جامعة وهران2

كلية العلوم الاجتماعية

قســـم: علم النفس والأرطوفونيا

مذكرة للحصول على ماستر2 في العلاجات النفسية

أثر العلاج السلوكي في التخفيف من إضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الطفل
(دراسة عيادية علاجية لطفلة نموذجا)

من إعداد الطالبة:

زروقي بدرة

تحت إشراف:

د/ مكي محمد

اللجنـــــــــة المناقشـــــــــة

أ. لصقع حسنية	(أستاذة محاضرة - أ)	جامعة وهران	رئيسـة
أ. مكي محمد	(أستاذ محاضر – أ)	جامعة وهران	مشرف ومقررا
أ. محرزي مليكة	(أستاذة محاضرة – أ)	جامعة وهران	مناقشـــــة

السنة الجامعية: 2015/2014

الإهـــــــــــداء

أهدي عملي هذا إلى أعظم وأعز مخلوقين لدي. " الوالدي رحمه الاه ، وخاصة

إلى من كانت الشمعة المضيئة

في حياتي والبسمة المرسومة على شفتاي إلى حبيبتي " أمي "شفاها الله

إلى إخوتي وزوجاتهم و أخواتي وأزواجهم

وإلى البراعم فاطمة ، بومدين ،نور الهدي وهاجر سعاد،يسين ،عبد الرحمن،الحاج

وإلى كل زملاء الدراسة دفعة الماستر وخاصة دفعة ماستر 2 تخصص علاجات نفسية

بمعهد علم النفس وزملاء العمل

و إلى كل من أعطوا للصداقة أخلص المعاني

و إلى كل الذين تضيق بهم الصفحة إن ذكرت أسمائهم في حين يتسع وجداني

وخاطري لهم ولغيرهم مهما

تعددوا وكثروا و إلى كل من يتصفح هذه المذكرة

كلمة شكر

بداية نشكر الله عز وجل الذي سهل علينا الصعوبات وفتح لنا باب النجاح والتوفيق في المشوار الدراسي وفي إتمام هذا العمل.

كما أشكر الأستاذ الفاضل " مكي محمد " لقبوله الإشراف على هذا البحث ومساعدتي بكل توجيهاته ونصائحه كما أشكر كل أساتذة علم النفس وعلوم التربية بدون استثناء وعلى رأسهم الأستاذة " محرزي مليكة" رئيسة مشروع ماستر علاجات نفسية وكل أعوان الإدارة والمكتبة.

كما أشكر أعضاء اللجنة التي قبلت مناقشة وتقييم هذا البحث والشكر الجزيل والعرفان للدكتور والمعالج العائلي حبيش مراد الله مدير المؤسسة الجوارية للصحة العمومية بالعقيد لطفي 2 الذي كان نعم المعين في المشوار الدراسي دون نسيان شكر عينة البحث التي أجريت عليها الدراسة كما أشكر كل من كانت له مساهمة في إتمام هذا العمل المتواضع سواء من قريب أو من بعيد.

أثر العلاج السلوكي في التخفيف من إضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الطفل
(دراسة عيادية علاجية لطفلة نموذجا)

قائمة المحتويات

- الإهداء .....أ
- كلمة شكر .....ب
-قائمة المحتويات.....2
- المقدمة 3

الجانب النظري

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

الإشكالية 4
الفرضية 6
أهداف الدراسة 6
أهمية الدراسة 6
المصطلحات الإجرائية.....7
الدراسات السابقة 8
تعقيب على الدراسات السابقة 12

الجانب النظري

الفصل الأول

الطفولة المتوسطة

تمهيد 14
الطفولة حسب مدارس علم النفس.....14
تعريف الطفولة المتوسطة حسب فرويد.Freud.....14
تعريف الطفولة المتوسطة حسب عصام نور.....14
وجهة نظر جون بياجيPiaget.....15
تعريف المدرسة السلوكية 15
خصائص مرحلة الطفولة المتوسطة 15

مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة 16
النمو الجسمي.....16
النمو الفسيولوجي.....16
النمو الحركي.....17
النمو العقلي والمعرفي.....17
النمو الانفعالي والاجتماعي 17
النمو اللغوي.....18
النموالجنسي.....18

الفصل الثالث

اضطراب فرط الحركة

وتشتت الانتباه

تمهيد.....19
مفهوم فرط الحركة.....19
التعريف السلوكي لفرط الحركة 19
تعريف رابطة الطب النفسي الامريكي لفرط الحركة.....20
المحكات التشخيصية لفرط الحركة وتشتت الانتباه حسب DSM_4.....20
اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.....20
أعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه حسب المراحل النمائية..... 23
طرق تشخيص فرط الحركة وتشتت الانتباه..... 24
التشخيص الفارقي..... 24
خصائص و سمات المميزة للأطفال المصابين بالاضطراب(المتمدرسين)..... 25
الاضطرابات المصاحبة لفرط الحركة و تشتت الانتباه..... 26
أسباب اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه..... 26
العوامل الوراثية..... 26
العوامل البيولوجية..... 27
العوامل البيئية..... 28
العوامل الاجتماعية والنفسية..... 28

برامج خفض النشاط الزائد لدى الأطفال 29
علاج إضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه..... 30

الفصل الرابع

الانتباه

تمهيد..... 34
تعريف موسوعة علم النفس للانتباه..... 34
تعريف القاموس النفسي لِـ Nobert Sillamy..... 34
تعريف الزيات..... 34
أنواع الانتباه..... 34
أشكال الانتباه..... 35
خصائص الانتباه..... 36
مراحل الانتباه..... 37
العوامل المؤثرة في الانتباه..... 37
أشكال اضطرابات الانتباه.....39
الوسائل النفسية والتربوية التي يمكن إتباعها لتحسين الانتباه..... 39

الفصل الخامس

العلاج السلوكي

تمهيد..... 40
مفهوم العلاج السلوكي 40
تعريف المعهد القومي للصحة العقلية بالولايات المتحدة الأمريكية.....40
الأسس النظرية للعلاج السلوكي..... 41
إجراءات العلاج السلوكي عند الطفل..... 41
تقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي 42

أنواع التعزيز..... 43
أنواع المعززات..... 44
العوامل التي تزيد من فاعلية التعزيز 45
جداول التعزيز 46
أنواع الجداول 47
مزايا وعيوب العلاج السلوكي 48

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

الإجراءات المنهجية

تمهيد..... 49
منهج الدراسة..... 49
متغيرات الدراسة..... 50
حدود الدراسة..... 50
عينة الدراسة..... 50
أدوات الدراسة..... 50
الملاحظة العيادية..... 50
المقابلة العيادية..... 50
DSM4..... 50
برنامج العلاج السلوكي.....50

الفصل السابع

دراسة الحالة وعلاجها

معلومات أولية عن الحالة 54
عرض وتحليل للمقابلات (عرض وتحليل وتفسير واستنتاج)..... 54
المقابلة الأولى وهدفها..... 54
المقابلة الثانية وهدفها..... 55
المقابلة الثالثة وهدفها..... 56
المقابلة الرابعة وهدفها..... 59
المقابلة الخامسة وهدفها..... 61
العلاج 62
خلاصة عامة للحالة 64
استنتاج عام..... 65

الفصل الثامن

عرض النتائج ومناقشتها

مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات..... 66
التوصيات والاقتراحات..... 67
خلاصة عامة..... 68
المراجع.....69
الملاحق

المقدمة

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل في حياة الإنسان فهي الأساس الذي تبني عليه شخصية الفرد بأكملها وذلك من خلال التنشئة الاجتماعية التي يتلاقاها أثناء مراحل نموه ، إذ يبدأ الطفل في اكتساب نمط معين من أنماط السلوك يتماشى ونموه الجسمي والنفسي والاجتماعي والانفعالي والعقلي واللغوي ونتيجة ذلك يكون سويا ، لكن في حالة ما إذا لم تتوفر الظروف الملائمة فإن هذا الطفل قد يواجه العديد من الاضطرابات السلوكية قد تمتد آثارها إلى مراحل لاحقة من نموه ومن بين هذه الاضطرابات السلوكية، اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه الذي يعتبر من الاضطرابات السلوكية التي تؤثر لا محالة على الأطفال خاصة الذين يشكلون حالات دراستنا ومن بين أعراضهم الأساسية الاندفاعية، وعدم التركيز .

فهذه السلوكات تعد مصدر أساسيا لضيق وتوتر وإزعاج المحيطين بالطفل، حيث يعاني من فرط الحركة أولياء الأمور والمعلمون والتلاميذ ، ومما لا شك فيه أن سلوك هذا الطفل ومستوى نشاطه قد يؤثر أيضا على استجابات الوالدين والمعلمين والقائمين على رعايته وعلى أسلوب معاملتهم له مما يؤثر بالتالي في نموه ومستقبله الاجتماعي والتعليمي فيما يعد ، ومن اجل هذا ارتأيت في هذه الدراسة الإجابة على التساؤل الآتي :

ما هي التقنيات العلاجية المستخدمة في العلاج السلوكي للتخفيف من اضطراب فرط النشاط الحركي عند الطفل ؟

هذه التقنيات التي يمكنها أن تفيد هذه الفئة من الأطفال وتساعدهم في تعديل السلوك غير المرغوب فيه وإبدالها بسلوكات إيجابية تجعلهم كبقية أقرانهم العاديين، وذلك من خلال تطبيق علاج سلوكي يعتمد على أسلوب التعزيز أو ما يسمى (التدعيم الايجابي) ومن هنا يتمثل تساءل دراستنا في ما هو أثر العلاج السلوكي في التخفيف من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه عند الطفل، وسيتضمن هذا البحث جانبين :

جانب نظري وجانب تطبيقي

سيحتوي الجانب النظري على أربعة فصول بحيث الفصل الأول ، الموضوع الدراسة من خلال مقدمة وتأسيس إشكالية البحث، الفرضيات، أهداف البحث، وأهميته، تحديد المصطلحات الإجرائية فالدراسات السابقة والتعقيب عليها ، أما الفصل الثاني طفل المرحلة المتوسطة ،يليه الفصل الثالث : كل ما يخص اضطراب فرط الحركة والانتباه وتشتته والفصل الرابع: الانتباه، والفصل الخامس : العلاج السلوكي تطرقنا فيه إلي مفهومه، أسسه النظرية،إجراءات العلاج السلوكي عند الطفل،فتقنياته المستخدمة ومزاياه وعيوبه أما الجانب التطبيقي فسيحوي على ثلاث فصول، الفصل

الخامس عن منهجية الدراسة ، المنهج و أدوات البحث وتقنيات العلاج السلوكي المطبقة أما الفصل السادس فسنتطرق إلى دراسة الحالة وعلاجها تم خلاصة الدراسة الميدانية ، فمناقشة نتائج البحث، المراجع، الملاحق

الفصل الأول
مدخل إلى الدراسة

I. الإشكالية
II. الفرضية
III. أهداف الدراسة
IV. أهمية الدراسة
V. المصطلحات الإجرائية
VI. الدراسات السابقة
VII. تعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

I. الإشكالية

لقد أصبح اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه محل اهتمام الباحثين خاصة في مرحلة الطفولة ولا سيما وأن الطفل في هذا السن يصعب التعرف عليه قبل التحاقه بالمدرسة، حيث يكون نشيطا بالفطرة ومعظم وقته يقضيه في اللعب دون أن ننتبه لتشتت انتباهه وقد حدد اضطراب الفرط الحركي وتشتت الانتباه في مرحلة المدرسة في تعريفات كل من جوردان (Jordan,،1988) وباركلي (Barkly,1998) والحامد (2002) و أحمد وبدر (2004) و كوفمان (Kauffman, ،2005) وهالامان وكوفمان (Hallaman et Kauffman,،2006) عدد من الخصائص والسمات المميزة للأطفال المصابين بهذا الاضطراب في مرحلة المدرسة متمثلة في ضعف الانتباه والإنصات والتركيز وسهولة التشتت والنشاط الزائد (الحركة الزائدة) والسلوك غير المقبول اجتماعيا والاندفاعية .[1]

كما أوضح الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية ان نسبة انتشار اضطراب الانتباه تقع ما بين 3-5% من الأطفال في سن المدرسة والجديد بالذكر أن التفاوت الكبير في تقديرات معدل انتشار اضطراب الانتباه يرجع إلى الاختلاف الكبير في تعريفه وفي تحديد حالاته واختلاف الأدوات التشخيصية المستخدمة والبيئات الاجتماعية التي تم حصرها .[2]

وغالبا ما تبدأ أعراض هذا الاضطراب في مراحل عمرية مبكرة من حياة الطفل أي قبل سن السابعة والثامنة وهذا ما أشار إليه كوفمان 2005 .

حيث يسير الطفل في مراحل تطور نموه وقدراته بنفس السرعة التي ينمو بها الطفل السليم، وبما أن مشكلة اضطراب الفرط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه تعد مشكلة ذات وجهين من الناحية الظاهرية تبدو كإضطراب في السلوك ويبقى المدخل السلوكي كفيل بالفهم وهذا ما بينته دراسة تمهيدية أجراها بانيا جو وآخرون(Paniagua etal,،1998) عن تنظيم السلوك الفوضوي من خلال برنامج للتدريب على تصحيح الاستجابة ،وذلك بهدف التعرف على فعالية هذا البرنامج التدريبي في تنظيم السلوك الفوضوي المصاحب لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه لعينة من حالات إكلينيكية لأطفال المدرسة الابتدائية، من الذكور واستخدام الباحثون برنامجهم التدريبي خلال تصحيح الاستجابات، واستخدام اللعب ضمن أساليب التعزيز المختلفة للسلوك المرغوب فيه مع أساليب تعديل السلوك غير المرغوب فيه ،مثل ضعف الانتباه ،النشاط الحركي الزاد والاندفاعية، والسلوك التخريبي وقد قام الباحثون يعمل جلسات متعددة مختلفة،

1- نايف عابد الزارع : **اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد** ، دار الفكر ، ط/ أردن 2007 ص : 27-28

2- أسامة فاروق مصطفى : **مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، دار المسيرة، ط م، الأردن،2001 ص:156

و أثناء تطبيق البرنامج تم تسجيل السلوكيات غير المرغوب فيها، وملاحظة درجة تحسنها ودرجة انخفاض حدتها لدى هؤلاء الأطفال، فأثبتت النتائج أن هذا البرنامج " التدريب على تصحيح الاستجابات لتنظيم السلوك الفوضوي" له تأثير مباشر على السلوك الفوضوي وجعله ينحو إلى السلوك الطبيعي .
أما التأثير الغير مباشر فتمثل في تحسين الأداء الأكاديمي للطفل، وهذا ما أكدته دراسة تقيمية قام بها لات ولندر كامب (Linderkamp et Lauth,،1998) لبرنامج تنظيم السلوك لعلاج الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه هدفها معرفة درجة ترابطها ببعضها على عينة مكونة من 18 طفل في سن المدرسة ويعانون من اضطراب النشاط الزائد و قصور الانتباه ، ولا يعانون من أمراض عصبية أو نفسية ولا يتلقون أي دواء علاجي من الأدوية المنبهة أو المنشطة وطبقت على العينة برامج تنظيم السلوك بهدف تنظيم السلوك الفوضوي، وسلوك الطاعة، والنظام . ومن خلال الأنشطة المقدمة في هذه البرامج ، وتشتمل هذه البرامج على تدريب الطفل على عمليات تنظيم السلوك المختلفة، وتدريب الوالدين والمشتركين في البرامج من خلال ورش عمل على عمليات الشرح- النمدجة- لعب الأدوار مع التغذية الراجعة، ومهارات تنظيم السلوك. ثم قام الباحثان بتطبيق إستبيان يجمع فيه معلومات عن هذه البرامج وممارستها العملية و أظهرت النتائج إمتثال الأطفال للطاعة والنظام في المواقف والأنشطة المقدمة، وهذا يدل على درجة اتفاقها في تنظيم سلوك الأطفال دوي النشاط الزائد و قصور الانتباه .[1]

من خلال الدراستان السابقتان يظهر أن إضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة من المشكلات السلوكية المتعلقة بالطفل المتمدرس وخصوصا مرحلة الطفولة المتوسطة التي تتزامن مع بداية الطور الابتدائي وما يواجهه الطفل من صعوبات تعرقل السير الحسن لآدائه التعليمي للتأثير الكبير لهذا الاضطراب .ركزت الدراستان السابقتان على برامج تنظيم وتعديل السلوك وهذا ما نقصد به العلاج السلوكي وتطبيق لتقنياته المتمثلة في النمدجة ، لعب الأدوار ، التغذية الراجعة ومهارات تنظيم السلوك وبرامج للتدريب .

وهذا موضوع دراستنا الحالية التي تهدف إلى تطبيق علاج سلوكي في الجزائر لمعرفة النتائج من خلال إقتراح خطة علاجية للتخفيف من إضطراب الفرط وهذا موضوع دراستنا الحالية التي تهدف إلى تطبيق علاج سلوكي في الجزائر لمعرفة النتائج من خلال إقتراح خطة علاجية للتخفيف من إضطراب الفرط الحركي وتشتت الانتباه، باعتماد استدراتيجيات تعمل على زيادة وعي وإدراك المحيطين بالطفل المصاب بسلوكياته السلبية و إدراك الاستجابات التي تصدر منه لاتمام المهام التعليمية والاجتماعية الحركي وتشتت الانتباه، باعتماد استدراتيجيات تعمل على زيادة وعي وإدراك المحيطين بالطفل المصاب بسلوكياته السلبية و إدراك الاستجابات التي تصدر منه لاتمام المهام التعليمية والاجتماعية

---

(1) مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي: **النشاط الزائد لدى الأطفال** ، الكتاب الثاني ،المركز العربي للتعليم والتنمية ، 2005 ص : 68

ومختلف الأنشطة التي يمارسها ناهيك عن التدخل السلوكي الذي يقول عنه كوفمان (Kauffman,،2005) أنه يتطلب معرفة تامة بالفرد وسلوكياته.[1]

وهذا ما دفعنا إلى طرح الاشكال التالي :

ما أثر العلاج السلوكي في التخفيف من إضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الطفل حالة إستخدامنا لأسلوب التعزيز؟

ويتفرع عن هذا السؤال التساؤولات الفرعية التالية :

-هل أسلوب التعزيز له فاعلية في علاج حالات فرط الحركي والاندفاعية عند الطفل ؟

-هل أسلوب التعزيز له فاعلية في علاج تشتت الانتباه عند الطفل ؟

II. الفرضيات:

الفرضية العامة :

- للعلاج السلوكي أثر في التخفيف من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الطفل

ويتفرع عن هذه الفرضية العامة الفرضيات الجزئية الآتية :

- أسلوب التعزيز له فعالية في علاج فرط الحركة والاندفاعية عند الطفل .
- أسلوب التعزيز له فعالية في علاج تشتت الانتباه عند الطفل

III. هدف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التحقق من أثر علاج سلوكي للتخفيف من الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه والفرط الحركي المتمثلة في (فرط الحركة، تشتت الانتباه والاندفاعية) عند الحالة موضوع الدراسة .

IV. أهمية الدراسة :

- الاسهام بطريقة علاجية قد تساعد كل من المختصين التربويين والنفسانيين والمدرسين والأباء على أداء مهامهم بشكل مفيد وفعال .
- تزويد المربيين وخاصة الآباء والمعلمين على المميزات والخصائص التي ينفرد بها الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والفرط الحركي .
- تزويد الطلبة بمعلومات دقيقة علميا تفيدهم مستقبلا .

ومن الأهمية التطبيقية للدراسة و آفاق البحث المستقبلية يمكن إخضاع العلاج السلوكي للتطبيق في المؤسسات العلاجية للحد من مشكلة فرط الحركة وتشتت الانتباه كما يمكن الاستعانة بعلاجات أخرى

(1) نايف عابد الزراع: **إضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد** ، مرجع سبق ذكره ص: 75

V. المصطلحات الاجرائية:

1 - فرط الحركة

هو تلك الحركات العشوائية والغير هادفة التي تتسم بالاندفاعية والتهييج ، إذ يقوم بها الفرد بدون اعتبار للعواقب المترتبة عنها ، بحيث هذه الحركات الزائدة والغير هادفة مثيرة لقلق وإزعاج الآخرين .

2. الانتباه :

يعرف بكونه قدرة الفرد على حصر وتركيز حواسه في مثير داخلي (فكرة، إحساس ، صورة خيالية) أو مثير خارجي (شيء، شخص/ موقف) .

3. تشتت الانتباه:

ضعف قدرة الطفل على التركيز على شيء محدد خاصة أثناء عملية التعلم وقد يأتي هذا الإضطراب منفردا وقد يصحب بالنشاط الحركي الزائد والاندفاعية غير الموجهة .

4. اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي:

نشاط جسمي وحركي حاد ومستمر تصحبه عدم القدرة على التركيز والانتباه على نحو يجعل الطفل عاجزا عن السيطرة على سلوكياته وانجاز المهمات .

5. الاندفاعية:

تشير إلى قيام الطفل بالعمل دون الأخذ بالاعتبار الظروف المحيطة والنتائج المحتملة للسلوك .

أو هو الاستجابة السريعة للمثيرات دون التدبر في بدائل الإجابة المتاحة .

6. السلوك:

يشمل السلوك على الأشياء التي يقوم بها الفرد وكذلك كل ما يفكر فيه حيث أنها تختلف من ظاهرة وغير ظاهرة، إذ السلوكات الظاهرة هي السلوكات الواضحة للآخرين ، أما السلوكات الغير الظاهرة هي التي تقع داخله ولا يمكن ملاحظتها، فوحده الطفل يعبر عنها من خلال سلوكه غير لفظي و أحيانا لفظي.

7-أسلوب التعزيز :

هو أحد أساليب العلاج السلوكي، كما أنه عملية تدعيم السلوك المناسب أو زيادة إحتمالات تكراره في المستقبل بإضافة مثيرات إيجابية، أو إزالة مثيرات سلبية بعد حدوثه.

8-التخفيف:

هو التقليل من حدة الاضطراب لدى هذه الفئة من الأطفال ،موضوع الدراسة ويظهر ذلك من خلال نقص أعراضه لديهم

الطفولة المتوسطة:

تتمثل في فئة الأطفال الدين تتراوح أعمارهم من 5-09 سنوات .

VI. الدراسات السابقة:

1-الدراسات العربية

- الدراسة الأولى

دراسة خالد الفخراني سنة 1995 والتي أوضحت الفرق بين أداء الأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد من ناحية وأداء الأطفال مضطربي الانتباه من ناحية أخرى، وكانت عينة البحث تشمل 30 طفل مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد، 30 طفل مضطربي الانتباه و30 طفل عاديين.

وأظهرت الدراسة النتائج الآتية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء الأطفال العاديين والأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد ودونه.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال مضطربي الانتباه دون النشاط الزائد والعاديين والأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد لصالح المجموعة الثانية.

●الدراسة الثانية:

دراسة السطحية سنة 1997 العلاج السلوكي والتعلم بالنمدجة في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه: هدفت هذه الدراسة إلى تعديل بعض الخصائص السلوكية والمعرفية للأطفال مضطربي الانتباه باستخدام كل من العلاج السلوكي المعرفي، التعلم بالملاحظة وتوفير وسائل علاجية لمساعدة الأطفال المضطربين على التكيف في المنزل والمدرسة وتوفير وسائل علاجية من السهل تدريب المختصين عليها واستخدامها بسهولة ويسر.

