



كلية التربية

كلية معتمدة من الهيئة القومية لضمان جودة التعليم
إدارة: البحوث والنشر العلمي (المجلة العلمية)

=====

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب المزاج الدوري لدى طلاب كلية التربية بقنا

إعداد

د/ نورا تاج الدين جعفر

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية بقنا - جامعة جنوب الوادي

د/ محمود أبو المجد حسن

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية بقنا - جامعة جنوب الوادي

﴿ المجلد الثامن والثلاثون - العدد الثاني - فبراير ٢٠٢٢ م ﴾

http://www.aun.edu.eg/faculty_education/arabic

المستخلص

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب المزاج الدوري لدى طلاب كلية التربية بقنا، حيث تكونت العينة من (٢٤) طالب وطالبة من ذوي اضطراب المزاج الدوري، واستخدم الباحثان مقياس المزاج الدوري، وبرنامج معرفي سلوكي (اعداد الباحثان)، وتوصلت الدراسة الى انه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب (الأبعاد، والدرجة الكلية) لصالح القياس البعدي، كما توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين رتب درجات المجموعة التجريبية ودرجات طلاب المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب (الأبعاد، والدرجة الكلية) لصالح المجموعة التجريبية، في حين لا توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي (بعد البرنامج مباشرة) والتتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب (الأبعاد، والدرجة الكلية).

الكلمات المفتاحية: اضطراب المزاج الدوري، العلاج المعرفي السلوكي.

Abstract

This study aimed at providing a cognitive behavioral therapy in decreasing cyclothymic disorder at qena faculty of education students. Sample consisted of (24) students with Cyclothymic Disorder. Instruments of the study were applied: Cyclothymic Disorder Scale, and the therapy program (prepared by the researchers). Results indicated there are statistically significant differences between ranges means of the experimental group students on cyclothymic disorder scale and their dimensions in the pre and post tests in favor of the post test, there are statistically significant differences between ranges means of the control and the experimental group pupils on cyclothymic disorder scale and their dimensions in the pre and post tests in favor of the experimental group , there are no statistically significant differences between ranges means of the experimental group pupils on cyclothymic disorder scale and their dimensions in the post and follow up tests.

Keywords: *Cyclothymic Disorder, Cognitive Behavioral Therapy.*

مقدمة:

تعد اضطرابات الحالة المزاجية أحد أهم موضوعات علم النفس التي نالت قدرا من الاهتمام لما تتصف به من سلسلة مستمرة من تقلبات الحالة النفسية والمزاجية ما بين الحزن والقلق والاكتئاب والهوس والسعادة والابتهاج، ولما لها من خطورة بالغة على حياة الفرد؛ فقد تودى به إلى العديد من السلوكيات المضادة للمجتمع وكذلك التفكير أو السلوكي الانتحاري.

ويقصد بالاضطرابات المزاجية عدم مناسبة الانفعال من حيث شدته أو من حيث نوعه للموقف الذي يعيشه الفرد ومنها اضطراب الهوس وفيه يبدو الشخص مرحا، متفائلا، سعيدا، مرتفع الروح المعنوية وهناك الإضطراب المناقض والذي يعرف بحالة الإكتئاب وفيه يبدو الشخص حزينا، مهموما، متشائما يائسا من الحياة وقد تتناوب الحالتان السابقتان على نفس الشخص فيبدأ بنوبة من الهوس تعقبها نوبة أخرى من الإكتئاب مباشرة، أو قد تفصل بين النوبتين فترة من الشفاء، أو قد يبدأ بنوبة من الإكتئاب تليها نوبة من الهوس وهكذا (محمد حسن، ٢٠٠٦، ص. ١٠٥)

وتتضمن اضطرابات الحالة المزاجية مجموعة واسعة من الاضطرابات ومنها الاضطرابات الاكتئابية، واضطراب الهوس، واضطراب ثنائي القطب بنمطيه، واضطراب عسر المزاج، واضطراب المزاج الدوري.

ويصف قاموس كامبرج لعلم النفس اضطراب المزاج الدوري بأنه اضطراب يظهر فيه تقلبات مزمنة بين الهوس الخفيف والاكتئاب الذي يبدأ في أواخر سن المراهقة ويتطور إلى اضطراب ثنائي القطب في حوالي ثلث حالات الإصابة (Matsumoto, 2009, p.148).

وتبلغ معدلات انتشار اضطراب المزاج الدوري ما بين (٤،٠ - ٢،٥%) في المجتمع وقد تزيد عن ذلك بين المرضى النفسيين (Perugi, et al., 2017, p.123-124).

وتشير الدراسات إلى أن الأفراد ذوي اضطراب المزاج الدوري لديهم مستويات مرتفعة من الاكتئاب والتفكير في الانتحار والسلوكيات المضادة للمجتمع (Goutaudier, et al., 2014).

إلا أن الدراسات التي بحثت استراتيجيات العلاج النفسي لاضطرابات المزاج الدوري قليلة وغير متجانسة حيث تتألف من تطبيق تقنيات وفتيات مختلفة تستند إلى نظريات ونماذج نفسية متعددة، ويمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي فعالا في تحسين التقلبات المزاجية لدى ذوي اضطراب المزاج الدوري من خلال تنمية الوعي المعرفي لديهم (Perugi, et al., 2017, p.126).

لذا يحاول الباحثان لقاء الضوء على اضطراب المزاج الدوري والتحقق من فعالية الارشاد المعرفي السلوكي في خفضه لدى الطلاب.

مشكلة الدراسة:

تتضح مشكلة الدراسة من خلال نسب انتشار اضطراب المزاج الدوري، وندرة الدراسات التدخلية والعلاجية لخفضه بالرغم من الآثار السلبية المتعددة لهذا الاضطراب على الفرد والمجتمع.

حيث يبلغ معدل انتشار اضطراب المزاج الدوري ما بين (٤،٠-١٠%) من عموم السكان وقد تزداد في محيط العيادات النفسية الى ما بين (٣-٤%)، كما ان نسبة انتشاره متساوية بين الجنسين، ويبدأ اضطراب المزاج الدوري في مرحلة المراهقة او بداية البلوغ كما انه قد يعكس استعدادا لمجموعة من الاضطرابات المزاجية الأخرى في المراحل اللاحقة، حيث ان من (١٥- ٥٠%) من المصابين باضطراب المزاج الدوري يصاب لاحقا باضطراب ثنائي القطب او الهوس الخفيف او الاكتئاب (American Psychiatric Association, 2013, p.139).

كما لم يحظى اضطراب المزاج الدوري بالدراسة الكافية وتقدم العلاج المناسب لسنوات وذلك لانه لم يكن هناك تعريف او معايير قاطعة لهذا الاضطراب وذلك حتى ظهور الاصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الامريكية لعلم النفس، والتصنيف الدولي الحادي عشر للامراض والاضطرابات العقلية والسلوكية الصادر عن منظمة الصحة العالمية وتصنيفه كاضطراب مستقل مختلف عن اضطراب ثنائي القطب، حيث يتضمن بالإضافة الى تقلبات الحالة المزاجية عدم الاستقرار الانفعالي والعاطفي، والاندفاع الشديد (Perugi, et al., 2017, p.123-124).

كما يتميز ذوي اضطراب المزاج الدوري بمجموعة من الصفات تتمثل في: سوء وعدم الاستقرار التنظيم الانفعالي، الاستجابات المفرطة للمثيرات الداخلية والخارجية والتي لا ترتبط فقط بالحالة المزاجية وانا أيضا بالادراك والحالة النفسية كالاستمتاع، والدافعية، والنوم ، والروتين اليومي، واعراض الاكتئاب، والهوس الخفيف هذا بالإضافة الى الشعور باليأس والتعب والذنب والافتقار الى الامن وتدني تقدير الذات المرتبط بالخوف، جنبا الى جنب مع الانفعال والاحساس بالاثارة والحساسية المرتفعة والقلق، وصعوبة في تكوين العلاقات الشخصية والاجتماعية والتفكير في الانتحار، والاندفاع ومزاج عصبي موجه للآخرين، وفرط النشاط ، ويقدم اضطراب المزاج الدوري تربة خصبة لتعاطي المخدرات (Perugi, et al., 2017, pp.127-129).

ومن ثم تشير الدراسات ان الاضطرابات المزاجية تلعب دورا كبيرا في سلوك الانتحار حيث تدل على ان اضطراب المزاج الدوري او الاكتئاب او ثنائي القطب مرتبط بشكل كبير مع الانتحار سواء التفكير او المحاولة وذلك لدى البالغين والأطفال (Rihmer, et al., 2017, pp. 212-213).

وفي ذات السياق توصلت دراسة (Van Meter, et al., 2016) التي أجريت على (٤٥٩) مراهق تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١١-١٨) سنة الى ان المراهقين ذوي اضطراب المزاج الدوري يتميزون بمستوى اعلى من حدة الطباع والعدوانية، ومستوى منخفض من الأداء الاجتماعي وجودة الصداقة مقارنة بالمراهقين ذوي اضطراب ثنائي القطب.

كما تعد اضطرابات الوجدان ثنائي القطب، واضطراب المزاج الدوري، من اكثر الاضطرابات انتشارا وأكثرها تأثيرا على الحياة وسببا في حالات العجز وارتفاع معدل الوفيات (Vázquez, et al., 2017, p. 225).

اشارت هبه حسين، (٢٠١٣) الى أن أعراض اضطراب المزاج الدوري تزداد لدى الإناث مقارنة بالذكور، وانه توجد علاقة عكسية بين اضطراب المزاج الدوري ، وكل من تنظيم الذات والسلام الداخلي ومكوناتها الفرعية لدى طلاب الجامعة.

يعتمد علاج اضطراب المزاج الدوري على التعرف على الأعراض المبكرة، وتنفيذ التدخلات المناسبة، لإدارة عوامل الخطر، والتركيز على علاج خلل التنظيم العاطفي، والاعتراف بالعواقب السلبية لأنماط السلوك غير التكيفية؛ لذا يعد العلاج السلوكي المعرفي من انسب العلاجات النفسية في حالة اضطراب المزاج الدوري (Bielecki & Gupta, 2020).

ولذلك يحاول الباحثان التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب المزاج الدوري لدى طلاب كلية التربية بقنا في دراسته الحالية.

مما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الاتي " ما فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب المزاج الدوري لدى طلاب كلية التربية بقنا؟"

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب المزاج الدوري لدى طلاب كلية التربية بقنا .

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

- (١) لقاء الضوء وتقديم بعض المعلومات النظرية والأدبيات عن اضطراب المزاج الدوري من حيث المفهوم ومحكات التشخيص والأسباب والنظريات المفسرة.
- (٢) تقديم مقياس لتشخيص اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب يمكن الاستفادة به في مجال التقييم والتشخيص للاضطرابات .
- (٣) تعد الدراسة الحالية دراسة تدخلية تقدم برنامج ارشادي معرفي سلوكي لخفض اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب بما يزيد من فرص تحقق التوافق والتكيف والصحة النفسية لديهم وبما يخدم الفرد والمجتمع بالإضافة الى إمكانية استخدام البرنامج من قبل العاملين في حقل الارشاد والتوجيه النفسي .

