

## فاعلية برنامج علاج معرفى سلوكى متعدد المحاور (مقترح) فى تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطى النشاط

د / زينب محمود شقير

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة طنطا

### مقدمة :-

يظهر العديد من الأطفال أنماطاً مختلفة من السلوك المضطرب ،  
التي من بينها فرط النشاط ، ولاشك أن سلوك الطفل مؤشر يفيد فى  
تحديد قدرته على التكيف مع الواقع المحيط به ، كما أنه يوضح قدرة  
الأسرة والمدرسة والمجتمع على تهذيب سلوك الطفل .

وقد تصدى نفر من الباحثين المهتمين بسلوك فرط النشاط لدى  
الأطفال لتعريفه وتحديد معناه ، وتحديد خصائصه ، وتكاد تجمع تلك  
التعريفات على أنه يتمثل فى : الإفراط فى النشاط ، قصور الانتباه ،  
السلوك غير السوى ، العدوان الزائد ، الاندفاعية والتهور . وقد  
فسرت النظرية السلوكية هذا السلوك المضطرب على أنه نمط من  
الاستجابة الخاطئة أو غير السوية المتعلمة والمرتبطة بمثيرات منفرة ،  
يحفظ بها الفرد ويستخدمها فى تجنب مواقف أخرى غير مرغوبة .

( Academic - American Encyclopedea . 1982 ) . هذا وفى الوقت  
الذى أجريت فيه العديد من الدراسات الأجنبية - والنادر من الدراسات  
العربية - التى تصدت لتشخيص أهم خصائص سلوك فرط النشاط لدى  
الجنسين نجد الإغفال فى برامج الإرشاد والعلاج لسلوك فرط النشاط على  
الصعيد العربى - عدا القليل منها - فى الوقت الذى نشطت فيه هذه  
الدراسات على الصعيد الأجنبى ( إلا أنها مازالت قليلة خاصة العلاج

السلوكي ) كما سيتضح من خلال عرض الدراسات السابقة في متن البحث الحالي . وقد أشارت نتائج العديد من هذه البحوث والدراسات الى نتائج مؤداها أن نسبة كبيرة من الأطفال ذوى فرط النشاط يمكنهم التحسن فى سلوكهم وفى بعض جوانب شخصياتهم الأخرى اذا ما تم تدريبهم و توجيههم ببرامج ارشادية أو علاجية نفسية ، وهنا تبرز فاعلية الرعاية النفسية و التربوية و الإرشادية و العلاجية المخططة لإعادة توافق هؤلاء الأطفال . ومن ثم فالدراسة الحالية تعد محاولة لإعداد برنامج مقترح يهدف إلى تعديل وتحسين بعض الخصائص المختلفة لدى الأطفال مفرطى النشاط .

### الأهمية :-

تتضح أهمية الدراسة الحالية فى الجانب النظرى حيث ندره الدراسات المصرية بل والعربية التى تناولت علاج وإرشاد الأطفال مفرطى النشاط ، علاوة على أنها تتناول فئة من الأطفال لم تأخذ حظها بين الدراسات العربية مثل باقى الأطفال المختلفين .

أما الأهمية التطبيقية فهى تكمن فى أن الدراسة تقدم فنيات علاجية جديدة وتستخدم تيار علاج سلوكى جديد متعدد المحاور من خلال برنامج علاجى ، لتعرف على مدى التحسن فى حالات فرط النشاط من الأطفال بعد تطبيق البرنامج عليهم ، كما أنها تسعى إلى أن تسلط الأضواء على الاهتمام بهؤلاء الأطفال نظرا لتزايد عددهم وما قد يسببونه من مشكلات لأنفسهم ولذوهم ، وأسرةهم ولمعلماتهم داخل الفصل الدراسى .

### الهدف :-

تهدف الدراسة الحالية إلى استخدام بعض فنيات العلاج المعرفى السلوكى الحديث و الهامة ، علاوة على تأثير دور الأم والمعلمة بجانب دور

الباحثة فى تعديل بعض أشكال السلوك التوافقى لمجموعة من الأطفال مفرطى النشاط تتمثل فى : اضطراب الإنتباه ( معرفى ) ، فرط النشاط (سلوكى) ، العدوانية (سلوكى) الإندفاعية ( انفعالى - سلوكى )

### المشكلة :-

بدأ اهتمام الباحثة الحالية بمشكلة فرط النشاط لدى الأطفال عندما حضرت أم وقابلت الباحثة بمركز إعلام المحلة الكبرى أثناء إلقاء الباحثة لندوة إلى طالبات المرحلة الثانوية بمكتبة المركز ، وكانت الأم معها طفلان أحدهما يعانى من مظاهر الضعف العقلى ( الإبن الأكبر ) والأخر يعانى من مظاهر فرط النشاط حيث تشكو الأم من سلوكياته وشقاوته ، وتخريب أثاث المنزل وضرب الأطفال والثورة المستمرة أثناء وجوده ، ومن شكوى المعلمة منه أنه غير مستقر ، ولا يستطيع التركيز معها ، ولا يسمع كلامها ويضرب زملاءه داخل الفصل ، وكثير العبث بالأشياء ، وكثير الحركة داخل الفصل ..... الخ ، وهذا ما جعل الباحثة تلجأ إلى استعراض البرامج العلاجية المتنوعة بل والإرشادية التى قد تفيد مع مثل هذا الطفل حتى يمكنها تقديم المساعدة لهذا الطفل ولأمه .

إضافة إلى ما أثبتته العديد من الدراسات بأن المشكلات التى يعانى منها هؤلاء الأطفال مفرطى النشاط إنما هى مشكلات نفسية واجتماعية وسلوكية بل وتحصيلية أيضاً .

### ولهذا تتحدد مشكلة الدراسة فى السؤال الشامل التالى :-

هل يؤثر برنامج علاجى مقترح ( تقترحه الباحثة ) فى تخفيف حدة فرط النشاط وما يصحبه من خفض معدل اضطراب الانتباه ، خفض سلوك فرط النشاط ، انخفاض معدل العدوانية ، انخفاض معدل الاندفاعية لديهم .



**\* الخلفية النظرية والمصطلحات :**

**أولاً : فرط النشاط المصحوب باضطراب الانتباه ( ADHD )**

**Attention deficit hyperactivity disorder**

**( أ ) تعريف اضطراب فرط النشاط :-**

منذ الأربعينات وضع أطباء النفس تسميات عديدة للأطفال مفرطى الحركة الذين يعانون من نقص الانتباه وأفعالا عفوية بشكل غير عادي ، واعتبروا أن مثل هؤلاء يعانون من خلل الوظيفة الدماغية brain dysfunction بشكل طفيف ، أو متلازمة الطفل ذى الدماغ المتأذى brain - injured child syndrome أو التفاعل مفرط الحركة الطفولى hyperkinetic reaction of childhood ، أو متلازمة الطفل المفرط الحركة hyperactivity child syndrone أو حديثا خلل نقص الانتباه attention - deficit - disorder وتعكس كثرة تغيير المسميات تردد الباحثين حول سبب هذا الخلل وحتىى عدم وضوح المعايير التشخيصية له ( باركلى ، أ ، ي ، ١٩٩٩م : ٤٩ ) .

وجاء فى دليل تشخيص الأمراض النفسية الرابع لرابطة الطب النفسى الأمريكى سلوك فرط النشاط. ضمن اضطرابات قصور الانتباه والسلوك المشوه ، حيث تم التمييز بين ثلاثة أنواع للاضطراب الانتباه هي :-

**أ - اضطراب الانتباه مع فرط النشاط**

**Attention deficit hyperactivity combined type .**

**ب- اضطراب الانتباه غير المصاحب بسلوك فرط النشاط .**

Attention deficit hyperactivity disorder / predomennatly inattention type .

ج- فرط النشاط المصحوب باضطراب الانتباه ( AD HD )

Attention deficit hyperactivity disorder / predomennatly hyperactivity disorder ( DSM-IV - 1994 ; 78,79 ) .