اشتملت العينة الأساسية على 20 طفل وطفلة في ثلاث مدارس للتعليم الأساسي بمدينة طنطا وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين عدد أفرادها عشرة أطفال ومجموعة ضابطة

واحدة عددها عشرة أطفال وعينة استطلاعية عدد أطفالها خمسة عشر طفل. استخدمت الدراسة بعض الاختبارات كقائمة الملاحظة الإكلينيكية من الدليل الإحصائي التشخيصي (DSM III)، وقائمة تقدير سلوك

الطفل لكونرز وبعض الاختبارات الأدائية كاختبار وكسلر للذكاء واختبار تفهم الموضوع للأطفال واختبار مضاهاة الأشكال واختبار الانتباه السمعي والبصري.

طبقت الدراسة برنامجا يستند على فنيات العلاج السلوكي المعرفي وفنيات التعلم الملاحظة. أظهرت نتائجها فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي بالملاحظة، أظهرت نتائجها فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل السلوك الاندفاعي، والانتباه البصري، الانتباه السمعي القدرة على الاستدعاء والقدرة على التذكر لدى الأطفال مضطربي الانتباه.

●الدراسة الثالثة:

دراسة شقير سنة 1999. فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور (مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية البرنامج في تعديل سلوك الأطفال مفرطي النشاط تتمثل في: اضطراب الانتباه، وفرط النشاط، العدوانية، الاندفاعية ومن أهم الفنيات المستخدمة في البرنامج هي:النمدجة- عمليات الانتباه- عمليات الإدراك- عمليات الإدراك الحركي- عمليات الدافعية- المناقشة وتبادل الحوار- التمثيل (لعب الأدوار)-الاسترخاء (العضلي)-التعزيز (التدعيم) المادي، الاجتماعي، النشاطي-الواجبات المنزلية

استغرق البرنامج 12 جلسة بواقع جلستين في الأسبوع، وتكونت العينة من 12 تلميذ بالصف الرابع ابتدائي الذين شخصوا بأنهم ذو فرط نشاط وقسموا إلى مجموعتين:6 أطفال مجموعة تجريبية يطبق عليها البرنامج العلاجي و6 أطفال مجموعة ضابطة لم يطبق عليها البرنامج العلاجي.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لبن المجموعتين في القياس البعدي لجميع متغيرات الدراسة لصالح المجموعة التجريبية وقد أدى الفرق في إظهار فاعلية البرنامج العلاجي الذي تلقته المجوعة التجريبية مما ترتب عليه انخفاض معدل المتغيرات السلبية لدى أفراد المجموعة التجريبية، اضطراب الانتباه، فرط النشاط، العدوانية والاندفاعية.

●الدراسة الرابعة:

دراسة البصير سنة 2004: التدخل السيكولوجي لعلاج بعض حالات نقص الانتباه لدى عينة من أطفال المدارس الابتدائية (دراسة تجريبية) هدفت هذه الدراسة إلى اختيار فاعلية التدخل النفسي من خلال برنامج تدريبي يضم مجموعة من التدريبات النفسية التي تقوم على مفاهيم الضبط الذاتي بهدف تحسين مستوى الانتباه لدى عينة من الأطفال مضطربي الانتباه.

تألقت عينة الدراسة من مجموعة من طلاب المدارس الابتدائية المصابين بالاضطراب والمترددين على عيادة علاجية خاصة للعلاج وقد تحددت بستة أطفال بواقع 5 أطفال ذكور وطفلة واحدة يتوزعون على مستويات دراسية مختلفة اثنان من الصف الأول، واثنان من الصف (2)، اثنان من الصف (3) وواحد من الصف الخامس ابتدائي.

واستخدمت الباحثة قائمة أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي والبرنامج النفسي لتحسين بعض حالات نقص الانتباه، واختبار بنية الصورة الرابعة لقياس معامل الذكاء.

أفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج المستخدم في إمكانية تحسين مستوى الانتباه لدى عينة الدراسة، وظهر ذلك من خلال تحسين مستوى الانتباه وانخفاض مستوى الاندفاعية وفرط نشاط الحركة بالإضافة إلى تحسين المستوى الدراسي لأطفال عينة الدراسة بشكل عام والذي ظهر من خلال ارتفاع نسب التحصيل الدراسي لدى هؤلاء الأطفال بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي.

2-الدراسات الأجنبية:

- **الدراسة الأولى:**

دراسة Bonstein و Quevillon سنة 1990 حول " معرفة تأثير برنامج لتعديل السلوك باستخدام التدريب الذاتي في خفض فرط الحركة/ تشتت الانتباه" . وتكونت العينة من 3 أطفال يعانون من مظاهر فرط الحركة/ تشتت الانتباه التي تتمثل في عدم إتباع التعليمات لفترة زمنية معقولة على ظهور نوبات غضب عنيفة مع كثرة الحركة، وعدم القدرة على التركيز والانتباه والتسرع في الرد والاندفاعية: واستخدم الباحثون أساليب العلاج المتمركز على الطفل وأساليب النمدجة والتدريب الذاتي بهدف تعديل سلوك هؤلاء الأطفال في جلسات علاجية متعددة ولفترة محددة من الزمن وأثبتت النتائج فعالية برنامج تعديل سلوك الطفل ذوي اضطراب فرط الحركة (قصور الانتباه وحدث انخفاض في المظاهر السلوكية لهذا الاضطراب وصارت نتائج الطفل الأول والثاني مؤيدة لارتفاع مستوى الأداء مسلوك. أما الطفل الثالث فلم يتحسن سلوكه بنفس درجة الطفلين الآخرين ويرجع ذلك إلى أسباب أخرى غير معلومة.

- **الدراسة الثانية.**

دراسة Feierstein سنة 1991 حول فاعلية برنامج إرشادي في زيادة الانتباه والتحصيل الدراسي لدى الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية

برنامج إرشادي في زيادة الانتباه وخفض النشاط الزائد للتخفيف من حدة أعراض الاضطراب وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المضطربين، وقد تألفت عينة الأطفال المضطربين من 52 طفلا ثم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة حيث تلقى أطفال المجموعة التجريبية 35 جلسة إرشادية وطبق عليهم اختبار التحصيل الدراسي، بينما طبق على المعلمين والوالدين قائمة تشتت والنشاط الزائد المأخوذة من التشخيص الإحصائي للجمعية الأمريكية.

قائمة كونرز لملاحظة سلوك الطفل أظهرت النتائج انخفاض أعراض النشاط الزائد وأعراض تشتت الانتباه وارتفاع في مستوى التحصيل الدراسي لدى أطفال المجموعة التجريبية مما يشير إلى أن أعراض هذا الاضطراب هي المسئولة عن انخفاض مستوى التحصيل الدراسي لدى أفراد العينة.

- **الدراسة الثالثة:**

دراسة chattopad hyay و Ghosh سنة 1993 برنامجا لتعديل السلوك الناتج عن اضطراب فرط الحركة/ تشتت الانتباه حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فعالية بعض الفنيات العلاجية في تعديل سلوك الأطفال ذوى النشاط الزائد وقصور الانتباه.

تكونت عينة الدراسة من 16 طفلا يعانون من اضطراب فرط الحركة/ تشتت الانتباه غي سن 7 سنوات وقد استخدمت الدراسة فنيات التعزيز الايجابي وبعض برامج التعليم ومبادئ بريماك. دراسة Feierstein سنة 1991

- **عينة الدراسة :**

من خلال استعراض عينات الدراسة المتعلقة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وجدت أن هناك تقارب في حجم عينة الدراسات ولم يكن هناك أعداد كبيرة وتراوحت حجم العينة ما بين 50 – 5 أطفال، أما أعمار عينة الدراسات فكانت تتراوح في حدود 6 – إلى 9 سنوات.

- **أدوات الدراسة:**

لقد استخدمت عدة مقاييس في الدراسات السابقة: قائمة تقدير سلوك الطفل لكونرز وبعض الاختيارات الأدائية كاختبار وكسلر للذكاء واختبار تفهم الموضوع للأطفال ومن هذه الدراسات التي

استخدمت هذه المقاييس الدراسة السطحية سنة 1997 ودراسة Feiersein سنة 1991 كما استخدمت قائمة أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي واختبار بنية الصورة الرابعة لقياس معامل الذكاء وهذا ما جاءت به دراسة البصير سنة 2004.

- **النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة**

أظهرت معظم الدراسات السابقة فاعلية العلاج السلوكي في علاج اضطراب الفرط الحركي وتشتت الانتباه مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى مثل دراسة Bornstein وBuevillon بينما يوجد دراسات أخرى أظهرت أن العلاج بالتدريبات النفسية تحسن من مستوى الانتباه لدى عينة من الأطفال مضطربي الانتباه وهذا ما أكدته دراسة البصير سنة 2004.

ومن خلال العرض السابق للدراسة التي تناولت اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه وجدت أن لكل فنية مزاياها وأنها أدت إلى فاعليتها لعلاج اضطراب فرط الحركي. فقد استخدمت أسلوب العلاج السلوكي كما له من أهمية في علاج اضطراب فرط الحركة وتخفيف معاناة الأطفال الذين يعانون منه.

- **تعليق على الدراسات السابقة:**

من خلال استعراض ما أمكن الحصول عليه من الدراسات السابقة، نجد أنها ألقت الضوء على كثير من الجوانب التي تفيد الباحث في دراسته العالية، وسوف أتناول هذه الدراسات بالمناقشة في ضوء المعايير التالية:

- الأساليب العلاجية

- عينة الدراسة

- أدوات الدراسة

- النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة

- **الأساليب العلاجية:**

من خلال استعراض الدراسات السابقة اتضح أن الباحثين استخدموا العديد من الأساليب العلاجية، حيث تضمنت يع الدراسات، مدى فاعلية العلاج السلوكي في علاج اضطراب فرط الحركة. كما هو في دراسة Bornstein وQuevillon ودراسة Chosh وChattopadhyay سنة 1993 كما أن هناك من

الدراسات من قامت بإجراء مقارنة بين أداء الأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد من ناحية وأداء الأطفال مضطربي الانتباه من ناحية أخرى وهذا في دراسة خالد الفخراني سنة 1995.

كما أستخدم في برنامج الدراسات السابقة فنيات متنوعة في برامجهم الإرشادية المتنوعة (لتربوية، السلوكية، والسلوكية المعرفية) لخفض حدة اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة حيث ركزوا على فنيات مثل النمدجة في كل ما يتعلق بعمليات الانتباه وعمليات الاحتفاظ وعمليات الإدراك الحركي وعمليات الدافعية والمناقشة وتبادل الحوار والتمثيل (لعب الأدوار) والاسترخاء العضلي والتعزيز المادي والاجتماعي والنشاطي والواجبات المنزلية كدراسة شقير 1999.

الجانب النظري

الجانب النظري
الفصل الثاني
الطفولة المتوسطة

تمهيد

أولا: الطفولة حسب مدارس علم النفس

I. تعريف الطفولة المتوسطة حسب فرويد

II. تعريف الطفولة المتوسطة حسب عصام نور

III. وجهة نظر جون بياجي

IV. تعريف المدرسة السلوكية

ثانيا : خصائص مرحلة الطفولة المتوسطة

ثالثا: مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة

I. النمو الجسمي

II. النمو الفسيولوجي

III. النمو الحركي

IV. النمو العقلي والمعرفي

V. النمو الانفعالي والاجتماعي

VI. النمو اللغوي

VII. النموالجنسي

الفصل الثاني
الطفولة المتوسطة

تمهيد:

الطفل في سيرورة النمو يتطور تدريجيا حتى يبلغ سن الرشد فالشيخوخة، و لعل أهم ما يميز طفولته مرحلة الطفولة ما بين6 الى9 سنوات لأنها أساسية في حياة الطفل ،بحيث ينمو في عدة نواحي منها الجسمية و العقلية والانفعالية و الحركية و الجسمية وهدا كله ضمن التنشئة الاجتماعية ضف إلى دلك تطوره في الجانب الاجتماعي و النفسي و الذي يميزه دخوله إلى المدرسة ,وفي ما يلي سوف نتطرق في هدا الفصل إلى مرحلة الطفولة .

أولا : الطفولة حسب مدارس علم النفس

I. تعريف الطفولة المتوسطة حسب فرويد :Freud

تمثل حسب فرويد مرحلة الكمون, يبدأ فيها الطفل الذكر بتقمص شخصية والده والبنت تتقمص شخصية أمها، ويتضمن هدا التقمص كل شيء يقوم به الأب أو تقوم به إلام بمافي ذلك من معتقدات و أراء و هنا تبدأ الأنا العليا في التكوين.[1]

II. تعريف الطفولة المتوسطة حسب عصام نور :

مرحلة الطفولة المتوسطة هي مرحلة تتوسط مرحلتين أولهما:

مرحلة الطفولة المبكرة و مرحلة الطفولة المتأخرة,حيث تضع الطفل على مشارف المراهقة و تعني دراسيا طفل الصفوف الثلاث الأولى من المرحلة الابتدائية (السنة 1،2،3) ويشعر الطفل في هده المرحلة بالاختلاف عن من هم اصغر سنا، فيشعر انه لا ينتمي إلى هؤلاء و لا إلى هؤلاء فهو اكبر من الأطفال وأصغر من الكبار.[2]

---

(1)- أبو الخير عبد الكريم قاسم: **النمو من الحمل إلى المراهقة**، دار وائل للنشر والتوزيع، ط ، الأردن، 2004، ص: 47

(2)– نور عصام : **علم النفس النمو**، مؤسسة شباب الجامعة الاسكندرية، 2006 ، ص : 97

III. وجهة نظر جون بياجي:Jean Piaget

أطلق عليها مرحلة العمليات الذهنية العينية (7-11 سنة) وفي هذه المرحلة يبدأ الطفل في التعرف على الأشياء الموضوعية (الذكاء المحسوس) والتفكير وإدراكه يكون قد تطور واندمج اجتماعيا أي أن هناك انتقال من المحورية إلى المركزية الاجتماعية أو الاندماج الاجتماعي.[1]

IV. تعريف المدرسة السلوكية:

يرى السلوكيون ان الطفولة المتوسطة مرتبطة بمرحلة النظم الدافعية الثانوية والتي تركز على التعلم في نطاق الوالدين في دائرة خارجية أوسع ومجال تعليمي أكبر.[2]

وخلاصة الطفولة المتوسطة أنها مرحلة تتوسط الطفولة المبكرة والمتأخرة، كما أنها تتميز بالتحاق الطفل بالمدرسة وزيادة الاستقلال عن الوالدين.

ثانيا : خصائص مرحلة الطفولة المتوسطة

- اتساع البيئة الاجتماعية، الخروج الفعلي إلى المدرسة والمجتمع، الانضمام لجمعات جديدة واطراد عملية التنشئة الاجتماعية.
- اتساع الأفاق العقلية والمعرفية وتعلم المهارات الأكاديمية في القراءة والكتابة والحساب.
- تعلم المهارات الجسمية اللازمة للألعاب.
- اكتساب اتجاه سليم نحو الذات.
- زيادة الاستقلال عن الوالدين.
- يهتم بالنشاط في ذاته بصرف النظر في نتائجه، هو ممتلئ بالنشاط ولكنه يتعب بسرعة.
- تزداد القدرة والثقة في هذه المرحلة نظرا لنمو الإمكانيات الجسمية والعضلية.[3]

ثالثا : مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة

يشمل النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة عدة مظاهر سوف ندرجها في ما يلي :

---

(1)- بدير كريمان **: تقويم نمو الطفل**، دار الفكر للنشر والتوزيع ، ط1، الأردن، 2008، ص **:** 113
(2)- عزة سعيد حسني**: سيكولوجية النمو في الطفولة**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان ، 2002 ،ص**:** 25
(3)- بشناق رأفت محمد**: سيكولوجيا الأطفال**، دار النفائس، ط2 ، لبنان، 2010 ، ص **:** 85

I. النمو الجسمي:

تتميز هذه المرحلة بقوة الصحة الجسمية وبقلة القابلية للتعب، لذا نجد أن الطفل يقضي أكثر أوقاته في اللعب والجري والحركة وينتقل من عمل إلى آخر في حماس شديد ومن غير كلل ولا ملل وهذا ما يثير دهشة الكبار.يلاحظ أن النمو الجسمي في هذه المرحلة يكون بطيئا في مقابل سرعة نمو الذات وفي هذه المرحلة تتغير الملامح العامة التي كانت تميز شكل الجسم في مرحلة الطفولة، وكذلك يلاحظ أن نشاط الأطفال الذكور في هذه المرحلة يكون أكثر عنفا من الإناث، ويلاحظ أنهم في هذه المرحلة يكونون أكثر عرضة للإصابة ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة والنكاف والجذري.[1]

أما عن الطول فنجد في منتصف هذه المرحلة العمرية أي سن 8 سنوات يزيد طول الأطراف حوالي 50%، بينما طول الجسم نفسه يزيد بحوالي 25% فقط، ويزداد الطول بنسبة 5% في السنة، بينما يزداد الوزن 10% في السنة.

يكون الذكور أطول قليلا من الإناث بينما يتساووا في الوزن في نهاية هذه المرحلة وتتساقط الأسنان اللبنية وتظهر الأسنان الدائمة.

يبلغ طول الطفل في سن 6 سنوات ونصف 117.5 سم ووزنه 20.8 كغ، أما في سن 9 سنوات يصل إلى 130.0 سم ووزنه 26.3 كغ.[2]

II. النمو الفسيولوجي:

يتزايد في هذه المرحلة ضغط الدم ويتناقص معدل النبض ويزداد طول وسمك الآلياف العصبية وعدد الوصلات بينها، فيما تبدأ عدد ساعات النوم بالتناقص التدريجي ويكون متوسط فترة النوم في سن سبع سنوات حوالي 11 ساعة في اليوم.[3]

III.النمو الحركي:

تعتبر هذه المرحلة مرحلة النشاط الحركي العنيف حيث يقضي الطفل معظم وقته خارج المنزل ويميل إلى الرحلات الاستكشافية، والاشتراك في الألعاب وركب الدراجات وتسلق الأشجار وذلك لتصريف الطاقة المتدفقة عنده ويلاحظ أن الطفل لا يهتم بمظهره أو أناقته في سبيل ما يقوم به من نشاطات مختلفة.[4]

1- أبو الخير عبد الكريم قاسم: **النمو من الحمل إلى المراهقة**، مرجع سبق ذكره، ص : 140
2 - نور عصام : **علم النفس النمو**، مرجع سبق ذكره، ص : 97
3- أبو الخير عبد الكريم قاسم: **النمو من الحمل إلى المراهقة**، مرجع سبق ذكره، ص : 140
4- أبو الخير عبد الكريم قاسم: **النمو من الحمل إلى المراهقة**، المرجع نفسه، ص : 141

IV. النمو العقلي والمعرفي:

تظهر مفاهيم كثيرة حسبPiaget في هذه المرحلة بحيث يسميها هذا الأخير بمرحلة العمليات الحسية الواقعية بحيث يصبح فيه الطفل قادر على التحكم عقليا وفكريا في التصورات الداخلية.[1]

كما يذكر أبوجادو (2003) أن من خصائص الأطفال في هذه المرحلة الانتقال من اللغة المتمركزة حول الذات إلى اللغة ذات الطابع الاجتماعي، وتطور مفهوم الاحتفاظ والمقلوبية والتصنيف وتكوين المفاهيم، وفشل التفكير في الاحتمالات المستقبلية دون مباشرة بالموضوعات الملموسة. [2]

كما أنه تبدأ العمليات المنطقية الرياضية ولكن هذه العمليات تبقى محصورة في نشاطات الطفل على الوسائل الحسية ويكتشف الطفل خصائص الأشياء معتمدا على الحس.

في سن 8 سنوات يظهر الطفل العلاقات الأولى السببية الظاهرة في المرحلة المنطقية بحيث يتوقع الحالات المختلفة أو التغييرات لنظام ويفكر في سببها.

إذن يظهر النمو العقلي بصفة عامة في نمو السريع، ومن ناحية التحصيل يتعلم الطفل المهارات الأساسية في القراءة، الكتابة والحساب ويهتم الطفل بمواد الدراسة ويحب الكتب والقصص.

V. النمو الانفعالي والاجتماعي:

في هذه المرحلة تتبلور قدرة الطفل على التعبير عن انفعالاته باللغة بدلا التعبير الحركي، فيشعر بأنه قد كبر، ويلاحظ كذلك بأن قدرته على ضبط انفعالاته قد أصبحت واردة، وأن سيطرته على النفس قد أصبحت ممكنة.

فمثلا إذا غضب الطفل في هذه المرحلة فإننا نلاحظ أن عدوانه على مثير الغضب أصبح لفظيا، إذ تصبح مقاومة لفظية على هيئة تمتمات مع ظهور تعبيرات في الوجه على عدم الرضا.[3]

كما تتغير مخاوف الأطفال في هذه المرحلة من الأصوات والأشياء الغريبة والحيوانات والظلام ليحل محلها الخوف من المدرسة والعلاقات الاجتماعية وعدم الأمن اجتماعيا.[4]

تستمر عملية التنشئة الاجتماعية وتتسع دائرة الاتصال الاجتماعية وهذا يتطلب أنواعا جديدة من التوافق.

من خلال اللعب يتعلم الأطفال الكثير عن أنفسهم وعن رفاقهم، وتتاح لهم فرصة تحقيق المكانة الاجتماعية.[5]

1- Robert j.Sternberg.Manuel de psychologie cognitive.Debocks.1ère Belgique.2007.P :491

2- ابو جادو صالح:**علم النفس التطوري(الطفولة والمراهقة)**،دار المسيرة، ط3، عمان، 2011، ص : 162

3- أبو الخير عبد الكريم قاسم: **النمو من الحمل إلى المراهقة**، مرجع سبق ذكره، ص : 141

4- ابو جادو صالح:**علم النفس التطوري(الطفولة والمراهقة)**، مرجع سبق ذكره، ص : 128

5- نيسان خالدة : **سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والإفراط**، دار أسامة، ط1 الأردن، 2009، ص : 181

كما أن الطفل يجد في اللعب مع أصدقائه متنفسة لدوافعه فيما تبزغ الميول المهيأة لديه ولا يهتم الطفل بعمل إلا إذا كان يميل إليه، وتظهر بصورة واضحة جلية نزعة الطفل إلى حب التملك والجمع والاقتناء.

VI. النمو اللغوي :

يعتبر النمو اللغوي في هذه المرحلة بالغ الأهمية بالنسبة للنمو العقلي، والإجتماعي و الانفعالي، يدخل الطفل المدرسة وقائمة مفرداته تضم أكثر من 2500 كلمة وتزداد المفردات بحوالي 50 % عن ذي قبل من كل مرحلة.[1]

ويقول الباحث عبد الحميد زهران فيما يخص القراءة " فإن استعدادات الطفل لها يكون موجودة قبل الإلتحاق بالمدرسة، ويبدوا ذلك في الإهتمام بالصور والرسومات والكتب والمجلات والصحف، ويستطيع في هذه المرحلة تمييز المترادفات في معرفة الأضرار، وفي نهاية هذه المرحلة يصل نطق الطفل إلى مستوى يقرب في إجابته إلى مستوى نطق الراشد ".

VII. النمو الجنسي :

يلاحظ أن الاهتمام قليل في هذه المرحلة بشؤون الجنس، فالأطفال في هذه المرحلة والتي تليها شؤون أكثر إنشغالا بأشياء أخرى يهتمون بها، مثل: النشاط الاجتماعي والتربوي .