مصطلحات الاجرائية للدراسة:

اضطراب المزاج الدوري (Cyclothymic Disorder).

يعرفه الباحثان إجرائياً بأنه " اضطراب يتميز بالتذبذب والتأرجح في الحالة المزاجية والحالة الانفعالية للفرد متضمناً فترات مستمرة ومتعددة من الاكتئاب الدوري الخفيف والذي يبدو في الشعور بالضيق والتشاؤم والانسحاب وعدم الثقة بالنفس وتشتت التركيز والانتباه، والهوس الدوري الخفيف الذي يظهر في قلة النوم وزيادة الحيوية والنشاط، والشعور بالابتهاج".

العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy).

يعرفه الباحثان إجرائياً بأنه " استخدام مجموعة متنوعة من الفنيات والاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي توظف من اجل إعادة تنظيم البينية المعرفية للفرد بما يسهم في تعديل وتحسين سلوكه من خلال التحكم في أفكاره وانفعالاته"

الإطار النظري:

أولاً: اضطراب المزاج الدوري.

(١) مفهوم اضطراب المزاج الدوري:

يعرف في قاموس الجمعية الامريكية لعلم النفس بأنه اضطراب عاطفي يتميز باعراض الهوس الخفيف واعراض الاكتئاب الخفيف تظهر على فترات على مدار عامين الا ان هذه الاعراض لا تقي بمعايير الاكتئاب او الهوس سواء في المدة او الحدة او الشدة والتكرار (VandenBos, 2015, p.279)

ويعد اضطراب مزاجي مزمن يتصف بتقلبات متكررة لفترات قصيرة ومختلفة من الاكتئاب والهوس الخفيف على مدى سنتين أو أكثر حيث ان هذه الفترات قد تكن لمدة يومين متصلين أو تتخللها فترات عادية وتشمل فترات المزاج المكتئب اعراض الاكتئاب مثل انعدام التلذذ واضطراب النوم والشهية في حين ترتبط فترات الهوس الخفيف باعراض النشوة والطاقة العالية والاندفاع والتهيج الا ان هذه الفترات قصيرة ما بين (٢-٣) أيام وأقل في الحدة والشدة والاعراض (Alloy & Black, 2017, p.948).

وفي ذات السياق يعرف بأنه اضطراب مزاجي تظهر به اعراض الاكتئاب والهوس الخفيف بالتناوب لمدة عام واحد على الأقل لدى الأطفال والمراهقين أو عامين عند البالغين دون أي فترات خالية من الاعراض تستمر لأكثر من شهرين طوال فترة الاعراض (Kramer & Suppes, 2019, p.37).

ويعد اضطراب المزاج الدوري اضطراب عاطفي يتميز بعدم التنظيم العاطفي والانفعالي مع ظهور اعراض للاكتئاب والهوس (Bielecki & Gupta, 2020).

تعرفه منظمة الصحة العالمية (٢٠٢١) بأنه اضطراب يتميز بالتقلب المستديم في المزاج على مدى فترة لا تقل عن سنتين، بما في ذلك فترات طويلة من الهوس الخفيف (مثل النشوة وسرعة التهيج أو الميل للانبساط والنشاط النفسي الحركي) وفترات من الاكتئاب (مثل الشعور بالخمول وتضاؤل الاهتمام بالأنشطة والشعور بالتعب) ويغلب أن تكون الفترات التي تظهر فيها الأعراض أطول من الفترات التي تغيب فيها، ولا تكون أعراض الاكتئاب شديدة ولا طويلة بما يكفي لتلبية المتطلبات التشخيصية لنوبة اكتئابية وتؤدي الأعراض إلى اختلال كبير في مجالات العمل الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة (World Health Organization, 2021).

اضطراب يتصف بعدم استقرار المزاج المستمر على مدى عامين على الأقل بما في ذلك فترات عديدة من أعراض كلا من الهوس كالنشوة، والاستثارة، أو الشطط، والنشاط النفسي الحركي) والاكتئاب كالشعور بالإحباط، وتناقص الاهتمام بالأنشطة، التعب والتي تظهر معظم الوقت، وأعراض الهوس لا تكون بما يكفي لتلبية متطلبات التعريف الكاملة لنوبة تحت الهوس وأعراض الاكتئاب لم تكن شديدة أو طويلة على الإطلاق بما يكفي لتلبية متطلبات التشخيص لنوبة الاكتئاب، الا ان هذه الأعراض تؤدي إلى ضائقة كبيرة أو تدني كبير في المجالات الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢١، ص.٢٦٥)

ويتضح من العرض السابق ان جميع المفاهيم المقدمة لاضطراب المزاج الدوري تجمع على انه اضطراب مزاجي انفعالي متقلب تتناوب فيه اعراض الاكتئاب الخفيف واعراض الهوس الخفيف أي ان الفرد ينتقل فجأة وبدون أسباب كافية من حالة مزاجية ما الى الحالة المناقضة لها على فترات زمنية قصيرة مما يؤدي الى تدهور في انشطته اليومية ومجالات حياته الهامة.

(٢) محكات التشخيص:

حددت الجمعية الامريكية لعلم النفس في إصدارها الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، (DSM-5) محكات تشخيص اضطراب المزاج الدوري في النقاط التالية

- أ. يعاني الفرد لمدة لا تقل عن عامين (عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين) من اعراض هوس، واعراض اكتئاب.
- ب. ان تظهر اعراض الهوس والاكتئاب على الأقل نصف المدة السابقة، ولا يمر على الفرد اكثر من شهرين بدون اعراض.
- ج. اعراض الهوس لا تستوفي معايير الهوس الخفيف من حيث الشدة والمدة والتكرار والانتشار.
- د. اعراض الاكتئاب لا تستوفي معايير الاكتئاب من حيث الشدة والمدة والتكرار والانتشار
- هـ. لا توجد فواصل زمنية خالية من الاعراض تزيد عن شهرين.
- و. لا ترجع هذه الاعراض الى الاضطرابات الفصامية او الذهانية او معايير اضطراب ثنائي القطب.

ز. لا تعزي هذه الاعراض الى أسباب فسيولوجية كالغدة الدرقية او المخدرات او الادوية.

ح. تؤدي هذه الاعراض الى خلل مجالات الحياة الاجتماعية او المهنية او أي أداء اخر (American Psychiatric Association, 2013, p.139)

أما في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية يسمح باستقرار الحالة المزاجية لشهور في كل مرة وهذا ما لا يتفق مع الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الذي يرى ضرورة عدم استقرار الحالة المزاجية لمدة تزيد عن شهرين الا انه في المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض لم يشمل هذه المعيار ويكتفى ان تكون الاعراض موجودة بصفة متكررة لفترة لا تقل عن العامين (Malhi & Byrow, 2017, p.13).

وقد استفاد الباحثان من تلك المحكات عند بناء مقياس اضطراب المزاج الدوري في الدراسة الحالية حيث تم صياغت عباراته وفق محكات (DSM-5) وتوزيعها على بعدين رئيسين هما سوء التنظيم الانفعالي، والتقلبات المزاجية.

(٣) أسباب اضطراب المزاج الدوري

هناك بعض العوامل التي من الممكن ان تكون سبب في اضطراب المزاج الدوري منها العوامل البيولوجية والعوامل البيئية والعوامل العضوية والعصبية.

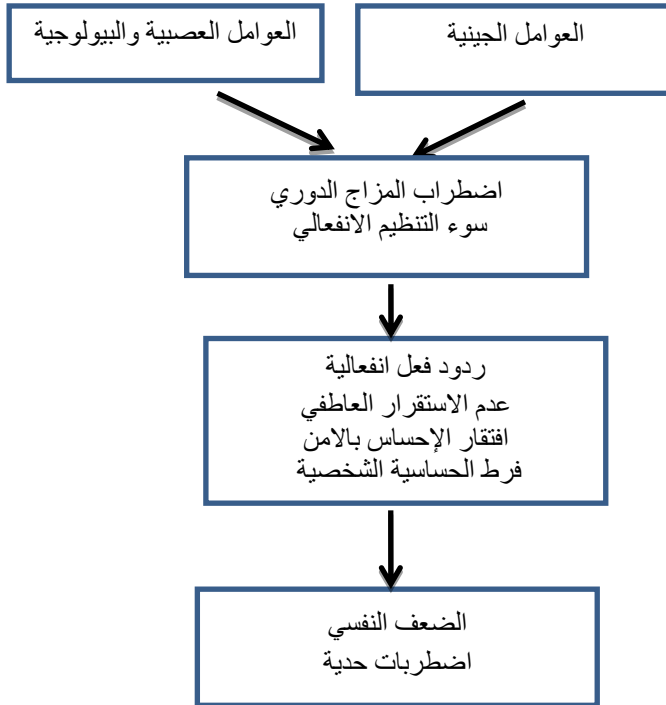
(أ) العوامل البيولوجية وتضم :

- **الغدد الصماء :** حيث يعكس وجود إختلالات في المنظومة العصبية الغددية إحتمالية الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، كالغدة النخامية والكظرية والغدة الدرقية.
- **العوامل العصبية الكيميائية:** وتتلخص في انخفاض او زيادة تركيز الامينات الحيوية في المخ وإختلال ضبط منظومة الادرينالين، وكذلك تفسر على أساس وجود ترابط بين زيادة حساسية مستقبلات النواقل العصبية للتشابك العصبي.
- **العوامل الوراثية :** توضح الخلفية الاسرية وتؤكددها الدراسات ان نسبة انتشار الاضطرابات بين التوائم او بين اقارب الدرجة الاولى لأفراد يعانون من الاضطراب المزاجية تكون كبيرة، كما قد يوجد في المحيط الاوسع من الاسرة كالعلمات او الخالات او الاعمام من يعانون من الاضطراب نفسه، مما يعني ان الانسان لديه استعداد وراثي ولما تأتي صدمة نفسية مع الاستعداد الوراثي وانعدام الحيل الدفاعية والتعامل بها يأتي المرض او الاضطراب

(ب) **العوامل البيئية :** أي الأسباب النفسية والاجتماعية بمعنى ان تراكمات ضغوط الحياة والاحداث الحياتية المرهق، وبيئة العمل، والمؤثرات البيئية والاحداث الاخرى تعتبر سببا في ترسيب الاضطراب حيث لوحظ انتشار الاضطرابات بين من يفنقرون الى المساندة الاجتماعية في بيئتهم الاسرية.

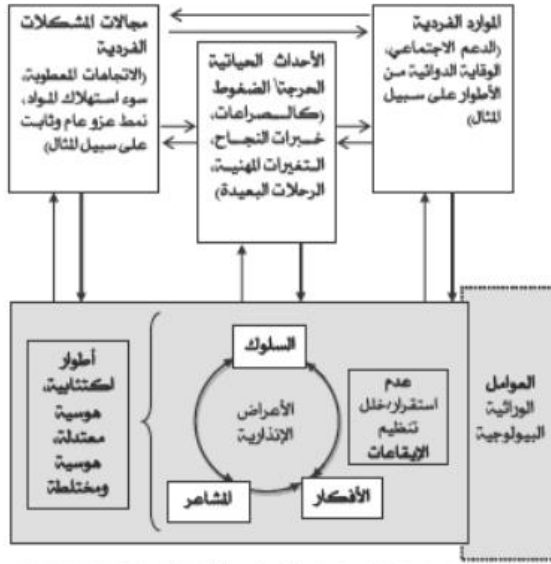
(ج) العوامل العضوية: حيث قد تنتشر هذه الاضطرابات في فترات الدورة الشهرية والطمث والولادة، وكذلك بين مرضى المرارة وأورام المخ والالتهاب الرئوي. (توماس ماير، ٢٠١٦، ص ١٥١. ؛ محمد حسن، ٢٠٠٦، ص ص ١٢١-١٢٣ ؛ American Psychiatric Association, 2013, p.139).

