://doi.org/10.1007/s10802-020-00728-2).
- Becker, S. P., & Langberg, J. M. (2012). Sluggish Cognitive Tempo Among Young Adolescents With ADHD: Relations to Mental Health, Academic, and Social Functioning. *Journal of Attention Disorders*, 17(8), 681–689. [doi:DOI: 10.1177/10870547111435411](https://doi.org/10.1177/10870547111435411)
- Becker, S. P., Garner, A. A., & Byars, K. C. (2016). Sluggish Cognitive Tempo in Children Referred to a Pediatric Sleep Disorders Center: Examining Possible Overlap with Sleep Problems and Associations with Impairment. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 116–124. [doi:: 10.1016/j.jpsychires.2016.03.005](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.005)
- Becker, S. P., Garner, A. A., Tamm, L., T. N., & Epstein, J. N. (2019). Honing in on the Social Difficulties Associated With Sluggish Cognitive Tempo in Children: Withdrawal, Peer Ignoring, and Low Engagement. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(2), 228-237. [doi:https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1286595](https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1286595)

- Becker, S. P., Schmitt, A. p., Jarrett, M. A., Luebbe, A., Garner, A. A., Epstein, J. N., & Burns, G. L. (2018). Sluggish Cognitive Tempo and Personality: Links to BIS/BAS Sensitivity and the Five Factor Model. *Journal of Research in Personality*, 75, 103-112. doi:doi.org/10.1016/j.jrp.2018.06.001
- Benedicte, S., Hjelde, H. B., Beate, O., & Hanne, K. (2011). The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 513-525. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9488-4>
- Bernad, M., Servera, M., & Belmar, M. (2015). La dimensión Sluggish Cognitive Tempo: el estado de la cuestión. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2, 95-106. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/279925296>
- Blake, K. T. (2013). *Inattentive AD/HD in the DSM-5: Finding Consensus or Igniting Debate?* Brentwood, Tennessee: Johnson & Johnson, Inc.
- Bolat, G. Ü., Baytunca, M. B., Kardaş, B., İpçi, M., İnci İzmir, S. B., Özyurt, O., . . . Ercan, E. S. (2020). Diffusion tensor imaging findings in children with sluggish cognitive tempo comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(8). doi:Nordic Journal of Psychiatry
- Brewin, C. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47:33-57. doi:10.1146/annurev.psych.47.1.33
- Camprodon, E., Batlle, S., & Estrada-Prat, X. (2016). Sluggish Cognitive Tempo in a Child and Adolescent Clinical Outpatient Setting. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(5), 355-362. doi:10.1097/PRA.000000000000177
- Camprodon-Rosanas, E., Pujol, J., Martínez-Vilavella, G., Blanco-Hinojo, L., Medrano-Martorell, S., Batlle, S., . . . Sunyer, J. (2019). Brain Structure and Function in School-Aged Children With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(2). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.09.441>