تعتبر هذه الفترة حسب Freud فترة توقف في تطور الجنس بحيث تبدأ بعملية واسعة وحادة من ...و كما يتضح فإن الخيالات الجنسية والعدوانية تكمن الآن إلى حد كبير ويتم الاحتفاظ بها بشدة في أعماق اللاوعي.وخلال هذه المرحلة التي يقوم فيها الطفل بإخماد الحوافز الجنسية يكرس وقته وطاقته التعلم والأنشطة البدنية والاجتماعية، ويتحول مصدر اللذة من الذات للأفراد الآخرين عندما يصبح الطفل مهتما في تكوين الصدقات مع الآخرين.[2]

---

(1)- خليل حلمي: **اللغة والطفل**، دار النهضة العربية، ط5 ، بيروت، 1985، ص : 50

(2)-زهران عبد السلام: **علم النفس الطفولة والمراهقة**، عالم الكتب، ط5 ، القاهرة، 1995، ص : 252

الفصل الثالث
اضطراب فرط الحركة
وتشتت الانتباه

تمهيد

أولا : مفهوم فرط الحركة

II. التعريف السلوكي لفرط الحركة

III. تعريف رابطة الطب النفسي الامريكي لفرط الحركة

ثانيا :المحكات التشخيصية لفرط الحركة وتشتت الانتباه حسب DSM-IV

ثالثا : اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

رابعا: أعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه حسب المراحل النمائية

خامسا: طرق تشخيص فرط الحركة وتشتت الانتباه

سادسا : التشخيص الفارقي

سابعا : خصائص و سمات المميزة للأطفال المصابين بالاضطراب(المتمدرسين)

ثامنا: الاضطرابات المصاحبة لفرط الحركة و تشتت الانتباه

تاسعا : أسباب اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه

I. العوامل الوراثية

II. العوامل البيولوجية

III. العوامل البيئية

IV. العوامل الاجتماعية والنفسية

عاشرا : برامج خفض النشاط الزائد لدى الأطفال

الحادي عشر: علاج إضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

الفصل الثالث

اضطراب فرط الحركة

وتشتت الانتباه

تمهيد :

اهتمت الكثير من الدراسات و البحوث بإضراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على مدار السنوات الماضية ،وقد تناولت تلك الدراسات هدا الاضطراب من عدة جوانب، بما فيها تأثير أعراض الاضطراب على الطفل والأسرة و المجتمع المحيط به، ويعد اضطراب قصور الانتباه المقترن بفرط الحركة من أنماط اضطرابات الطفولة التي أثير حولها الكثير من الجدل وحظي باهتمام واسع من قبل عامة الناس، و قدم أول وصف لهذا الاضطراب سنة 1845على يد الطبيب الألماني هنريك هوفمان (cantwell,1975).[1]

أولا : مفهوم فرط الحركة

تطور مفهوم فرط الحركة منذ 1970 حيث كان يسمي hyperkinesias وهي أصل الكلمة " اللاتينية "super active وفي عام 1980 سمي اضطراب قصور الانتباه Attention Déficit Disorder(ADD) وهذا المصطلح لم يحتوي على مظاهر فرط الحركة، لأن فرط الحركة في ذلك الوقت كان غير شائع ،وظل الأطفال اللذين لديهم هذا الاضطراب يعانون من الاندفاعية مع قصور الانتباه ،غير أن معظمهم يعانون من فرط الحركة/المعهد القومي للصحة النفسية (keweley, 1998 institution of mental Health 2000)

II. التعريف السلوكي لفرط الحركة

عرفه باركلي 1990، Barkly في نظريته عن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على أنه اضطراب في منع الاستجابة للوظائف التنفيذية قد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات، وعجز في القدرة على تنظيم السلوك إتجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلية مع عدم ملائمة السلوك.[2]

---

(1)- اليوسفي مشيرة عبد الحميد أحمد : **النشاط الزائد لدى الأطفال**، مرجع سبق ذكره

(2)- اليوسفي مشيرة عبد الحميد أحمد : **النشاط الزائد لدى الأطفال**، المرجع نفسه، ص : 18

III. تعريف رابطة الطب النفسي الأمريكي:

ترى رابطة الطب النفسي الأمريكي (1964) أن فرط الحركة يتميز بقلة الانتباه والحركة المفرطة، والاندفاعية، وأن الأطفال ذوي فرط الحركة يتميزون بأنهم يصدرون تعليقات غير مناسبة، ويفشلون في الاستماع إلى التعليمات، ويبدءون حديثهم في أوقات غير مناسبة، ويجيبون عن الأسئلة قبل سماعها كاملة ، ويخطفون الأشياء من الآخرين ويلمسون الأشياء الغير مناسبة، وتكون لديهم صعوبة في الانتظار في أخذ الدور.[1]

ثانيا: المحكات التشخيصية لفرط الحركة وتشتت الانتباه حسب DSM-IV

مازالت السمات الأساسية للاضطراب فرط الحركة تتضمن ثلاثية عدم الانتباه، والاندفاعية وفرط الحركة لكن تعدل هذا الثالوث من السلوكيات من محكات الـ DSM – III مع محكات DSM-IV لفرط الحركة والاندفاعية معا. وهكذا توجد ثلاثة أنواع فرعية للاضطراب:

I. نمط فرط الحركة والاندفاعية.

II. نمط عدم الانتباه (تشتت الانتباه).

III. النمط المشترك تشتت الانتباه وفرط الحركة.

هذا ويشير محكات DSM-IV إلى أن الأعراض لابد أن تكون موجودة في موقفين أو أكثر، وهذا شرط مهم لأن الاضطراب سائد في حقيقته ، وفي الماضي كان يحمل تعميم التشخيص على أساس ظهور الأعراض في موقف واحد فقط ويتطلب الـ DSM-IV أن تظهر الأعراض في كل المواقف المنزلية والمدرسية. ويطرح DSM-IV مشكلة وهي تحديد بداية الأعراض، فيشترط أن تظهر الأعراض على الأقل لمدة ستة أشهر، على أن تبدأ قبل سن السابعة ، وبالتالي يمكن أن تحدث الأعراض الأولى في سن السادسة. وفي ما يلي المحكات التشخيصية لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة كما أورده الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية.

ثالثا: اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه إما (1) أو (2)

(1)- تستمر ستة أو أكثر من الأعراض التالية الخاصة بعجز الانتباه لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة غير متسقة مع مستوى النمو وغير متسق معها – من هذه الأعراض.

---

(1)- مصطفى أسامة فاروق **: مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والانفعالية**، مرجع سبق ذكره

أ- يفشل الفرد غالبا في منح الانتباه للتفاصيل أو ارتكاب أخطاء إهمال في العمل المدرسي أو العمل أو الأنشطة الأخرى.

ب- غالبا يجد الفرد صعوبة في مواصلة الانتباه في المهام أو أنشطة اللعب.

ج- غالبا لا يبدو منصتا عندما يتحدث الآخرون إليه مباشرة.[1]

د- غالبا لا يتابع التعليمات ويفشل في الاهتمام بالعمل المدرسي أو العمل الروتيني في محل العمل (علما بأن ذلك لا يرجع إلى سلوك مقاوم أو إلى الفشل في فهم التعليمات).

ه- غالبا يجد صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة

و- غالبا يتجنب أو يبغض أو يقاوم الاشتراك في مهام تتطلب جهدا عقليا مستمرا (مثل العمل المدرسي أو العمل المنزلي).

ز- غالبا يفقد الأشياء الضرورية للمهام أو الأنشطة (مثل الألعاب، الواجبات المدرسية، أقلام الرصاص، الكتب، الأدوات).

ح- غالبا يتشتت بسهولة من المثيرات الخارجية.

ط- غالبا ينسى الأنشطة اليومية.

(2)- ستة أو أكثر من الأعراض التالية الخاصة بفرط الحركة – الاندفاعية تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة غير متسقة مع مستوى نمو وغير متسق معها.

- فرط الحركة:

أ- غالبا يتململ بيديه أو رجليه، أو يتلوى في مقعده.

ب- غالبا يترك مقعده في الفصل أو مواقف أخرى يتوقع فيها أن يبقى في مكانه.

ج- غالبا ينتقل من مكان إلى آخر أو ينسحب من موقف مكان قد اتخذه كثيرا في ظروف لا يلائمها ذلك.

د- غالبا يجد صعوبة في اللعب أو الاشتراك في أنشطة أوقات الفراغ تماما.

ه- غالبا يكون نشاطا من غير كلل أو يتصرف كما لو كان يحركه موتور.

و- غالبا يفرط في الحديث

---

(1)- American Psychiatric Association. Mini DSM-4. Critéres diagnostiques . édition Masson, Paris ,1996

- الاندفاعية:

ز- غالبا يقول الإجابات من غير تفكير قبل استعمال الأسئلة

ح- غالبا يجد صعوبة في انتظار دوره

ط- غالبا يقاطع الآخرين ويتدخل في شئونهم (يتدخل في المحادثات أو الألعاب)

(ب)- بعض أعراض الاندفاعية و فرط الحركة أو عدم الانتباه التي تسبب عجزا تكون موجودة قبل 7 سنوات .

(ج)- يوجد عجز ما في اثنين أو أكثر من الموافق (كالمدرسة أو العمل ، أو البيت).

(و) لابد أن يكون هناك دليل واحد على وجود عجز دال إكلينيكيا في الأداء الاجتماعي، والأكاديمي أو الوظيفي.

(ه)- لا توجد الأعراض بشكل مطلق أثناء مسار اضطراب نمو سائد، أو فصام أو اضطراب دهاني آخر، ولا يحسن تفسيرها باضطراب فعلي آخر مثل : الاضطراب المزاجي – واضطراب القلق أو اضطراب عدم الاجتماعية أو اضطراب الشخصية. [1]

- اضطراب عجز الانتباه – النمط المزدوج – لو انطبقت كلا من محكات أ (1) و أ (2) لفترة ستة أشهر سابقة.

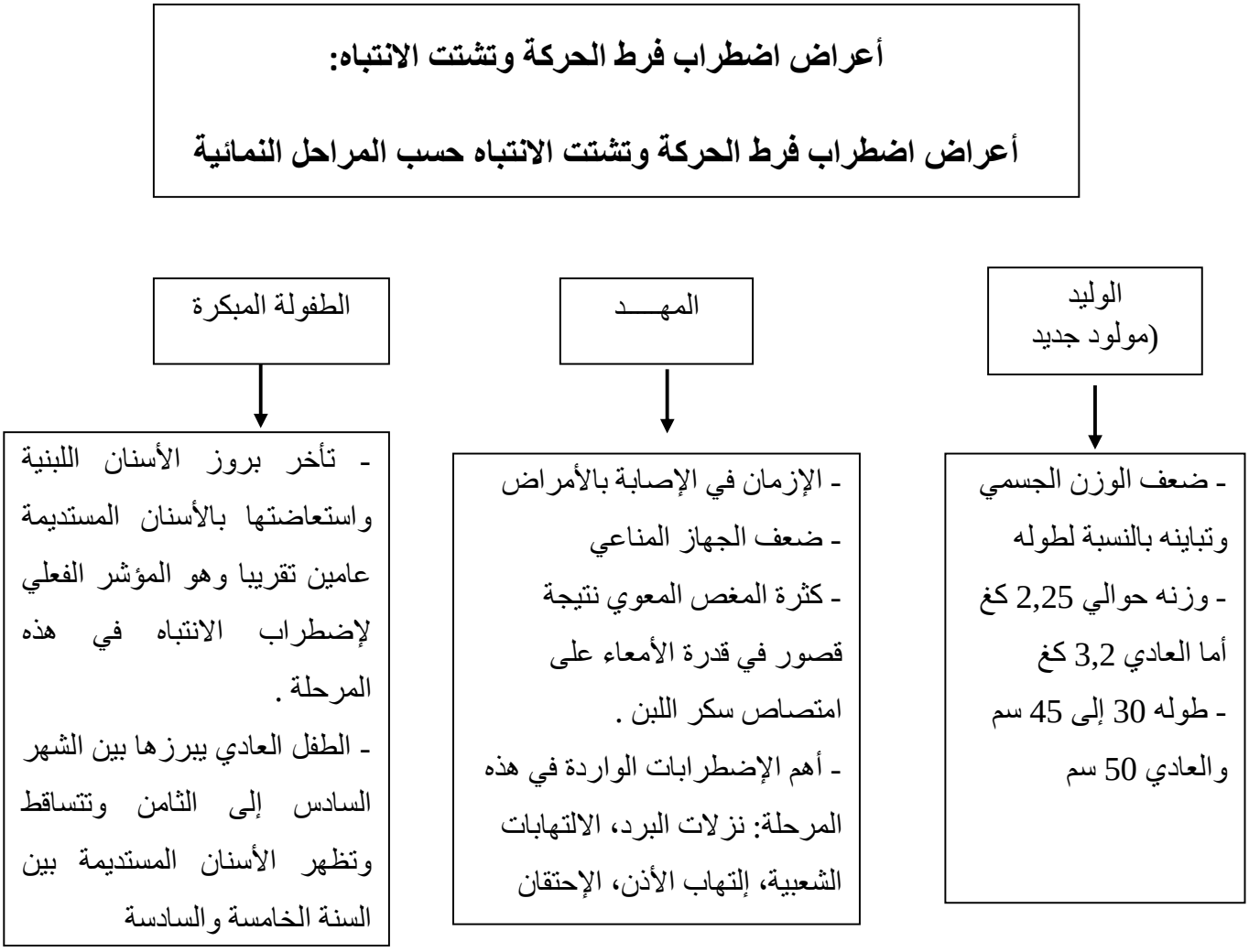
- اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة – نمط عجز انتباه مطلق – لو انطبقت المحكات أ (1)، دون المحكات أ (2) لفترة ستة أشهر سابقة.

- اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة، نمط فرط الحركة واندفاعية مطلقة لو انطبقت المحكات أ (2)، دون المحكات أ (1) لفترة ستة أشهر سابقة.[2]

1- APA. Opcit . p : 64

2- AAP. Opcit . P : 65

رابعا: أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه



شكل يوضح أعراض إضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه
حسب المراحل النمائية الأولى .[1]

(1)- نايف عابد الزراع: **اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (دليل عملي للأباء والمختصين)**،مرجع سبق ذكره

خامسا : طرق تشخيص فرط الحركة وتشتت الانتباه

التشخيص المبكر له أهمية لحالة الطفل من الناحية العصبية والعضوية، وكذلك من الناحية السلوكية والأكاديمية والعقلية ، كما يمكن الاستعانة بالاستبيانات والاختبارات المقننة وهي وسائل مفيدة وتعتمد على ما جاء في المعايير الدولية لمنظمة الصحة العالمية، وهذه المعايير الواردة في كتب التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية مثل (DSM IV) أو (ICD) وهي التي تعتمد عليها في التشخيص على سبيل المثال:

1- قائمة مشكلات انتباه الطفل لباركلي Barkley.

2- قائمة تقدير المعلمين لحالة طفل فرط الحركة ونقص الانتباه لكونرزConners.

3- قائمة تقرير نقس الانتباه لدى الطفل لماك كارني زديوبول.

4- قائمة مراجعة سلوك الطفل.

5- دليل الأسرة والمعلم لتشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك من إعداد فيصل الزراد.

6- دليل المعلم لتشخيص صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية (من إعداد فيصل الزراد).

7- مقياس السلوك التوافقي لدى الطفل. (تأليف كازونهيرا، راي فوستشر، هنري ليلا وآخرون)، وهو صادر عن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (1974) (ترجمة صفوت فرج، ناهد رمزي).

8- مقياس بيركس لتقدير السلوك لدى الأطفال، إصدار وتعريب (رعاية الأمومة والطفولة) دولة البحرين.[1]

سادسا: التشخيص الفارقي:

يرتكز أساسا على الاضطرابات النفس حركية للطفل.

1- يجب ملاحظتها من خلال l'agitation للأطفال التوحيديين الذين يقدمون استثارة جسمية مرتبطة بحركات نمطية، غياب اللغة.

2- عدم الاستقرار لدى الأطفال المتخلفين عقليا.

3- الاضطرابات القهرية اللاإرادية.

4- مرض Gille de Tourette : زملة وصفه(Gille de Tourette 1985) التي تحتوي على

---

(1) – نايف عابد الزراع: **اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (دليل عملي للأباء والمختصين)**، مرجع سبق ذكره، ص: 39-40

اضطرابات اللاإرادية الحركية، une coprolalie وصدى الكلمات وهم مرتبطين بعدة اضطرابات قهرية لا إرادية صوتية، وهذه الاضطرابات القهرية اللاإرادية هي مركبة، متعددة ومزمنة، هذه الاضطرابات يجب أن تبدأ قبل سن الثامنة عشر لمعرفة التشخيص.

5- اضطرابات في اكتسابات الحركية، وهذا يتمثل في اضطرابات النمو في التنساق الحركي.

6- اضطرابات السلوكات واضطرابات التحكم في الاندفاعية.[1]

سابعا : خصائص و السمات المميزة للأطفال المصابين بالاضطرابات (متمدرسين)

يعرف كل كوفمان (kauffman ,2005)، وهالامان وكوفمان (Hallahan et kauffman) ، وباركلي (Barkley, 1998) وجوردان (jordan, 1988) واحمد وبدر (2004) والحامد 2002 ،عدد من الخصائص والسمات المميزة للأطفال المصابين بهذا الاضطراب في مرحلة المدرسة، ونذكرها في ما يلي:

1- ضعف الانتباه والإنصات والتركيز

2 - سهولة التشتت.

3- فرط الحركة (الحركة الزائدة) والسلوك غير المقبول اجتماعيا.

4- الاندفاعية

5- ضعف القدرة على التفكير.

6- تأخر الاستجابة

7- قصور في القدرة على إنهاء المهام الموكلة إليه.

8- التردد

9- اضطرابات انفعالية

10- أحلام اليقظة

11- اضطرابات الكلام

12- الأداء الأكاديمي المنخفض.[2]

1- Mohamed ould TALEB : **Manuel de la pédopsychiatrie ,** (OPU) , Alger, 2012.

2- بن عابد الزراع نايف: **اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (دليل عملي للأباء والمختصين)**، مرجع سبق ذكره، ص: 27-31

ثامنا : الاضطرابات المصاحبة لفرط الحركة وتشتت الانتباه.

بعض الاضطرابات المصاحبة للاضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة نذكرها في ما يلي:

1- انخفاض القدرة على تحمل الإحباط، وعدم الطاعة والإلحاح المتكرر على الطلبات والسلوك الفوضوي والكآبة واضطراب المزاج والقلق واضطرابات التواصل.

2- صعوبة التعلم، وانخفاض الأداء الأكاديمي والانجاز المدرسي والمشكلات مع المعلمين والزملاء والسلوطات المدرسية.

3- انخفاض الأداء على المهام التي تتطلب انتباه وانخفاض أدائهم على مقاييس الذكاء بشكل نسبي.

4- عدم التوافق الاجتماعي حيث يرفض إتباع القواعد التي تحكم التعامل مع الآخرين أو المتبعة في نشاط معين.

5- السلوك العدواني والعناد والتمرد والمعارضة للآخرين.

6- ضعف الأداء المهني والمشاركة في الأعمال المنزلية.

7- قد يترافق مع بعض اضطرابات السلوك الحركي الأخرى منها اضطراب توريت gille de Tourette.

8- اضطرابات النوم وتتمثل في كثرة الحركة والتقلب أثناء النوم، والنوم القلق وكثرة الاستيقاظ أثناءه.

9- التأخر الدراسي نتيجة كثرة النسيان ،شرود الدهن،ضعف القدرة على التفكير،ضعف القدرة على فهم المعلومات ،الكتابة الرديئة وعدم وجود الدافعية للتعلم.[1]

تاسعا: أسباب اضطرابات النشاط الزائد ونقص الانتباه

I.العوامل الوراثية:

يعتبر بعض العلماء الأكثر أهمية لفرط الحركة هي العوامل الوراثية حيث تنتشرهذه المشكلة بشكل ملحوظ بين الأسر، فقد لاحظوا أثناء دراسة (10) حالات من ذوي فرط الحركة أن هناك (8) حالات منها كان الخلل متوارث فيها أي بنسبة 80% من الحالات ويوجد احتمال بنسبة 50% أن يكون أحد أو كلا الوالدين يعاني منه أيضا. أما الحالتين الباقيتين فقد كانت الحالة ترجع لأسباب أخرى مثل تدخين الأم أو إدمانها للكحول أو تعرضها للتدخين السلبي أثناء الحمل[2].

---

(1)- مصطفى أسامة فاروق : **مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والانفعالية**، مرجع سبق ذكره،

(2)- بطرس حافظ بطرس: **المشكلات النفسية وعلاجها**، دار المسيرة، ط1، الأردن، 2008

كما ركزت البحوث على دراسة الميكانيزمات الجينية وبصفة خاصة الدوبامين باعتباره الموصل العصبي الرئيسي المتضمن في اضطراب قصور (عجز) الانتباه المقترن بفرط الحركة، ويبدو أن مسارات الدوبامين بالدماغ والتي تمثل الرابط بين العقد القاعدية والقشرة المخية الأمامية تلعب دورا رئيسيا في هذا الاضطراب.[1]

II. العوامل البيولوجية

يرى بعض الباحثين أن تلف أو إصابات الدماغ واحد من الأسباب الرئيسية المؤدية إلى السلوكات المرتبطة باضطراب قصور الانتباه المقترن بالنشاط بفرط الحركة وهذا ما أكدته دراسة بريان بريان (1975) ،التي كشفت عن وجود ارتباطات بين تلف الدماغ لدى الراشدين وبعض صيغ القصور السلوكي مثل فقد اللغة أو التصلب، والجمود السلوكي، وافتقاد القدرة على التآزر وتنظيم الحركة، كما أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين أصيبوا بالتهاب الدماغ الوبائي بعد الحرب العالمية الأولى أنهم يعانون من مشكلات سلوكية أبرزها: ضعف أو تشتت الانتباه وفرط الحركة،و بناءا على مثل هذه النتائج أرجع الباحثون كل المشاكل التي تعيب الأطفال من صيغ الخلل السلوكي إلى تلف في الدماغ وعلى سبيل المثال دراسة كل من كون وكوهين سنة 1934 أن المشكلات المدرسية مثل فرط الحركة، تشتت الانتباه الاندفاعية إلى معاناة الحالات التي تظهرها من تلف أو أذى وضرر في جدع الدماغ بينما افترض شتراوس وليتشين سنة 1947 أن تشتت الانتباه أو فرط الحركة العلامة الرئيسية لتلف أو إصابات الدماغ.[2]

III. العوامل البيئية

1. عوامل قبل وأثناء الولادة:

فتعرض الأم أثناء الحمل للإشعاع، أو تناول المخدرات أو الكحوليات أو بعض العقاقير الطبية أو تعرضها لعض الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية، أو الزهري أو الجدري أو السعال الديكي وغيرها يؤدي إلى تلف الدماغ عند الطفل بما في ذلك مراكز الانتباه، وهذا التلف يؤدي إلى بعض تشوهات والعيوب الخلقية.[3]

1- سليم عبد العزيز ابراهيم **: الإضطرابات النفسية لدى الأطفال**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2011
2- سليم عبد العزيز ابراهيم **: الإضطرابات النفسية لدى الأطفال**، مرجع سبق ذكره
3- مصطفى أسامة فاروق **: مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والانفعالية**، مرجع سبق ذكره، ص **:** 161

2. الحوادث:

إصابة مخ الجنين أثناء الولادة أو إصابة الطفل بعد الميلاد وفي سنوات طفولته المبكرة بارتجاج في المخ نتيجة حادث.

3. الأمراض المعدية:

فتعرض الطفل لأي عدوى ميكروبية أو فيروسية كالحمى الشوكية، أو الإلتهاب السحائي، أو الحمى القرموزية أو الحصبة الألمانية يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن الاضطراب.