ويلخص الشكل التالي أسباب اضطراب المزاج الدوري ومال الاضطراب



شكل (١) أسباب ومال اضطراب المزاج الدوري في (Perugi, et al., 2017, p.128).

(د) النموذج التكاملي : قدم توماس ماير، (٢٠١٦، ١٣٦) نموذج تكاملي لمنشأ الاضطرابات الوجدانية تتمثل في العوامل البيولوجية الوراثية والتي تعد السبب للقابلية للإصابة بالاضطراب، ثم يليها العوامل التي تكون مسؤولة عن ظهور الاعراض الانذارية المثيرة للطور الاكتئابي وطور الهوس وتتمثل في مجالات الموارد الشخصية ومجالات الاحداث الحياتية الحرجة، ومجالات المشكلات الفردية وهذا ما يبدو في الشكل التالي.



شكل (2): نموذج تكاملي لنشوء الأعراض والأطوار الوجدانية ثنائية القطب (بالاستناد إلى ماير وماوتسنغ، 2004)

يتضح من العرض السابق ان جميع العوامل التي من الممكن ان تكون سبب في اضطراب المزاج الدوري هي عوامل بيولوجية وعضوية وعصبية ووراثية لا يمكن التدخل فيها او التحكم بها؛ لذا اقتصر العلاج المقدم في الدراسة الحالية على العوامل البيئية الفردية او الاجتماعية وذلك على مستوى الأفكار والمشاعر والسلوك لذلك كان العلاج المعرفي السلوكي هو الأنسب في خفض اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب.

(٤) النظريات المفسرة لاضطراب المزاج الدوري

(أ) **نظرية التحليل النفسي:** يفسر التحليل النفسي الاضطرابات الوجدانية وأحد مظاهرها الرئيسية الاكتئاب بأنه نتيجة لمرور الفرد بخبرات ضاغطة او صادمة تحدث له في سنوات عمره الأولى مما يجعله عرضة للاكتئاب، كما انها قد تكون نتيجة لكبت الغرائز وما ينجم عن ذلك من توجيه الانفعالات السالبة كالعدوان وغيره الى داخل الفرد أي نحو الذات، ومن جهة أخرى يعد الهوس كرد فعل ووسيلة دفاعية ضد الاكتئاب المزمّن او الكامن.

(ب) **النظريات السلوكية:** ترى ان الاضطرابات سلوكيات مكتسبة من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات بين المنبهات المختلفة، فانواع السلوك او الانفعال السوي أو المضطرب يتم اكتسابها من خلال التعلم نتيجة لمؤثرات بيئية خارجية، فقد يظهر الاكتئاب نتيجة لاحداث الحياة الضاغطة، ونتيجة لانخفاض الدعم الإيجابي في الحياة، او العجز الذي يصيب الفرد عن المرور بخبرات مؤلمة.

(ت) **النظريات المعرفية:** ان النظرة السلبية للذات والعالم المحيط وكذلك المستقبل ثم التفسير السلبى للخبرات، وكذلك التوقع المستمر للفشل، إضافة إلى تبني أفكار لا عقلانية يرددها الفرد لنفسه تقود جميعها إلى الاضطرابات المزاجية (توماس ماير، ٢٠١٦، ص. ١٣٧؛ محمد حسن، ٢٠٠٦، ص ص. ١٢٣-١٢٤).

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي.

(١) مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

أوضح Jaclyn (2001) أن العلاج المعرفي السلوكي أسلوب من اساليب العلاج النفسي يقوم علي مبدا أن العمليات المعرفية والمتضمنة التفكير والإدراك تؤثر علي سلوك الفرد ، فإذا تم تغيير تلك العمليات المعرفية نتج عن ذلك تغير في سلوك الفرد (p.222).

لذا يعرف بأنه تصحيح التشوهات المعرفية من خلال اعادة تنظيم حديث الذات الخاص بالفرد ومن ثم تغيير سلوكه (حسن فايد، ٢٠٠٥، ص. ٩٦).

وفي ذات السياق يعرف بأنه عملية تعلم داخلية تشتمل إعادة تنظيم المجال الاداركي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الاحداث والمؤثرات البيئية المختلفة (نائل محمد، محمود أمين، ٢٠١٥، ص. ٢٣٨)

واشار (Joyce-Beaulieu, & Sulkowski (2015) بأن العلاج المعرفي السلوكي هو نموذج علاجي يشير الي ان أفكار الفرد تتوسط استجاباته الانفعالية والسلوكية والتي بدورها يكون لها عواقب سلبية علي المدى البعيد أو القريب (p.27). وفي هذا الصدد (Calkins et al., (2016) بأنه تم وضع العلاج المعرفي السلوكي بهدف تشكيل مجموعة من المهارات والتي تعمل علي زيادة الوعي بالأفكار والسلوك ومساعدة الافراد في فهم كيف يمكن لأفكارهم وسلوكياتهم التأثير علي انفعالاتهم ، حيث أنه من خلال العلاج المعرفي السلوكي يعمل كلا من المعالج والعميل بشكل تعاوني لحل مشكلة ما من خلال التعرف علي الأفكار والسلوكيات غير المقبولة والتي تمثل سببا للمشكلة (p.5).

(٢) نماذج العلاج المعرفي السلوكي

اوضح (Wenzel et al., 2016) بوجود نموذجين للعلاج المعرفي السلوكي :

(أ) النموذج المعرفي السلوكي الاولي Basic Cognitive Behavioral Model ، وفيه عندما يواجه العميل موقفاً ما ، فإن خبرته المعرفية للموقف ترتبط بردود أفعال جسمية وسلوكية وانفعالية ، فالمعرفة في هذا النموذج يقصد به مزيج من الأفكار والتي تظهر في شكل صور عقلية ، أحكام ، تفسيرات، اتجاهات ، ادراكات أو معاني ، وبذلك فإنه وفقاً لهذا النموذج ، يوضح العلاج المعرفي السلوكي بأن المواقف لا تسبب سلوك الأفراد بطريقة ما ، ولكن توضح هذه المواقف ردود أفعالهم ، ولذلك يعتقد المعالجين المعرفين السلوكيين بأن العمليات المعرفية عبارة عن أفكار تلقائية تظهر بسرعة لدي العميل وغالباً لا يدرك أنها موجودة لديه (26, 28 pp).

(ب) النموذج المعرفي السلوكي الممتد Expanded Cognitive Behavioral Model ، وفقاً لهذا النموذج فإن الخبرة السابقة للعميل شكات لديه معتقدات وأفكار سلبية وإيجابية عن نفسه (علي سبيل المثال ، أنا فرد جيد ، أنا فرد غير مؤهل) والافراد الاخرين (الناس لديها نوايا طيبة ، لا اثق في الآخرين) والمجتمع من حوله (الأشياء الجيدة هي كل شئ من حولنا ، يمثل العالم مكان غير امن) والمستقبل (الأشياء السعيدة سوف تأتي في طريقي ، المواقف لن تتغير) ، تلك المعتقدات قد تكون تكونت في الطفولة او المراهقة أو حتي في مرحلة الرشد ، فبعض هذه الخبرات قد تتكون نتيجة الصدمة أو شخص قال شيئاً غير جيد ، وقد تتشكل الخبرات نتيجة ظروف الحياة المتكررة كالأفراد الموجودين في بيئات فقيرة.

(٣) مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

ذكر (Dobson, & Dobson (2017, pp. 5-6) بأن هناك ثلاثة مبادئ أساسية

للعلاج المعرفي السلوكي:

(أ) فرضية الوصول : حيث يؤيد العلاج المعرفي السلوكي فكرة انه عن طريق الانتباه والتدريب، يصبح الفرد أكثر وعياً بأفكاره.

(ب) فرضية الوساطة: حيث يشير العلاج المعرفي السلوكي بأن الأفكار تتوسط الاستجابة الانفعالية نحو المواقف المختلفة التي تواجه الفرد ، كما أنه يرفض فكرة بأن الفرد لديه استجابة انفعالية نحو الحدث أو الموقف ولكن الطريقة التي يتم بها تفسير الحدث هي شئ رئيس للطريقة التي يتبعها الفرد في تعامله مع الموقف.

(ج) فرضية التغيير للافضل : وهو نتيجة حتمية للمبدأين سالفين الذكر ، حيث أنه من خلال معرفة الأفكار التي تتوسط الاستجابات نحو المواقف المتعددة ، يمكن تعديل طريقة الاستجابة للأحداث التي من حولنا.

(٤) بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة في البرنامج الارشادي المعد في الدراسة الحالية:

فنية المحاضرة والمناقشة : تعتمد هذه الفنية علي إلقاء محاضرات مبسطة علي العملاء يتخللها ويلبها مناقشات ومن أهداف المحاضرات والمناقشات تغيير الاتجاه لدي العملاء (أحمد أبو أسعد، ٢٠١٢، ص ٣٩٤).

فنية إعادة البناء المعرفي: وضحتها (Joyce-Beaulieu, & Sulkowski (2015) بأنها فنية للعلاج المعرفي السلوكي يتم في ضوئها التعرف علي الأفكار اللاعقلانية للفرد ومن ثم تعديلها (p.29). كما اشار (Wenzel et al. (2016) بانه يمكن من خلال فنية إعادة البناء المعرفي مساعدة الفرد في التعرف علي أفكاره اللاعقلانية وإجراء تقييم لهذه الأفكار بمساعدة المعالج ومن ثم تعديلها حتي يمكنه مواجهة تلك المشكلات مستقبلا (pp.87-88).

فنية حل المشكلة: اشار (Wenzel et al. (2016) بأنها مجموعة من الأنشطة المعرفية السلوكية من خلالها يحاول الفرد اكتشاف وتطوير حلول فعالة أو طرق وأساليب للتعامل مع المشكلات المختلفة (p.67)، اوضح كلا من (Dobson, & Dobson (2009, p. 84) ؛ (Söchtling (2014, p.141) بأن فنية حل المشكلة تشتمل علي مجموعة خطوات هي : أولاً: التعريف بالمشكلة وتضم توضيح المشكلة وتحديد عدد مرات حدوثها والوقت المستغرق لحدوثها ، ثانياً : تقديم حلول بديلة للمشكلة ثم اتخاذ القرار واختيار الحل المناسب ، ثالثاً : تطبيق الحل ، رابعاً : تقييم نتيجة تطبيق هذا الحل.