ويعرف الأطباء النفسيون فرط النشاط بأنه مجموعة من الأعراض السلوكية الشائعة لدى الأطفال ، وتتميز بصعوبة فى التركيز واندفاع فى السلوك والانفعال كما يتضمن عدوانية وعصيانا ، وسلوكا لا اجتماعيا مما يثير سخط الوالدين والمعلمين والأفراد على هذا الطفل ( عزة زكى ، ١٩٨٥ : ١٠٦ ) . وأن النشاط الحركى الزائد من أعراض الاضطراب الحركى ، ويظهر فى صورة عدم الاستقرار الحركى الذى يتدرج من النشاط العضلى المفرط والحركات السريعة ، والذى يصيب الطفل العصبى ، إلى الاستجابات عالية الشدة عند المريض الذهانى ( عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ : ٣٦٤ ) كما يشير إلى إصابة الأطفال بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية والنشاط الحركى الزائد قبل السابعة من العمر ( عبد العزيز الشخص وأخر ، ١٩٩٤ : ٤٦ ) كما يشار إلى الطفل مفرط النشاط بأنه لا يولى عادة اهتماما بالآخرين أو المهام أو الأعمال ، ولا يجلس هادئا لفترة طويلة جداً ، ودائما ما يجرى ويقفز ( واطسون ، ١٩٩٤ : ١٢٥ - ١٢٦ ) .

ويمكن الوصول لتعريف اجرائى للطفل مفرط النشاط من خلال أدوات الدراسة : بأنه طفل يزيد نشاطه فى مواقف لا تتطلب هذا السلوك الزائد ، كما أن سلوك فرط النشاط هذا يكون غير مقبول اجتماعيا ، ويكون لديه ميول عدوانية وتدميرية ، ولديه مجموعة من المشكلات

السلوكية التي تتمثل في الاندفاعية والتهور في التصرفات والسلوك ، مع صعوبة إقامة علاقات اجتماعية طيبة مع أقرانه ووالديه ومدرسيه ، وصعوبة وقصور في تركيز انتباهه لفترة طويلة ومن ثم السرحان وشروذ الذهن ، وعدم الاستماع أو الإنصات للمتحدث من حوله ، وعدم الدقة في أداء الأعمال ، مما يؤدي إلى سوء توافقه الشخصي والاجتماعي .

### (ب) معدل انتشار اضطراب فرط النشاط بين الجنسين :-

يصيب هذا الخلل أعدادا كبيرة من الأطفال ، ويتراوح انتشاره بحسب الدراسات العديدة بين ٢ ، ٥٢ ، ٩% من كل الأطفال في عمر المدرسة ، ولم يخل مجتمع من هذا الخلل ، والأكثر من ذلك أن هذا الخلل الذي ساد الاعتقاد بأنه يتناقص بتقدم العمر يمكن أن يستمر في مرحلة البلوغ (باركلي ، أ ، ر ، ١٩٩٩ ، ٤٩ ) . وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى زيادة انتشاره بين الذكور عنه بين الإناث ، حيث أن الذكور يبدون أكثر إندفاعية ولديهم قابلية لتشتت الانتباه داخل حجرة الدراسة كما أن الأعراض الشخصية و العدوانية لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث مع ارتفاع معدل المشكلات النفسية لديهم ، ( Maden, M. 1984 السيد السمانى ١٩٨٩ م ، Klein , RG ) & Others , 1997 )

وأشارت دراسات أخرى بأن نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال حوالي ٧٧% وبنسبة ٢ : ١ بين الذكور والإناث على التوالي (Hobborow ,Pl, et al ,1986 : 426) . وفي دراسة أخرى أوضحت أن الذكور أكثر عرضة للإصابة بهذا الخلل ثلاث مرات على الأقل من الإناث ، بينما أوضحت بعض الدراسات أن الذكور يفوقون



الإناث من حيث الإصابة بهذا الخلل بمعدل ٩ : ١ ، وكان تفسير ذلك أنه ربما لأن الذكور هم جينياً (وراثياً) أكثر عرضة للإصابة باضطراب الجهاز العصبي ، وتظهر الأنماط السلوكية المميزة للخلل ADHD عادة ما بين الثالثة والخامسة من العمر ، إلا أن عمر البدء قد يتفاوت بشدة ، فقد لوحظ أن الأعراض تتأخر في الظهور عند بعض الأطفال حتى نهاية مرحلة الطفولة بل وبداية مرحلة المراهقة ، وإلى الآن لم يتضح سبب هذا التأخر في ظهور الأعراض عند بعضهم (باركلي ، أ ، ر ، ١٩٩٩ : ٤٩ ) .

وتشير الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية أن نسبة انتشار ADHD حوالي ٣ : ٥ % من أطفال مدارس التعليم الأساسي ، وفي بريطانيا العظمى تقل النسبة لأقل من ١ % وتكثر لدى الذكور عنه لدى الإناث بنسبة ٣ : ١ وقد تصل إلى ٥ : ١ وتكون أكثر شيوعاً في الطفل الأول ( Harold . I & Others , 1988 : 582 ) .

### (ج) المظاهر المختلفة المصاحبة لاضطراب فرط النشاط :-

يتضمن الخلل ADHD مجموعتين رئيسيتين من الأعراض : عدم الانتباه ومزيج من السلوكيات العفوية والمفرطة الحركة ، وبشكل عام فإن معظم الأطفال يكونون أكثر نشاطاً واندفاعاً وقابلية للشروع ( تشتت الانتباه ) وهناك العديد من المظاهر السلوكية المصاحبة لفرط النشاط ، على أن تكون أكثر أهمية وأشد خطورة في حياة الطفل ، وبالرغم من تعددها إلا أنه يشترط توافر ثلاثة مظاهر سلوكية أساسية لدى ذوى فرط النشاط هي : سلوك فرط النشاط الحركي ، الاندفاعية ، قصور الانتباه ، وفيما يلي مجمل المظاهر المختلفة المصاحبة لاضطراب فرط النشاط :-

١- فرط النشاط الحركى Hyperkinesis : حالة تتميز بنشاط حركى مفرط ، وبالغفلة وقلة الانتباه والانديفاع والتهور ، ويستخدم هذا المصطلح فى المجال الطبى للإشارة إلى المرضى نوى النشاط الزائد والذين يسهل تشتت انتباههم ( عبد العزيز الشخص ، وآخر ، ١٩٩٤ : ٢٢٢ ) وتبدو أعراض فرط النشاط فى :- كثرة الحركة ، صعوبة القدرة على الثبات ، الخروج من المقعد والتجول فى الفصل أو المدرسة أو المنزل بدون سبب واضح ، عدم التناسق الحركى ، غير مبال ، عدم الارتقاء بالسلوك المناسب لنموه الزمنى ، نشاط زائد للحركات الكبرى ، يتحرك ويهتز باستمرار ، السلوك السئ غير المقبول اجتماعيا ، مشاكس ، التآرجح على الكرسي ، عدم الاستقرار فى مكانه ، الإزعاج وإحداث الضوضاء فى المكان الذى يتواجد فيه ، لا ينتظر دوره فى اللعب ، السلوك المشوش غير الواضح ، يتململ بيديه وقدميه وفى جلسته ، الكلام والضجيج ، الركض أو القفز ( إبراهيم كاظم ، ١٩٨٨ ، ٢٠٤ ، ١٩٨٧ - DSM III ، ١٩٩٤ - DSM-IV ، باركللى ، أ ، ر ، ١٩٩٩ ، غسان يعقوب ، ١٩٩٥ ، أحمد عكاشة ١٩٩٢ ، Carlson,CL. & Others , 1997 ) .

٢- الاندفاعية Impulsivity : تبدو فى صعوبة ضبط السلوك ، وصعوبة التركيز ، وعدم الاستماع للمدرس حتى ينتهى من السؤال ومن ثم يخطئ الطفل فى الإجابة ، السلوك المنديفع وما ينتج عنه من سوء التوافق الشخصى والاجتماعى ، عدم اتباع التعليمات ، الانديفاع فى الحركة ، صعب الترويض ، معاند ، لا يمكن ضبطه أو التحكم فى سلوكه ، ينتقل من عمل لآخر دون الانتهاء من الأول ، عدم الاستقرار ، غير مطيع اجتماعيا ، لا يحترم الآخرين



ولا ينصت إليهم ، يكون مشدوداً لمثيرات ومنبهات غريبة وبصورة مندفعة ، كثير التدخل في شئون الآخرين دون أن يطلب منه ذلك ، الهروب من الأنشطة المطلوبة منه كثير الكلام ، يصعب عليه الانتظار لدوره في اللعب أو المواقف الاجتماعية . آلية الاستجابة قبل التفكير ، التغيير المفاجئ في النشاط ، نقص التنظيم .