4. التسمم بالتوكسينات:

مثل التسمم بمادة الرصاص، التي تدخل في طلاء لعب الأطفال الخشبية، وطلاء أقلام الرصاص وغيرها وعندما تزداد نسبة الرصاص في الدم تتلف بعض الخلايا العصبية المسؤولة عن فرط الحركة .[1]

5- الغذاء

قد توصل فينجولد وآخرون Feingold et . AL 1976 إلى أن فرط الحركة له ارتباط بالسلع الغذائية ،وما يضاف إلى كثير من الأطعمة من نكهات صناعية، وألوان، ومواد حافظة وفي بعض الدراسات المبكرة تم استبعاد مثل هذه العناصر من غذاء الأطفال بشكل منظم .[2]

IV. العوامل الاجتماعية والنفسية

تلعب العوامل الاجتماعية والنفسية دور كبيرا وبارزا في حدوث مثل هذا الاضطراب وتطوره لدى الأطفال، ولقد أوضحت دراسة Louisse Lianne عن أثر التنشئة الاجتماعية في ظهور فرط الحركة لدى الأطفال ما قبل المدرسة وذلك عن طريق مقارنة عينة قوامها (33) طفلا من أطفال الحضانة والذين يعانون من فرط الحركة، وتم تقييم الأمهات والأطفال في المنزل عن طريق مجموعة من اللقاءات، ومجموعة أسئلة للأب وقياسات وملاحظات عن التربية والعوامل الأسرية، وتوصلت الدراسة إلى أن الترابط بين الطفل وأبويه يحد من النشاط الزائد والتفاعل القليل بين الطفل وأمه من الإسهامات التي تزيد النشاط الزائد مما يتضح أن الطريقة التي يتعامل بها الوالدين وكيفيتها هي التي ربما تكون السبب الرئيسي في فرط الحركة.

---

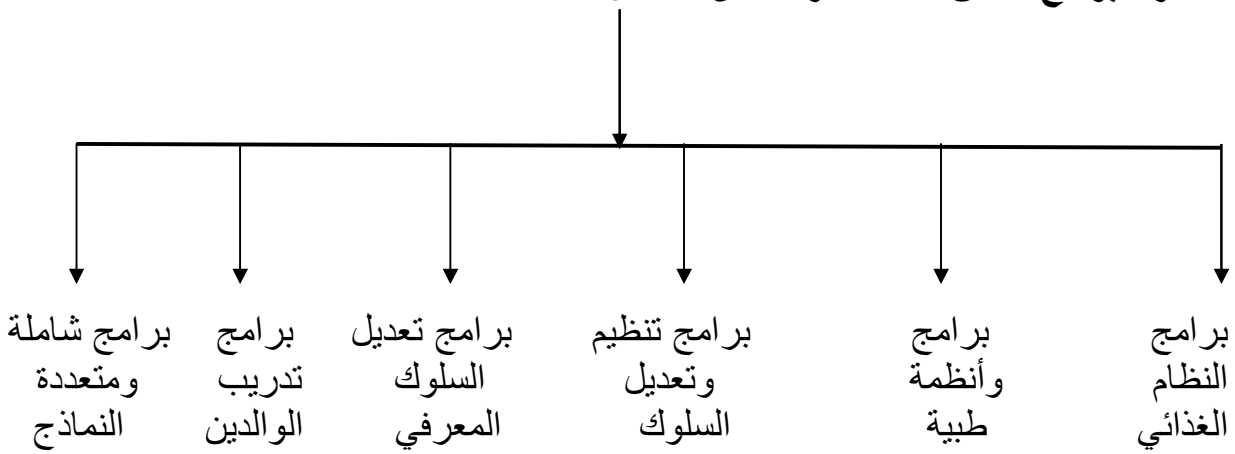
(1)- مصطفى أسامة فاروق : **مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والانفعالية**، مرجع سبق ذكره، ص : 161

(2)- مصطفى أسامة فاروق : **مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والانفعالية**، المرجع نفسه، ص : 161

- عدم الاستقرار داخل الأسرة:

فالأسرة الغير المستقرة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والنفسية يكون أطفالها أكثر عرضة للنشاط الزائد ومن دلائل عدم الاستقرار مرض أحد الوالدين، أو إدمان الوالد للمخدرات أو طلاق الوالدين، أو سفر أحدهما أووفاته، أو مستوى الانسجام الأسري أو الصراعات بين أفراد الأسرة أو الظروف الاقتصادية السيئة.[1]

عاشرا: برامج خفض النشاط الزائد لدى الأطفال



تخطيط لأهم الإتجاهات الحديثة لبرامج خفض فرط الحركة لدى الأطفال[2]

---

(1)- مصطفى أسامة فاروق **: مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والانفعالية**، مرجع سبق ذكره، ص **:** 161-162

(2)-)- اليوسفي مشيرة عبد الحميد أحمد **: النشاط الزائد لدى الأطفال**، مرجع سبق ذكره، ص **:** 38

الحادي عشر: علاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

يعد العلاج المبكر للاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مرحلة الطفولة المبكرة ضرورة مهمة للتغليب على الآثار السلبية التي قد تنجم عنه في مراحل النمو اللاحقة،والمتمثلة بصعوبات التعلم والتذكر والإدراك والانتباه.

والمشكلات الأسرية والإجتماعية تتمثل بسوء التوافق الأسري والاجتماعي ومن الأساليب العلاجية لعلاج فرط الحركي وتشتت الانتباه سوف ندكر ما يلي :

I. العلاج النفسي :

إن أساليب العلاج النفسي قد حققت أهدافها في علاج حالات إضطراب الانتباه المصحوب بفرط الحركة مثل طرق العلاج النفسي الحديثة: كالمناهج السلوكية وتعديل السلوك والعلاج المعرفي الذي طوره Aaron Beck والعلاج بالاسترخاء ، والتي تعطي نتائج باهرة النجاح في علاج أعراض هذا الإضطراب إذ أن تدريبات تعديلات السلوك تساعد على اكتساب ثقة الطفل بنفسه وتحسين نظرته لذاته وارتفاع مستوى تقدير الذات لديه وبناء مفهوم إيجابي للذات .[1]

II. العلاج السلوكي:

ويستهدف تعديل سلوكيات الطفل غير المرغوبة كالاندفاعية وغالبا ما يستخدم أسلوب التدعيم الايجابي ويعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك المرغوب الذي يتدرب عليه، وقد يكون التدعيم ماديا، عن طريق النقود أو الحلوى وقد يكون معنويا بتقبيل الطفل أو مداعبته أو مدحه أو بعبارات الشكر.ولا بد أن يقدم التدعيم عقب السلوك المراد تدعيمه مباشرة لأن تأجيل التدعيم قد يؤدي إلى نتائج عكسية، لأنه في حالة تأجيل التدعيم قد يقوم الطفل بسلوك آخر غير مرغوب، وعندما يتم التدعيم بعد ذلك فإن الطفل يربط هذا التدعيم بالسلوك الأخير مما يشجعه على تكرار السلوك غير المرغوب كما تستخدم أساليب تدريب على التحكم في الذات وتنمية ملاحظة الطفل لتفسه وسلوكياته والتدريب على الاسترخاء وما إلى ذلك من وسائل الضبط الذاتي .[2]

---

(1) - سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم: **المخ وإضطرابات الانتباه**، دار الجامعة الجديدة للنشر ، بدون طبعة، الاسكندرية ، 2012 ص:188

(2) - حسن مصطفى عبد المعطي، **االاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة** ، دار القاهرة ط1 القاهرة 2003 ، ص259

III. العلاج الدوائي:

يمثل العلاج الدوائي أحد أساليب العلاجية التي استخدمت مع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب، حيث يحدد الطبيب المختص بعد إجراء الفحوصات الطبية الضرورية للطفل الجرعات الدوائية التي تناسبه مع تحديد عدد المرات التي يجب أن يتناولها .

إذ تشير الأدبيات والدراسات الطبية إلى ان دواء المثيل فيتدات Methyphemidate المعروف تجاريا باسم الريتالين (Retaline) والذي ينتمي لفئة (المنشطات Psycho Stimulants) هو من أكثر الادوية فعالية في خفض المظاهر السلوكية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. وتوجد أدوية أخرى تعمل كمنشطات لزيادة قدرة الطفل على الاحتفاظ بالانتباه والإخلال من معدل إندفاعيته ونشاطه الحركي وتحسين أدائه في القيام بالمهام الحركية منها عقار(الأديرال Adderall)،(السيليرت + Cylrt) و الديكسدرين Dexédrine ، و(كونسيرتا Concerta) و(فوكلاين Focalin). و أشارت الأدبيات إلى مجموعة أخرى من الأدوية المنشطة والأدوية المضادة للاكتئاب والتي تستخدم لعلاج الاضطراب المصحوب بقلق أو اكتئاب وجداني وهي مجموعة المركبات ثلاثية الحلقات (كالا مفيتامين Amphétamine)و (الأميبرامين) Imipramine و (الديسبرامين Desipramin)و (النورتريلين Nortriptyline)[1]

IV. العلاج المعرفي السلوكي :

ويستخدم في تدريب الطفل على طاعة أوامر الوالدين والتدريب على المهارات الاجتماعية في التعامل مع الأقران ، وخفض السلوك العدواني، وتنظيم الذات غير الملائمّ، فلقد تم إدراك هذه المشكلات والاعتراف بها كمؤشر على مسار رديئي الانتباه ذوي النشاط الزائد، ويستهدف العلاج المعروفي السلوكي علاج الاندفاعية لدى الطفل فهو يؤكد على أسلوب حل المشكلة، وكذلك على توقع الحدث ونتائجه ويمكن إجراء هذا العلاج فرديا أو جماعيا ويفهم هذا العلاج أحيانا على أنه تدريب على المهارات الاجتماعية، وقد أظهرت بعض الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية تعزز من آثار العلاج الدوائي .[2]

1- المرسومي ليلي يوسف كريم : **فاعلية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه فرط النشاط الحركي**، المرجع سبق ذكره، ص69-70

2- حسن مصطفى عبد المعطي: **االاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة** ، مرجع سبق ذكره، ص:259

V. العلاج الأسري :

تنتشر الاضطراب السلوكية بين الاطفال المصابين باضطراب الانتباه كالاندفاع والعناد والعدوانية ونوبات الغضب الشديد وغيرها من أشكال السلوك غير المقبول إجتماعيا ،ولذا تسهم تلك الاضطراب السلوكية في اضطراب علاقة الطفل بالمحيطين به، مما يجعله غير قادر على التكيف الاجتماعي مع البيئة التي يعيش فيها ، ولذا فإن دور العلاج الأسري الأساسي هو تعديل البيئة المنزلية لذلك الطفل بهدف ملائمة العلاج لهذا النوع من الاضطرابات، ويتم ذلك بتدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى طفلهم في بيئة الطبيعية بالمنزل .[1]

VI. العلاج التربوي :

إن الأطفال ذوي إضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يعتبر بعضهم صعوبات تعلم تلازم هذا الاضطراب الذي يشتت انتباههم ويضعف قدراتهم في متابعة التعليمات وعدم قدرة على الانصات فضلا على اتسامه بالاندفاعية ولذافهم في حاجة إلى إستراتيجيات تربوية تعتمد على : جدب الانتباه والتفاعل الايجابي من المعلم مع المتعلم، وفحص العلاقة الاجتماعية مع أقرانه، وفحص تقدير الذات لهؤلاء الاطفال وتوجد بعض شروط واجب توافرها في العلاج التربوي نعرضها في ما يلي :

- حسن اختيار المعلم الذي سيقوم بالتدريس لهؤلاء الأطفال دوي إضطراب الفرط الحركي وتشتت الانتباه
- تدريب المعلم على كيفية التدريس لهم
- وضع خطة علاجية شاملة يشترك فيها كل أعضاء التربية مع قيام كل عضو بدوره المنوط به في الخطة العلاجية
- تكوين فريق عمل بالمدرسة للاشتراك في الخطة العلاجية مثل المدير، الأخصائي النفسي والاجتماعي والممرضة والمعلم .
- إيجاد حلقة إتصال وتعاون بين المدرسة والمنزل وذلك أثناء تنفيذ الخطة العلاجية للطفل ذوي الاضطراب .
- إبلاغ .

---

(2)- سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم: **المخ وإضطرابات الانتباه**، مرجع سبق ذكره ص:188

VII. العلاج التحليلي :

ويبنى على فهم نفسية الطفل وصراعاته الداخلية التي قد توجد بين أجزاء الشخصية أو بينها وبين العالم الخارجي المتمثل في الأسرة والمدرسة وفهم الحيل الدفاعية الموضية التي يستخدمها في سلوكه وتوضيح ذلك للطفل من خلال جلسات العلاج النفسي التي تجرى مع الاطفال الصغار بواسطة اللعب أو بواسطة الرسم وغيرها وهذا العلاج التحليلي قد يتم فرديا أو جماعيا (في إطار مجموعة الأطفال الذين لديهم نفس السلوكيات غير المرغوبة ومساعدتهم على كبحها)[1]

(1)- حسن مصطفى عبد المعطي: **االاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة** ، مرجع سبق ذكره، ص:259

الفصل الرابع
الانتباه

تمهيد

أولا: تعريف موسوعة علم النفس للانتباه

II. تعريف القاموس النفسي لـِ Nobert Sillamy

III. تعريف الزيات

ثانيا: أنواع الانتباه

ثالثا: أشكال الانتباه

رابعا: خصائص الانتباه

خامسا: مراحل الانتباه

سادسا: العوامل المؤثرة في الانتباه

سابعا: أشكال اضطرابات الانتباه

ثامنا: لوسائل النفسية والتربوية التي يمكن إتباعها لتحسين الانتباه

الفصل الرابع

الانتباه

تمهيد:

يعد الانتباه عملية حيوية تكمن أهميتها في كونها أحد المتطلبات الرئيسية للعديد من العمليات العقلية، كالإدراك والتذكر والتفكير والتعلم، فبدونه لا يتمكن الفرد من إدراك لما يدور حوله، وقد يواجه صعوبة في عميلة التذكر مما ينتج عنه الوقوع في العديد من الأخطاء، وخاصة فيما يخص أداء السلوك وتنفيذه.

وفي ما يلي سوف نتطرق لمفهوم عملية الانتباه، أنواعها- اضطراباتها والعوامل المؤثرة فيها.

أولا: تعريف موسوعة علم النفس: الانتباه هو ذلك النشاط الانتقائي الذي يميز الحياة العقلية ،بحيث يتم حصر الذهن في عنصر واحد من عناصر الخبرة، فيزداد هذا العنصر وضوحا عما سواه.[1]

II. تعريف القاموس النفسي لـ Nobert Sillamy : الانتباه هو تركيز الذهن على شيء محدد، وذلك بالانغلاق على العالم الخارجي للموضع على ما يهمنا.[2]

III. تعريف الزيات: الانتباه عملية تنطوي على خصائص تميزه أهمها الاختيار أو الانتقاء والتركيز والقصد والاهتمام والميل لموضوع الانتباه.[3]

ثانيا: أنواع الانتباه

يوجد ثلاث أنواع حسب طبيعة المنبهات

I. الانتباه التلقائي:

وهو الانتباه لمثير يشبع حاجات الفرد ودوافعه الذاتية حيث يركز الفرد انتباهه إلى مثير واحد من بين المثيرات، بيسر وسهولة تامة. هذا الانتباه هو انتقائي لكنه لا يحتاج إلى طاقة وجهد عقلي أو جسدي عالي لتركيز الانتباه.

-

---

(1)- أسعد رزق **: موسوعة علم النفس**، دار فارس، ط٤ ، الأردن ، 1992، ص**:** 47

(2)- Nobert Sillamy: **Dictionnaire de Psychologie, Larousse**, Paris, 1999 , P : 30

(3)- العتوم يوسف عدنان**: علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيق**، دار المسيرة ، ط٤ ، عمان، 2004

II. الانتباه القصدي :

وهو انتباه إرادي حيث يحاول الفرد تركيز انتباهه على مثير واحد من بين عدة مثيرات ويحدث هذا الانتباه تلقائيا بسبب محدودية الطاقة العقلية للفرد وسعة التخزين وسرعة معالجة المعلومات. لذلك يتطلب الانتباه طاقة وجهد كبيرين من الفرد لأن عوامل التشتت غالبا ما تكون عالية والدافعية لاستمرار الانتباه قد لا يكون بدرجة عالية.

III. الانتباه اللاإرادي:

يعد هذا النوع من الانتباه لا إراديا أو قسريا ، حيث يركز الفرد انتباهه على مثير يفرض نفسه بطريقة قسرية ودون بدل جهد عالي للاختيار بين المثيرات لدرجة يصبح فيها الانتباه وكأنه لا شعوري وغير انتقائي، حيث يعزل فيها الفرد نفسه بالكامل خارج إطار المثير الذي يشد انتباهه وخير مثال على ذلك الانتباه لصوت ضجيج مفاجئ في منتصف الليل أو لم شديد في أحد أعضاء الجسم، سماع عون الحماية المدينة لصوت صفارة الإنذار.[1]

IV.من حيث عدد المثيرات

1- **الانتباه لمثير واحد:** هو انتقاء الفرد لمثير واحد وتركيز الانتباه عليه وإهمال المثيرات الأخرى.

2- **الانتباه لأكثر من مثير:** يقوم الفرد بتركيز انتباهه إلى عدة مثيرات بحيث يتطلب جهدا عقليا حتى يستطيع الفرد الاحتفاظ بتنبيه هذه المثيرات.

3- **من حيث المصدر:** ينقسم إلى انتباه سمعي، بصري، شمي، لمسي وتذوقي.[2]

ثالثا: أشكال الانتباه

سلطت السيكولوجيا المعرفية الضوء على هذه العملية المعرفية يعني الانتباه باعتبارها أساس للنمو المعرفي للفرد، ولقد أشارت إلى الضروب التي اهتمت بها هذه العملية، حيث أشار (بورن وزملاؤه، 1979) إلى أن علماء النفس المعرفيين قد بينوا أن الانتباه يوجد في عدة أشكال.

1- **الشكل الأول**: الانتباه موزعا على جملة من المنبهات

2- **الشكل الثاني**: توجيه الانتباه وانتقائه لمنبه واحد ضمن جملة من المنبهات.

---

(1)- العتوم يوسف عدنان: **علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيق**، مرج سبق ذكره، ص :64

(2)- بدر فائقة والسيد علي السيد أحمد: **الاضطراب الانتباه لدى الأطفال**، النهضة المصرية، ط1، القاهرة، 1999، ص: 20-21

3- الشكل الثالث: والمتعلق بعملية اليقظة حيث يكون الشخص يقظا جدا وفي هذه الحالة ينتقل الانتباه بسرعة شديدة بين المنبهات المختلفة لكي ينتقي المنبه الذي يهتم به الشخص.[1]

رابعا: خصائص الانتباه: إن الطبيعة الديناميكية للانتباه مردها طبيعة المنبهات المتباينة والمتدرجة من البساطة إلى التعقيد ومن السكون إلى الحركة علاوة على عوامل جذب الانتباه التي تؤثر لا محال عليه بصفة عامة.[2]

الخاصية	مظاهرها
الانتباه عملية إدراكية مبكرة	- يقع الانتباه بين عمليتي الإحساس والإدراك لذا يطلق عليه " عملية إدراكية مبكرة"
الإصغاء	-أهم عوامل استكشاف للبيئة، المحيطة مثلا: التركيز على بعض الأحاديث، المثيرات السمعية.
الانتقاء	- توجيه الانتباه لبعض المثيرات السمعية المتلائمة مع حاجاته وحالاته النفسية.
عملية الإحاطة	- ترتكز على الإحاطة الحسية البصرية أو السمعية، أي استقبال المثيرات واستجماعها ثم انتقائها.
التعاقب	- الانتباه غير المنقطع - التركيز على تسلسل موجه للفكر عبر فترة زمنية
التدرج	-ظهور المثير بعد فترة زمنية طويلة مع ظهور مثير دخيل
التذبذب	-تباين شدة الاستثارة من مصدر المثير نفسه بين القوة والضعف

(1)- بدر فائقة والسيد علي السيد أحمد: **الاضطراب الانتباه لدى الأطفال**، مرجع سبق ذكره 1999، ص: 17
(2)- بدر فائقة والسيد علي السيد أحمد: **الاضطراب الانتباه لدى الأطفال**، المرجع نفسه ، ص: 66

خامسا: مراحل الانتباه:

إن عملية الانتباه تتم في 3 مراحل:

1- مرحلة الإحساس أو الكشف:

وفي هذه المرحلة يحاول المتعلم أن يستقبل ويكتشف وجود أية مثيرات حسية من البيئة عن طريق أعضائه الحسية، وتكاد تعتمد هذه المرحلة على سلامة تلك الأعضاء، إذ أي خلل يصيبها أو الجهاز العصبي بشكل عام والدماغ بشكل خاص يؤثر في قدرة المتعلم في تركيز الانتباه على المثيرات البيئية الحسية.

2- مرحلة التعرف:

يحاول المتعلم التعرف على طبيعة المعلومات الحسية المتوفرة من خلال تحليلها وفهمها وبمساعدة خبرات السابقة للمتعلم لمعرفة نوعها وشكلها وحجمها وقوتها وأهميتها بالنسبة له. ربما تكون هذه المعلومات تشبع حاجة إليه أو لا تشبع، منظمة أو غير منظمة، مألوفة أو غير مألوفة ممتعة أو مملة، تتمتع بالأهمية أو عديمة الأهمية، وهكذا التحديد مدى الاستمرار في استعمالها لاستكمال عملية الإدراك أو في إهمالها.

3- مرحلة الاستجابة:

وفي هذه المرحلة يحدد المتعلم أسلوب الاستجابة المناسب في ضوء استيعاب واختيار المثير الحسي من بين عدة مثيرات حسية، وتهيئة للمعالجة المعرفية الموسعة لغرض الاستجابة الظاهرة ،أو الضمنية في جميع مجالاتها المختلفة.[1]

سادسا: العوامل المؤثر في الانتباه:

- العوامل التي تساعد على حصر الانتباه (جذب الانتباه)

هناك عوامل خارجية تتلق أساسا بالمثير (خصائصه، ظروف الموقف ...) وعوامل ذاتية تتصل بشخصية الفرد: دوافعه، ميوله، أهدافه.

---

(1)- الفتلاوي محسن كاظم سهيلة **: تعديل السلوك في التدريس**، دار الشروق ، ط1، الأردن 2005، ص **:** 67

جدول يوضح أهم العوامل الخارجية والداخلية لجلب الانتباه . [1]

عوامل جدب الانتباه	طبيعتها	مظاهرها
عوامل خارجية	الحركة	هي الطابع الفعلي للتنبيه الفعال
	تغيير المنبه	الديناميكية المفاجئة زيادة في التنبيه
	موقع المنبه	- المناطق العليا أفضل من السفلى - المناطق اليمنى أفضل من اليسرى - المنبه أمام العين مباشرة أكثر فعالية
	حجم المنبه	- الحجم الأكبر أكثر تأثيرا من الأصفر
	شدة المنبه	- كلما زادت شدة الاستثارة زادت شدة الانتباه
	الاعتياد	- ألفة المثير ضمان لتنبيه أفضل.
عوامل داخلية	طبيعة المنبه	- تختلف شدة الانتباه باختلاف نوع وكيف المثير (سمعي، بصري)
	حداثة المنبه	- مثير جديد ← خبرة جديدة ← زيادة في شدة الانتباه
	تكرار المنبه	- تكرار المنبه يضمن ألفته ومن تم زيادة في شدة الانتباه
	التباين والتضاد	- تباين الشكل على الأرضية عامل مهم لجذب الانتباه
	الحاجة الزائدة للتنسيق	- تعقد وسرعة المثير إلزامية تركيز الانتباه عليه
	• العوامل المؤقتة	- التهيؤ الذهني: تفعيل السيرورات الذهنية لانتقاء المثير المحدد - النشاط العضوي: يؤدي إلى جدب الانتباه إلى الداخل - الدافع: الدوافع شرط أساس لحدوث الانتقائية الخاصية الأساسية للانتباه'.
	ب- العوامل المستديمة	- مستوى الاستثارة الداخلية - الميول والاهتمامات - الراحة والتعب

(1)- بدر فائقة والسيد علي السيد أحمد: **الاضطراب الانتباه لدى الأطفال**، مرجع سبق ذكره 1999، ص: 68

سابعا : أشكال اضطرابات الانتباه

1- زيادة الانتباه :يلاحظ في الفرد الانتباه الشديد لمثير معين بكل تفاصيله وفرط التشتت بالأفكار ويشاهد ذلك في الهوس.