التدريب علي الاسترخاء: هناك عدد من فنيات الاسترخاء ، مثل التنفس من البطن واسترخاء العضلات والصور الموجهة (وتسمى التصور الابداعي)، وكلها ذات فائدة في خفض القلق وسلوكيات الغضب وبعض الاضطرابات الاخرى. ففي تدريب الصور الموجهة والذي تعمل علي التخلص من الضغوط الانفعالية من خلال استبدال الأفكار السلبية بصور ذهنية تساعد المسترشد علي الشعور بالراحة والهدوء ، حيث يطلب من المسترشد الجلوس في مكان مريح واغلاق عينه والاستماع إلي تسجيل للمكان أو تخيل الموقع وعادة ما تكون التسجيلات لأصوات تتماشى مع الموقع الذي تم تخيله ، وخلال هذا التدريب يقوم المرشد بوصف المكان للمسترشد مثلاً " انت تقف علي الشاطئ تسمع موجات البحر تلامس وتلامس الرمال الدافئة أقدامك" ، اما تدريب التنفس من البطن يتم أولاً تعليم المسترشد الجلوس أو الاستلقاء مع استقامة العمود الفقري بشكل جيد ، ثم التنفس ببطء (١- ٣ ثواني) ويعمق من الأنف ، وضمان أن التنفس يصل للمعدة من خلال ملاحظة ارتفاع وانخفاض البطن ، ثم الزفير وإخراجه من الفم (١- ٣ ثواني) والغرض من التنفس البطيء حتي لاتتهك قوي الشخص الغاضب أو ذو القلق ، حيث أن التنفس السريع يسبب الدوخة والإغماء ، كما يتضمن تدريب استرخاء العضلات تعليم المسترشد الشعور بالتوتر ثم جعل مجموعة من العضلات تسترخي للتخلص من التوتر ، ومع مرور الوقت ، سوف يتعلم الفرد الأسلوب الذي من خلاله يسيطر علي التوتر " مثل رفع الكتفين لأعلي" ، أضيف إلي ذلك أن هناك مجموعة من الاستراتيجيات البسيطة التي يمكن استخدامها، كالعقد حتي ١٠ (للأمام والخلف) ولمس الأصابع بالتتابع لراحة اليد ، لمس اللسان سقف الحلق لمدة ثواني ، أو الاستماع للموسيقي المفضلة عن طريق مشغل الأغاني(Joyce-Beaulieu & Sulkowski ,2015, pp.37-38).

فنية التعليم الذاتي: أوضح (Arthur et al., 2005,p. 55) بأن الهدف من تلك الفنية هو تدريب الفرد علي توجيه الحديث مباشرة إلي ذاته وذلك بهدف ارشاد وتوجيه سلوكياته مما يؤدي إلي تنمية التحكم الذاتي. وفي هذا السياق اشار (Keith (2010) بأن يمكن تقديم فنية التعليم الذاتي في مجموعة من الخطوات: يؤدي الانموذج المهمة بصوت عالٍ والفرد يلاحظ ، ثم يؤدي الفرد نفس المهمة بينما يعطيه الانموذج تعليمات لفظية ، ثم يقوم الفرد بالمهمة وهو يعطي لنفسه تعليمات لفظية بصوت عالٍ ، ثم يقوم الفرد بالمهمة بينما يعطي لنفسه التعليمات بصوت منخفض، وأخيراً يؤدي الفرد المهمة في هدوء (16-15 pp).

التعزيز: هو أي فعل يؤدي إلي زيادة في حدوث سلوك معين أو إلي تكرار حدوثه (عبد الله الزريقات، ٢٠٠٧ ، ص ص ١٥٨-١٥٩).

النمذجة: هي الاجراء الذي يقوم فيه المعالج بنمذجة السلوك المرغوب فيه ، وعلى الشخص الآخر الذي يمارس السلوك المستهدف أن يلاحظه ويقلده (عبدالله الزريقات، ٢٠٠٧، ص٣١٦).

الواجبات المنزلية: ذكر (Dobson, & Dobson (2017) أن الواجب المنزلي مكون أساسي في التدخلات المعرفية السلوكية والذي يهدف إلي تعميم التغيير الناتج من الجلسات العلاجية في مواقف مشابهة ، وهناك العديد من أنواع الواجبات المنزلية مثل قراءة المواد التعليمية واكمال جداول النشاط وممارسة مهارات التواصل (p.105) . كما اشار (Calkins et al., (2016 أنه يجب إجراء مراجعة للواجبات المنزلية بداية كل جلسة علاجية، وذلك بغرض: تعزيز أهمية ممارسة المهارات التي تم تعلمها خلال الجلسة العلاجية خارج لقاء الجلسات، تتيح للمعالج تقييم اكتساب المهارة ومدى الاحتفاظ بها من الجلسات العلاجية السابقة.

دراسات سابقة:

هدفت دراسة (Feeny, et al., 2006) التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات الوجدانية حيث تكونت العينة من (١٦) مراهق تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٠-١٧) عام ممن يعانون اضطراب ثنائي القطب، او اضطراب المزاج الدوري وتكونت أدوات الدراسة من قائمة السلوك العام (Depue et al., 1987) ، قائمة اعراض الاكتئاب (Rush, et al., 1996)، مقياس تقدير الهوس للصغار (Youngstrom et al., 2002)، وتوصلت الدراسة الى انه بالرغم من ان المؤشرات الأولية تشير الى تدعيم جدوى العلاج المعرفي السلوكي مع الاضطرابات الوجدانية الا ان المعالجات الإحصائية وحسابات حجم التأثير لم تظهر أي فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في اعراض الاكتئاب او الهوس بعد انتهاء فترة العلاج او في فترة المتابعة.

بينما هدفت دراسة (Shen, 2008) الكشف عن فعالية تنظيم نمط الحياة والروتين اليومي في خفض اضطراب المزاج الدوري لدى عينة مكون من (٧١) طالب بالمرحلة الجامعية وتكونت أدوات الدراسة من قائمة السلوك العام (GBI; Depue et al., 1981) ، قائمة بيك للاكتئاب، مقياس الهوس (Francis-Ranieri et al., 2006)، وتوصلت الدراسة الى ان تنظيم الروتين اليومي ونمط الحياة لم يؤدي الى تغييرات ذات دلالة احصائية في ابعاد اضطراب المزاج الدوري من اكتئاب ومزاج وسلوك .

في حين أجريت دراسة حالة على مريض يعاني من اضطراب المزاج الدوري بهدف الكشف عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الحالة المزاجية وسلوك النوم لديه وذلك بعد تلقى (٢٠) جلسة وتوصلت الدراسة الى تحسن الحالة المزاجية للحالة اثناء وبعد العلاج حيث انخفضت عدد مرات التقلبات المزاجية اليومية بالإضافة الى تحسن النوم (Totterdell & Kellett, 2008).

وفي نفس السياق هدفت دراسة (Fava, et al., 2011) التحقق من فاعلية الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي وعلاج الرفاهية النفسية في خفض اضطراب المزاج الدوري، حيث تكونت عينة الدراسة من (٦٢) من ذوي اضطراب المزاج الدوري، تم تشخيصهم وفق لمعايير الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية، وتوصلت الدراسة الى فاعلية الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي وعلاج الرفاهية النفسية في خفض اضطراب المزاج الدوري.

كما تحققت دراسة (Totterdell, et al, 2012) من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب المزاج الدوري وذلك عن طريق دراسة حالة لفرد ذو اضطراب المزاج الدوري تلقى (١٩) جلسة علاج معرفي سلوكي على مدار (٣٥) أسبوع ثم فترة متابعة لمدة (١١) أسبوع، وأشارت النتائج الى ان العلاج المعرفي السلوكي ادي الى انخفاض تقلبات الحالة المزاجية وكذلك القلق، بالإضافة الى تحسن الشعور بالسعادة والتحكم في التنظيم المعرفي لديه.

في حين هدفت دراسة (Miklowitz, et al., 2013) الكشف عن فعالية العلاج الاسري في تحسين الحالة المزاجية لدى المراهقين والبالغ عددهم (٤٠) مراهق بمتوسط عمر زمني (١٢,٣) ممن يعانون من اضطراب ثنائي القطب، او اضطراب المزاج الدوري او اضطراب الاكتئاب، تم تشخيصهم من خلال مقياس الهوس الخفيف للشباب (Sheehan, et al., 1998)، مقياس تقييم الاكتئاب (Poznanski & Mokros, 1995) قائمة جامعة واشنطن للاضطرابات العاطفية وفصام الشخصية (Geller, et al., 2001) حيث تلقى المشاركين (١٢) جلسة للعلاج الاسري تضمنت التدريب على المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل والتربية النفسية، وتوصلت الدراسة الى فعالية العلاج في تحسن الحالة المزاجية والشعور بالهدوء والراحة.

كما قدمت دراسة حنان شوقي (٢٠١٥) برنامج انتقائي للتدخل المبكر لتخفيف اضطراب السيكلوثيميا (اضطراب المزاج الدوري) لدى عينة من أطفال مرحلة الروضة ممن هم لوالدين منفصلين بالطلاق، والبالغ عددهم (٦) أطفال وتم استخدام مقياس اضطراب السيكلوثيميا، ومقياس تنظيم الذات، (اعداد الباحثة) وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية (في كل من اضطراب السيكلوثيميا وتنظيم الذات) بين متوسطي رتب درجات الأطفال باختلاف زمن القياس (قبليا وبعديا وفيما بعد المتابعة).

وقد اسفرت نتائج التحليل البعدي التي أجريت على (٢٢) دراسة علاجية اشتملت على قياس نتائج متعلقة بالقلق لدى ذوي اضطراب ثنائي القطب بنمطيه، واضطراب المزاج الدوري، ان العلاج المعرفي السلوكي يخفض من القلق لدى ذوي اضطراب المزاج الدوري، في حين انه اقل تأثيرا مع ذوي اضطراب ثنائي القطب، اما التربية النفسية فغير فعالة في خفض القلق، وعن العلاج المعرفي القائم عن اليقظة العقلية فكانت نتائجه متعارضة (Stratford, et al., 2015).

وفي نفس الصدد استهدفت دراسة (Chatterton, et al., 2017) مقارنة العلاجات النفسية والاجتماعية المستخدمة مع الاضطرابات الوجدانية حيث تكونت العينة من جميع الأبحاث المنشورة في قواعد بيانات (Clinical EBSCO, Medline, PsycINFO) حتى عام ٢٠١٦ والتي تضمنت اضطرابات ثنائي القطب، اضطراب المزاج الدوري، والبالغ عددها (١٧٦) دراسة وتوصلت نتائج الدراسة الى ان التدخلات التي تركز على مقدمي الرعاية تقلل بشكل كبير من مخاطر الانتكاس الاكتئابي أو الهوس، كما ان التربية النفسية والعلاج المعرفي السلوكي تقلل بشكل كبير من اعراض الهوس ومن عدم الالتزام بالأدوية، ، في حين لم يكن هناك تدخل مرتبطة بانخفاض ملحوظ في الاكتئاب.

وقيمت دراسة (Wright, et al. 2020) فعالية العلاج النفسي في علاج التقلبات المزاجية لدى (١٢) من ذوي اضطراب ثنائي القطب، واضطراب المزاج الدوري اعتمدت الدراسة في تشخيص هذه الاضطرابات على معايير التقييم المشتقة من (DSM-V)، وعلى تقارير الأطباء، وأشارت نتائج التقارير الذاتية للمسترشدين الى رضاهم عن العلاج ، والى استقرار الحالة المزاجية لهم بعد تلقي العلاج وتحسن في السلوك الشخصي تضمن قبول الذات والاحداث الخارجية والقدرة على اتخاذ القرارات والسيطرة على المشاعر والمواقف.