٣- العدوانية Aggressivity : يتميز الطفل ذو فرط النشاط بممارسة كل من السلوك العدواني اللفظي وغير اللفظي ، الركل ، الضرب ، استخدام الألفاظ البذيئة ، اللعب بعصية يؤذى الآخرين من حوله ، يمزق ملابس غيره ، يكسر ويحطم أثاث الفصل والمنزل ، يفقد الأشياء الهامة مثل القلم أو الكتاب أو أدوات اللعب ، يشترك في نشاطات جسدية خطيرة مثل عبور الشارع بدون النظر إلى الطريق ، وقذف الحجارة على السيارات ، عدم الطاعة وسماع الكلام ، كثرة شكوى الآخرين منه ، فقدان القدرة على الاندماج مع الآخرين بسبب السلوك العنيف الصادر منه ، العصبية المستمرة يحرص برفاقه أثناء الدرس ، دكتاتورى مسيطر ، متمرد ، غير مستأنس ، يصعب عليه ضبط سلوكه والتحكم فيه ( Jensen P.S , Carlson , CL , 1997 , & Others 1997 , DSMIV-1994 ) .

٤- اضطراب الانتباه Inattention : صعوبة تركيز الانتباه لفترة طويلة ، الفشل الدراسي الناجم عن صعوبة الاستماع والتركيز ، تشوش الأفكار ، صعوبة تشغيل الذاكرة ، صعوبة حل المشكلات ، صعوبات التعلم ، صعوبة التحكم في نظم الرمور المجردة ، انخفاض اكتساب المهارات الرياضية الأساسية في المرحلة الابتدائية ، الأداء الضعيف في الاختبارات الإدراكية التي تتطلب

التركيز ، صعوبات مدرسية تعليمية وسلوكية ، اضطرابات اللغة النمائية ، القشل في الانتهاء من اناز المهارات، ضعف الباعث الادرأى الجسمى ، اضطراب الذاكرة والتفكير ، صعوبة القراءة ، اضطراب الكلام ، نقص في التنظيم المعرفى للمعلومات ، صعوبة التركيز والانتباه لشرح المدرس ، غير قادر على متابعة التحصيل ، عدم القدرة على تكملة الأعمال التى بدأها .

( Lazar . J.W , et al , 1998 , Biederman , J & Others , 1998 , Harold . I & and Others 1997 , weiss . R.E. & Others , 1997 , Kuhne & Others 1997 , Marshall , RU & Others , 1997 )

٥- الحالة الانفعالية والمزاج Temperamental : أجريت العديد من الدراسات مثل دراسات كل من : Carlson , C.L & Others , Jensen , P.S & Others (1997), Oosterioaan , J.& Others (1998), Kuhne , M . & Others (1997) . وأسفرت نتائج هذه الدراسات فى مجموعها عن مجموعة من المظاهر الانفعالية والشخصية المميزة لهؤلاء الحالات من ADHD منها :- القلق، تقلب العواطف ، عدم الاندماج مع الزملاء ، ضعف تقدير الذات واحترامها ، عدم القدرة على تحمل الاحباط ، سوء التوافق النفسى والاجتماعى ، صعوبة التحكم فى الاستجابة وكبتها ، احتقار الذات، الانسحاب والانعزال الاجتماعى ، العجز عن استمرار المنافسة التى تؤدى إلى الهزيمة وشعور الفشل والاحباط ، سريع الانفعال ، عصبى المزاج ، حساس غير مقاوم للإحباط ، تتنابه نوبت انفعالية حادة ، ضجر مفرط فى المواقف التى تستدعى

هدوء نسبي ، صعوبة التوافق مع البيئة ، قابلية للكآء  
بسهولة ، الخوف الزائد .

**(د) تشخيص اضطراب فرط النشاط :**

أجريت العديد من الدراسات من أجل تشخيص فرط النشاط أمثال  
دراسات : [باركلي أ ، ر (١٩٩٩) Glickman , MM et al (1998) ,  
Milberger , S & Others (1997), Greene , RW &  
Others (1997) , Sunobare , GA , & Others (1997) , Klein ,  
GR & Others (1997) , Vaughn , M L & Others (1997) ,  
Pliszka , SR & Others (1997) , Fox , RA et al (1997) , Levy  
, F et al (1997 ) ]

وقد توصلت هذه الدراسات إلى وجود عدة اعتبارات هامة عند  
تشخيص ADHD :

- \* ضرورة استخدام قائمة تقدير سلوك الطفل من دليل التشخيص  
الاحصائي الطبي للاضطرابات النفسية لرابطة الطب النفسي الأمريكي  
وخاصة DSM-IV-1994 , DSM - III - 1987 .
- \* فعالية استخدام قائمة كونيوز لتقدير سلوك الطفل .
- \* أن يشترك الوالدين والمعلم في تشخيص حالات ADHD على كئنا  
القائمتين .
- \* يشترط تواجء ستة أو أكثر من أعراض نقص الانتباه ، أو ستة أو أكثر  
من أعراض فرط النشاط والعمفوية .
- \* أن تكون المظاهر المرضية متواترة ومستمرة ستة أشهر على الأقل إلى  
الحد الذي يضعف معه تلاوم الشخص مع مرحلته التطورية .



\* أن تسبب بعض الأعراض تلفاً ما قبل سن السابعة ، وتلفاً في منحنين على الأقل من حياة الطفل في سن السابعة .

وقد قام باركلي أ . ر ( ١٩٩٩ ، ٥٠ ) بترجمة ماجاء في دليل تصنيف الأمراض النفسية الخامس لرابطة الطب النفسى الأمريكى (١٩٩٤) لأهم الأعراض التشخيصية لفرط النشاط وهى :-

### **أولاً : عدم الانتباه :-**

- يرتكب أخطاء في المدرسة أو العمل بسبب قلة الانتباه .
- لا يبدو عليه الإصغاء عند مخاطبته مباشرة .
- يفشل في ملاحقة التعليمات وفى إتمام الواجبات المدرسية أو المهام الموكلة إليه .
- يجد صعوبة فى تنظيم أعماله وفعالياته .
- يتجنب أولاً يحب أو يتجاهل القيام بمهام تتطلب تركيزاً عقلياً مستمراً كالواجبات المدرسية .
- يتعرض لفقدان أشياء تلزم لأداء مهام أو القيام بفعاليات ( كاللعب ) ، أوراق الواجبات المدرسية ، الأقلام ، الكتب أو الأدوات ) .

\* يشتت انتباهه بسهولة نتيجة لمنبهات خارجية .

\* دائم النسيان فى فعلياته اليومية .

### **ثانياً : فرط الحركة والعفوية :-**

- دائم الحركة لليدين والقدمين والدوران فى مقعده .

- يغادر مقعده في الصف أو في أماكن يفترض به البقاء جالسا .
- كثير الجرى أو التسلق عندما لا يكون هذا التصرف مناسباً .
- يجد صعوبة في الاشتراك الهادئ في اللعب أو التسلية الأخرى .
- كثير الكلام .
- دائم الحركة " كمن يتحرك بموتور " .
- يلقي بالاجابات قبل اكتمال السؤال .
- يجد صعوبة في انتظار دوره .
- يقاطع ويتدخل فيما يفعله الآخرون .