2- **نقص أو قلة الانتباه:** إذ يلاحظ في الفرد ضعف ونقص الانتباه أو انعدامه ويشاهد في ذلك الضعف العقلي والفصام والاكتئاب

3- **تحول الانتباه (التشتت):** ويلاحظ من تشتت الانتباه وسرعة تحوله من مثير لآخر غير متعلق بالموضوع الأصلي ويطلق على ذلك: السرحان وهو عدم القدرة على الاستيعاب .

4- **السهب:** وهو فقدان القدرة على تثبيت الانتباه لمثير معين بذاته حتى ولو لوقت قصير على الرغم من أهمية ذلك المثير.

5- **الانشغال:** ويقصد به أن يتجه الانتباه إلى المثيرات الداخلية دون الخارجية على حسابها ويشاهد في الاكتئاب.[1]

ثامنا : بعض الوسائل النفسية والتربوية التي يمكن إتباعها لتحسين الانتباه:

1-احترام انفرادية الفرد و مراعاة قدرات الفرد

2- الوقوف على الميول والاستعدادات والاتجاهات لدى الفرد

3- مراعاة الظروف البيئية والاجتماعية

4- استمرارية التدعيم

5- التدريب على مراقبة الذات

6- الوعي بتحليل السلوك

7- تشكيل سلوكات مرغوبة

8- تعزيز عمليات التفاعل مهما تباينت.[2]

---

(1) – ابرهيم يوسف سليمان عبد الواحد : **اضطرابات الانتباه رؤية في إطار علم النفس العصبي المعرفي**، دار الجامعة الجديدة للنشر، بدون طبعة،الاسكندرية170، 2012

(2) – عبد الجوالدة فؤاد و إمام محمد صالح : **السلوكات الدالة على نظرية العقل**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1 ، الأردن 2010

الفصل الخامس
العلاج السلوكي

تمهيد

أولا : العلاج السلوكي

I. مفهوم العلاج السلوكي

II. تعريف المعهد القومي للصحة العقلية بالولايات المتحدة الأمريكية

ثانيا : الأسس النظرية للعلاج السلوكي

ثالثا : إجراءات العلاج السلوكي عند الطفل

رابعا : التقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي

I. تعريف التعزيز

II. أنواع التعزيز

III. أنواع المعززات

IV. **العوامل التي تزيد من فاعلية ال**تعزيز

V. **جداول التعزيز**

VI. **تكلفة الاستجابة**

VII. **الانطفاء**

VIII. **التشكيل**

خامسا: مزايا وعيوب العلاج السلوكي

الفصل الخامس:العلاج السلوكي

تمهيد

الملاحظ أن العلاجات السلوكية قد أثبتت خلال السنوات الماضية نجاعتها وفعاليتها في علاج العديد من الاضطرابات النفسية وهي تستمد مشروعيتها العلمية من النظرية السلوكية التي ظلت حاضرة بقوة على امتداد نصف قرن من الزمن. فالسلوكية اتخذت من السلوك موضوعها الأساسي ومنحت لظاهرة التعلم مكانة متميزة في مشروعها العلمي، فعلي امتداد سنوات عديدة، حاول مجموعة من الباحثين إثبات الفكرة القائلة بأن الإنسان هو حصيلة مجموعة من التعليمات الناتجة عن اشتراطات والمثيرات الخارجية (المحيط البيئي والاجتماعي وسواء تعلق الأمر باشتراطيه **بافلوفPavlov** أو ثنائية المثير والاستجابة **لواطسون Watson**، و مبدأ التعزيز **لسكينرSkinner**، فجميع أقطاب الاتجاه السلوكي يتفقون حول أهمية التعلم ودوره في اكتساب مهارات حسية حركية ولفظية. وهو تعلم تحكمه مثيرات خارجية وعوامل البيئة. وفي هذا الفصل سوف نلم بموضوع العلاجات السلوكية كالتالي:

أولا: مفهوم العلاج السلوكي: هو أسلوب علاجي يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعلم الشرطي، بحيث تتم محاولات حل المشكلات واضطرابات السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضي للعميل. والمرض النفسي من وجهة نظر المدرسية السلوكية ما هو إلا تجمعات في عادات وسلوك خاطئ قد يكتسب من البيئة التي يعيش فيها المريض، وأن هذا السلوك غالبا ما اكتسبه العميل وليس أصلا فيه، فإنه من الميسور محو هذا السلوك الخاطئ وتعلم السلوك السوي من جديد ليستطيع التكيف في المجتمع.[1]

I. **تعريف المعهد القومي للصحة العقلية بالولايات المتحدة الأمريكية للعلاج السلوكي:**هو ذلك الطراز المعين من العلاج النفسي الذي يتضمن تطبيقات نتائج البحوث السلوكية لمساعدة الأفراد على التغيير على النحو الذي يرتضونه مع التركيز على الأعراض والأحداث الراهنة وللبيئة المحيطة ومثيراتها، وحديثا بذا اهتمامه بتعلم المهارات وتحسين الضبط الذاتي، واكتساب القدرات المساعدة على التوافق، ومواجهة المشكلات. [2]

1- سري إجلال محمد: **علم النفس العلاجي**، عالم الكتب، ط2 ، القاهرة، 2000 ، ص : 119

2- أبو زيد مدحت عبد الحميد:**العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية**، الجزء الثاني، دار المعرفة الجامعية،الاسكندرية 2008

ثانيا: أسس النظرية للعلاج السلوكي:

يرتكز العلاج السلوكي على الإطار النظري الذي وضعه ايفان بافلون Pavlov، وغيرهما في التعلم الشرطي، ويستفيد العلاج السلوكي من نظريات ثورنديك Thorndike، وكلارك هل hull، وبوروس سكينر Skinner في التعزيز وتقرير نتائج التعلم مع استخدام التعزيز الموجب أو السالب أو الثواب أو العقاب. وينتمي العلاج السلوكي إلى النظرية السلوكية في الشخصية والتي تقول إن الفرد في نموه يكتسب السلوك (السوي أو المرضي) عن طريق عملية التعلم، تتجلى هذه النماذج في:

I. **نموذج الإشراط الكلاسيكي:** وهو يرتكز على تبديل المنبهات القديمة بمنبهات تستثير سلوك جديد أو إلحاق منبهات جديدة باستجابات متوفرة سابقا. ومن أمثلة التجارب الكلاسيكية تجاربIvan Pavlov في التعلم الشرطي علي الكلاب وتجاربJohn Watson و Mary Jones تجارب علي الطفلAlbert و الأرنب الأبيض في علاج حالات الخواف ،والتي توصلوا من خلالها إلي نتائج هامة في العلاج السلوكي .

II. **نموذج الإشراط الإجرائي:** يركز على دور تدعيمات في تغيير قوة استجابة سابقة، ويتحقق تعديل السلوك إما عن طريق تغيير مباشر في عواقب السلوك ،أو عن طريق أساليب إضافية تخضع السلوك لضبط منبهات سبق أن أخبرها العميل، مرتبطة بعواقب تدعيمية معينة .

III. **نموذج التعلم عن طريق الملاحظة:** وهو يستخدم أساليب تسيير التعلم عن طريق تدرب على السلوك الجديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين.

IV. **نموذج تنظيم الذاتي:** أي الطرق التي يمكن أن يغير الفرد بها سلوكه هو بذاته، حيث يتلاءم مع بعض معايير سابقة له حددها لنفسه، وعادة في مواقف تحدث فيها صراعات قوية.[1]

ثالثا: إجراءات العلاج السلوكي عند الطفل: تضم العملية العلاجية الإجراءات التالية :

1- تحديد النوعي للسلوك المحوري المراد علاجه وتعديله باتفاق المعالج وأسرة الطفل على أن تكون للجميع (المعالج، الطفل، الأسرة) جميعهم صورة واضحة عن كيفية تأخر هذا السلوك في صحة الطفل وتفاعله مع جميع الأطراف .

---

1 - سري إجلال محمد: **علم النفس العلاجي**، المرجع سبق ذكره ، ص **: 115**

2- وضع طريقة لقياس تواتر السلوك وشيوعه وذلك من خلال جمع المعطيات باستخدام التقنيات الفحص النفسي المتمثلة في الملاحظة والاستمارات المعدة خصيصا لذلك.

3- التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك الغير مرغوب فيه من خلال دراسة الحالة مع تحديد استجابات المحيط بعد ظهور السلوك .

4- تصميم العلاج والخطة العلاجية: يتم فيها تحديد الأهداف بشكل إيجابي مع تحديد أيضا الشروط والوسط الذي سيحدث فيه السلوك الإيجابي ومحكات أداء هذا الأخير.

5- بناء توقعات علاجية إيجابية الاتجاه الإيجابي لدى الطفل والأسرة.

6- تصميم السلوك الجديد على البيئة الطبيعية [1]

رابعا : التقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي:

I. التعزيز

يعد التعزيز عملية سلوكية تشتمل على تقوية السلوك، حيث يتبع مثير بيئي ما (حدث، شيء، خبرة) السلوك مباشرة بعد حدوثه فيؤدي ذلك إلى زيادة احتمالات ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المشابهة ويسمى المثير البيئي بالمعزز. [2]

كما أنه عملية تدعيم السلوك المناسب، فهو ذو أثر ايجابي من الناحية النفسية أيضا. وذلك من خلال إثابة الطفل على سلوكه السوي، بكلمة طيبة أو ابتسامة عند المقابلة أو الثناء عليه أمام زملائه أو منحه هدية مناسبة، أو الدعاء له بالتوفيق والفلاح، واشتراكه في رحلة مدرسية مجانا أو الاهتمام بأحواله، مما يدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف. كما يمكن استخدام هذا الأسلوب في علاج حالات كثيرة مثل النشاط الحركي الزائد، الخمول، فقدان الصوت، الانطواء، العدوان .... وغيرها.[3]

-

1- عبد الشار ابراهيم، عبد العزيز بن عبد الله، الدخيل رضوان ابراهيم **: العلاج السلوكي للطفل،** علم المعرفة، (ب ط) ، الكويت 1990 ، ص 135-146

2- المرسومي ليلى يوسف كريم**: فعالية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي،** المرجع سبق ذكره، ص**: 104 .**

3- - برطس حافظ بطرس، **تعديل وبناء سلوك الأطفال،** مرجع سبق ذكره

II. أنواع التعزيز

1- التعزيز الموجب:

أسهم سكينر Skinner (1938) في إيضاح العلاقة بين السلوك المنحرف وبين التعلم وأكد أنه في تعديل مثل هذا السلوك عن طريق الاشتراط يجب الاهتمام بعملية التعزيز الموجب للسلوك المطلوب، ويتم ذلك بإثابة الفرد على السلوك السوي المرغوب مما يعززه ويدعمه ويثبته ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف وتضم أشكال الثواب أي شيء مادي أو معنوي يؤدي إلى رضا الفرد عندما يقوم (بالسلوك إذا تكرر الموقف) المرغوب، مثال ذلك الطعام والحلوى والنقود والمدح والحب والاحترام والدرجات وثبات وتعديل السلوك من أجل الحصول عليه، أي أن التعزيز الموجب مثيب ومعجل لتعليم السلوك المطلوب وهناك عوامل تزيد من فاعلية التعزيز، والحاجة إليه، وسرعة تقديم التعزيز فور صدور السلوك المرغوب، وتقديمه بقدر معتدل.[1]

2- التعزيز السالب:

في هذا الأسلوب تبدل الجهود لزيادة احتمال ظهور الاستجابة المرغوبة بتعريض المريض لمثير غير سار مقدما ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة، وهذا نوع من التعزيز السالب، ولا يستخدم هذا الأسلوب كثيرا لأن على المعالج أن يعرض المريض لخبرات مؤلمة إلى أن تظهر الاستجابة المرغوبة، وهذا قد يؤثر تأثيرا سلبيا على إرادته في الاستمرار في العلاج (وخاصة في حالات الكبار) وعلى العموم فإن استخدام أسلوب التعزيز السالب شائع في السجون والإصلاحيات. [2]

---

(1)- زهران حامد عبد السلام: **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، مرجع سبق ذكره ، ص **:249**
(2)- زهران حامد عبد السلام: **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، المرجع نفسه، ص**: 250**

III. أنواع المعززات:

وقد تكون المعززات على شكل أنواع مختلفة منها:

1-المعززات الغذائية: وتشمل على جميع الأطعمة والأشربة والتي تستخدم بشكل كبير مع الأطفال.[1]

ومن إحدى المشكلات الأساسية التي تواجه المعالج عند استخدام المعززات الغذائية تتمثل في مشكلة الإشباع والتي تعني أن المعزز يفقد فعاليته نتيجة استهلاك الفرد كمية كبيرة منه وبالإمكان التغلب على هذه المشكلة من خلال:

1- استخدام أكثر من معزز واحد

2- تجنب إعطاء كمية كبيرة من المعزز نفسه

3- إقران هذه المعززات بمعززات اجتماعية .[2]

2-المعززات المادية والرمزية: تشمل المعززات المادية الأشياء التي يحبها الفرد (كالألعاب، القصص، الألوان، الأفلام، الصور، الكرة، نجوم، شهادة تقدير، أقلام، دراجة .... وإلخ).[3]

3-المعززات الاجتماعية:للمعززات الاجتماعية التي يقوم بها المعلم ايجابيات كثيرة جدا ، منها أنها مثيرات طبيعية ويمكن تقديمها بعد السلوك مباشرة، ونادرا ما يؤدي استخدامها إلى الإشباع ومن الأمثلة على المعززات الاجتماعية ما يلي:

1- الابتسام والثناء والانتباه والتصفيق.

2- التربيت على الكتف أو المصافحة.

3- التحدث ايجابيا عن الطالب أمام الزملاء والمعلمين أو الأقارب والأصدقاء .

4- نظرات الإعجاب والتقدير.

5- التعزيز اللفظي كقول: " أحسنت، عظيم، إنك ذكي فعلا، فكرة رائعة، هذا عمل ممتاز".

6 - الجلوس بجانب الطالب أثناء مشاركته في الرحلة.

---

(1)- المرسومي ليلى يوسف كريم: **فعالية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي**، مرجع سبق ذكره ، ص: **105**

(2)- بطرس حافظ بطرس: **المشكلات النفسية وعلاجها**، مرجع سبق ذكره، ص : **220**

(3) - بطرس حافظ بطرس: **المشكلات النفسية وعلاجها** ،المرجع نفسه ، ص : **220**

7- عرض الأعمال الجيدة أمام الصف.

8- إرسال شهادة تقدير لولي أمر الطالب.[1]

4-المعززات النشاطية:

هي نشاطات محددة يحبها الفرد عندما يسمح له بالقيام بها حال تأديته للسلوك المرغوب به، وتتمثل المعززات النشاطية بما يلي :

1- الاستماع إلى القصص

2- مشاهدة التلفاز لحضور البرامج المحببة إليه بعد الانتهاء من تأدية واجباته المدرسية.

3- السماح له بالخروج مع أصدقائه بعد أن يقوم بترتيب غرفته.

4- زيادة فترات الاستراحة.

5- المشاركة في الحفلات المدرسية.

6- ممارسة الألعاب الرياضية و الرسم

7- مساعدة بعض التلاميذ في أعمالهم المدرسية

8 -المشاركة في النشاطات الترفيهية كالأرجوحة.

9- الذهاب إلى الملاهي والحدائق العامة أو زيارة الأقارب.[2]

IV. العوامل التي تزيد من فاعلية التعزيز

1- **توقيت التعزيز:** فالتعزيز الفوري أكثر فاعلية من التعزيز المؤجل.

2- **ثبات التعزيز:** وما يعنيه هو استخدام التعزيز وفق جداول مناسبة، فالتعزيز العشوائي أو الاعتباطي ليس من خصائص منهجية تعزيز السلوك.

3- **مستوى الحرمان:** كلما طالت فترة حرمان الطفل كان التعزيز أكثر فعالية.

4- **كمية التعزيز:** يمكن أن نعزز بكميات كبيرة في مرحلة اكتساب السلوك والتقليل منه في مراحل متأخرة.[3]

---

(1)- بطرس حافظ بطرس: **المشكلات النفسية وعلاجها** مرجع سبق ذكره، ص **: 221-221**

(2)- بطرس حافظ بطرس: **المشكلات النفسية وعلاجها** ، المرجع نفسه، ص **: 220-221**

3- المرسومي ليلى يوسف كريم**: فعالية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي**، مرجع سبق ذكره ، ص**: 105**

5- **درجة صعوبة السلوك:** كلما ازدادت درجة تعقيد السلوك، أصبحت الحاجة إلى كمية كبيرة من التعزيز أكثر، فالمعزز ذو الأثر البالغ عند تأدية الفرد لسلوك بسيط قد لا يكون فعالا عندما يكون السلوك المستهدف سلوكا معقدا أو يتطلب جهدا كبيرا.

6- **التنويع:** إن استخدام أنواع مختلفة من المعزز نفسه أكثر فاعلية من استخدام نوع واحد .

7- **التحليل الوظيفي:** يجب أن يعتمد استخدامنا للمعززات إلى تحليلنا للظروف البيئية التي يعيش فيها الفرد ودراسة احتمالات التعزيز المتوفرة في تلك البيئة.

8- **الجدة:** عندما يكون المعزز شيئا جديدا فإنه يكسبه خاصية، لذا ينصح بمحاولة استخدام أشياء غير مألوفة قدر الإمكان.[1]

9-جداول التعزيز

تنظم جداول التعزيز مواعيد تقديم التعزيز، وتحدد أي الاستجابات سيتم تعزيزها. فالتعزيز إما أن يكون متواصلا، وإما أن يكون متقطعا.

وفي التعزيز المتواصل يتم تعزيز السلوك في كل مرة يحدث فيها، وهذا التعزيز يستخدم عند تعليم سلوك جديد للشخص ومن سلبيات التعزيز المتواصل أنه قد يؤدي إلى الإشباع، و قد يؤدي إلى انطفاء السلوك عند توقفه وبذلك تقل احتمالات التعميم و قد يكون متعبا ومكلفا والبديل للتعزيز المتواصل هو التعزيز المتقطع الذي يشمل تعزيز بعض الاستجابات التي تصدر عن الفرد وليس كل استجابة وتعرف جداول التعزيز بأنها القواعد التي يتم تنظيم العلاقة بين السلوك والمعززات بناء عليها هي وصف للوقت أو الظرف الذي سيتم تقديم التعزيز فيه.[2]

1- بطرس حافظ بطرس: **المشكلات النفسية وعلاجها** ، مرجع سبق ذكره، ص **: 123**

2- بطرس حافظ بطرس: **المشكلات النفسية وعلاجها** ، مرجع سبق ذكره، ص **:227**

V.**أنواع جداول التعزيز:**

1- جدول التعزيز المستمر :وفيه يتلقى الفرد التعزيز في كل مرة تحصل منه استجابة، وهذا النوع من الجداول يستخدم عندما يراد تعليم الفرد (الطفل) نمطا جديدا من أنماط السلوك المرغوب فيه مثل ترتيب حجرته أو غسل أسنانه أو جمع لعبه ووضعها في مكانها أو الاعتماد على نفسه في المذاكرة.[1]

2- الجدول الفاصلي الثابت: يبين أن الاستجابة يتم تعزيزها بعد مرور فاصل زمني ثابت.

3- الجدول النسبي الثابت: فهو الذي يعزز بعد حدوث عدد محدد من الاستجابات، كأن أعزز طفلي بعد أن يقوم بترتيب حجرته ثلاث مرات متتالية بغض النظر عن الوقت.

4- الجدول النسبي المتغير:فهو الذي ينص على أن عدد الاستجابات المطلوبة لتحقيق التعزيز يتباين من حالة لأخرى، بمعنى أنني يمكن أن أعزز طفلي على ترتيب لحجرته بعد ثلاث مرات، وفي مرة أخرى أعززه بعد مرتين وفي مرة ثالثة بعد خمس مرات.[2]

VI. تكلفة الاستجابة : أسلوب يهدف إلى جعل الفرد يميز بين السلوك المناسب وغير المناسب عن طريق خسارته لجزء من المعززات التي بحوزته إثر قيامه بالسلوك الخاطئ[3].

VII. الإنطفاء: يستهدف هذا الأسلوب إلى أن السلوك الذي لا يعزز يضعف، وقد يتوقف نهائيا بعد فترة زمنية معينة ، فهو يرتكز على تجاهل الاستجابات الغير مرغوبة بدون اللجوء إلى استخدام مثيرات منفرة، وهذا لبا يعني التوقف عن التعزيز الايجابي بل يعزز السلوك المرغوب فيه في الوقت نفسه.[4]

1- بطرس حافظ بطرس: **المشكلات النفسية وعلاجها** ، مرجع نفسه، ص **: 227**

2- بطرس حافظ بطرس: **المشكلات النفسية وعلاجها** ، مرجع سبق ذكره، ص **: 228**

3- السيد عبيد ماجدة بهاء الدين **: الضغط النفسي ومشكلاته وأخرى على الصحة النفسية**، ط$_1$، 2008، عمان، ص **:** 368

4- الظاهر قحطان أحمد **: إضطرابات اللغة والكلام** ، ط$_1$، دار وائل للنشر 2010، عمان

VIII. التشكيل:

تستخدم هذه التقنية عندما يكون السلوك المرغوب فيه غائبا أو ضعيف جدا وللوصول إلى السلوك المرغوب فيه يتطلب تجزئته إلى مراحل صغيرة ومترابطة بينها ، حيث تكون كل مرحلة السبب في الانتقال إلى المرحلة التالية وتستعمل هذه التقنية بكثرة في تعليم اللغة .[1]

خامسا: مزايا وعيوب العلاج السلوكي

فيما يخص المزايا فهي كالتالي:

- يقوم على أساس دراسات و بحوث تجريبية و عملية قائمة على نظريات التعلم ويمكن قياس صدقها قياسا تجريبيا مباشرا، وإنه متعدد الأساليب ليناسب تعدد المشكلات و الاضطرابات، حيث يركز على المشكلة أو العرض و هذا يوفر وجود محك لتقييم نتائجه. إنه يعتبر عملي أكثر منه كلامي نظري و يستعين بالأجهزة العملية، أهدافه واضحة و محددة، ويوفر الوقت و الجهد و المال لأنه يستغرق وقتا قصيرا نسبيا لتحقيق أهدافه.

أما بالنسبة لعيوب العلاج السلوكي يعتبر السلوك البشري معقد لدرجة يصعب معه في كثير من الأحيان عزل و تحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها واحد واحدا، وعن طريق استخدام الأجهزة ومحاولة جعل الإنسان كالآلة. الاضطرابات السلوكية يصعب تفسيرها جميعا في شكل نموذج سلوكي مبني على أساس الاشتراط أحيانا يكون الشفاء وقتيا وعابر .يهتم بالسلوك المضطرب فقط ويركز على التخلص من الأعراض الظاهرة دون المصدر العميق والحقيقي للاضطرابات، وقد يؤدي إلى ظهور أعراض أخرى، فالاضطراب السلوكي الظاهر ما هو إلا دليل خارجي لاضطراب داخلي عميق يكمن وراء هذا السلوك الظاهر. [2]

1- Cottraux jean **: les thérapie comportements** opcit P19

2- قاسم جمال، عبيد ماجدة، الزعبي عماد: **الاضطرابات السلوكية**، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان2000، ص: **189**

الجانب التطبيقي

الفصل السادس
الإجراءات المنهجية

تمهيد

أولا: منهج الدراسة

ثانيا : متغيرات الدراسة

I. **المتغير المستقل**

II. **المتغير التابع**

ثالثا: حدود الدراسة

I. **الحدود المكانية**

II. **الحدود الزمنية**

رابعا: عينة الدراسة

خامسا: أدوات الدراسة

I. **الملاحظة العيادية**

II. **المقابلة العيادية**

III. **DSM-IV**

IV. **استبيان تشخيص فرط الحركة، تشتت الانتباه والاندفاعية لفيصل محمد خير الزراد**

سادسا: البرنامج العلاجي السلوكي

الفصل السادس

الإجراءات المنهجية

تمهيد :

يعد الجانب التطبيقي مكملا للجانب النظري الذي تطرقنا إليه في الفصول السابقة كما أنه يمكننا من التحقق من صحة الفرضيات وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها.