وفي ذات السياق هدفت دراسة (Leopold, et al., 2020) الكشف عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الاعراض والأداء الوظيفي لدى عينة مكونة من (٧٥) من ذوي اضطراب المزاج الدوري تتراوح أعمارهم من (١٥-٣٠) سنة وتكونت أدوات الدراسة من مقياس الاكتئاب (Hamilton, 1960) ومقياس تقدير الهوس للشباب (Young, et al., 1978) ومقياس الأداء النفسي والاجتماعي (Traue, et al., 2002) وتوصلت الى فعالية فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الاعراض الوجدانية والأداء النفسي والأداء الاجتماعي لدى افراد المجموعة التجريبية عند انتهاء البرنامج وبعد (٦) اشهر من المتابعة.

توصلت دراسة (Wright, et al., 2021) التي أجريت على (٤٨) مشارك ذوي اضطراب ثنائي القطب نمط ١ ، ١١ ، وأضطراب المزاج الدوري، حيث تم استخدام مقياس اضطراب ثنائي القطب النسخة المختصرة (Oliver & Simons, 2004)، ومقياس اضطراب المزاج الدوري (وفق معايير الاصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، ٢٠١٣) الى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في استقرار الحالة المزاجية وخفض نوبات الاكتئاب مع رضا العملاء على هذا العلاج.

تعقيب على الدراسات السابقة:

- (١) أجريت معظم دراسات الاضطرابات الوجدانية على مرحلتها المراهقة والمرحلة الجامعية؛ بأستثناء دراسة (حنان شوقي، ٢٠١٥) التي أجريت على الأطفال لذا وقع اختيار عينة الدراسة على طلاب التعليم الأساسي بكلية التربية بقنا خصوصا وان مثل هذه الاضطرابات الوجدانية حسب (DSM-5) تظهر في مرحلة المراهقة والشباب .
- (٢) تشير نتائج دراسات التحليل البعدي الى ان العلاج المعرفي السلوكي يحظى بافضلية في خفض القلق وتحسين التقلبات المزاجية لدى الافراد ذوي اضطراب المزاج الدوري (Chatterton, et al., 2017 ; Stratford, et al., 201).
- (٣) معظم الدراسات التي أجريت على اضطراب المزاج الدوري تعاملت معه كجزء من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وليس كاضطراب مستقل (Fava, et al., 2011 ; Miklowitz, et al., 2013 ; Wright, et al., 2021).

- (٤) تنوعت أساليب العلاج المستخدمة مع ذوي اضطراب المزاج الدوري ما بين العلاج العلاج الاسري، والعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بالرفاهية النفسية، والعلاج النفسي، وتنظيم نمط الحياة والروتين اليومي (Feeny, et al., 2006 ; Leopold, et al., 2020 ; Miklowitz, et al., 2013 ; Totterdell, et al., 2012 ; Wright, et al., 2021).
- (٥) نبأنت نتائج الدراسات حول جدوى العلاج المعرفي السلوكي في خفض اعراض اضطراب المزاج الدوري فقد اشارت نتائج دراسة (Feeny, et al., 2006) الى عدم فعاليته، في حين تشير باقي الدراسات الى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اعراض اضطراب المزاج الدوري.
- (٦) اما عن المقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة فكانت مقياس الاكتئاب ومقياس الهوس وذلك في الدراسات السابقة لظهور الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس النفسية والعقلية (Feeny, et al., 2006 ; Shen, 2008)، اما المقياس المستخدم في الدراسات التالية لظهوره فكانت مقياس اضطراب المزاج الدوري وفق لمعايير الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (Fava, et al., 2011 ; Wright, et al. 2020 ; Wright, et al., 2021).

فروض الدراسة:

يمكن تحديد فروض الدراسة فيما يلي:

- (١) توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب (الأبعاد، والدرجة الكلية) لصالح القياس البعدي.
- (٢) توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية ودرجات طلاب المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب (الأبعاد، والدرجة الكلية) لصالح المجموعة التجريبية.
- (٣) لا توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي (بعد البرنامج مباشرة) والتتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب (الأبعاد، والدرجة الكلية).

إجراءات الدراسة:

أولاً: منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج التجريبي.

ثانياً: عينة الدراسة:

تكونت عينة حساب الكفاءة السيكومترية من (٨٩) طالباً وطالبة شعبة العلوم بالفرقة الرابعة تعليم أساسي، أما عينة الدراسة الأساسية التي اختبرت عليها صحة فروض الدراسة فتكونت من (٢٤) طالب وطالبة بالفرقة الرابعة تعليم أساسي شعب الدراسات الاجتماعية، والرياضيات، واللغة الانجليزي، واللغة العربية تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٩-٢٢) سنة، بمتوسط عمر زمني قدرة (٢٠،٣٣) سنة، وانحراف معياري قدرة (٠،٩٧) سنة.

تم اختيار العينة الأساسية من مجتمع الدراسة المكون من جميع طلاب التعليم الأساسي شعب الدراسات الاجتماعية، والرياضيات، واللغة الانجليزي، واللغة العربية والبالغ عددهم (٥٧٤) طالب وطالبة حيث تم تطبيق مقياس الاضطراب المزاج الدوري عليهم، واختيار درجة قطع (ع+م) بلغت (٨٦،١٣).

تم توزيع عينة الدراسة الأساسية على مجموعتين هما: الضابطة والتجريبية بواقع (١٢) طالب وطالبة لكل مجموعة، كما تم إجراء التجانس بين مجموعتي الدراسة في درجاتهم على مقياس اضطراب المزاج الدوري، والجدول التالي يوضح نتائج التجانس بين أفراد المجموعتين باستخدام الإحصاء اللابارامتري (اختبار مان - ويتني) لدلالة الفروق للعينات المستقلة كما يلي:

جدول (١)

دلالة الفروق بين رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في اضطراب المزاج الدوري

(ن = ١ = ٢ = ١٢)

المتغير	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		قيمة (Z)	مستوى الدلالة
	متوسط	رتب	متوسط	رتب		
سوء التنظيم الانفعالي	١١	١٣٢،٥	١٣،٩	١٦٧	١،٠٢	غير دالة
التقلبات المزاجية	١٣،٢	١٥٨	١١،٨	١٤٢	٠،٤٧	غير دالة
المقياس ككل	١٢،١	١٥٤،٥	١٢،٩	١٥٤	٠،٢٦	غير دالة

ثالثاً: الأساليب الإحصائية:

- (١) التحليل العاملي.
- (٢) اختبار مان ويتني، ويلكوكسون ، وحجم التأثير.

رابعاً: أدوات الدراسة:

تمثلت اداتا الدراسة في مقياس اضطراب المزاج الدوري، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي.

(١) مقياس اضطراب المزاج الدوري. (إعداد: الباحثان)

قام الباحثان باعداد المقياس الحالي نتيجة لعدم توافر مقياس لاضطراب المزاج الدوري - على حد علم الباحثان- في البيئة العربية.

وصف المقياس في صورته الاولية:

صاغ الباحثان المقياس في صورته الاولية في (٢٦) عبارة موزعة على بعدين هما تم صياغتها واستخلاصها وفق معايير الاصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، (٢٠١٣)، وكذلك المقاييس الأجنبية للاضطراب المزاج الدوري ومنها مقياس تقلبات الحالة المزاجية (TEMPS-A, Akiskal, et al. 2005)، مقياس اضطراب المزاج الدوري (Kochman et al., 2005).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

- صدق المقياس:

صدق المحكمين: قام الباحثان بعرض المقياس في صورته الاولية على (٧) من أساتذة علم النفس والصحة النفسية لإبداء الرأي في مدى ملائمة البنود لمقياس اضطراب المزاج الدوري لدى طلاب الجامعة، حيث تم الاتفاق على جميع عبارات المقياس مع تعديل صياغة بعض البنود فقط.

الصدق العاملي: قام الباحث بتطبيق المقياس على (٨٩) طالبا وطالبة بالفرفة الرابعة شعبة العلوم تعليم أساسي، وإجراء التحليل العاملي بواسطة الحزمة الإحصائية SPSS باستخدام التدوير المتعامد بطريقة فاريماكس للتوصل إلى الأبعاد المكونة للمقياس والبنود الملائمة لكل بعد، حيث تم الحذف والإبقاء على بعض البنود في ضوء مجموعة من المحكات كما يلي:

١. حذف البنود التي لم تتشعب بأي عامل تشعباً يصل إلي المستوي المقبول $\leq (٠,٣)$.
٢. حذف البنود التي تشعبت بأكثر من عامل تشعباً يصل إلي المستوي المقبول $\leq (٠,٣)$.
٣. حذف العوامل التي شملت أقل من ثلاث عبارات.

٤. إبقاء العبارات التي تشبعت بعامل واحد تشبعاً يصل إلى المستوى المقبول $\leq (0,3)$.

فكانت نتائج التحليل العاملي هي أربعة عوامل على النحو الموضح في الجدول (١) بعد ترتيب تشبعت العبارات ترتيباً تنازلياً.

جدول (٢)

تشبعت العبارات على عوامل المقياس

م	العبارة	سوء التنظيم الانفعالي	التقلبات المزاجية
1	16	0.686	
2	8	0.599	
3	17	0.573	
4	1	0.558	
5	13	0.538	
6	4	0.532	
7	26	0.511	
8	25	0.506	
9	22	0.455	
10	6	0.439	
11	10		0.723
12	9		0.608
13	21		0.605
14	5		0.550
15	2		0.543
16	12		0.486
17	3		0.473
18	23		0.445
19	24		0.439
20	14		0.431
21	7		0.390
	الجزر الكامن	7.07	3.35
	التباين	26.18	12.4
	مجموع التباين		38.58

يتضح من الجدول السابق أن عبارات المقياس أصبحت (٢١) عبارة موزعة على بعدين هما: سوء التنظيم الانفعالي ويضم (١٠) عبارة، والتقلبات المزاجية ويضم (١١) عبارة، وذلك بعد حذف خمس عبارات ارقام (١١، ١٥، ١٨، ١٩، ٢٠) لتشبعها في العاملين.

ثبات المقياس: استخدم الباحثان لحساب ثبات المقياس طريقة التجزئة النصفية، وطريقة حساب معامل ألفا كرونباك وتوصل إلى أن معاملات الثبات لأبعاد المقياس بالطريقتين جميعها مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة (٠،٠١) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بثبات عال وهذا ما يوضحه جدول (٢) التالي:

جدول (٣)

قيم معامل الثبات مقياس اضطراب المزاج الدوري

معامل α	التجزئة النصفية	البعد
0.807	0.771	سوء التنظيم الانفعالي
0.788	0.635	التقلبات المزاجية
0.889	0.977	المقياس ككل

الصورة النهائية وطريقة التصحيح: يتكون المقياس من (٢١) عبارة موزعة على بعدين، يجب عليها المفحوص وفقا لأسلوب ليكارت الخماسي: (غير موافق بشدة، غير موافق، غير متأكد، موافق، موافق بشدة) والتي تقابل الدرجات (١، ٢، ٣، ٤، ٥)، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (٢١-١٠٥) والدرجة المرتفعة على المقياس تدل على مستوى مرتفع من اضطراب المزاج الدوري.