#### (ج) أسباب حدوث فرط النشاط :-

#### (١) عوامل خاصة بالجهاز العصبي : *Neurological factors*

إن الغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون من ADHD لا يظهر لديهم ما يدا، على تدمير أو إصابة في تركيب الجهاز العصبي المركزي (CNS) عندما يتم اختبارهم بالطرق العصبية التقليدية، ومن ناحية أخرى معظم الأطفال المصابين بخلل عصبي متصل بإصابات المخ لا يظهر عليهم أي علامات مميزة للنشاط الزائد، والأبحاث التي حاولت أن تجد أساساً عصبي أو عصبي كيميائي لم تتجح، ومع ذلك بعض الأطفال المصابين بالخلل قد يكون لديهم إصابة بسيطة بالمخ من البيئة المحيطة أو التسمم أو التغيرات الكيميائية بالجسم أو التهابات الجهاز العصبي المركزي للجنين في فترة ما قبل الولادة . إلا أن الدراسة التي قام بها ( Andersen , MB . & Others ( 1997 ) أوضح فيها ارتباطاً بين فرط النشاط المصاحب لفقر الدم وفقدان الخلايا العصبية في المجالات التحتية لقرين أمون الموجودة في

الدماغ وأضافت نتائج دراسة قام بها (Ernst, M & Others (1998) علاقة ارتباطية بين كل من فرط النشاط واضطراب الانتباه وبين معدلات الأيض الدماغي للجلوكوز ، وأشارت دراسات أخرى أجريت علم ١٩٩٨ بأن منقطة vermis فى المخيخ تكون صغيرة عند المصابين بالخلل ADHD ، واعتبر هذه النتائج منطقية لأن المناطق الدماغية التى اختزل حجمها عند الأطفال المصابين بالخلل ADHD هى نفسها التى تتحكم فى الانتباه ، والرأى الأرجح أن يكون هناك خلل بسيط فى المخ والجهاز العصبى المركزى خلال فترة كونهم أجنة وفترة ما قبل الولادة ، وقد يكون سبب التلف بيئة غير ملائمة أو تسمم أو تغيرات كيميائية أو وجود إصابات ، أو وجود عدوى أو التهابات أو صدمة خلال الطفولة المبكرة ، وهذا الخلل الطفيف فى المخ قد يكون مسئولاً عن نشأة ADHD .

( O'callaghan , MJ et al ( 1997 ), Harold I , & Others , 1988 : 583 )

### ٣- الجينات الوراثية Genetic Inheritance

تم اقتراح الاساس الجينى ADHD بواسطة البيانات التى أظهرت التوافق بين بعض التوائم ، فإن الشخص شديد القرابة من أصحاب النشاط الزائد يكون لديه خطر أكبر للتعرض للنشاط الزائد أكثر من هم أقل قرابة ، وتؤكد ذلك من خلال دراسة طولية قام بها (Milberger, S & Others (1997) والتى أكدت خطورة الإصابة بـ ADHD إذا كان الأقارب مصابين باضطراب النشاط وضعف الانتباه بالإضافة إلى اضطرابات سلوكية أخرى ، كما أكدت دراسة قام بها (Nadder, T.S & Others (1998) عن تلك التأثيرات الوراثية على



أعراض الإصابة بـ ADHD خاصة في التوائم من الأعمار ما بين ٧ إلى ١٣ عاماً ، ثم أكدت نتائج هذه الدراسة على الترابط بين ماهو وراثي وما هو بيئي من خلال ما ظهر من أعراض رئيسية ثلاث هي : فرط النشاط - الاندفاع - عدم الانتباه ، وفي دراسة أخرى في جامعة كلورادو . أثبتت أن الطفل الذي يكون توأمه الحقيقي Identical twin مصاباً بالخلل ADHD يكون خطر إصابته ما بين ١١ - ١٨ مرة أكثر من خطر إصابته فيما إذا كان المصاب بالخلل أخاه غير التوأم ، بمعنى أن ٥٥ - ٩٢ % من التوائم الحقيقية المصابين بالخلل ADHD سيظهر لاحقاً هذا الخلل (باركلي ، أ ، ر ، ١٩٩٩ : ١) .

### ٣- العوامل البيوكيميائية *Biochemical disorders*:

أوضحت بعض الدراسات أن تعرض الطفل لمستويات عالية من الرصاص في الطفولة المبكرة بالإضافة إلى الزرنيخ والمنجنيز وكل ما يسبب أذى للدماغ وبخاصة المتعلقة بالقشرة قبل الجبهية ، كلها عوامل مؤثرة في حدوث ADHD ، ولكن هذه العوامل مجتمعة تكون مسؤولة فقط عن ٢٠ - ٣٠ % من حالات الخلل عند الذكور وحتى أقل عند الإناث ، وليس هناك ما يدل على أن عوامل التغذية مثل كمية السكر المستهلكة من قبل الطفل لها علاقة ثابتة بحدوث هذا الخلل ( المرجع السابق ) .

### ٤- العوامل البيئية :

تشمل العوامل غير الجينية المرتبطة بحدوث الخلل ADHD عوامل قبل ولادية مثل التدخين وتناول الكحول من قبل الأم وعادات الشرب المختلفة التي يكون لها تأثير ضار على الوظائف المعرفية عند

الطفل (Span , S . A el al , 1999 ) كما أن الأطفال الذين يعيشون في مؤسسات إيوائية يكون لديهم زيادة في قصور الانتباه ، وقد ظهرت هذه الأعراض نتيجة للحرمان العاطفي الطويل الأمد ، والتعرض للصددمات الجسدية العنيفة ، مع وجود خلل واضطراب فى التوازن العائلى ، علاوة على أى أسباب بيئية أخرى تسبب القلق للطفل والنسب يحدث عنها الإصابة بخلل ADHD ( Harold , I . & Others , 1998 ) ( 583 ) .

#### (د) علاج فرط النشاط :-

١- العلاج الطبى : إن المساعدات العقاقيرية لهذه الحالات هى منبهات للجهاز العصبى المركزى خاصة كبريتات الديكثروفيتامين ، والمثيل فيدويت والبيموكين ، فقد يستجيب الطفل لأحد تلك العقاقير ولا يستجيب للأخرى ، كما تختلف الجرعة المناسبة لكل فرد ، وما زالت آلية عمل هذه المنبهات غير معروفة ولكن فعاليتها خاصة جداً ، فهى تقلل نشاط الحركى الزائد وتزيد من مدى تركيز الانتباه ولكن قد يكون لها آثار جانبية حيث تعوق منبهات الجهاز العصبى المركزى النمو الطبيعى للطول والوزن ، كما قد يساء استخدامها مما يتسبب فى حدوث بعض المخاطر .

٢- العلاج النفسى : نادراً ما يُرضى استخدام الدواء الحاجات العلاجية الشاملة للأطفال ذوى ADHD وعائلاتهم ، لذا يجب أن يصاحبه مساعدات نفسية ، حيث أن هذه المساعدات النفسية تعطى للطفل الفرصة ليكتشف معنى الدواء بالنسبة له ، ويعرف أن الدواء مجرد مساعد وليس معالج حقيقى لحالته ، فهذا الطفل بحاجة لمساعدته على بناء بيئته مما يقلل من قلقه . ولهذا يجب على

والوالدين والمعلمين وضع نظام معين للثواب والعقاب باستخدام نموذج العلاج السلوكي لتعديل الجوانب المزاجية والانفعالية لدى الطفل ، وعلى الآباء أن يواجهوا المستلزمات الطبيعية للنضج مثل الحاجة لاكتساب القيم ولتكوين أنا أعلى طبيعي قابل للتكيف ( Harold , I & Others , 1988 : 685 ، وقد أوصى باركلي أ ، ر (١٩٩٩) بمساعدة هؤلاء الأطفال باستخدام المنبهات النفسية للأطفال المصابين بـ ADHD فوق سن الخامسة حيث يحدث هذا العقار تحسنا في سلوك الأطفال العفوى والتأمل والشروع ، كما يساعد على تحسين قدرتهم على اختزان المعلومات المهمة في الأذهان ، وتحسين أدائهم الدراسي وقدرتهم على احتواء الكلام وضبط النفس ويسبح هؤلاء أكثر قبولا لدى أقرانهم وتقل معاقبتهم لأفعال يرتكبونها مما يؤدي إلى تحسن صورتهم الذاتية . واقتراح إدخال تدريب الأهل والمعلمين على طرق نوعية أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات السلوكية ضمن الخطة العلاجية لبعض الأطفال المصابين بـ ADHD إضافة إلى المعالجة الدوائية باستعمال المهدئات النفسية وربما مضادات الاكتئاب، وبهذا نخلص إلى أنه ليس هناك علاج محدد وثابت لعلاج هذا الاضطراب لدى الأطفال ( باركلي أ ، ر ، ١٩٩٩ : ٦٠ ) .

### **ثانيا : العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور :**

العلاج السلوكي يقوم على نظرية أن السلوك الخاطئ يرجع إلى تعلم وتكيف خاطئين ، ومن ثم يهدف العلاج السلوكي إلى إزالة السلوك الخاطئ وإعادة التعلم والتكيف ، ( عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤ ، ٩٣ ) .