أولا: منهج الدراسة

I. منهج عيادي: وبما أن المشكل المعالج هو مشكل نمائي للأطفال فعليه تم استخدام المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة نظرا لتناسبه مع أهداف الدراسة.

والمنهج العيادي يعرفه Maurice Reuchlin : "على أنه طريقة تنظر إلى السلوك من منظور خاص، فهي تحاول الكشف بكل ثقة وبعيدا عن الذاتية عن كيونة الفرد والطريقة التي يشعر بها وسلوكاته وذلك في موقف ما ، كما نبحث عن إيجاد معنى لمدلول السلوك." [1]

أما دراسة الحالة: فهي تهدف إلى الإحاطة المعرفية الشاملة بتفاصيل شخصية الحالة من حيث المنظور الدينامي، والترابطي، و العلائقي والتاريخي، إذ يقول جوليان روتير Rotter : "بأن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر و أدق قدر ممكن من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو المريض وتلك المعلومات يحصل عليها من خلال المناقشة المباشرة مع المريض والمتضمنة طبيعة المشكلة أو ظروفها ومشاعر صاحبها، واتجاهاته، ورغباته، والخبرات المؤلمة التي يتعرض لها، وتأتي تلك المعلومات من الأسرة ورفاق العمل والأساتذة بالمدرسة " .[2]

ثانيا : متغيرات الدراسة:

تعتبر المتغيرات أساسية للفرض، فهي المفاهيم والمواضيع التي يقوم الباحث بدراستها وبحثها، وكلمة متغير تتضمن التغيرات التي قد تحدث في قيمتها.[3]

حيث تكونت دراسة الحالة من متغيرين وهما : المتغير المستقل والمتغير التابع

I. **المتغير المستقل:** وهو عبارة عن برنامج علاجي سلوكي قائم على تقنيات مختلفة مستوحاة من العلاج السلوكي، تتمثل في التعزيز (الموجب والسالب) والانطفاء، تكلفة الاستجابة، التشكيل.

---

(1)- عباس فيصل **: أساليب دراسة الشخصية، التكنيكات الاسقاطية**، دار الفكر، ط1 ، لبنان 1990، ص **:** 23

(2)- الخالدي أديب محمد **: علم النفس الاكلينيكي المرض(الفحص والعلاج)**، دار وائل للنشر، ط1، عمان، 2000

(3)- مزيان محمد **: مبادئ في البحث النفسي والتربوي**، دار الغرب للنشر والتوزيع، ط1 الجزائر، بدون سنة، ص**:** 46

هدفها: التحقق من أثر علاج سلوكي للتخفيف من الأعراض الأساسية لاضطراب تشتت الانتباه والفرط الحركي المتمثلة في فرط الحركة تشتت الانتباه والاندفاعية عند الطفلة (الحالة موضوع الدراسة).

II. **المتغير التابع:** وهو مظاهر فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية عند الطفلة موضوع الدراسة

ثالثا: حدود الدراسة

I. **الحدود المكانية :** المركز الوسيط للصحة العقلية GISM المتواجد بالمؤسسة الجوارية للصحة العمومية بالعقيد لطفي 2 (بالصديقية) ولاية وهران .

II. **الحدود الزمانية:** في الفترة الممتدة من03/فيفري 2015 إلى نهاية أفريل 2015

رابعا: عينة الدراسة

تم اختيار حالة واحدة وبطريقة قصدية، حيث بعثت هذه الحالة من طرف وحدة الاستكشاف المدرسي .

خامسا: أدوات الدراسة

I. **الملاحظة العيادية:** اعتمدنا على الملاحظة لأنها تقنية مناسبة في دراسة الحالة ولمشاهدة الحقائق والسلوكات المتمثلة في مظاهر الاضطراب السلوكي المشكل .

II. **المقابلة العيادية نصف المقننة** لأنها تلاءم دراستنا وتعرف بأنها اتصال مع فرد آخر وجها لوجه وذلك بهدف جمع بعض البيانات أو المعلومات حول شخص أو أشخاص آخرين، وهي المقابلة التي تشتمل على أسئلة معينة وأسئلة مفتوحة أو حرة ، ذلك أن الموضوع قد يتطلب بيانات واضحة ومعروفة مسبقا بالإضافة إلى بيانات أخرى قد لا نتمكن من جمعها .

III. **DSM-IV:** اعتمدنا في تشخيص الحالة على الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية الصادر عن الرابطة الأمريكية للأخصائيين النفسية (DSM-IV، 2004) بحيث من العلامات الدالة على تشتت الانتباه المصحوب بالفرط الحركي كما بيناه جاليا في الجانب النظري.

-إستبيان تشخيص حالات فرط الحركة وتشتت الإنتباه عند الطفل خاص بالآباء والمعلمة من إعداد وتقنين فيصل محمد خير الزراد

تصحيح الاستبيان :

بعد الإجابة عن الاستبيان بالنسبة للمعلم، وكذلك بالنسبة للأبوين، تعطي عادة الدرجات التالية حسب مستويات الإجابة:

- كل إجابة (ليس دائما) تعطي درجة صفر

- كل الإجابة (قليلا) تعطي درجة واحد

- كل الإجابة (كثيرا لحد ما) درجتان

- كل إجابة (كثيرا جدا) تعطي ثلاث درجات

سادسا: البرنامج العلاجي السلوكي

أولا : قبل بدأ العلاج قمنا بالتحليل الوظيفي للسلوك ومن أهدافه :

1- شخصنة العلاج
2- تحديد العوامل المثبة أو المثيرة للسلوكات
3- إقامة فرضيات بالاشتراك مع الحالة والأم كوك علاجية حول سيرورة اضطرابها
4- شرح مصدر أو مصادر المشكل
5- إعطاء شرح مقبول حول الاضطراب الذي تعيشه الحالة
6- التخفيف من تمويل المشكل من خلال تخفيفه

تقييم السلوكات الغير المرغوبة في شبكة ملاحظة

تقييم تتبعي للطريقة العلاجية بعد فترة العلاج

ثانيا: إذن بالنسبة للتحليل الوظيفي فكانت خطواته كالآتي :

1- تحديد السلوك المحوري والتعرف الدقيق على اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الذي تعاني منه الطفلة بالتعرف على :

أ – المستوى الحسي – الحركي: نوعيته- شدته- تواتره

ب – المستوى المعرفي: كيف تعايش الطفلة هذا الاضطراب على المستوى المعرفي

جـ - المستوى الانفعالي

2- السوابق : من خلال التاريخ الماضي للحالة، ونبحث أولا عن المعطيات البنيوية الممكنة الجينية والشخصية وما هي العوامل المثيرة الأولية التي سبب ظهور المشكل وما هي الأحداث التي سرعت ظهوره، بما فيها الظروف التاريخية التي ساعدت على الحفاظ على الاضطراب .

3- نتائج السلوك المشكل: بمعرفة كل الوقائع الناتجة عن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الطفلة .

هل تتلقى مساعدة، نقد أو رفض من طرف المحيط وما هي المتغيرات الداخلية لدى الطفلة (كلقلق، التقدير السيئ للذات ، عدم الثقة بالنفس....) ومتى وكيف تكون في حالة جيدة .

4- تحليل الحوافز : بالتعرف على كل ما تحبه هذه الطفلة كتحفيز إيجابي أو سلبي قصد استخدامه في العلاج .

5- تحليل التحكم الذاتي : معرفة الوسائل المتوفرة لدى الحالة للتحكم في الوضعيات

6- علاجات سابقة: هل هناك أمراض عضوية

7- التوقعات :نحدد ما هي التطلعات الحالة والأم كوكالة علاجية إذا ما أرادت مواجهة الوضعية.

ثالثا : قبل التطرق إلى العلاج بصورة فعلية ومباشرة، قمنا بمقابلة منفردة مع الأم كوكالة علاجية والمعلمة لمساعدة الطفلة، مع تقديم لهما بعض الإرشادات تخص أهمية التدخل السيكولوجي وتعاونهم معنا لإنجاح السيرورة العلاجية .

- تستخدم تقنيات العلاج السلوكي للوصول إلى أهداف نختار التقنيات حسب متطلبات الهدف المراد الوصول إليه وهذه التقنيات هي : التعزيز بنوعية الموجب والسالب

معززات : مادية ملموسة مثل الحلوى التي يحبها الطفل

معززات اجتماعية وتتمثل في :

- تقديم الانتباه والاهتمام من خلال سلوك يوجه للطفل مثل الابتسامة والإيماء والنظر إلى الطفل
- الحب والود الذي يظهر من خلال تقبل الطفل وحمله
- الاستحسان باستخدام الألفاظ والحركات الدالة كالكلمات والتقبيل.
- تنفيذ رغبات الطفل والامتثال لبعض طلباته
- التشكيل(للسلوكات المرغوبة)، الانطفاء (تجاهل السلوكات الغير المرغوبة)، تكلفة الاستجابة – الحث البدني.
- والحث اللفظي الذي تمثل في الشرح التفصيلي والتذكير بالسلوكات المطلوبة من الطفل تعلمها، والمغزى منها تذكير الطفل بالسلوك المراد تحقيقه والهدية التي تنتظره (أي التعزيز الإيجابي) ومساوئ السلوك الغير ملائم (اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه) وانعكاسه على توافقه النفسي.
- بالنسبة لتقنية تكلفة الاستجابة: تصميم جدول فيه التعليمات تحتوي على السلوكات المرغوبة خلال الأسبوع وهذا طول فترة العلاج، وذلك لرصد النقاط – كالآتي :
- في حالة قيام الطفلة بسلوك جيد تحصل على نقطة(1) وفي حالة قيامها بسلوك سيء وعدم إتباع التعليمة تحصل على 0 نقطة.

- إذا حصلت على 6 نقاط في الأسبوع تحصل على معزز
- إذا حصلت على 30 نقطة في الأسبوع تحصل على معزز.
- إذا قامت بسلوكات سلبية تنزع المعززات

- جدول التقسيم للمهام الأسبوعية تقوم بها الطفلة(اي التعليمات الواجب إتباعها في البيت و المدرسة)
- المقابلات العلاجية : مقابلات مع الوالدين يتم فيها ملاحظة سلوك الطفلة في البيت وخارجه بالإضافة إلى ملاحظة مدى تطبيق الوالدين للعلاج وتقنيات العلاج أي تطبيق التعزيز بنوعيه السلبي والإيجابي وتكلفة الاستجابة والتشكيل وللتعميم والانطفاء وملاحظة إذا ما تعدل السلوك ايجابيا .
- مقابلات مع المعلمة يتم فيها ملاحظة سلوك الطفلة في القسم، وخارجه ومدى إتباع المعلمة للطريقة العلاجية بتطبيق طريقة جدول المهام والأعمال وتكلفة الاستجابة والحث اللفظي والحث البدني والتعزيز الإيجابي، وملاحظة سلوك الطفل هل تعدل إيجابيا .
- مقابلات المتابعة : مقابلة مع الأم ، هناك مقابلة واحدة بعد 15 يوم وهذا لمعرفة حالة الطفلة بعد العلاج ، هل تحسنت أم بقيت على مظاهر الاضطراب المتمثلة في فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية .
- مقابلة مع المعلمة هناك مقابلة واحدة بعد 15 يوم لنفس الغرض المذكور .
- وهناك أيضا برنامج تدريبي هدفه تدريب الطفلة وانضباطها في أداء نشاط معين ويتمثل في تحديد مجموعة من السلوكات والمهارات التي تعين أداءها من قبل الطفلة سواء في المكتب، المنزل أو المدرسة ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة، كما يتم تقديمها مع بداية الجلسة التالية، على أن يتم تدريب عليها في كل جلسة وتتم بصورة تدريجية من الأسهل البسيط إلى السلوك المركب، على أنه لا يتم الانتقال من نمط سلوكي معين حتى يتم التأكد من نجاح تنفيذ السلوك السابق.

و الأدوات المستعملة في البرنامج التدريبي يتمثل فيما يلي :

- كرسيان، طاولة (منضدة)، وبعض المدعمات الايجابية المرغوب فيها من الطفل أطعمة (حلوى ومشروبات)، فضلا عن بعض الأدوات الأخرى بما فيها مفاتيح، مكعبات، كرة، كتاب....إلخ.
- يتم التدريب في مكتب المختصة.

الفصل السابع
دراسة الحالة وعلاجها

أولا: دراسة الحالة (نمودجا)

I. تقديم الحالة

II. عرض وتحليل وتفسير واستنتاج للمقابلات

1) المقابلة الأولى وهدفها

2) المقابلة الثانية وهدفها

3) المقابلة الثالثة وهدفها

4) المقابلة الرابعة وهدفها

5) المقابلة الخامسة وهدفها

III. استنتاج عام عن المقابلات

ثانيا: العلاج

I. خطوات إجراء العلاج

II. خلاصة عامة للحالة

الفصل السابع
دراسة الحالة وعلاجها

I. معلومات أولية عن الحالة :

الحالة:(ب م)

العمر الزمني: 08 سنوات

الجنس: أنثى

المستوى الدارسي: السنة الثانية ابتدائي

الترتيب في العائلة: الثالثة قبل الأخيرة من ثلاث إخوة

مكان إجراء المقابلة : المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالصديقية (حي العقيد لطفي2) بالمركز الوسيط للصحة العقلية والمدرسة .

تقدمت الحالة للاستشارة النفسية رفقة الأم بعد توجيهها من طرف وحدة الاستكشاف المدرسي (U.D.S) Unité dépistage scolaire وهذه الوحدة متكونة من طبيبة وطبيب أسنان وممرضة ومختصة نفسية وهي تابعة لمقاطعة العقيد لطفي2 ، وللإشارة أن هذه الوحدة تتعامل مع مركزنا (المركز الوسيط للصحة العقلية) قصد معاينة التلاميذ (طور ابتدائي، متوسط ، ثانوي) ومتابعتهم .

وبالنسبة للحالة موضوع الدراسة أظهرت نوع من الإزعاج للمعلمة وعرقلت السير الحسن للدراسة لفرط حركتها وعدم انضباطها واندفاعيتها.

بالنسبة للمقابلات :

المقابلة الأولى: يوم **2015/02/03** على الساعة : **15: 11سا** بمكتب المختصة النفسية

كانت المقابلة الأولى عبارة عن حصة تعارف ، دخلت الأم مع الطفلة المكتب، كانت تبدو على الطفلة نوع من الحيرة عن مكان تواجدها ، حاولت طمأنتها و إفهامها سبب تواجدها قصد إشعارها بالارتياح وكسب ثقتها ، ثم بادرت بالتحدث معها، طلبت منها الجلوس في المقعد، فسرعان ما نهضت وبدأت تتحرك في كل مكان في المكتب ، سألتها عن اسمها وعمرها ، فمستواها الدراسي لم تنتبه فأعدت السؤال، في كل مرة تعيد مسائلتي عن السبب في ذلك أفهمتها أنني هنا لمساعدتها ، شرحت لها مهنتي. تقول الأم تجد صعوبة في التعامل مع ابنتها لأنها تتحرك كثيرا ولا تستطيع التحكم فيها ، تضيف الأم بمعنى الكلمة : " راهي دايرة فينا حالة في الدار وفي الكوليج والجميع يشكي منها لأنها مصدر قلق و إزعاج حتى في

القسم، لا تهدأ فهي تعرقل السير الحسن للدروس وحتى المعلمة تضيف الأم "، طلبت منها أن آخذها عند مختص نفسي لعله يساعدها على ضبط سلوكها ".

تحليل مضمون المقابلة الأولى:

بما أن الطفلة كانت كثيرة الحركة والتنقل في أرجاء المكتب تمس وتبعثر كل ما وجد فيه وخاصة ما يحتويه المكتب من أقلام إلى غير ذلك فلم تترك الأم تركز معي في الإجابة عن الأسئلة التي طرحتها عليها ،وبذلك اضطررت لضرب موعد لها في الحصة القادمة ومنحها بطاقة مواعيد للحصص .

المقابلة الثانية: 2015/02/10 ، سا 30 :11 سا بمكتب المختصة النفسية

كان الهدف من هذه المقابلة التعرف أكثر على الحالة (أعني دراسة معمقة) في هذه المرة أتت الأم بمفردها قالت أن الطفلة مريضة بزكام ، استغليت غياب الطفلة وبادرت بسؤال الأم عن ما يلي:

السوابق العائلية:

بالنسبة للأب (ب س) بالغ من العمر 49 سنة ، يعمل كموظف بشركة، مستواه الدراسي الثالثة ثانوي، فهو حاليا يعاني من الضغط الدموي ومرض السكري، أما الأم

(ب ح) تبلغ من العمر 38 سنة، ماكثة بالبيت مستواها الدراسي الثالثة ثانوي شعبة علمي، لم تسمح لها الظروف بمتابعة الدراسة، وللإشارة فهي لحد الآن تعاني من اكتئاب بالرغم من انهاسبق لها العلاج عند مختص نفسي .

نوع الأسرة: تتكون الأسرة من الأب والأم وبنتان وولدان، الولد الأكبر يبلغ من العمر16 سنة، مستواه الدراسي السنة الثالثة متوسط وهولحد الآن يتابع حصص في العلاج النفسي بسبب الصعوبات المدرسية، وولد يبلغ من العمر 09 سنوات يدرس السنة الثالثة ابتدائي ويليه الطفلة (ب م) الحالة موضوع الدراسة ،تم البنت الصغرى تبلغ من العمر 4 سنوات وهي الآن في الروضة بالإضافة إلى عمهم يعيش معهم منذ سنتين مطلق مرتين، يبلغ من العمر 47 سنة أصيب بمرض عقلي وهو يزاول دراسته(كطبيب) في السنة الخامسة بكلية الطب بوهران، وحاليا يتناول المثبطات العصبية نظرا لحالته الصحية، فهو يعاني من اكتئاب سوداوي، الكل يعيش في بيت في عمارة من ثلاث غرف + مطبخ بحيث لا توجد للطفلة غرفة خاصة بها لأن العم يشغل غرفة بمفرده، وتجدر الإشارة إلى أن للطفلة موضوع الدراسة عم آخر مصاب بمرض عقلي توفي مؤخرا ، أصيب هو الآخر بالاكتئاب مع العلم أنه قام بعدة محاولات للانتحار باءت بالفشل وعمة أخرى مصابة بالاكتئاب وتتناول المثبطات العصبية .

السوابق الشخصية للحالة: (التاريخ الشخصي للحالة):

بالنسبة للحياة الجنينية للطفلة موضوع الدراسة ،لقد حملت بها أمها وهي مكرهة لأنها كانت ترضع أخاها الذي كان عمره لا يتجاوز الأربعة أشهر، وخشيت أن لا توفق في تنشئتهم زيادة على المشاكل العائلية ، حيث أنها كانت دائمة الشجار مع أم الزوج وعائلته، كان حملها صعب إذ دخلت المستشفى عدة

مرات بسبب المرض سيكوسوماتي المتمثل في الضغط الدموي المرتفع، مكثت بالمستشفى مدة ثلاثة أشهر بقيت فيها تحت المراقبة المشددة ، إلى أن برمجت لولادة قيصرية ، كانت الولادة صعبة لأن الأطباء خشوا من عدم نجاة الجنين، إذ عند ولادته لم يصرخ حتى ضرب، بالنسبة للرضاعة الطبيعية لم تتم، تقول الأم لم يكن لديها الحليب يذكر، فعوض بالحليب الاصطناعي، بالنسبة للضحك ضحكت الطفلة وعمرها شهرين، التسنين عادي، وحتى التطور الحس الحركي، و النفس الحركي.

وحتى اللغة تكلمت وعمرها سنة، إلا أنه عند بلوغها الأربعة سنوات أصبحت لا تطاق فهي تتحرك في كل مكان وكنا نخاف عليها السقوط، تقول الأم : "لأنها سبق لها و أن سقطت من الدرج وكسرت رجلها لاندفاعها المستمر" أما بالنسبة لاضطرابات الإخراج فلحد الساعة، الطفلة ما تزال تعاني من التبول اللا إرادي رغم التأكد من أنه غير عضوي فقد عرضتها الام على عدة أخصائيين نفسيين كما قالت لكن دون جدوى. في آخر الحصة طلبت من الأم إحضار بعض الكراريس للطفلة للاضطلاع عليهم.

تحليل مضمون المقابلة الثانية :

مما سبق ذكره من طرف الأم هناك عدة عوامل نفسية واجتماعية ووراثية ساهمت في الوضعية التي تتواجد فيها الحالة حاليا فمرض العائلة المقربة لها يمكن أن يكون عامل استعداد للاضطراب التي تعاني منه الطفلة زيادة على الظروف التي حملت فيها الأم بما فيها معاشها النفسي و الظروف التي ولدت فيها.

المقابلة الثالثة يوم: 2015/02/17، على الساعة 00 :12 سا بمكتب المختصة النفسية :

في هذه المقابلة كان اللقاء مع الطفلة وكان الهدف من هذه المقابلة التركيز على (السلوكات الظاهرة) وفحص الهيئة العقلية مع إعطاء الوالدة استبيان تشخيص حالات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال الخاص بالأسرة وشرحت لها كيفية الإجابة عليه حسب البنود والتعليمة موضحة في الملاحق .

وكعادتها الاتصال دائما صعب مع الحالة فلا تجلس ولو لدقيقة وعند جلوسها تتململ في مقعدها وتتأرجح عليه، دائمة التحرك مع كثرة حركة الرأس والعينين في اتجاهات متعددة دون التوجه لشيء معين مع التفاتها يمينا ويسارا بدون مبرر ولا تركيز . وعندما أسائلها تطلب مني إعادة السؤال لأنها لا تنتبه لما أقوله تكون منشغلة بشيء آخر، هذا من جهة ومن جهة أخرى لا تتركني أكمل السؤال وتجيب بدون تفكير فيما سوف تقوله أي تتسرع، وتكون لها عدم القدرة على التروي فهي لا تهدأ ومتقلبة المزاج ، تضيف الأم إنها لا تطيع الأوامر، ولا تستطيع إتمام أي عمل في كراريسها المدرسية ،فمعظم الدروس لم تكمل كتابتها، بالإضافة إلى تمزيقها للكراريس ، فلا تجد الأم ما تراجعه لها تقول الأم :" سئمت من استعارة الدفاتر من عند زملائها لإعادة كتابة الدروس لتحضيرها للامتحان، وهناك ملاحظة مهمة أن الأم تحاول إرضاء ابنتها يشتي الطرق كي تطيعها لأنها بالنسبة لنوم الطفلة عنيدة ، تقول الأم أنها لا يمكنها القيام بالقيلولة .

بالنسبة لنتيجة الاختبار المطبق المتمثل في فحص الهيئة العقلية كانت كما يلي :

الاستعداد العام والسلوك :

الطفلة (ب م) متوسطة البنية الجسمية، بيضاء البشرة شعرها أشقر عينيها بنيتين ، لا تتكلم إلا من خلال طرح الأسئلة، لغتها سليمة، تتكلم بصوت منخفض و أحيانا تصدر كلمات باللغة القبائلية (منطقة بجاية)، الابتسامة من حيث لآخر.