- Carciofo, R., Du, F., Song, N., & Zhang, K. (2014). Mind Wandering, Sleep Quality, Affect and Chronotype: An Exploratory Study. *PLoS One*, 9(3). doi:10.1371/journal.pone.0091285
- Catherine, S., & A, B. R. (2014). Sluggish cognitive tempo (SCT) refers to an impairment of attention in hypoactive-appearing individuals that first presents in childhood. At this time, it exists only as a research entity that has yet to debut in official diagnostic taxonomies. However, i. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(1), 38-49. [doi:doi.org/10.1097/01.pra.0000442718.82527.cd](https://doi.org/10.1097/01.pra.0000442718.82527.cd)
- Fassbender, C., Krafft, C. E., & Schweitze, J. B. (2015). Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. 8, 390-397. [doi:10.1016/j.nicl.2015.05.007](https://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.05.007)
- Garner, A. A., Mrug, S., Hodgens, B., & Patterson, C. (2013). Do symptoms of sluggish cognitive tempo in children with ADHD symptoms represent comorbid internalizing difficulties? *Journal of attention disorders*, 17(6), 510-518.
- Goh, P. K., Martel, M. M., & Barkley, R. A. (2020). Clarifying ADHD and Sluggish Cognitive Tempo Item Relations with Impairment: A Network Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 48(3), 48(3). [doi:10.1007/s10802-020-00655-2](https://doi.org/10.1007/s10802-020-00655-2)
- Graham, D. M., Crocker, N., Dewese, B. N., C., S., Kable, J. A., May, P. A., . . . Mattson, S. N. (2013, January). Prenatal Alcohol Exposure, ADHD, and Sluggish Cognitive. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 37(Suppl1),338-346.doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01886.x
- Huang, F., Qian , Q., & Wang , Y. (2015). Cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 161. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0686-1>
- Jacobson, L. A., Murphy-Bowman, S. C., Pritchard, A. E., -Zelvin, A. T., Zabel, T. A., & Mahone, E. M. (2012). Factor structure of a sluggish cognitive tempo scale in clinically-referred children. *J Abnorm Child Psychol*, 40(8), 1327-37. doi:10.1007/s10802-012-9643-6

- Jarrett , M. A., Rapport , H. F., Ron, A. T., & Becke, S. P. (2017). ADHD Dimensions and Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in Relation to Self-Report and Laboratory Measures of Neuropsychological Functioning in College Students. *J Atten Disord*, 21(8), 673-683. [doi:10.1177/1087054714560821](https://doi.org/10.1177/1087054714560821).
- Jensen, M. P., Nielson, W. R., & Kerns, R. D. (2003). ERIIIAt REVIEW. *The Journal of Pain*, 4(9), 477-492.
- Jiménez, E. A., Ballabriga, M. C., Bonillo, A., Arrufat, F. J., & Serra, R. (2015). Executive Functioning in Children and Adolescents With Symptoms of Sluggish Cognitive Tempo and ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(6), 507–514. doi: 10.1177/1087054713495442
- Joyce, A. M., Waschbusch, D. A., Klein, R. M., & Corkum, P. V. (2009). Developing a Measure of Sluggish Cognitive Tempo for Children: Content Validity, Factor Structure, and Reliability. *Psychological Assessment*, 21(3), 380-9. [doi:10.1037/a0016600](https://doi.org/10.1037/a0016600)
- Kardas, O., & Kardaş, B. A. (9-12 May 2018). SLUGGISH COGNITIVE TEMPO-SCT EPIDEMIOLOGY IN PRIMARY SCHOOL STUDENTS. *28th Child and Adolescent Mental Health and Diseases Congress*. Istanbul .
- Kim, K., Lee, Y., & -Lee, J. H. (2020). The Effect of Eye-Feedback Training on Orienting Attention in Young Adults With Sluggish Cognitive Tempo. *Frontiers in Psychiatry*, 11. [doi:10.3389/fpsy.2020.00184](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00184)
- Kofler, M. J., Sarver, D., & . Becker, S. P. (2019). What Cognitive Processes Are "Sluggish" in Sluggish Cognitive Tempo? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(11), 1030-1042. [doi:10.1037/ccp0000446](https://doi.org/10.1037/ccp0000446)
- Lee, G. S., Burns , L., & Becker, S. P. (2016). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 61-68 . [doi:doi.org/10.1080/15374416.2016.1144192](https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1144192)
- Leikauf, J., & Solanto, M. V. (2016). Sluggish Cognitive Tempo, Internalizing Symptoms, and Executive Function in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 21(8). [doi:10.1177/1087054716682337](https://doi.org/10.1177/1087054716682337)

- Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, Lischinsky AG, Cetkovich-Bakmas M, Rojas JI, . . . Manes FF. (2018). Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). [doi: 10.1002/14651858.CD010840.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010840.pub2)
- Lovett, B. J., Wood, W. L., & Lewandowski, L. J. (2020). Differential Diagnosis of Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in College Students. *Journal of Attention Disorders*. [doi:10.1177/1087054719896856](https://doi.org/10.1177/1087054719896856)
- McBurnett , K., Pfiffner, L. J., & Frick, P. J. (2001). Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol*, 29(3), 207-13. [Doi :doi: 10.1023/a:1010377530749](https://doi.org/10.1023/a:1010377530749)
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., . . . Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225(3), 236-246. [doi:10.1016/j.psychres.2014.11.058](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058)
- Meisinger, R. E. (2015). *Identification of sluggish cognitive tempo by preservice teachers*. Master of Arts. University of Northern Iowa. Retrieved from <https://scholarworks.uni.edu/etd/177>
- Menu, A., Luebke, A. M., Greening, L., Fite, P. J., & Stoppelbein, L. (2012). A Preliminary Investigation of the Relation Between Thyroid Functioning and Sluggish Cognitive Tempo in Children. *Journal of Attention Disorders*, 21(3), 240-246. [doi:org/10.1177/1087054712466917](https://doi.org/10.1177/1087054712466917)
- Mezo, P. G. (2008). The Self-Control and Self-Management Scale (SCMS): Development of an Adaptive Self-Regulatory Coping Skills Instrument. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(2), 83-93. [doi:10.1007/s10862-008-9104-2](https://doi.org/10.1007/s10862-008-9104-2)
- Mooneyham , B. W., & Schooler, J. W. (2013). The costs and benefits of mind-wandering: a review. *Can J Exp Psychol*, 67(1), 11-18. [doi: 10.1037/a0031569](https://doi.org/10.1037/a0031569).

- Moore, S. G., & DuPaul, G. J. (2006). The Effects of Self-Management in General Education Classrooms on the Organizational Skills of Adolescents With ADHD. *Behavior Modification* 30(2): 30(2), 159-83. [Doi:10.1177/0145445503259387](https://doi.org/10.1177/0145445503259387)
- Moruzzi, S., Rijdsdijk, F., & M. B. (2014, February 24). A Twin Study of the Relationships among Inattention, Hyperactivity/Impulsivity and Sluggish Cognitive Tempo Problems. *Journal of abnormal child psychology*, 42:63–75. [doi:10.1007/s10802-013-9725-0](https://doi.org/10.1007/s10802-013-9725-0)
- Musicaro, R., Ford, J., Suvak, M., Sposato, A., & Andersen, S. (2019). Sluggish cognitive tempo and exposure to interpersonal trauma in children. *Anxiety Stress & Coping* 33(10):1-15, 33(10), 1-15. [doi:10.1080/10615806.2019.1695124](https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1695124)
- Oar, E. L., Johnco, C., & Ollendick, T. H. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 661–674. [doi:10.1016/j.psc.2017.08.002](https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.002)
- Pateraki, E., & Morris, P. G. (2018). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in reducing anxiety in adults and children with asthma: A systematic review. *Journal of Asthma*, 55(5). [doi:https://doi.org/10.1080/02770903.2017.1350967](https://doi.org/10.1080/02770903.2017.1350967)
- Penny, A. M., Waschbusch, D. A., Corkum, P., & Klein, R. M. (2009). Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: content validity, factor structure, and reliability. *Psychological assessment*, 21(3), 380. [doi:doi.org/10.1037/a0016600](https://doi.org/10.1037/a0016600)
- Pfiffner, L. J., MIKAMI, A. Y., HUANG-POLLOCK, C., EASTERLIN, B., ZALECKI, C., & MCBURNETT, K. (2007, August). A Randomized, Controlled Trial of Integrated Home-School Behavioral Treatment for ADHD, Predominantly Inattentive Type. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1041–1050. [doi:https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318064675f](https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318064675f)