أى أن العلاج السلوكى ببساطة شكل من أشكال العلاج التى تهدف إلى تحقيق تغيرات فى الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية ، ويهتدى العلاج السلوكى لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية فى ميدان السلوك الانسانى ، ويستند هذا العلاج على المدرسة السلوكية التى تعتقد أن السلوك الانسانى ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة ، ويتحكم فى تكوينها قوانين الكف وقوانين الاستثارة اللتان تسببان حدوث مجموعة الاستجابات الشرطية ، نتيجة للعوامل البيئية التى يتعرض لها الفرد ، ويرى السلوكيون أن الاضطراب الانفعالى ناتج عن أحد العوامل الأتية :-

- ١- الفشل فى اكتساب أو تعلم سلوك مناسب .
- ٢- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة .
- ٣- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب .
- ٤- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة )  
سهام أبو عيطة ، ١٠٢:١٩٨٨)

إلا أن فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين ترى عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكى بنظريات التعلم وحدها بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمى فى نظريات الشخصية والنظريات الانفعالية والاجتماعية فى علم النفس ، من هنا كان هناك علاج متعدد الأوجه يمتد ليشمل :-

- أ - الأساليب السلوكية القائمة على نظريات التعلم عند بافلوف وسكينر بشكل خاص .

ب- أساليب العلاج الذهني أو المعرفي والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير والتدريب على حل المشكلات .

ج- الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية ، والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقوة ( عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٣ : ١٠ ) .

ولهذا فقد ظهر العلاج المعرفي - السلوكي الذي يعد أحد التيارات العلاجية الحديثة ، والذي يهتم بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ، ويهدف إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل .

وأصبح العلاج المعرفي السلوكي يقوم على نظرية التعديل المعرفي السلوكي لهربرت ميثسنبوم الذي بنى نظريته على مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية والتي أدت بها لأن تكون أوسع وأشمل من النظرية المعرفية ، وتبنى نظرية التعديل المعرفي السلوكي على أسس هامة منها : فهم وظائف الحوار الداخلي ، والتعليمات الشخصية المتبادلة ، والملاحظة الذاتية ، والأفكار المتنافرة أو غير المناسبة ، واستخدام التقويم المعرفي السلوكي ، وإعادة البنية المعرفية ، والتدريب على حل المشكلات ، وتعلم مهارات المواجهة والتأقلم ، وضبط الذات وأساليبه بهدف إحداث التعلم ، وإحداث التغيير في السلوك والمعرفة ، والجهود الذاتية لحدوث الاستبصار ، والتدريب على أنماط سلوكية مبنية على معارف عقلانية تفيد العميل في تحقيق التأقلم ( باترسون مترجم ) ، ١٩٩٠ ، ١١٧ - ١٣٧ ) . هذا ويفيد العلاج المعرفي السلوكي في علاج الحركة الزائدة

وعدم تركيز الانتباه ، وقد أشار إلى ذلك كل من ويفر (١٩٩١) وشيما (١٩٩٦) حيث فاعليته في المحافظة على الانتباه وتقييد الحركة العصبية أو الانفعالات العصبية ، كما ظهرت فاعليته ، بجانب العلاج الدوائى فى بعض الحالات ( إبراهيم على ، ١٩٩٧ ، ٣٠٣ ، - ٣٠٤ ) .

وللعلاج المعرفى السلوكى العديد من الفنيات ، وقد استخدمت الباحثة فى الدراسة الحالية العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور وذلك لسببين رئيسيين الأول : أنه يركز على دور كل من الباحثة (المعالجة ) والمعلمة والأم فى العلاج ، والثانى : أنه يستخدم فنيات متعددة تتمثل فى : النمذجة ، المناقشة وتبادل الحوار ، التمثيل ( لعب الدور) ، الاسترخاء ، التعزيز ( التدعيم ) ، الواجبات المنزلية .

### **الدراسات السابقة :-**

فيما يلي عرضا لتيارات العلاج المختلفة التى استخدمت مع الأطفال ADHD وكذلك أدوات التشخيص على الصعبيين العالمى والمحلى :-

- دراسة قام بها سعيد ديبس والسيد السمدونى (١٩٩٨) للتعرف على فعالية التدريب على الضبط الذاتى فى علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم ، وأجريت الدراسة على (١٠) أطفال من المتخلفين عقليا ممن يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد بمدينة الرياض ، وطبق على المجموعة برنامج التدريب على الضبط الذاتى ، وقد أثبتت نتائج الدراسة فعالية الضبط الذاتى الذى يقوم على تدريب الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم



على كيفية تقديم التعليمات اللفظية للذات فى خفض الحركات المفرطة التى كان يحدثها الأطفال قبل تنفيذ البرنامج وكذلك فى خفض معدل اضطراب القدرة على الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية .

- دراسة طولية قام بها كانتويل ، د . ب (1998) . Cantwell DP لعلاج حالات ADHD باعتبار ان كل من قصور الانتباه والخلل الناتج عن فرط النشاط يعتبر مشكلة عامة تبدأ مبكراً ، وفى بعض الحالات تستمر مدى الحياة ، وكانت العقاقير المنبهة أحد الخيارات للتعامل العلاجى مع هؤلاء المرضى ولكن ليس جميع المرضى قابلين للاستجابة لها . وقد توصلت النتائج إلى أن بعض المرضى ظهرت لديهم آثار جانبية واضحة بتأثير العلاج العقاقيرى ، فى الوقت الذى تحسن فيه مرضى آخرون ، ونادى الباحث باستخدام العقاقير غير المنبهة لعلاج ADHD لكل من الأطفال والبالغين مع مراعاة ظروف كل حالة على حدة .

- دراسة قام بها جولى ، ف وآخر (1997) Gulley, V. et al للتعرف على تأثير بعض الجوانب السلوكية باستخدام عقار ميثيل فينيدات Methylphenidate على الأطفال ADHD وأجريت الدراسة على طفلين تناولوا ثلاث جرعات من هذا العقار ، وأوضحت النتائج أنه قد ظهرت بعض درجات التحسن لكلا الطفلين بعد تناول واحدة أو أكثر من الجرعات مع تحسن بعض الأداءات السلوكية مقارنة باستخدام مهدئات أخرى، وقد أيدت نتائج هذه الدراسة تلك الدراسة التى قام بها كلين ر . ج وآخرون (1997) Klein , RG. & Others والتى أثبتت الكفاءة الطبية العلاجية لعقار Meithylphenidate لعلاج حالات ADHD .

- دراسة قام بها سنوهار، ج ، وآخرون Sunohar,GA & Others (1997) لمقارنة ثلاث مجموعات ( كل مجموعة ١٣ فرد ) من حالات ADHD هى :-

- أ - مجموعة تستجيب للعلاج بعقار methylphenidate .
- ب- مجموعة لم تستجب للعلاج بعقار methylphenidate .
- ج - مجموعة ضابطة لم تتلق علاج .

وتتحدد الاستجابة للعقار عن طريق تأثيره على الجوانب النفس تربوية والمعرفية فى الشخصية Psychoeducational and Cognitive لفترة ٤ أسابيع وقد تم تسجيل الاستجابات لكل مجموعة على حدة ، وأسفرت النتائج عن أن استخدام هذا العقار يؤدي إلى حدوث اختلاف فى الأداء للعمليات المعرفية بين مجموعة المستجيبين للعلاج ومجموعة غير المستجيبين ، إلا أنه عند توقف العلاج بالعقار لوحظ عدم وجود فروق فى الاستجابات المعرفية والنفسية بين كلتا المجموعتين .- دراسة قام بها سولانتو ، م ف وآخرون Solanto , M.V & Others (1997) أجريت على (٢٢) طفل يعانون من ADHD تم اختبارهم تحت أربعة شروط علاجية :

- (١- مهدئ + تغذية راجعة . ٢- مهدئ + علاج سلوكى . ٣- تغذية راجعة + عقار ميثيل فينيدات . ٤- علاج سلوكى + عقار ميثيل ) . ولم يحدث تغيير فى الأداء لدى المجموعة العلاجية الأولى أو الرابعة ، وكان لتأثير عقار الميثيل تحسن فى الانتباه حيث انخفض معدل التشتت فى المهام والعادات السلوكية الأخرى ، وكان للتدخل السلوكى تأثير أكبر من تأثير المنبه .