النشاط العقلي :

تتكلم بلغة سليمة ومفهومة، وعندما تستعمل اللغة الأمازيغية تشرح معانيها دون أن أطلب منها ذلك رغم أنها لا تتحكم فيها جيدا لما تقول الأم تعبيرها غني وهناك تناسق في الأفكار، إجابتها مفهومة وفي حدود الواقع .

المزاج والعاطفة:ملامح حزينة رغم الابتسامة التي تظهرها من حين لآخر يبدو عليها القلق تتحرك كثيرا في المكتب

محتوى التفكير:

تفكيرها سليم إجابتها قصيرة تجيب فقط عن الأسئلة التي أطرحها و أحيانا تأخذ وقت في بدأ الإجابة

استبيان الأسرة (الآباء)
1- أعراض ضعف الانتباه لدى الطفل

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا
1-	ضعف القدرة على الانتباه والتركيز				X
2-	ضعف القدرة على إدراك التفاصيل والعلاقات				X
3-	يعاني من الشرود واحلام اليقظة.				X
4-	يفشل في اتمام المهام التي يبدأها				X
5-	يعاني من الذهول والحيرة أو الارتباك				X
6-	ينتقل من نشاط لآخر دون مبرر				X
7-	يروي قصصا غير حقيقية أو كاذبة	X			
8-	لا يستمع أو يصغي إلى التعليمات التي تقدم إليه				X
9-	كثيرا ما ينشغل بذاته بأصابعه، ملابسه، بشعره.....			X	
10-	من السهل قيادته من الغير				X
11-	يشتت انتباهه بسرعة بسبب المثيرات وبشكل غير عادي				X
12-	ينسى أشياء أو أدوات هامة				X
13-	التعرض إلى حوادث بسبب نقص الانتباه				X
14-	يتجنب المهام الصعبة التي تتطلب جهدا عقليا				X
15-	يفشل في تنظيم المهام أو الأشياء في حياته				X
16-					

2- اعراض فرط الحركة

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا
1-	أعمال وسلوكات كثيرة مزعجة وغير هادفة				X
2-	الجري والقفز والتسلق.....			X	
3-	اتلاف الأشياء وبعثرتها				X
4-	القفز على الأثاث والأشياء			X	
5-	الهروب من المنزل		X		
6-	القيام بأعمال مرفوضة من الآخرين				X
7-	محبا للعراك مع الآخرين				X
8-	يجلس خارج المنزل			X	
9-	قاسيا مع الحيوانات	X			
10-	لا ينسجم مع اخوته أو الآخرين				X
11-	لا يتمتع بعملية اللعب	X			
12-	سلوكه طفلي وغير ناضج				X
13-	غير متعاون مع الآخرين			X	
14-	يبعث بعدة أشياء، وقد يركز على ذاته	X			
15-	يطلب عدة أشياء متتابعة				X
16-	يمص أو يمضغ الإبهام، أو الملابس، أو البطانية			X	
17-	ينقل الأشياء على كتفه من مكان لآخر		X		
18-	يقاوم النظم والقواعد ويخالف المواعيد				X
19	يقوم بسرقة الأشياء	X			
20-	مطيع باستياء أو بامتعاض				X
21-	قاسي وتصرفاته وحشية			X	
22-	متمرد وعنيد وغير مطيع				X
23-	من الصعب تكوين صدقات أو التواصل مع الآخرين				X
24-	ينكر الأخطاء ولوم الآخرين له				X
25-	كلامه غير واضح ويكون بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين				X
26-	يمكن أن يقوم بسلوك مضاد للمجتمع مثل إشعال النار		X		
27-	يمكن أن يمارس الجنس مع الآخرين				
28-	يتجنب الاعتذار	X			

3- اعراض الاندفاعية

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا
1-	إفراط حركي اندفاعي لا يهدأ				X
2-	عناد ومعارضة				X
3-	لا يستطيع السيطرة على أفعاله				X
4-	يصعب عليه الانتظار				X
5-	يلامس أحيانا أشياء غير متوقعة				X
6-	سرعان ما تنجرح مشاعره	X			
7-	يتغير المزاج بسرعة وبشدة أو بصرامة				X
8-	دائم الشجار ومولع بالعراك مع الآخرين				X
9-	يضجر بسرعة ويعاني من الملل				X
10-	يتعرض بسرعة للاحباط في الجهود التي يقوم بها				X
11-	من السهل أن يصرخ ، أو يبكي	X			
12-	غير قادر على إيقاف حركاته				X

-13	نجده متجهما ، عبوسا ، مستاء			X	
-14	ممكن أن يفضح السر بسرعة وسهولة				X
-15	يقحم نفسه في أمور لا علاقة له بها				X
-16	ضرب الآخرين بعنف				X
-17	إتلاف الأشياء				X
-18	يجب أن تؤدي مطالبه في الحال				X

تحليل مضمون المقابلة الثالثة :

من خلال الملاحظة المكثفة للطفلة وجد أنها لا تستقر في مكان واحد ولا تجلس في مكان دون حركة، لا تهدأ وحركاتها غير موجهة، كما أنها تعاني من قلق يظهر في مص الأصبع، وللإشارة فقد كانت نتيجة استبيان الأسرة (الأباء) فيما يخص أعراض ضعف الانتباه لدى الطفلة 41 درجة، أعراض فرط الحركة 54 درجة وأعراض الاندفاعية 47 درجة ، المجموع 132 درجة، وهذا يدل على مظاهر فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه لدى الطفلة .

المقابلة الرابعة :يوم 25 /02/ 2015 ، على الساعة: 00 :10 سا بالمدرسة

الهدف من المقابلة معاينة سلوك الطفلة في المدرسة .توجهت إلى المدرسة عند المعلمة للتحدث معها عن الحالة وملاحظة سلوكها في القسم، فبمجرد تعرف المعلمة عليا، بدأت تشتكي من الطفلة فهدأتها قائلة "أنني هنا بغرض المساعدة، فقالت المعلمة: " الطفلة يصعب عليها الجلوس في مكان واحد حيث تخرج من مقعدها باستمرار بدون مبرر، فهي تسبب إزعاجا مستمرا لي ولزملائها في القسم، وتعرقل السير الحسن للدروس، كما أن حركتها عشوائية، فهي مشاغبة في القسم، يصعب عليها تركيز بصرها على ما تفعله بيديها، كما يصعب عليها متابعة الدرس و إكمال واجباتها المدرسية باستمرار، وما يدعو للقلق وهو ضربها لزملائها التلاميذ بدون سبب يذكر ". طلبت من المعلمة البقاء في القسم لبعض الوقت بهدف التأكد مما تقدمه الحالة من أعراض المتضمنة لفرط الحركة والاندفاعية وتشتت الانتباه، تم تقديم استبيان حالات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال الخاص(المعلم) للمعلمة مع شرح التعليمة لها.

1-استبيان المعلم

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا
1-	ضعف مدى الانتباه				X
2-	يحتاج إلى جهد للانتباه إلى تعليمات المعلم				X
3-	يعاني من الذهول والحيرة أو الارتباك				X
4-	الفشل في اتمام المهام أو الأنشطة التي يبدأ بها				X
5-	انتقال الطفل من شيء لأخر، أو من نشاط لآخر بشكل مزعج وغير هادف				X
6-	لا يصغي أو يستمع للآخرين			X	
7-	ليس لديه القدرة على متابعة التفاصيل			X	
8-	ليس لديه القدرة على الفهم والاستيعاب و إدراك العلاقات			X	
9-	ليس لديه القدرة على التركيز				X

-10	يعاني من تخلف دراسي أو صعوبة في مجال التعلم			X	
-11	يعاني من الشرود و أحلام اليقضة				X
-12	كثيرا ما ينشغل بذاته	X			
-13	تشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات وبشكل غير عادي				X
-14	ينسى الأشياء الهامة لإنهاء المهام				X
-15	يفشل في تنظيم المهام وتنفيذها				X
-16	يفشل في متابعة التعليمات التي توجه إليه				X
-17	يتجنب المهام التي تتطلب جهدا عقليا وانتباها وإدراكا وغير ذلك				X
-18	التعرض للحوادث بسبب نقص الانتباه				X
19	يفقد بعض الأشياء والأدوات				X
-20	عدم الاهتمام أو اللامبالاة بعملية التعلم				X

2-أعراض فرط الحركة

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا
1-	الخروج من الصف عدة مرات دون مبرر				X
2-	سلوكات متكررة لدرجة الإزعاج				X
3-	عدم الراحة مع الإحساس بالملل والتلوي أثناء الجلوس على المقعد				X
4-	يسبب صخبا وضوضاء داخل الصف				X
5-	يزعج الأطفال الآخرين في الصف، ولا ينسجم معهم				X
6-	غير متعاون مع معلميه أو المشرفين عليه				X
7-	لا يستجيب لتعليمات المعلم متمرد أو خارج عن الطاعة				X
8-	يظهر سلوك العناد والمعارضة			X	
9-	تظهر عليه أعراض اللامبالاة أو الإهمال				X
10-	يمكن أن يدفع الآخرين في الصف				X
11-	عدم ممارسة الأنشطة			X	
12-	التواصل الاجتماعي مع الآخرين ضعيف	X			
13-	يتهم الآخرين باستمرار	X			
14-	تغيب عن المدرسة دون عذر	X			
15-	يخالف الأنظمة والمواعيد ويكره أن تقيده النظم او القواعد	X			
16-	يتجنب الأعذار				X
17-	سلوكه لا يمكن توقعه		X		
18-	من السهل قيادته من الأطفال الآخرين				X
19	يتكلم كثيرا بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين من نفس العمر (كلام طفلي،تهته			X	

3- أعراض الاندفاعية

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا
1-	لا يستطيع السيطرة على أفعاله				X
2-	يجب أن تؤدي مطالبه في الحال				X
3-	انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع				X
4-	حساس بشدة لعملية النقد	X			
5-	يبكي كثيرا وبسهولة	X			
6-	صعوبة إرجاء رد الفعل أو الاستجابة			X	
7-	يجيب عن السؤال قبل إتمامه				X
8-	محب للعراك ودائما في حالة غضب واستياء				X
9-	إقحام نفسه في أمور لا مبرر لها				X
10-	مقاطعة الآخرين في الحديث				X
11-	غير قادر على إيقاف حركاته المتكررة				X
12-	ينكر الأخطاء ولوم الآخرين له			X	

-13	مطيع باستياء وبامتعاض				X
-14	وقاحة مع قلة الحياء في أفعاله				X
-15	ضرب الآخرين بعنف				X
-16	يركض ويقفز بسرعة				X

تحليل مضمون المقابلة :

من خلال بقائي في القسم وملاحظة الطفلة كانت كل سلوكاتها دالة على اضطرابات سلوكية التي تمثلت في نوبات غضب وتصرفات غير متوقعة، يلاحظ عليها سرعة تغيير الميزاج، مشاغبة، قليلة التعاون مع زملائها في القسم، تصدر أصواتا غير لائقة ، تضايق الأطفال الآخرين، الحركة والجري والذهاب يمينا وشمالا، كما أنها تنفعل بسرعة واندفاعية وهذا كله يحتاج إلى ملاحظة ومراقبة مكثفة من طرف المعلمة، حتي لاتؤدي الطفلة نفسها اوزملائها الاخرين .

كانت نتائج الاستبيان كما يلي : 52 درجة فيما يخص أعراض ضعف الانتباه لدى الطفلة، 41 درجة فيما يخص أعراض فرط الحركة والاندفاعية 40 درجة، فكان المجموع 133 درجة وهذا دليل على تشخيص مظاهر فرط الحركة وتشتت الانتباه

المقابلة الخامسة: يوم 2015/03/09 على: 30 :10 سا بالمدرسة

كان الهدف من المقابلة تفقد كراريس الطفلة في القسم.أعدت الزيارة للمدرسة عند الطفلة، عند دخولي القسم نهضت الطفلة من مكانها وتوجهت إلي بدون استئذان المعلمة، صرخت المعلمة على الطفلة حتى ترجع إلى مكانها، طلبت من المعلمة أن أتكلم مع الطفلة بحيث كان غرضي من هذا الطلب أمام الطفلة هو إفهامها بأن المعلمة هي التي لديها الصلاحية بأن تقول لها أن تنهض أو تبقى في مكانها . قمت في هذه المقابلة بمعاينة كراريس الطفلة في القسم، وجدت أنها لا تكمل الدروس ولا تقوم بحل التمارين والواجبات المنزلية، كما لاحظت أن الطفلة تجلس في الأخير .

تحليل مضمون المقابلة:

ما استنتجته أن أسلوب معاملة المعلمة للطفلة لا يتماشى مع سلوك الطفلة المضطرب لأنها تجلسها في الأخير وكأنه تهميش للطفلة حسب رأيي كان عليها إجلاسها مع الأوائل كي تستشعر الطفلة اهتمام المعلمة لها، وحتى أن جلوسها في الأخير يجعلها لا تنتبه للدرس على الإطلاق، وقد نبهت المعلمة كي تغير لها مكان الجلوس في الصف الأول حتى يتسنى لها متابعتها عن قرب، كما طلبت من المعلمة أن تركز نوعا ما اهتمامها على الطفلة كمنحها الكراريس لتوزيعها أو الإجابة على الأسئلة وهذا لشد انتباهها مع تجاهل السلوكات السلبية التي تصدر من الطفلة إضافة إلى إعطائها وقت أطول بالنسبة لزملائها للإجابة على الأسئلة أو في حالة قيامها بالتمارين نظرا لتشتت انتباهها وفرط حركتها التي تعيق قدرة استيعابها للدروس بسهولة .

ثانيا: العلاج

اتفقنا مع الطفلة والأم بتحديد مدة العلاج، وعدد المقابلات العلاجية ،والمعززات والخطة المتبعة للعلاج.

المرحلة الأولي وتعريفها :

هدفها التقليل من الإندفاعية وتم فيها :التعاقد السلوكي مع الطفلة بحضور الأم المتمثل في تقديم جوائز ما نقصد به (التدعيم الإيجابي او التعزيز) مقابل السلوك المرغوب فيه، على ان يكون العقد واضحا وعادلا ويتم الالتزام فيه من قبل الطرفين (أي الطفلة والمختصة النفسية)

ولغرض استخدام التعاقد السلوكي مع الحالة آخذنا بعين الاعتبار مجموعة من العناصر:

- تحديد السلوك الذي سيتم تغييره (المتمثل في فرط الحركة الاندفاعية وتشتت الانتباه) محك الأداء المقبول للسلوك .(وذلك بإتباع التعليمات والإرشادات المتفق عليها في الجلسات العلاجية) المكافآت والنسبة بين السلوك الذي سيتم أدائه والمعززات التي ستحصل عليها الطفلة **(ب م)**
- تحديد الوقت الذي سنقدم فيه المكافآت .

عبارة توضح ما ستواجه الطفلة إذا أخلت بالعقد .[1]

إذن باشرنا في الخطة العلاجية طبعا في حضور الأم ، تعتمد عملية تدريب الطفلة التي تعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على تشكيل السلوك بشكل منتظم حتى تكون قادرة على الاستمرار في الجلوس بهدوء لدقائق عدة وفي وقت محدد ونعني بذلك لتخفيض فرط النشاط الحركي ثم أن تنظر إليا والاستجابة لي عندما أناديها باسمها أو ذكر اسمها ونعني بذلك نقلل من تشتت الانتباه ، وان تنظر إلى شيء معين عندما أطلب منها ذلك : أي في الوقت الملائم ونعني به تركيزالانتباه و أداء عمل أو نشاط معين لفترة محددة (نقلل من الاندفاعية). أطلب من الطفلة أن تجلس بهدوء و أجعل سؤالي لها مصحوب بحثها بلطف من دراعها أو كتفها حتى تجلس لمدة 05 ثوان أمتدح ذلك لفظا على الفور مع تقديم مدعم ملموس (حلوى) تحبها كما أكدت لي ذلك وما نقص الأم،، استمر في الطلب إليها أن تجلس بهدوء مع التوقف تدريجيا مع الحث البدني، وفي كل مرة تجلس فيها أستمر في امتداح سلوكها وتدعيمها بالطريقة نفسها.خلال جلوسها لا أقدم المدعمات اللفظية أو الملموسة والطفلة تتحرك بشدة أو تهز الكرسي الذي تجلس عليه .أنتظر على الأقل 05 ثوان لكي تهدأ قبل أن أعطيها التدعيم المطلوب وعندما تنجح الطفلة في الجلوس بهدوء لمدة 10 ثوان، أبدأ تدريجيا في زيادة هذه الفترة 05 ثوان في كل مرة حتى يبلغ طول الفترة 30 ثانية وتجنب زيادة هذه الفترة بشكل مفاجئ أو سريع ، و أكون صبورة ، وفي كل مرة يحدث فيها السلوك الصحيح (الجلوس بهدوء لفترة محددة) أقدم التدعيمات اللفظية بسخاء (أحسنت، شطورة، موفقة، رائع) ويجب أن لا تستغرق جلسة التدريب أكثر من 10 إلى

---

1 - المرسومي يوسف كريم : **فاعلية برنامج سلوكي في تعديل أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي** ، مرجع سبق ذكره ص: **108**

16دقيقة بل يمكن أن أطلب من الطفلة أن تغادر كرسيها ووتجول بالمكتب كل دقيقتين أو ثلاث ولكن مع التأكد أن يتم ذلك بعد أن تكون الطفلة قد جلست بهدوء لوقت ملائم حتى تصل الطفلة للسلوك المحوري وهو الجلوس بهدوء لمدة 30 ثانية.

االمرحلة الثانية: هدفها تدريب الطفلة على الانتباه

باشرنا في المرحلة الثانية وهو تدريب الطفلة على النظر إليا عندما أناديها باسمها، ويتم ذلك وفق الخطوات التالية: أسأل الطفلة أن تجلس كما تدربت على ذلك عندما تجلس بهدوء

أنطق اسمها عاليا، أقوم بتدعيمها حالما توجه نظرها إلي، وأستمر في هذا الإجراء، وفي كل مرة تنظر إلي أقوم بتدعيم ذلك السلوك فورا أحاول بعد ئد أن تزيد تدريجيا الوقت الذي يمر بين بدأ النظر إلي وتقديم المدعم لتزيد فترة نظرها إلي ، إلى أن تصبح قادرة على النظر إلي لمدة 05 ثوان عندما أنطق باسمها.

إذا لم يحدث ذلك ولم تنظر إلي عندما أناديها باسمها، أكرر الطلب: " ماريا أنظري إلي" ولكن أضيف هذه المرة الحث البدني بوضع أصبعي أسفل دقنها وثني رأسها برفق حتى تتمكن من رؤيتي أقوم بتدعيمها فورا ، أضع المدعم أمام عينيا ثم أقدمه لها فورا حالما تتمكن من النظر إلي، ومن تم النظر في وجهي وعينيا، أكرر هذا الإجراء السابق القائم على الحث اللفظي والبدني مع التدعيم الفوري حتى تتمكن الطفلة من الوصول للاستجابة الملائمة (النظر إلي عندما أنطق اسمها) .

أتخلص تدريجيا من الحث البدني حتى تتمكن من النظر إلي من خلال الحث اللفظي فقط. استخدم نفس الإجراء لزيارة الوقت المنقضي في الجلوس بهدوء، وعند ما تكون الطفلة قادرة على ذلك مع النظر إلي عندما أنطق اسمها،سوف أتوجه للمرحلة الثالثة .

المرحلة الثالثة : هدفها مواصلة التدريب لتدعيم المرحلة الثانية

يتم تدريب الطفلة على النظر لبعض الموضوعات أو القيام ببعض النشاطات البسيطة عندما أطلب منها ذلك، ولكي يتم ذلك بنجاح ينبغي أن أتبع الخطوات التالية:

أضع واحد أو أكثر من الموضوعات أو الأدوات التي سبق إعدادها (كرة، كتاب، مفتاح، محفظة، كراس، دمية... الخ) أسأل الطفلة أن تجلس وأن تنظر للمحفظة مثلا : بينما أنا أشير بأصبعي إليها، أدعم الطفلة فوريا بإعطائها حلوى تحبها، إذا استجابت لي بالنظر إلى المحفظة .

ملاحظة: إذا لم تستجيب إلي ذلك ، استخدم أسلوب الحث البدني بالطريقة السابقة الذكر، أعد عليها طلبي بان تنظر إلى المحفظة ، وأنا في الوقت نفسه ألوي رأسها برفق كي يكون من السهل عليها أن تنظر إليها (أي المحفظة) ، أكرر نفس الإجراء في المرحلة الثانية، أي بأن تنظر إليه ثم أقوم بالتدعيم فورا.

أحاول أن أوقف تدريجيا الحث البدني حتى تتمكن الطفلة من النظر للشيء المطلوب كإستجابة للتعليمات اللفظية فحسب ومن دون مساعدة مني .

ملاحظة مهمة: يجب أن تكون الطفلة جالسة وبهدوء حتى أعطيها المدعم وعندما يحدث ذلك أعلمها أن تمارس نشاطات معينة ، استجابة للتعليمات التي تلوتها عليها كما في المرحلة الرابعة .

المرحلة الرابعة: هدفها تدريب الطفلة على أداء نشاط معين

والذي يحتوي على تدريب الطفلة على أداء نشاط معين لفترة زمنية بسيطة تزداد تدريجيا بالطرق نفسها التي استخدمناها في الخطوات الثلاث السابقة.

طلبت من الطفلة (ب م) أن تؤدي نشاطا بسيطا باستخدام الأدوات الموضوعة على المنضدة مثل: أولا رص المكعبات ثم وضع الأدوات في صندوق تم تجميع أشياء بسيطة.

ثم طلبت منها الجلوس وأن تنظر إلى تلك الأشياء المتمثلة في كرة ، كراريس، أقلام وأقلام ملونة قصص من النوع الذي تحبه تم قلت لها :" مريا أريدك أن تضعي هذه الأشياء في هذا الصندوق، وأشير كالعادة إلى الأشياء ثم إلى الصندوق بأصابعي، وفي حالة ما إذا قامت بذلك الفعل أقدم التدعيم المرغوب فيه فورا هذه المرة كانت هدايا قيمة. استمريت في التدعيم كل 30 ثانية خلال قيام الطفلة بأداء النشاط المطلوب ، وهي نقل الأشياء المطلوبة إلى الصندوق. إذا ما تتوقف الطفلة عن النشاط، أنتظر بضع ثوان و أكرر الطلب لها بنقل الأشياء إلى الصندوق وأدعم فورا، حالما تعاود الاستجابة، وأستمر في التدعيم بمنحها الحلوى التي تفضلها كل 35 ثانية إذا استمرت في النشاط المطلوب، لاحظت أن الطفلة لم تستجب منذ البداية للقيام بالنشاط الذي طلبته منها فاستخدمت الحث اللفظي مع الحث البدني، حيث مسكت بيدها برفق ووجهتها إلى الأشياء المطلوب عملها، مع تجنب إرغامها على ذلك. دعمتها حالما استجابت ثم استمريت في التدعيم كل30 أو 40 ثانية لما استجابت قللت تدريجيا الحث البدني حتى أصل بها إلى الاستجابة للقيام بالنشاط المطلوب عند إعطاء التعليمات ،عملت تدريجيا على زيادة الفترة المنقضية قبل تقديم التدعيم .

وفي الأخير مراجعة الأهداف السابقة وما تحقق منها مع تقييم التحسن من قبل الطفلة والأم والمعلمة والباحثة، وذلك بالاتفاق على ماهية التعزيز بعد الشفاء وكيفية تقديمه لها ، بالإضافة إلى تخصيص الباحثة جلستين للمتابعة (جلسة متابعة مع الأم بعد 15 عشر يوم) و(جلسة متابعة مع المعلمة بعد شهر) بغرض الاضطلاع على المستجدات والكشف عما إن وجد انتكاس لدى الحالة.