(٢) برنامج العلاج المعرفي السلوكي : (إعداد: الباحثان)

- أهداف البرنامج:

هدف هذا البرنامج إلى خفض اعراض اضطراب المزاج الدوري لدي طلاب وطالبات الفرقة الرابعة تعليم أساسي بكلية التربية بقنا.

٢- الفئة المستهدفة للبرنامج:

يقدم هذا البرنامج لطلاب وطالبات الفرقة الرابعة تعليم أساسي بكلية التربية بقنا ذوي اضطراب المزاج الدوري.

٣- الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم البرنامج علي مجموعة من الأسس الهامة وهي :

أ- الأسس العامة: تعد التدخلات العلاجية للأفراد ذوي اضطراب المزاج الدوري على درجة كبيرة من الأهمية حيث يعود بالفائدة علي زيادة تفاعلهم بشكل ايجابي مع المجتمع من خلال تكوين علاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين مما يترتب عليه الاستقرار في حياتهم الشخصية والعملية ولاحقاً الأسرية وبذلك يصبح العميل أكثر وعياً بأفكاره السلبية ولديه القدرة علي مواجهتها واستبدالها بأفكار ايجابية.

ب- الأسس الفلسفية : استمد البرنامج أصوله الفلسفية من مبادئ وأهداف العلاج المعرفي السلوكي، إلي جانب اعتماده على الأسس الفلسفية العامة التي تتضمن مراعاة أخلاقيات التطبيق والحفاظ علي سرية البيانات.

ج- الأسس النفسية والتربوية : وتتمثل في مراعاة الخصائص العامة للنمو في مرحلة المراهقة والرشد، وكذلك الخصائص المميزة للأفراد ذوي اضطراب المزاج الدوري، وأيضاً الفروق الفردية بين أفراد العينة.

٤- مصادر بناء البرنامج :

تم الاطلاع علي العديد من الأطر النظرية التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي ودورها في خفض اعراض الاضطرابات الوجدانية بصفة عامة وخفض اعراض اضطراب المزاج الدوري بصفة خاصة والتي من بينها(; Perugi, et al., 2017 ; Kramer, & Suppes, 2019)، وكذلك الدراسات السابقة التي تناولت برامج علاجية قائمة علي العلاج المعرفي السلوكي في خفض اعراض اضطراب المزاج الدوري، وذلك للاستفادة من تلك الدراسات التدخلية في تصميم البرنامج العلاجي المعد في الدراسة الحالية ، ومن بين تلك الدراسات دراسة كل من (; Leopold, et al., 2020 ; Feeny, et al., 2006 ; Totterdell & Kellett, 2008 ;) (Totterdell, et al, 2012).

٥- بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة في البرنامج:

اشتمل البرنامج علي مجموعة من الفنيات العلاجية كالحوار والمناقشة ، إعادة البناء المعرفي ، حل المشكلات ، التعليم الذاتي، النمذجة ، الواجبات المنزلية، التعزيز.

٦- الوسائل والأدوات المستخدمة في البرنامج:

مجموعة من البطاقات - لوحات- ورق أبيض - أقلام - جهاز الحاسب الآلي - جهاز العرض Data Show.

٧- تقويم البرنامج:

تم تقويم البرنامج عبر المراحل التالية:

المرحلة الأولى: التقويم المبدئي وتمثل ذلك في عرض البرنامج علي مجموعة من المحكمين لإبداء آرائهم وتعديل البرنامج وفق ما أجمعت عليه هذه الآراء.

المرحلة الثانية : التقويم البنائي ويتمثل في التقويم المصاحب لعملية تطبيق البرنامج والذي يضمن نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه خلال الجلسات وذلك من خلال التقويم الذي يعقب كل جلسة والتمثل في الواجب المنزلي.

المرحلة الثالثة : التقويم النهائي ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه للتعرف علي فعالية البرنامج العلاجي في خفض اعراض اضطراب المزاج الدوري لدي طلاب وطالبات الفرقة الرابعة تعليم اساسي عينة الدراسة.

المرحلة الرابعة : التقويم التبعي ويتمثل في تطبيق مقياس اضطراب المزاج الدوري المستخدم في الدراسة الحالية علي عينة الدراسة بعد فترة زمنية محددة (شهرين) من انتهاء البرنامج للتعرف علي مدي استمرارية فعالية البرنامج العلاجي.

٨- تطبيق البرنامج :

اشتمل البرنامج علي (٢٤) جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً وبذلك استغرق تطبيق البرنامج ثمانية أسابيع وتراوح زمن الجلسة ما بين ٤٥ - ٥٠ دقيقة.

٩- مكان تطبيق البرنامج :

تم تنفيذ جلسات البرنامج بالمكتبة الأجنبية بالكلية وذلك في توقيتات لا تتعارض مع الدروس النظرية والعملية المقدمة للطلاب بالكلية وتم اختيار ذلك المكان نظراً لاتساعه وتجهيزاته التي تساعد في تنفيذ الجلسات علي الشكل الأمثل.

١٠- مخطط جلسات البرنامج :

جدول (٤)

مخطط جلسات البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم مع أفراد المجموعة التجريبية

م	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	عدد الجلسات	الغيات المستخدمة	التقويم
١	تعريف وتعارف	١. اشاعة جو من الألفة بين الباحثان وعينة الدراسة. ٢. تعرف أفراد المجموعة التجريبية على بعضهم البعض.	١	الحوار والمناقشة	بنائي
٢	ما هو اضطراب المزاج الدوري	التعريف بمفهوم اضطراب المزاج الدوري وكيفية تشكله.	١	الحوار والمناقشة- الواجب المنزلي.	بنائي
٣	ما هي مسببات اضطراب المزاج الدوري	التعريف بالعوامل المؤدية الي حدوث اضطراب المزاج الدوري	٢	الحوار والمناقشة- الواجب المنزلي.	بنائي
٤	تحديد ووقف الأفكار المرتبطة باضطراب المزاج	تحديد ووقف الأفكار والمشاعر السلبية المصاحبة للأفعال القهرية.	٣	الحوار والمناقشة- إعادة البناء المعرفي- التعليم الذاتي- الواجب المنزلي.	بنائي
٥	سيطر علي غضبك	تدريب الفرد علي مواجهة غضبه والتحكم فيه.	٢	الحوار والمناقشة- التعليم الذاتي - النمذجة- التعزيز - الواجب المنزلي.	بنائي
٦	الاسترخاء باستخدام التنفس من البطن	تدريب الفرد علي استراتيجية الاسترخاء باستخدام التنفس من البطن للتخلص من القلق.	١	الحوار والمناقشة- الاسترخاء - النمذجة- التعزيز - الواجب المنزلي.	بنائي
٧	الاسترخاء باستخدام الصور الموجهة	تدريب الفرد علي استراتيجية الاسترخاء باستخدام الصور الموجهة للتخلص من القلق.	١	الحوار والمناقشة- الاسترخاء - النمذجة- التعزيز - الواجب المنزلي.	بنائي

جدول (٤)

مخطط جلسات البرنامج المعرفى السلوكى المستخدم مع افراد المجموعة التجريبية

م	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	عدد الجلسات	الفنيات المستخدمة	التقويم
٨	الاسترخاء باستخدام تدريب العضلات	تدريب الفرد علي استراتيجيات الاسترخاء باستخدام تدريب العضلات للتخلص من القلق.	٢	الحوار والمناقشة- الاسترخاء - النمذجة- التعزيز - الواجب المنزلي.	بنائي
٩	واجه مشكلاتك بدلا من الهروب منها	التدريب علي مهارات حل المشكلات	٢	الحوار والمناقشة- حل المشكلات- النمذجة- إعادة البناء المعرفي- التعزيز - الواجب المنزلي	بنائي
١٠	خطط لاشياء إيجابية يومية	التدريب علي التخطيط الجيد لأنشطة إيجابية يومية.	٢	الحوار والمناقشة- النمذجة- التعزيز - الواجب المنزلي.	بنائي
١١	تبنى علاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين	اكساب الفرد القدرة علي زيادة التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين.	٢	الحوار والمناقشة- إعادة البناء المعرفي - الواجب المنزلي.	بنائي
١٢	اترك بصمة طيبة مع الآخرين	اكساب الفرد القدرة علي التعاون الايجابي مع الآخرين.	٢	الحوار والمناقشة- إعادة البناء المعرفي - الواجب المنزلي.	بنائي
١٣	احترم وقدر ذاتك	مساعدة الفرد في فهم ذاته وتقبلها وتطويرها.	٢	الحوار والمناقشة- إعادة البناء المعرفي - التعزيز - الواجب المنزلي.	بنائي
١٤	الخاتمة والتقييم	١- مراجعة ما تم تقديمه من تدريبات وارشادات في الجلسات السابقة. ٢- توزيع بعض الهدايا علي عينة الدراسة. ٣- تطبيق مقياس اضطراب المزاج الدوري.	١	الحوار والمناقشة	نهائي

نتائج الدراسة وتفسيرها:

نتائج الفرض الأول: ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب (الأبعاد، والدرجة الكلية) لصالح القياس البعدي " ولاختبار هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون للفرق بين رتب قيم مرتبطة بواسطة حزمة البرامج الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS وتتضح نتائج هذا الفرض في الجدول التالي:

جدول (٥)

الفروق بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب المزاج الدوري (ن=١٢)

المتغير	الرتب	عدد الفروق	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم التأثير ES
سوء التنظيم الإنفعالي	الرتب الموجبة T ₁	٠	٠	٠	٣,١	٠,٠١	٠,٨٩٤
	الرتب السالبة T ₂	١٢	٦,٥	٧٨			
	فروق صفرية	٠					
	عدد الأزواج	١٢					
التقلبات المزاجية	الرتب الموجبة T ₁	٠	٠	٠	٣,١	٠,٠١	٠,٨٩٤
	الرتب السالبة T ₂	١٢	٦,٥	٧٨			
	فروق صفرية	٠					
	عدد الأزواج	١٢					
المقاس ككل	الرتب الموجبة T ₁	٠	٠	٠	٣,١	٠,٠١	٠,٨٩٤
	الرتب السالبة T ₂	١٢	٦,٥	٧٨			
	فروق صفرية	٠					
	عدد الأزواج	١٢					

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) الخاصة بإبعاد اضطراب المزاج الدوري والدرجة الكلية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) وهذا يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي وبذلك يمكن قبول الفرض الحالي.

وحيث وجد الباحثان أن الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي له دلالة، فإنه يمكن معرفة حجم التأثير من المعادلة التالية:

$$ES = \frac{|Z|}{\sqrt{N}}$$

حيث ES هو حجم التأثير، Z هي القيمة المحسوبة، N عدد الأزواج المرتبطة، وتتراوح قيم حجم التأثير من حيث القوة والضعف ما بين ٠,١٠ - ٠,٢٩ للتأثير الضعيف، و ٠,٣٠ - ٠,٤٩ للتأثير المتوسط، وأكثر من ٠,٥٠ للتأثير الكبير.