- دراسة قام بها ويس . ر . ي وآخرون (Weiss , R.E & (1997) Others لتحديد ما إذا كان لهرمون الغدة الدرقية تأثير نفعي على سلوك الأطفال المقاومين لهرمون الغدة الدرقية ، وأجريت الدراسة على ٨ أطفال ADHD + مقاومة هرمون الغدة الدرقية ، ٩ ADHD + معدل طبيعي لهرمون الغدة الدرقية ، وتم تشخيصهم باستخدام قائمة كونهز لتقدير الأباء والمعلمين ، وكذلك اختبار الأداء المتواصل عن طريق الكمبيوتر كقياسات موضوعيه لفرط النشاط والانتباه والدافعية وتم علاجهم بهرمون الغدة الدرقية ولم يكن لعمل هرمون الغدة الدرقية أى تأثير على ٧ من ٩ أطفال ذوى ADHD وعلى العكس من ذلك فإن درجات ٥ من ٨ أطفال مصابين بـ ADHD + مقاومة هرمون الغدة الدرقية قد أظهرت تحسن . إلا أن العلاج بهرمون الغدة الدرقية كان مصحوباً بزيادة فى ارتكاب الأخطاء عند ٥ من ٨ أطفال مصابين بـ ADHD ، بينما انخفض ارتكاب الأخطاء عند ٤ من ٧ أطفال من المصابين بـ ADHD + مقاومة هرمون الغدة الدرقية . وعليه فإن عمل هرمون الغدة الدرقية فى جرعات ربما يكون ذا نفع فى انخفاض فرط النشاط والدافعية وفى معظم الأطفال ذوى ADHD وليس لديهم مقاومة لهرمون الغدة الدرقية فإن العلاج بعمل هرمون الغدة الدرقية ليس له تأثير .

- فى دراسة قام بها مكروميك ل . هـ (McCormick , L. (1997) H حاول فيها تقييم فعالية استخدام عقار هيدوكلوريد البسيرون Busprione فى علاج كل من الطفل التوحدى Autism والطفل ADHD فى عدد من المهام والانجازات للطفل داخل المدرسة ، وأجريت الدراسة على مدى ٣ أسابيع يستخدم خلالها الدواء كوسيلة



لإرضاء المريض ، ثم يتناول الطفل دواء الباسبيرون لمدة ٣ أسابيع أخرى وهناك أسبوع واحد كفترة فاصلة بين العلاجين ، واستخدمت قائمة كرونرز للوالدين والمعلمين للتشخيص القبلى والبعدى على الانجازات اليومية للطفل داخل المدرسة . وتبين من النتائج فعالية الباسبيرون - دون أعراض جانبية - فى خفض درجة فرط النشاط وتزايد إتمام المهام والانجازات للطفل داخل المدرسة .

- فى تجربة أجراها كون ، ل . م وآخر (1997) **Cohn , L . M** **et al** عن فعالية استخدام عقار جوان فاسين Guanfacine مع الأطفال نوى ADHD ، وأوضحت التجربة بالرأى القاطع تأثير هذا العقار فى علاج حالات ADHD ، وأشار الباحث بأنه فى الوقت الحالى يعتبر التحول السلوكى الخطوة العلاجية الأولى وربما تكون كافية فى الحالات المتوسطة لـ ADHD ، وأن العلاج بالعقاقير أو التركيبات الطبية للأدوية والتحول السلوكى لابد أن تخضع جميعاً للتجريب مع المرضى الذين لا يمكن علاجهم بالعقاقير ، وأنه بالرغم من أن المنبهات مازالت تعتبر الخطوة العلاجية الأولى إلا أن عقار Guanfacine ربما يكون له دور كعامل ثانى أو ثالث مع المرضى الذين لا يستجيبون أو لا يستطيعون تحمل العلاج بالمنبهات .

- دراسة بلارد ، س ، وآخرون (1997) **Ballard , S &** **Others** لتأثير العلاج بالأدوية المخدرة فى تعديل السلوك الأساسى للأطفال ADHD وذلك بعد تناول جرعات يومية ، وقد لوحظ تأثير هذه الأدوية المخدرة على الوصلات العصبية للمخ ، وما لها من تأثير كيميائى وأثار سلوكية ومعرفية لها ، إضافة للآثار الجانبية الضارة لهذه الأدوية .

- دراسة سكميدت ، م ، هـ وآخرون (1997) . Schmidt  
M.H & Others للتعرف على تأثير الغذاء بوجبة  
Otigoantigenic diet على ١٢٠ طفل ذوى ADHD ، وتم  
قياس السلوك أثناء مواقف اللعب الحر ، وأسفرت النتائج عن تأثير  
هذا النوع من العلاج بالوجبات الغذائية فى تحسن سلوكهم ،  
وأنه لا يمكن إغفال هذه الطريقة من طرق العلاج .

- دراسة طولية قام بها هاتدن ، ب . ل وآخرون (1997)  
Handen , BL & Others على ٥٢ طفلاً تتراوح أعمارهم ما  
بين ٧ - ١٤ عاماً ممن يعانون من إعاقه عقلية ، ومن ذوى  
ADHD وذلك لمدة تتراوح ما بين ١٢ - ٦٥ شهراً ، وقد خضع  
٦٩ % من أفراد العينة للعلاج من أجل السيطرة على سلوكهم طوال  
فترة المتابعة وقد خضع ٢٢% من أفراد العينة للعلاج الطب -  
نفسى ، وقد سجلوا انخفاضاً فى معدل فرط النشاط بتأثير هذا النوع  
من العلاج وذلك على قائمة كونرز لتقدير الأباء والمعلمين ، بينما  
كان باقى أفراد العينة معرضين للطرد من المدرسة بسبب  
اضطرابهم .

- دراسة قام بها لوبار ، ج . ف (1997) Lubar , J.F بجامعة  
تينيسى لمدة ٢٥ عاماً استخدمت فيها استجابة الجلد الجلفانية  
لدراسة تأثير التغذية الراجعة العصبية Biofeed Back على  
عينة من حالات ADHD أثبتت نتائج الدراسة أن التغذية الراجعة  
العصبية هى فن لتعديل الحلقات الرنينية داخل القشرة المخية التى هى  
أساس التعلم عند الفرد ، ومن ثم تعديل الأساس العصبى والفسىولوجى  
للتعلم والتحكم فى عدد من الاضطرابات العصبية ، وقد أوضحت هذه  
الدراسة أسس فهم استجابة الجلد الجلفانية وآليات القشرة

المخية، وكيف أن الأفكار يمكن استخدامها لشرح نتائج التدريب على التغذية الراجعة والتدخلات الأخرى خاصة فى سياق فهم آليات الانتباه والتحكم فى نقص الانتباه واضطرابات فرط النشاط .

- دراسة كينيكية قام بها جوردي ، ك . ف وآخرون ، **Jordy G.F, et al (1996)** لدراسة الجسم وسلوك فرط النشاط لدى حالات ADHD وقد أظهر الفحص النيورولوجى لـ ٢٢ طفل نوى ADHD أن هناك اضطراب نفسى حركى لديهم ، كما أظهر القياس النفسى وجود اضطرابات مرتبطة بنضج الذات لدى جميع الحالات . وتم اجراء جلسات علاج نفسى مرة أسبوعيا لفترة مستمرة لمدة عام . وبعد عام ونصف من العلاج ، تم تقييم سلوكهم ، فأظهرت النتائج تحسن فى الأداء المدرسى لهؤلاء الأطفال ، كما انخفض سلوك فرط النشاط لديهم ، وأصبح هناك تنظيم نفسى داخلى لديهم ، أوضحت النتائج وجود أساس سيكودينامى لحالات ADHD عندما لا يكون لديهم علامات نيورولوجية أو طب نفسية مرضية لديهم .

- دراسة قام بها هورن ، ف ، ه وآخرون **Horn F.H & Others (1990)** لاستخدام برنامجى التدريب على ضبط الذات والتدريب السلوكى فى خفض كل من سلوك فرط النشاط وقصور الانتباه لدى حالات الأطفال ADHD وقسمت العينة إلى مجموعتين ثلاث: الأولى تلقت برنامج الضبط الذاتى ، والأخرى تلقت البرنامج السلوكى عن طريق الوالدين والثالثة تلقت البرنامجين وذلك بعد أن تم تشخيص أفراد المجموعات باستخدام قائمة كونرز لتقدير الوالدين والمعلمين بالإضافة إلى دليل تصنيف الأمراض النفسية الأمريكى



الثالث . وأسفرت النتائج عن تحسن المجموعات الثلاث إلا أن أفراد المجموعة الثالثة أظهرو تحسناً أفضل بسبب تعرضهم للبرنامجين معاً .