خلاصة عامة للحالة :

نستخلص من كل ما سبق بأن الحالة تحسنت على حالتها السابقة وهذا كان جليا من خلال المراحل العلاجية المطبقة بإتباع التعليمات التي كانت نتيجتها التحكم في سلوكات الطفلة الغير مرغوب فيها وطبعا كان ذلك من خلال تدريبها المتواصل الذي استلزم في بعض المرات عدة محاولات، إضافة إلى تصريحات الوالدين والمعلمة بتحسن الحالة (ب م) وانضباطها مع انخفاض حركتها المفرطة واندفاعيتها مع تركيزها أثناء مراجعتها للدروس وإنهاء تمارينها وإصغائها لأمها ومعلمتها .

ما مكننا من القول بأن الحالة في تحسن مستمر، وهذا ما دفعنا لتشجيع الطفلة على مواصلة سلوكاتها الجيدة، والثناء على الأم والمعلمة على الاستمرار في تتبعها بكل حب وعدم الاحباط أمام فشلهم في تلبية طلباتها ورغباتها.

استنتاج عام :

بعد إجراء المقابلات مع كل من الطفلة (ب م) موضوع الدراسة، الأم والمعلمة تبين بأن الحالة تعيش في أسرة متكونة من أب و أم وعم و إخوة، فكل من الأب و الأم والعم لهم معاناة نفسية ،فالأب مصاب بمرض سيكوسوماتي والأم مصابة باكتئاب والعم يتناول مثبطات

عصبية وهو مصاب بمرض عقلي دون نسيان العم المتوفى والعمة كذلك مصابان بمرض عقلي،مع العلم أن الطفلة كانت غير مرغوب فيها لما حملت بها الأم و حتى بعد الولادة . فالطفلة منذ صغرها تتلقي الضرب والتهميش من قبل والديها ،خاصة الأب لأنه لا يتحمل سلوكاتها المتمثلة في الاندفاعية وفرط الحركة. مما جعل للطفلة سلوكات مصاحبة كالتبول اللاإرادي ومص الأصبع، وما زاد خشية الوالدين وخوفهم على الطفلة هو التحاقها بالمدرسة ، لأن المعلمين اشتكوا من سلوكاتها المضطربة المتمثلة في التبول اللاإرادي النهاري،النوبات الغضبية، البكاء بدون سبب وعدم الطاعة، زد إلى ذلك سلوكات العنف وضرب التلاميذ ، مما أدى إلى توجيهها من طرف المعلمة إلى مختص نفسي عند مرورها إلى السنة الثانية ابتدائي.

بعد دراسة الطلب قمنا بالمقابلات مع الأم والمعلمة، ومن خلال هذه المقابلات وتشخيصها حسب DSM-IV ،اتضح أنها تعاني من اضطراب فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه، وهذا ما أكده استبيان تشخيص حالات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية لدى الطفل الخاص بالأسرة والمدرسة

الفصل الثامن
عرض النتائج ومناقشتها

أولا: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

ثانيا : التوصيات والاقتراحات

ثالثا: الخاتمة

مراجع

ملاحق

الفصل الثامن
عرض النتائج ومناقشتها

أولا: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

- من خلال الفرضية الأولى توصلنا إلى أن العلاج السلوكي فعال لعلاج فرط الحركة والاندفاعية عند الطفل
- من خلال الفرضية الثانية توصلنا إلى أن العلاج السلوكي فعال في علاج تشتت الانتباه عند الطفل.

من خلال تقديم الحالة والانتهاء من الحصص العلاجية تبين لنا مدى أثر العلاج السلوكي المتمثل في تقنية التعزيز (الإيجابي-السلبي) في التخفيف من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه خاصة وأن الحالة تمكنت من التحكم في تنظيم الأفعال والحركات المرغوب فيها ونقصد بذلك الإنضباط ذاخل القسم والإلتزام بكل من تعليمات الوالدين والأخصائية النفسية.

بالنسبة للحركة المفرطة للحالة إنما هي راجعة عن أسباب نفسية اجتماعية وأخرى أسرية، فعدم اهتمام الوالدين بالحالة ولد لديها الحساسية، للإشارة أنها تعاني من الربو ، فالحالة تحاول تعويض ذلك الفراغ في السلوك المرفوض المتمثل في فرط الحركة وتشتت الانتباه.

إذن فالتعزيز يؤدي إلى نتائج سارة تقوي وتميل إلى التكرار أي أن الأثر الإيجابي الناشئ من هذه الاستجابات يزيد من احتمالات حدوثها في المواقف اللاحقة المشابهة.

إن نتيجة البحث الحالي تتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى أهمية البرامج السلوكية وأثرها في خفض حدة المظاهر السلوكية للاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، كدراسات (Feirstein, 1991) و (Chosh et Chattopadhyry ,1993) و(الموافي، 1995) و (Copeland,2002) و (البصير، 2004) .

وبناءا على الفرضيات ومن خلال المحاور الأساسية التي تتطرق لها الاستبيان والتي كانت في الأول ذات هدف تشخيصي، وبعد التكفل العلاجي ذات هدف تقييمي حيث أن هذه المحاور تمثلت في الاندفاعية فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وعليه ومن خلال ما توصلنا إليه مع الحالة، نستنتج أن المستوى الاندفاعية قلّ نسبيا، العدوانية اختفت لمدة تم ظهرت، أما فيما يتعلق بفرط الحركة رأينا أنه مرتبط بمعاش نفسي غير مستقر وغير مطمئن، أما في ما يخص تشتت الانتباه كان من الصعب على الطفلة وعلينا في مدة زمنية قصيرة أن نقضي عليه بصفة نهائية لأن الظروف العلاجية واليومية في البيت والمدرسة لا تساعد على ذلك،حيث كان يظهر من وقت لآخر .

وعليه نصل إلى الاستنتاج النهائي والمرتبط بفرضيات الانطلاق، كانت السيرورة العلاجية فعالة بحكم رغم الوقت الضيق ولكن سنواصل .

ثانيا: التوصيات والاقتراحات

في ضوء نتائج البحث وما سبقها من عرض نظري يمكن الخروج بعدد من التوصيات والاقتراحات وهي كالآتي :

1- استشارة طبيب من أجل التأكد من عدم وجود سبب عضوي.
2- يجب على الأولياء تفهم شخصية الطفل المصاب بفرط الحركة وتشتت الانتباه وذلك بمساندته وإعطائه الرعاية الضرورية والحب.
3- تحسيس معلمي المدارس الابتدائية وذلك بتعريفهم بأهم أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والتي قد تكون أسبابها غير ظاهرة.
4- الاهتمام بالكشف المبكر عن التلاميذ ذوي اضطراب فرط الحركة وخاصة تلاميذ المرحلة الابتدائية حتى يسهل علاجهم والتكفل بهم.
5- إلزامية دمج الأخصائيين النفسانيين على مستوى المدارس الابتدائية.
6- على الوالدين وأفراد الأسرة عدم التعصب من كثرة حركة الطفل لأن ذلك يزيد من اضطرابه.
7- دمج الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في نوادي رياضية لتفريخ كل طاقته الزائدة.
8- مشاركة كل من الأولياء والمعلمين في البرامج الإرشادية لمعرفة خصائص هذا الإضطراب وتمكينهم من التدريب على الأساليب الملائمة في التعامل معهم .
9- المساهمة الباحثين في المزيد من الدراسات حول اضطراب فرط الحركة بتشتت الانتباه.

خلاصة عامة

وأخيرا وفي ضوء نتائج الدراسة، تبين أن للعلاج السلوكي المتمثل في التعزيز اثركبيرفي التخفيف من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه و الاندفاعية ،فأسلوب التعزيز من شانه المحافظة علي الانضباط والاستمرارية أثناء الحصص العلاجية بخلق الدافعية لدي الطفل علي الأداء الجيد والاستجابة الصحيحة

وكان ذلك من خلال المكافآت المادية التي تحبها والحث اللفظي بكلمات الثناء والشكر التي تساعده علي بذل مزيد من المجهودات في متابعة مراحل العلاج وإزالة القلق وزيادة الثقة بالنفس،كما لانسي أن انوه بالدور الكبير الذي تلعبه المعلمة في مساعدة أطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

كما نلفت انتباه أولياء الأمور والمعلمين أن اضطراب فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه يظهر بدرجات مختلفة، فقد تكون حالة الطفل بسيطة ويمكن معها التعامل بسهولة أو قد تكون أعراض الاضطراب شديدة وتحتاج إلى جهد كبير للتحكم فيها.

كما أن هذا الاضطراب تتباين أعراضه يوما بعد يوم ومن مكان لآخر، فهو غير ثابت في مظاهره وتختلف هذه المظاهر حسب المزاج والمواقف، وقد تؤثر عوامل آخري في تلك التقلبات التي تظهر على الأطفال المصابين به .

المراجـــــــــــــع:

الكتب باللغة العربية:

1 – أبو جادو محمد صالح، **علم النفس التطوري (الطفولة والمراهقين)**، دار المسيرة،ط3، عمان،2001

2- أبو الخير عبد الكريم قاسم، **النمو من الحمل إلى المراهقة**، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، الأردن 2004

3- أبو زيد مدحت عبد الحميد، **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية**،دار المعرفية الجامعية، الاسكندرية 2008

4- أسعد رزق: **موسوعة علم النفس**، دار فارس، ط4 ، الأردن ، 1992

5- الزراع نايف بن عابد، **اضطرابات ضعف الانتباه والنشاط الزائد**، دار الفكر،ط 1، الأردن 2007

6- أديب محمد الخالدي، **علم النفس الاكلينيكي المرضي الفحص والعلاج**، دار وائل للنشر،ط1،عمان2000

7- اليوسفي احمد عبد الحميد مشيرة، **النشاط الزائد لدى الأطفال**، الكتاب 2، المكتب الجامعي الحديث، مصر 2005

8- المرسومي يوسف كريم ليلى، **فاعلية برنامج سلوكي في تعديل أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي**، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية 2011

9- العتوم يوسف عدنان، **علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيق**، دار المسيرة، ط4 ، عمان،2004

10- السيد عبيد ماجدة بهاء الدين، **الضغط النفسي ومشكلاته، ط1**، عمان، 2008

11- الوقفي راضي، **مقدمة في علم النفس**، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط3، عمان 1998

12- بدر فائقة والسيد علي السيد أحمد، **إضطرابات الانتباه لدى الأطفال**، النهضة المصرية، ط1، القاهرة، 1999

13- بطرس حافظ بطرس، **المشكلات النفسية وعلاجها**، دار المسيرة للنشروالتوزيع، ط1 ، عمان 2011

14- بدير كريمان، **تقويم نمو الطفل**، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2008

15- بشناق محمد رأفت، **سيكولوجيا الأطفال**، دار النفائس، ط2، لبنان ، 2010

16- حلمي خليل، **اللغة والطفل**، دار النهضة العربية، ط5 ، بيروت ، 1985

17- زهران حامد عبد السلام، **علم النفس الطفولة والمراهقة، عالم الكتب**، ط5 ، القاهرة،1995

18- سري محمد إجلال، **علم النفس العلاجي، عالم الكتب،** ط$_1$ ،القاهرة 2000

19– عبد العزيز ابراهيم سليم، **الاضطرابات النفسية لدى الأطفال،** دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط$_1$ ، عمان، 2011

20- عبد المعطي حسن مصطفى، **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة،** دار القاهرة، ط$_1$، 2003

21- عبد الواحد سليمان يوسفي ابراهيم،**اضطرابات الانتباه رؤية في إطار علم النفس العصبي المعرفي،**دار الجامعة للنشر، بدون طبعة، الاسكندرية، 2012

22- عبد الواحد سليمان يوسفي ابراهيم، **المخ واضطرابات الانتباه،** دار الجامعة الجديدة للنشر ، بدون طبعة، الاسكندرية ، 2012

23- عزة سعيد حسني، **سيكولوجية النمو في الطفولة،** دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان 2002

24- عبد الجوالدة فؤاد وإمام محمد صالح، **السلوكات الدالة على نظرية العقل،** دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط$_1$ ، الأردن 2010

25- فيصل عباس، **أساليب دراسة الشخصية، تكنيكات الاسقاطية،** دار الفكر اللبناني،ط$_1$ لبنان،1990

26- مصطفى أسامة فاروق ، **مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية،** دار المسيرة، ط$_1$ ، عمان 2011

27- محسن كاظم الفتلاوي سهيلة، **تعديل السلوك في التدريس،** دار الشروق، ط$_1$، الأردن، 2005

28- ماهر محمود عمر، **المقابلة في الارشاد والعلاج النفسي،** دار المعرفة الجامعية،بدون طبعة،2011

29- قاسم جمال وعبيد ماجدة والزعبي عماد، **الاضطرابات السلوكية** ، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط$_1$، عمان2000، ص: **189**

30- نور عصام، **علم النفس النمو،** مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2006

الكتب باللغة الاجنبية :

31- Robert j.Sternberg :**Manuel de psychologie cognitive**.Debocks.1ère Belgique.2007

32- American Psychiatric Association. Mini DSM IV. Critéres diagnostiques . édition Masson, Paris ,1996

33- Mohamed ould TALEB : **Manuel de la pédopsychiatrie ,** (OPU) , Alger, 2012.

Dictionnaire :

34 - Nobert Sillamy: **Dictionnaire de Psychologie, Larousse**, Paris 1999

Site internet :

35- Cottraux jean **: les thérapie comportements** opcit P19

الملاحـق

الملحق رقم 01
استبيان تشخيص حالات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال
استبيان الأسرة (الآباء)

استبيان الأسرة (الآباء)

1- أعراض ضعف الانتباه لدى الطفل

الأخ الوالد/ الوالدة في إطار تشخيص حالة الطفل التلميذ الأكاديمية والسلوكية والعقلية يرجى الإجابة عن الأسئلة والاستفسارات بدقة وموضوعية، وذلك بوضه إشارة () في العمود تحت الإجابة المناسبة شاكرين تعاونكم معنا

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا جدا
1-	ضعف القدرة على الانتباه والتركيز				
2-	ضعف القدرة على إدراك التفاصيل والعلاقات				
3-	يعاني من الشرود واحلام اليقظة.				
4-	يفشل في اتمام المهام التي يبدأها				
5-	يعاني من الذهول والحيرة أو الارتباك				
6-	ينتقل من نشاط لآخر دون مبرر				
7-	يروي قصصا غير حقيقية أو كاذبة				
8-	لا يستمع أو يصغي إلى التعليمات التي تقدم إليه				
9-	كثيرا ما ينشغل بذاته بأصابعه، ملابسه، بشعره.....				
10-	من السهل قيادته من الغير				
11-	يشتت انتباهه بسرعة بسبب المثيرات وبشكل غير عادي				
12-	ينسى أشياء أو أدوات هامة				
13-	التعرض إلى حوادث بسبب نقص الانتباه				
14-	يتجنب المهام الصعبة التي تتطلب جهدا عقليا				
15-	يفشل في تنظيم المهام أو الأشياء في حياته				
16-					

- اعراض فرط الحركة

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا
1-	أعمال وسلوكات كثيرة مزعجة وغير هادفة				
2-	الجري والقفز والتسلق.....				
3-	اتلاف الأشياء وبعثرتها				
4-	القفز على الأثاث والأشياء				
5-	الهروب من المنزل				
6-	القيام بأعمال مرفوضة من الآخرين				
7-	محبا للعراك مع الآخرين				
8-	يجلس خارج المنزل				
9-	قاسيا مع الحيوانات				
10-	لا ينسجم مع اخوته أو الآخرين				
11-	لا يتمتع بعملية اللعب				
12-	سلوكه طفلي وغير ناضج				
13-	غير متعاون مع الآخرين				
14-	يبعث بعدة أشياء، وقد يركز على ذاته				
15-	يطلب عدة أشياء متتابعة				
16-	يمص أو يمضغ الإبهام، أو الملابس، أو البطانية				
17-	ينقل الأشياء على كتفه من مكان لآخر				
18-	يقاوم النظم والقواعد ويخالف المواعيد				

19	يقوم بسرقة الأشياء				
-20	مطيع باستياء أو بامتعاض				
-21	قاسي وتصرفاته وحشية				
-22	متمرد وعنيد وغير مطيع				
-23	من الصعب تكوين صدقات أو التواصل مع الآخرين				
-24	ينكر الأخطاء ولوم الآخرين له				
-25	كلامه غير واضح ويكون بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين				
-26	يمكن أن يقوم بسلوك مضاد للمجتمع مثل إشعال النار				
-27	يمكن أن يمارس الجنس مع الآخرين				
-28	يتجنب الاعتذار				

- اعراض الاندفاعية

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا
-1	إفراط حركي اندفاعي لا يهدأ				
-2	عناد ومعارضة				
-3	لا يستطيع السيطرة على أفعاله				
-4	يصعب عليه الانتظار				
-5	يلامس أحيانا أشياء غير متوقعة				
-6	سرعان ما تنجرح مشاعره				
-7	يتغير المزاج بسرعة وبشدة أو بصرامة				
-8	دائم الشجار ومولع بالعراك مع الآخرين				
-9	يضجر بسرعة ويعاني من الملل				
-10	يتعرض بسرعة للاحباط في الجهود التي يقوم بها				
-11	من السهل أن يصرخ ، أو يبكي				
-12	غير قادر على إيقاف حركاته				
-13	نجده متجهما ، عبوسا ، مستاء				
-14	ممكن أن يفضح السر بسرعة وسهولة				
-15	يقحم نفسه في أمور لا علاقة له بها				
-16	ضرب الآخرين بعنف				
-17	إتلاف الأشياء				
-18	يجب أن تؤدي مطالبه في الحال				

الملحق رقم 02
استبيان تشخيص حالات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال
استبيان المعلمة

استبيان المعلم

الأخ المعلم/ المعلمة في إطار تشخيص حالة الطفل التلميذ الأكاديمية والسلوكية والعقلية يرجى الإجابة عن الأسئلة والاستفسارات بدقة وموضوعية، وذلك بوضه إشارة () في العمود تحت الإجابة المناسبة شاكرين تعاونكم معنا

1- أعراض ضعف الانتباه لدى الطفل

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا جدا
1-	ضعف مدى الانتباه				
2-	يحتاج إلى جهد للانتباه إلى تعليمات المعلم				
3-	يعاني من الذهول والحيرة أو الارتباك				
4-	الفشل في اتمام المهام أو الأنشطة التي يبدأ بها				
5-	انتقال الطفل من شيء لأخر، أو من نشاط لآخر بشكل مزعج وغير هادف				
6-	لا يصغي أو يستمع للآخرين				
7-	ليس لديه القدرة على متابعة التفاصيل				
8-	ليس لديه القدرة على الفهم والاستيعاب و إدراك العلاقات				
9-	ليس لديه القدرة على التركيز				
10-	يعاني من تخلف دراسي أو صعوبة في مجال التعلم				
11-	يعاني من الشرود و أحلام اليقضة				
12-	كثيرا ما ينشغل بذاته				
13-	تشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات وبشكل غير عادي				
14-	ينسى الأشياء الهامة لإنهاء المهام				
15-	يفشل في تنظيم المهام وتنفيذها				
16-	يفشل في متابعة التعليمات التي توجه إليه				
17-	يتجنب المهام التي تتطلب جهدا عقليا وانتباها وإدراكا وغير ذلك				
18-	التعرض للحوادث بسبب نقص الانتباه				
19	يفقد بعض الأشياء والأدوات				
20-	عدم الاهتمام أو اللامبالاة بعملية التعلم				

2- اعراض فرط الحركة

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا جدا
1-	الخروج من الصف عدة مرات دون مبرر				
2-	سلوكات متكررة لدرجة الازعاج				
3-	عدم الراحة مع الإحساس بالملل والتلوي أثناء الجلوس على المقعد				
4-	يسبب صخبا وضوضاء داخل الصف				

-5	يزعج الأطفال الآخرين في الصف، ولا ينسجم معهم				
-6	غير متعاون مع معلميه أو المشرفين عليه				
-7	لا يستجيب لتعليمات المعلم متمرد أو خارج عن الطاعة				
-8	يظهر سلوك العناد والمعارضة				
-9	تظهر عليه أعراض اللامبلاة أو الاهمال				
-10	يمكن أن يدفع الآخرين في الصف				
-11	عدم ممارسة الأنشطة				
-12	التواصل الاجتماعي مع الآخرين ضعيف				
-13	يتهم الآخرين باستمرار				
-14	تغيب عن المدرسة دون عذر				
-15	يخالف الأنظمة والمواعيد ويكره أن تقيده النظم او القواعد				
-16	يتجنب الإعذار				
-17	سلوكه لا يمكن توقعه				
-18	من السهل قيادته من الأطفال الآخرين				
19	يتكلم كثيرا بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين من نفس العمر (كلام طكفلي،تهته				

3- أعراض الاندفاعية

	بنود الاستبيان (Items)	ليس دائما	قليلا	كثير لحد ما	كثيرا جدا
-1	لا يستطيع السيطرة على أفعاله				
-2	يجب أن تؤدي مطالبه في الحال				
-3	انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع				
-4	حساس بشدة لعملية النقد				
-5	يبكي كثيرا وبسهولة				
-6	صعوبة ارجاء رد الفعل أو الاستجابة				
-7	يجيب عن السؤال قبل اتمامه				
-8	محب للعراك ودائما في حالة غضب واستياء				
-9	اقحام نفسه في أمور لا مبرر لها				
-10	مقاطعة الآخرين في الحديث				
-11	غير قادر على ايقاف حركاته المتكررة				
-12	ينكر الأخطاء ولوم الآخرين له				
-13	مطيع باستياء وبامتعاض				
-14	وقاحة مع قلة الحياء في أفعاله				
-15	ضرب الآخرين بعنف				
-16	يركض ويقفز بسرعة				

ملخص الدراسة

الكلمات المفتاحية : العلاج السلوكي- فرط الحركة وتشتت الانتباه – طفولة متوسطة .

تهدف هذه الدراسة استخدام تقنيات علاج سلوكي لطفلة تبلغ من العمر 08 سنوات تعاني من اضطراب فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه، بغية التخفيف من أعراض هذا الاضطراب المتمثلة في الاندفاعية ، فرط الحركة وتشتت الانتباه .

تم تشخيص هذه الحالة وفق الدليل التشخيصي الأمريكي للأمراض العقلية الرابعDSM-IV وبالتأكيد من خلال قائمة استبيان (الأسرة والمدرسة) تشخيص حالات فرط الحركة وتشتت الانتباه، والاندفاعية لدى الأطفال، من إعداد وتقنين الدكتور فيصل محمد خير الزراد.

أما فيما يخص تقنيات العلاجية السلوكية، تمثلت في التعزيز (الايجابي – سلبي)،مع إستخدام فنيات سلوكية مثل تكلفة الإستجابة، الانطفاء، التشكيل، مع الحث البدني واللفظي المتواصل لتشجيع الحالة لإتباع التعليمات.

بعد تطبيق تقنيات العلاج السلوكي المشار إليها أعلاه، توصلنا إلى النتائج التالية:

1- العلاج السلوكي له أثر في التخفيف من أعراض فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الطفلة .
2- أسلوب التعزيز الإيجابي له فعالية في علاج فرط الحركة والإندفاعية عند الطفل
3- أسلوب التعزيزله فعالية في علاج تشتت الانتباه عند الطفل.

تم تفسير ومناقشة نتائج الدراسة، وأخيرا بعض الاقتراحات تخص أولياء الطفل و المعنيين بمجال التربية و البحث .