ويشير الجدول إلى ان حجم التأثير لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب المزاج الدوري في الدرجة الكلية والابعاد يساوي (٠,٨٩٤) وتدل هذه القيمة على ان حجم التأثير كبير.

نتائج الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية ودرجات طلاب المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب (الأبعاد، والدرجة الكلية) لصالح المجموعة التجريبية " ولاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان - ويتي بواسطة حزمة البرامج الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS، وتوضح نتائج هذا الفرض في جدول (٦):

جدول (٦)

الفروق بين رتب درجات طلاب المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس اضطراب المزاج الدوري (N=١٠ = ن=١٢)

حجم التأثير ES	مستوى الدلالة	قيمة Z	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المتغير
			المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
٠,٨٣٦	٠,٠١	٤,١٠	٢٢١	١٨,٤	٧٩	٦,٦	سوء التنظيم الانفعالي
٠,٨٤٩	٠,٠١	٤,١٦	٢٢٢	١٨,٥	٧٨	٦,٥	التقلبات المزاجية
٠,٨٥١	٠,٠١	٤,١٧	٢٢٢	١٨,٥	٧٨	٦,٥	المقياس ككل

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) لكل من الدرجة الكلية والابعاد الفرعية لمقياس اضطراب المزاج الدوري دالة عند مستوى دلالة (0,01) ، وبالتالي فهذا يعني تحقق هذا الفرض.

كما يشير الجدول أيضا قيمة حجم التأثير للبرنامج في خفض اضطراب المزاج الدوري في الدرجة الكلية والابعاد والتي بلغت (0,836 ، 0,849 ، 0,851) وجميع هذه القيم تدل هذه على ان حجم التأثير كبير.

تفسير نتيجتي الفرضين الأول والثاني:

يتضح من خلال العرض السابق لنتائج الفرضين الأول والثاني وباستقراء النتائج الاحصائية الواردة في الجدولين (5، 6) يمكن ملاحظة فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض اعراض اضطراب المزاج الدوري لدى افراد المجموعة التجريبية.

وتختلف هذه النتيجة مع ما اشارت اليه نتائج دراسة (Feeny, et al., 2006) من عدم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات الوجدانية حيث ان المعالجات الإحصائية وحسابات حجم التأثير لم تظهر أي فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في اعراض الاكتئاب او الهوس بعد انتهاء فترة العلاج او في فترة المتابعة.

في حين تتماشى نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات التي تشير الى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات الوجدانية المختلفة كالاكتئاب واضطراب ثنائي القطب، ، واضطراب الهوس، وكذلك اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب ومنها (Chatterton, et al., 2017; Leopold, et al., 2020 ; Totterdell & Kellett,) (2008 ;

ليس هذا فحسب بل تشير الدراسات السابقة الى إمكانية تنمية ابعاد مقياس اضطراب المزاج الدوري (سوء التنظيم الانفعالي، التقلبات المزاجية) من خلال العلاج المعرفي السلوكي فقد توصلت نعيمة جمال (2011) الى فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم على إنعكاس الذات في تنظيم الإنفعالات لدى طلاب الجامعة وفي ذات السياق اكدت نتائج دراسة موسى سليمان، واخرون (2021). الى فعاليته في خفض أعراض القلق وتحسين تنظيم الانفعالات.

ويعزي الباحثان ذلك الى ان تعرض افراد المجموعة التجريبية للعلاج المعرفي السلوكي اسهم بشكل كبير في جعلهم اكثر وعيا وانتباها لافكارهم التي تحدد استجاباتهم الانفعالية نحو المواقف والاحداث وبالتالي اصبحوا اكثر مراقبة لتقلبات الحالة المزاجية لديهم ومن ثم اكثر ضبطا وتحكما في انفعالاتهم وسلوكهم.

كما ان لاستخدم الباحثان للعديد من فنيات العلاج المعرفي السلوكي في الدراسة الحالية مثل حل المشكلات، والتعلم الذاتي، والمحاضرة والمناقشة الجماعية، وإعادة البناء المعرفي، والاسترخاء، والتعزيز، والنمذجة، دور كبير في خفض اضطراب المزاج الدوري.

حيث تضمن البرنامج العديد من الفنيات التي تسهم في تحديد ووقف الأفكار والمشاعر السلبية، ثم بعد ذلك مساعدة الطلاب على فهم ذواتهم وتقبلها وتطويرها وكيفية ضبط الذات والتحكم في الغضب وأخيرا تدريب الطلاب على التخطيط لروتين يومي إيجابي، وتنمية العلاقات الشخصية والاجتماعية وزيادة التعاون والتواصل والتفاعل الاجتماعي، بالإضافة الى التدريب على الاسترخاء للتخلص من القلق.

كما ساهم البرنامج في تحديد المعتقدات والسلوكيات والأفكار غير السوية وغير المنطقية واستبدالها بافكار وسلوكيات أخرى إيجابية وسوية، كما تضمن البرنامج العديد من التدريبات التي تساعد على اكتساب الطلاب لمهارات واستراتيجيات فعالة للتعامل مع التوتر والغضب والقلق ومع المواقف المزعجة بصفة عامة.

وفي ضوء النظريات المفسرة لاضطراب المزاج الدوري وكذلك العوامل المسببة له فقد تعامل العلاج المعرفي السلوكي مع جميع هذه الاحتمالات المسببة حيث اهتم بتنظيم الانفعالات وضبطها سواء الموجه للاخرين او نحو الذات، وكذلك اهتم بتدريب الطلاب التعامل مع المثيرات والمؤثرات البيئية الخارجية المختلفة وسبل الاستجابة المناسبة لها، كما اهتم بالجانب المعرفي من حيث نظرة الفرد لذاته وللعالم المحيط والمستقبل وكيفية دحض الأفكار غير العقلانية.

كما اهتم البرنامج بتنمية الإيجابية لدى الطلاب من خلال التخطيط الروتين اليومي الإيجابي ومهارات التواصل والتعاون كما تضمن البرنامج المستخدم تدريب الطلاب على ضبط الذاتي ومهارات حل المشكلات وكيفية تحديد الأهداف والاستفادة من الأخطاء والفشل وتجنب المماثلة وذلك للعمل على تنمية جميع جوانب الطلاب المعرفية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية .

أن طبيعة الأنشطة نفسها المستخدمة في البرنامج الحالي مثل قائمة المشكلات واقتراح حلها، التحديات اليومية البسيطة، كن مراقبا لحالتك المزاجية، ممارسة التأمل، جدول الأنشطة، وبطاقة الأفكار ومراقبة الذات، قد وفرت مناخاً مناسباً لتحسين الحالة المزاجية لهم وضبط انفعالاتهم، والتخلص من الاكتئاب والقلق والاستمتاع بالأنشطة اليومية وذلك كان له الدور الكبير في زيادة الفائدة المرجوة من البرنامج.

كما كان لاستخدام فنية إعادة البناء المعرفى فعاليتها حيث ساعدت الطلاب على دحض الأفكار اللاعقلانية الخاطئة لديهم حول ذواتهم أو الآخرين أو حتى المواقف والاحداث والمستقبل واستبدالها بأخرى أكثر إيجابية ومنطقية مما أدى إلى تحسن في فهم الذات وتقبلها والسعي الى تطويرها، كما ساعدت في تنمية المهارات الاجتماعية.

كما ساعدت فنية الاسترخاء على تخليص من التوتر والقلق والخوف عند مواجهة الصعاب وبذلك أصبح الطلاب أكثر شعوراً بالاطمئنان والراحة وأكثر ثقة بأنفسهم وقد انعكس ذلك على سلوكياتهم وأفعالهم.

وكان من الفنيات المستخدمة فى البرنامج فنية التدريب على حل المشكلات التي تم تدريبهم عليها مما مكنهم من القدرة على مواجهة العقبات والصعاب والتعامل مع الضغوط التي قد يتعرضون لها باستخدام الأسلوب العلمي فى التفكير.

كما ان لجلسات السيطرة على الغضب دور كبير في استخلاص الطلاب لمجموعة متنوعة من سبل السيطرة على الغضب والتخلي عن العنف او ردود الفعل العدوانية ومنها الحديث للنفس، الوضوء، تغير المكان او الحالة، ممارسة الرياضة.

أن استخدام الباحثان لفنية المحاضرة والمناقشة كأحد فنيات العلاج المعرفى السلوكى فى جلسات البرنامج، وذلك من خلال عرض مظاهر وأسباب واعراض اضطراب المواجه الدورى كانت من العوامل التى ساهمت فى زيادة الوعي بتطرف نوبات الاكتئاب ونوبات الهوس التي تنتابهم واسبابها وسبل التحكم فيها.

بالإضافة الى ما سبق فإن ترتيب الجلسات حسب منطقية أهدافها وأنشطتها وفنياتها بحيث تخدم كل جلسة سابقها، حيث بدأ البرنامج بتقديم اطار معرفي عن اضطراب المزاج الدوري واعراضه واسبابه مما يسهم في تكوين اتجاهات سلبية لدى الطلاب نحو هذا الاضطراب، ثم تحديد الأفكار المرتبطة به والعمل على وقفها، التحكم في الانفعالات والسلوك، وأخيرا التدريب على حل المشكلات وتنمية العلاقات الاجتماعية الطيبة والتخطيط لمهام يومية ممتعة، كل هذا أسهم في نجاح الجلسات في تحقيق أهدافها دون إحساس الطلاب بأي ملل او اجهاد أثناء التدريب، ودون فقدان الحماس والرغبة والدافعية في استكمال جلسات البرنامج .

نتائج الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث على أنه " لا توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي (بعد البرنامج مباشرة) والتتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس اضطراب المزاج الدوري لدى الطلاب (الأبعاد، والدرجة الكلية)"، وللتحقق من مدى صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون للفرق بين رتب قيم مرتبطة فكانت النتائج كما هو موضح بجدول (٧):

جدول (٧)

الفروق بين رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب المزاج الدوري (ن=١٢)

المتغير	الرتب	عدد الفروق	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
سوء التنظيم الانفعالي	الرتب الموجبة T1	٢	٢	٤	٠,٥٧٧	غير دالة
	الرتب السالبة T2	١	٢	٢		
	فروق صفرية	٩				
	عدد الأزواج	١٢				
التقنيات المزاجية	الرتب الموجبة T1	١	٢	٢	٠,٥٧٧	غير دالة
	الرتب السالبة T2	٢	٢	٤		
	فروق صفرية	٩				
	عدد الأزواج	١٢				
المقياس ككل	الرتب الموجبة T1	٢	٢,٥	٥	٠,٠	غير دالة
	الرتب السالبة T2	٠,٢	٢,٥	٥		
	فروق صفرية	٨				
	عدد الأزواج	١٢				

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) لكل من الدرجة الكلية والابعاد الفرعية لمقياس اضطراب المزاج الدوري غير دالة ، وبالتالي فهذا يعني تحقق هذا الفرض. وهذا يعنى دوام تأثير البرنامج وهذا قد يعود إلى التغيرات الجوهرية التي أحدثها البرنامج في شخصية المجموعة التجريبية وإعادة البناء المعرفى لهم وتنمية مهارات التواصل والتعاون وحل المشكلات.