- دراسة قام بها والترسدورف ، م ، أ ، M . A Woltersdorf (1992) للتعرف على فعالية العلاج بالنمذجة في خفض معدلات : التشتت في الانتباه ، السلوك التدميري ، الألفاظ السيئة ( البذيئة ) لدى عينة من الأطفال ADHD ، وأظهرت نتائج الدراسة انخفاض معدلات جوانب السلوك الثلاث موضوع الدراسة سالفة الذكر في القياس البعدى بفارق دال عن القياس القبلي مما يدل على فعالية العلاج بالنمذجة في خفض بعض جوانب السلوك غير التكيفية لدى حالات ADHD .

مما سبق عرضه من نتائج الدراسات السابقة نستنتج ما يلي :-

- إخفاق الاهتمام بعلاج حالات ADHD أو الاهتمام بالدراسات العلاجية لهؤلاء الأطفال على الصعيدين العربي والمصري .

- تركزت الأساليب العلاجية في غالبيتها على تنوع العقاقير أى على العلاج الطبى لحالات ADHD وفى ذات الوقت أظهرت جميع الدراسات تقريبا ظهور الآثار الجانبية للعلاج العقاقيرى ، علاوة على إخفاق هذا النوع من العلاج الدوائى فى علاج هذه الحالات .

- ندرة الدراسات التى اهتمت بغنيات متنوعة فى مجال العلاج النفسى أو العلاج السلوكى لهؤلاء الحالات بالرغم من مناداة البعض بضرورة التدخل السلوكى فى حياة هؤلاء الأطفال ( سولانتو ، م ، ف ، وآخرون 1997 ، مكروميك ، ل . هـ ، 1997 ) .

وهذا من دواعى القيام بالدراسة الحالية .

### الفروض :-

١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على متغيرات : اضطراب الانتباه ، فرط النشاط، العدوانية ، الاندفاعية كما تقيسها قائمتي تقدير سلوك الطفل في القياس القبلي ( أى قبل تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية ) .

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على متغيرات الدراسة فى القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية ( أى بعد تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية ) .

٣- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدى على متغيرات الدراسة لدى المجموعة الضابطة التى لم تتلق أى جلسات علاجية .

٤- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدى لدى المجموعة التجريبية التى تتلقى البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدى أى الاتجاه الدال على التحسن فى متغيرات الدراسة .

### إجراءات الدراسة :-

#### أولاً : أدوات الدراسة :-

اشتملت أدوات الدراسة على :

- أ - أدوات تشخيصية هي :- مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل .  
وقائمة ملاحظة سلوك الطفل DSM-III .

ب- أدوات علاجية هي :- القمص والبرنامج العلاجي  
مشملا على الفنيات والخطوات الاجرائية .

وفيما يلي عرضا لهذه الأدوات :-

### (١) مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل :- *Conner's Behavior Rating Scale*

وضع هذه القائمة كونرز والتي يستخدمها المعلم لتقدير سلوك التلميذ داخل حجرة الدراسة وخارجها للتعرف على مظاهر الاضطراب لديه ، وتقيس القائمة خمسة أبعاد : النشاط الزائد - عدم القدرة على تركيز الانتباه - الاندفاعية - السلوك العدوانى - السلوك الاجتماعى .

وترجمها إلى العربية السيد السامدونى وأعاد تقنيتهما على البيئة المصرية (١٩٩١) وكذلك على البيئة السعودية وكان لهذه القائمة استخدامات كثيرة فى مصر . حيث قام المعرب بحساب الصدق بطريقتى الاتساق الداخلى وصدق التمييز . وحساب الثبات بطريقتى ألفاكرونباخ والتجزئة النصفية وكان للقائمة استخدامات متعددة فى البحوث المصرية والسعودية ( السيد السامدونى ، ١٩٩١ ) .

### (٣) قائمة ملاحظة سلوك الطفل *DSM III* :

هذه القائمة مأخوذة من الدليل التشخيصى الاحصائى DSM III لرابطة الطب النفسى الأمريكى ، وقد أعد هذه القائمة للعربية السيد السامدونى (١٩٩٠) ، وقام بحساب ثبات القائمة بطريقة إعادة التطبيق ، كما حسب الصدق بإيجاد معاملات الارتباط بين تقديرات المدرسين على مقياس تقدير سلوك الطفل لكونرز وبين تقديراتهم على تلك القائمة .



وكانت القائمة على درجة عالية من الثبات والصدق ، وكان لها استخدامات متعددة فى البحوث والدراسات العربية والمصرية ( السيد السمدونى ، ١٩٩٠ ) .

### (٣) القصص :-

\* تم الاطلاع على القراءات والدراسات السابقة والمقالات فى مجال فرط النشاط .

\* تحديد أكبر عدد من الأغراض والمظاهر السلوكية والمعرفية والانفعالية التى يمارسها الأطفال ذوى النشاط المفرط .

\* تحديد الأهداف السلوكية والانفعالية والمعرفية للبرنامج المقترح .

\* تحويل الأفعال السلوكية والمعرفية والانفعالية لذوى فرط النشاط إلى قصص معبرة عن ذلك ، بالإضافة إلى أن تتضمن القصة الأداء الصحيح لكل سلوك خاطئ .

\* عرض هذه القصص على كاتب متخصص فى أدب الأطفال ، وعلى استاذ قصص الأطفال بقسم الطفولة بكلية التربية بطنطا . وعلى اثنين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بكلية الآداب ، حتى تم التوصل إلى الشكل النهائى والمعبر للقصص ، مما يطمئن الباحثة على استخدامها ضمن البرنامج الحالى .

\* وقد تم التوصل إلى عدد (٥) قصص على النحو التالى :- (٠)

(١) القصة الأولى بعنوان : لوحة التلميذ المثالى . حيث يتركز الحوار حول بطل القصة ويحمل صفات وخصائص عكس الطفل مفرط النشاط

\* - تشكر الباحثة الأستاذ فريد معوض الكاتب لقصص أدب الأطفال وقد حصل على جائزة سوزان مبارك فى أدب الأطفال ثلاث سنوات متتالية .

تماماً من كل جوانب الشخصية الانفعالية والسلوكية والمعرفية (داخل المدرسة) .

(٢) القصة الثانية بعنوان : شقاوة تلميذ وتفاح لذيذ . وتركز القصة في بطلها على اضطراب الانتباه والانفعالية وعدم التركيز والاستماع عند الطفل والآثار السيئة الناجمة عن ذلك ( داخل المدرسة ) وتختتم القصة بتعديل هذا السلوك الخاطئ .

(٣) القصة الثالثة بعنوان : درس في الكرة ، وتركز على العدوان والسلوك العدواني بكل أشكاله والخسائر الناجمة عنه لتصل إلى التخلي عن هذا السلوك وسماع التعليمات والأوامر من الغير ( داخل المدرسة ) .

(٤) القصة الرابعة بعنوان : بيت العصفور ، تركز على العدوان وتحطيم وتكسير حاجات الغير ، والأنانية ، ودور الأسرة والأم في القضاء عليه عند الطفل ( داخل الأسرة ) .

(٥) القصة الخامسة بعنوان : صائد الطائرات ، عن عدم تركيز الانتباه ، العدوان ، الإخفاق الدراسي ، إيذاء الغير ( الأخوة ) ، الأنانية ، إزعاج الغير لتنتهي بالتخلص من هذه الخصائص غير المرغوب فيها ( داخل الأسرة ) ( انظر محتوى القصص بملحق ٣ ) .

#### (٤) البرنامج المقترح (إعداد الباحثة) :-

يقصد بالبرنامج المقترح هو تلك الخطوات المتدرجة في هذه الدراسة وكذلك الفنيات المستخدمة في تعديل استجابات الأطفال عينة الدراسة الحالية -و- بعض الأفعال السلوكية والانفعالية والذهنية غير السوية التي يمارسونها في المدرسة والمنزل .

وينسـر عرض البرنامج المقترح هنا فى جانبين :- أ - الفنيات المستخدمة .