- Premuzic, T. C. (2013). *Confidence: Overcoming Low Self-Esteem, Insecurity, and Self-Doubt*. New York: Gildan Media, LLC.
- Safren, S. A. (2006). Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *Journal of clinical psychiatry*, 67(8), 46–50.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*, 43(7),) 831–842. [doi:DOI: 10.1016/j.brat.2004.07.001](https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.001)
- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *Randomized Controlled Trial*, 304((8), 800-875. [doi:10.1001/jama.2010.1192](https://doi.org/10.1001/jama.2010.1192).
- Sell, H., & Dempo, M. H. (2011). *Motivation and Learning Strategies for College Success A Self-Management Approach*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Shin, E. b., & Lee, J. H. (2019). The Effect of Sluggish Cognitive Tempo on Depression: Cognitive Emotion Regulation Strategies as Mediator. *Journal of The Korean Data Analysis Society (JKDAS)*, 21(5), 2615-2626. [doi:10.37727/jkdas.2019.21.5.2615](https://doi.org/10.37727/jkdas.2019.21.5.2615)
- Smallwood , J., & Schooler , J. W. (2006). The restless mind. *Psychol Bull*, 132(6), 946-958. [doi: 10.1037/0033-2909.132.6.946](https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.946)
- Smith, Z., & Langberg, J. M. (2019). Do sluggish cognitive tempo symptoms improve with school-based ADHD interventions? *J Child Psychol Psychiatry*, 61(5), 575-583. [doi:10.1111/jcpp.13149](https://doi.org/10.1111/jcpp.13149)
- Sperry, L. (2006). *Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV-TR Personality Disorders*. New York: Routledge.
- Stains, K. (2007). *develop your and self-management skills*. Oxford, Seattle: Radcliffe Publishing. [doi:13: 978-1-138-03071-8](https://doi.org/10.1337/978-1-138-03071-8) ([eBook - PDF](#))

- Steven, G. W., & Mark, S. (2000). Self-monitoring: Appraisal and reappraisal. *Psychological Bulletin*, 126(4), 530–555. [doi:/doi.org/10.1037/0033-2909.126.4.530](https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.4.530)
- Tahilloğlu, A., Kardaş, B. A., Uytun, M. Ç., & Kardaş, O. (July 2018). Epidemiology of sluggish cognitive tempo in primary school students. *23rd World Congress of International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions* (pp. 27-33). Prag/Czech Republic: IACAPAP.
- Thompson, L., Vu, A., Willcutt, E., & Petrill, S. (2019). Sluggish cognitive tempo: longitudinal stability and validity. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11(4), 463-471. [doi:10.1007/s12402-019-00287-7](https://doi.org/10.1007/s12402-019-00287-7)
- Wåhlstedt, C., & Bohlin, G. (n.d.). DSM-IV -Defined Inattention and Sluggish Cognitive Tempo: Independent and Interactive Relations to Neuropsychological Factors and Comorbidity. *Child Neuropsychology* , 16(4), 350-65. [doi:10.1080/09297041003671176](https://doi.org/10.1080/09297041003671176)
- Wood , W. L., Lewandowski , L. J., Lovett , B. J., & Antshel , K. M. (2017). Executive Dysfunction and Functional Impairment Associated With Sluggish Cognitive Tempo in Emerging Adulthood. *Journal of Attention Disorders*, 21(8), 691-700. [doi:10.1177/1087054714560822](https://doi.org/10.1177/1087054714560822)
- Wood, W. L. (2015). *Capturing the Impairment Profile of College Students with Sluggish Cognitive Tempo Symptoms*. Surface Analysis Society of Japan. Retrieved from <https://surface.syr.edu/etd/324>
- Wood, W. L., . Lewandowski, L. J., . Lovett, B. J., & Antshel, K. (2020). Sluggish cognitive tempo and impairment: The role of lifestyle factors. *Psychology in the Schools* , 57(1). [doi:10.1002/pits.22378](https://doi.org/10.1002/pits.22378)