وهذا يدل على بقاء مكتسبات البرنامج إلى ما بعد فترة العلاج بحيث أصبحت ذاتية الاكتساب دائمة التطور، وقد يرجع هذه الدوام وبقاء مكتسبات البرنامج إلى الدور النشط الذى كان يقوم به الطلاب اثناء الجلسات وايضاً بعد الانتهاء منها من خلال الواجبات المنزلية والتدريبات التى كان يؤديها الطلاب فى المنزل حيث ساهمت فى عدم حدوث انتكاسه لهم.

كذلك نتيجة لأن العلاج المعرفى السلوكى يعد علاجاً تعليمياً فقد أهتم بتزويد الطلاب بالعديد من المهارات اللازمة لجعلهم اكثر قدرة على الاسترخاء والتحكم فى الغضب ومواجهة القلق وحل المشكلات وإعادة التقييم المعرفى والحوار مع الذات، وكلها ساعدت على تعديل معتقدات الطلاب السلبية، وضبط الحالة الانفعالية لهم.

توصيات الدراسة:

بناء على ما تقدم ومن خلال نتائج الدراسة ومناقشتها يوصي الباحثان بما يلي:

١. ضرورة القاء مزيد من الضوء على الاضطرابات الوجدانية بصفة عامة واضطراب المزاج الدوري بصفة خاصه وسبل خفضها.
٢. ضرورة الكشف والتدخل المبكر لاضطراب المزاج الدوري قبل ان يتفاقم الى اضطراب ثنائي القطب.
٣. تفعيل دور مراكز الارشاد والعلاج النفسي بالجامعات في تقديم الدعم الارشادي والعلاجي لخفض اضطراب المزاج الدوري لدي طلاب الجامعات حتي لا يؤثر سلبا علي تحصيلهم الاكاديمي وعلاقاتهم الاجتماعية سواء مع اسرهم بصفة خاصة او مع المجتمع بصفة عامة.
٤. اجراء دراسات علاجية اخري كالعلاج القائم علي الرفاهية النفسية في خفض اعراض اضطراب المزاج الدوري لدي طلاب الجامعة.
٥. اجراء دراسات وبحوث مقارنة بين أنواع الاضطرابات الوجدانية المختلفة.

المراجع

توماس ماير (٢٠١٦). الهوس الخفيف والهوس، (سامر جميل رضوان، مترجم) في بيرتر شلوتكه، فرنس كاسبار، بيرند رولر، (محررون)، التشخيص النفسي الاكلينيكي، التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية، الجمهورية اللبنانية: دار الكتب الجامعي، (نشر العمل الأصلي ٢٠٠٨).

حسين علي فايد (٢٠٠٥). العلاج النفسي، أصوله، تطبيقاته، اخلاقياته، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

حنان شوقي عبدالمعز (٢٠١٥). برنامج للتدخل المبكر باستخدام التوجه الانتقائي التكاملي لتحسين اضطراب السيكلوثيميا لدى أطفال الروضة منخفضي تنظيم الذات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٢٥(١٩)، ١٨٣-٢٥٤. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1013033>

زكريا الشربيني (٢٠٠١) : الإحصاء اللابارامتري مع استخدام SPSS في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية ، (ط٢)، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

عبد الرحمن إبراهيم (٢٠٠٧). فكرة وجيزة عن اضطرابات الشخصية، (ط.٢)، حلب: شعاع للنشر.

عبدالله إبراهيم فرج (٢٠٠٧) . تعديل سلوك الأطفال والمراهقين- المفاهيم والتطبيقات. عمان: دار الفكر .

محمد حسن غانم (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية الويانيات، التعريف، محكات التشخيص، الأسباب، العلاج، المال والمسار، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

منظمة الصحة العالمية (٢٠٢١). الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض الطبعة الحادية عشر (ICD-11) (ترجمة: أنور الحمادي).

موسى سليمان، روان عدنان، سليمان موسى (٢٠٢١). أثر فاعلية برنامج مستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق وتحسين تنظيم الانفعالات لدى عينة من المراهقين الناطقين ذوي اضطراب طيف التوحد، مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية، ٤(١)، ٦٤٥-٦٧٤.

نائل محمد عبد الرحمن، محمود أمين محمود (٢٠١٥). تعديل السلوك، القاهرة: مكتبة الرشد .

نعيمة جمال شمس (٢٠١١). فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم على إنعكاس الذات في تنظيم الإنفعالات وخفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من طالبات الجامعة. المؤتمر السنوي السادس عشر للإرشاد النفسي: الإرشاد النفسي وإرادة التغيير . مصر بعد ثورة ٢٥ يناير، جامعة عين شمس - مركز الإرشاد النفسي ، ٧٩ - ١٥٢ . مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/114959>

هبة حسين إسماعيل (٢٠١٣). اضطراب السيكلوثيميا وعلاقته بكل من السلام الداخلي وتنظيم الذات لدى الشباب من الجنسين، دراسات نفسية، ٢٣(٢)، ١٤٥-١٧٨.

-
- Alloy, L. & Black. C. (2017). Cyclothymic Disorder In Wenzel, A. (Ed.). (2017). *The sage encyclopedia of abnormal and clinical psychology* (pp. 948–950) SAGE Publications.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Arthur, F., Stephanie, H., Arthur, M., Christine, M., & Mark, A. (2005). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Springer.
- Bielecki, J. E., & Gupta, V. (2020). *Cyclothymic Disorder*. Treasure Island : Stat Pearls Publishing.
- Calkins, A.W., Park, J. M., Wilhelm, S., & Sprich, S.E. (2016). Basic Principles and Practice of Cognitive Behavioral Therapy. In Petersen, T. J, Sprich, S. E., & Wilhelm, S.(Eds.). *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* ,(pp. 5–14). Springer Science Business Media.
- Chatterton, M. L., Stockings, E., Berk, M., Barendregt, J. J., Carter, R., & Mihalopoulos, C. (2017). Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 210(5), 333–341.
- Dobson, D., & Dobson, K.S. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. The Guilford Press.

- Dobson, D., & Dobson, K.S. (2017). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 136-143.
- Feeny, N. C., Danielson, C. K., Schwartz, L., Youngstrom, E. A., & Findling, R. L. (2006). Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders in adolescents: a pilot study. *Bipolar disorders*, 8(51), 508-515.
- Goutaudier, N., Melioli, T., Valls, M., Bouvet, R., & Chabrol, H. (2014). Relations between cyclothymic temperament and borderline personality disorder traits in non-clinical adolescents. *European review of applied psychology*, 64(6), 345-351.
- Jaclyn, R. (2001). *Psychology and Mental Health : Abnormality – Grief and Guilt*. Salem Press Inc.
- Joyce-Beaulieu, D., & Sulkowski, M.L. (2015). *Cognitive behavioral therapy in K-12 school settings : A Practitioner's toolkit*. Springer Publishing Company, LLC.
- Keith, S.(2010). *Handbook of cognitive – behavioral therapies*. The Guilford Press.

-
- Kramer, N., & Suppes, T. (2019) . Diagnosing Bipolar II Disorder, In Suppes, T. (Ed.). *Bipolar II Disorder: Recognition, Understanding, and Treatment* (pp.17–50). American Psychiatric Pub.
- Leopold, K., Bauer, M., Bechdorf, A., Correll, C. U., Holtmann, M., Juckel, G., ... & Pfennig, A. (2020). Efficacy of cognitive-behavioral group therapy in patients at risk for serious mental illness presenting with subthreshold bipolar symptoms: Results from a prespecified interim analysis of a multicenter, randomized, controlled study. *Bipolar disorders, 22(5)*, 517–529.
- Malhi,G & Byrow,Y.(2017). The current classification of bipolar disorders. In Carvalho, A. F., & Vieta, E. (Eds.). *The treatment of bipolar disorder: integrative clinical strategies and future directions* (pp.1–15). Oxford University Press.
- Matsumoto, D. E. (2009). *The Cambridge dictionary of psychology*. Cambridge University Press.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Singh, M. K., Taylor, D. O., George, E. L., Cosgrove, V. E., ... & Chang, K. D. (2013). Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized trial of family-focused therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(2)*, 121–131.

- Perugi,G. Vannucchi, G. & Mazzarini,L. (2017). The treatment of cyclothymia. In Carvalho, A. F., & Vieta, E. (Eds.). *The treatment of bipolar disorder: integrative clinical strategies and future direction* (pp.123-138). Oxford University Press.
- Rihmer,Z. Gonda, X. & Döme, P. (2017). The assessment and management of suicide risk in bipolar disorder. In Carvalho, A. F., & Vieta, E. (Eds.). *The treatment of bipolar disorder: integrative clinical strategies and future directions* (pp.207-224). Oxford University Press.
- Shen, G. H., Sylvia, L. G., Alloy, L. B., Barrett, F., Kohner, M., Iacoviello, B., & Mills, A. (2008). Lifestyle regularity and cyclothymic symptomatology. *Journal of clinical psychology, 64(4)*, 482-500.
- Söchting, I. (2014). *Cognitive behavioral group therapy : Challenges and opportunities*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Stratford, H. J., Cooper, M. J., Di Simplicio, M., Blackwell, S. E., & Holmes, E. A. (2015). Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: a systematic review. *Clinical psychology review, 35*, 19-34.
- Totterdell, P., & Kellett, S. (2008). Restructuring mood in cyclothymia using cognitive behavior therapy: an intensive time-sampling study. *Journal of clinical psychology, 64(4)*, 501-518.

-
- Totterdell, P., Kellett, S., & Mansell, W. (2012). Cognitive behavioural therapy for cyclothymia: cognitive regulatory control as a mediator of mood change. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 40(4), 412-424.
- Van Meter, A., Youngstrom, E., Freeman, A., Feeny, N., Youngstrom, J. K., & Findling, R. L. (2016). Impact of irritability and impulsive aggressive behavior on impairment and social functioning in youth with cyclothymic disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 26(1), 26-37.
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology (2nd ed.)*. American Psychological Association.
- Vázquez, G. Forte, A., Camino, S., & Baldessarini, S. (2017). Treatment implications for bipolar disorder co-occurring with anxiety syndromes and substance abuse . In Carvalho, A. F., & Vieta, E. (Eds.). *The treatment of bipolar disorder: integrative clinical strategies and future directions* (pp.225-254). Oxford University Press.
- Wenzel, A., Dobson, K.S., & Hays, P.A. (2016). *Cognitive behavioral therapy techniques and strategies*. American Psychological Association.
- World Health Organization (2021). International Classification of Diseases 11th Revision, (ICD-11). The global standard for diagnostic health information. <https://icd.who.int/en>.

- Wright, K., Dodd, A. L., Warren, F. C., Medina-Lara, A., Dunn, B., Harvey, J., ... & Lynch, T. R. (2021). Psychological therapy for mood instability within bipolar spectrum disorder: a randomised, controlled feasibility trial of a dialectical behaviour therapy-informed approach (the ThrIVE-B programme). *International journal of bipolar disorders, 9(1)*, 1-13.
- Wright, K., Palmer, G., Javaid, M., Mostazir, M., & Lynch, T. (2020). Psychological therapy for mood instability within bipolar spectrum disorder: a single-arm feasibility study of a dialectical behaviour therapy-informed approach. *Pilot and feasibility studies, 6(1)*, 1-12.