### ب- خطوات البرنامج

#### ( أ ) الفنيات المستخدمة فى البرنامج :-

١- النمذجة **Modeling** : يعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب الإرشادية والعلاجية التى تعمل على تدريب الطفل على العديد من المهارات الاجتماعية ، والتى من الممكن أن يكتسب الطفل السلوك من خلال التعلم الاجتماعى ، ومن خلال التعرف على النماذج السوية والافتداء بها أى ما يسمى التعلم بالقدوة ، حيث يعرض على الأطفال النماذج المرغوب تعلمها فى سلوكهم من خلال قصص تعرضها الباحثة على الأطفال مع الشرح والتعليق على القصة ويتم ذلك فى حوار بين الباحثة والأطفال ( فى حضور المعلمة أو الأم أو الاثنين معا ) . والنموذج المطلوب هو بطل القصة الذى دائما يلقى الإثابة على سلوكه ويتصف هذا السلوك دائما بالإيجابية فى المواقف الاجتماعية ، وأن يكون شخص غير عداونى ، غير مندفع ، جيد فى تركيز انتباهه ، مطيع ، وفى نفس المرحلة العمرية للعينة الحالية، اهتمت الباحثة بالتركيز على إثابة بطل القصة دائما حتى تدعم سلوكه وتعززه عند باقى الأطفال . ثم يطلب من الطفل أن يقلد أو يعيد هذا السلوك فوراً ، وتصلح هذه الفنية للتعليم الفردى والجماعى ، وتعتمد هذه الفنية على نظرية التعلم الاجتماعى **Social learning Theory** لصاحبها ألبرت بندورا ، والذى أولى اهتماما خاصا للتعلم عن طريق النمذجة ، ويرى أنه لا بد من وجود اربع عمليات أساسية متسلسلة لحدوث التعلم بالنمذجة تتمثل فى :-



أ - عمليات الانتباه **Attentional Processes** : حيث يوصى بضرورة الانتباه للنموذج السلوكى لكى يتم التعلم بالملاحظة ، ولا بد للنموذج أن يكون مؤثراً على القائم بالملاحظة حتى ينتبه للسلوك المراد تعلمه ، وبالتالي يتوفر قدر من درجة ادخال المثيرات النموذجية كى يحدث التعلم .

ب- عمليات الاحتفاظ **Retention Processes** : أن يتوفر لدى الفرد القدرة على الحفظ ، حيث أن الفرد لا يتأثر بسلوك النموذج المشاهد إلا اذا تذكر السلوك المراد تعلمه .

ج- عمليات الأداء الحركى **Motor reproduction Processes** : أن الملاحظة بمفردها لا تؤدي إلى تعلم المهارات ، كما أن المحاولات والأخطاء لا تساعد وحدها فى تعلم العمليات الحركية ، ولكن لابد من عملية الممارسة ، ثم التغذية المرتدة لهذا الأداء الممارس ، والذى يفيد فى علاج القصور فى بعض جوانب السلوك المتعلم ، وتكرر الممارسة حتى يتم التعلم ، وهذا ما يسمى بلعب الدور ، والتغذية المرتدة .

د- عمليات الدافعية **Motivational Processes** : حيث توافر العوامل الباعثة لأداء الاستجابة المتعلمة ، حيث انه من المحتمل ان تتطفئ الاستجابات المتعلمة عن طريق الملاحظة اذا لم يتم تدعيمها أو اذا تم عقابها ، ( باندورا فى : أحمد متولى ١٩٩٣م ) وقد أشار عبد الستار إبراهيم على أهمية الاقتداء ومحاكاة النماذج فى تعديل بعض جوانب القصور فى السلوك الاجتماعى كالتعبيرات الحركية ومهارات الحديث ومهارات الحركة ( عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤ : ٣٩٦ ) .

٢- المناقشة وتبادل الحوار **Dissicusion** : حيث سعت الباحثة إلى الحوار المتبادل بينها وبين الأطفال ( بمشاركة المعلمة أو الأم ) وذلك بعد الانتهاء من سرد القصة.

وقد أكد العديد من الباحثين على فعالية المناقشة فى الموقف التعليمى ، وما لها من آثار ايجابية تتمثل فى :- إثارة اهتمام التلاميذ نحو المتحدث ، تركيز الانتباه وعدم تشتته ، فهم أعمق لمحتوى الدرس وتنظيم المعلومات ، اكتساب العديد من المهارات والمفاهيم ، تنمية مهارات التفكير الابتكارى لدى التلاميذ ، تثبيت المعلومات ، كسر حدة الملل ، وشروذ الذهن لدى التلاميذ ، التوجيه الصحيح للقيام بنشاط معين من قبل التلميذ ( هالة بخش ، ١٩٩٩ : ٤٨ : ٤٩ ، عايش زيتون ، ١٩٩٤ م - ٢٤٤ : ٢٦٤ ) . وقد سعت الباحثة الحالية إلى استخدام الحوار والمناقشة طوال الجلسات لما لها من أهمية فى التواصل اللفظى والاجتماعى والانفعالى بينها وبين الأطفال وبين الأطفال وبعضهم البعض ، وبين الأطفال وأمهاتهم ومعلماتهم ، مع التوصية المستمرة على مواصلة هذا التواصل من كل الأطراف خارج الجلسات سواء بالمنزل أو المدرسة أو بين الأطفال وبعضهم ، حيث ترى الباحثة أن أسلوب المناقشة والحوار يجذب حواس الطفل نحو موضوع الحوار ، ويحقق شئ من الايجابية والتفاعل بين أفراد المجموعة ، ويقلل فرص النسيان عندما يظهر منه سلوك غير صحيح ، وتستخدم الباحثة من خلال الحوار أسلوب التعزيز اللفظى المستمر الذى يدعم السلوك الايجابى الصادر من الطفل ويبعث جوا من الحيوية والنشاط التعاونى والتنافس البناء ، وينمى لدى الطفل الطرق الصحيحة للمناقشة والإنصات للمتحدث واحترام رأى الغير ، واتباع التعليمات الشفهية التى توجه إليه أثناء التدريب على بعض المهارات . وقد أشار عبد المنعم الحفنى (١٩٩٤) أن الأطفال يركزون على

الأحداث التي تثير خيالهم ، وقد يتوقف العرض ( سواء عرض القصة أو العرض على مسرح العرائس ) في اللحظات الحاسمة ، ويسأل المعالج الأطفال عما ينبغي ان يفعله أشخاص القصة ، وأن يعيدوا سرد القصة بأسلوبهم وكلماتهم ، ومن الممكن مناقشة الطفل في دور المراهقة ، وأن يمارس المعالج التداعي الحر كاملا ، وباستمرار مناقشته لأخطائه وسلوكه ومساعدته على فهمها ، يساعد الطفل على أن يتصرف في مواقف الحياة المتشابهة .

٣- التمثيل ( لعب الأدوار ) **Role Play**: مما لاشك فيه أن التمثيل يكشف عن قدرات التلاميذ وتمييزها ، وينمي العمل الجماعي بين التلاميذ ، وينمي اتجاهات اجتماعية مرغوب فيها ، ويساعد على التوعية والتوجيه وتحسين الحياة في البيئة بين التلاميذ ، كما ينمي ميول التلاميذ لاستخدام وقت الفراغ المثمر . ولهذا سعت الباحثة إلى استخدام هذا الأسلوب كأحد الفنيات المتضمنة في البرنامج ، علاوة على أنه يتيح الفرصة للتفيس الانفعالي وتفرغ الشحنات والرغبات العدوانية المكبوتة وغير ذلك ، ويتم من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل ، على أن يقوم المعالج بدور الطرف الآخر في التفاعل ، ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب مسترشدا بالتعليمات التي يقدمها له المعالج بالقصة التي سبق أن عرضها المعالج وبالحوار والمناقشة الجماعية حول بطل القصة . وإذا عجز الطفل عن لعب الدور يمكن أن يقوم المعالج بلعب الدور هو بنفسه ( لعب الدور المعكوس ) ، أى يقوم المعالج بدور النموذج بمعنى أن يؤدي هو الاستجابة الصحيحة أمام العميل لكي يلاحظه العميل ويعرف كيفية الأداء السليم



عن طريق الملاحظة ، هذا ويفيد لعب الأدوار فى مواجهة المشاحنات الأسرية وبعض القصور فى السلوك الإجتماعى .

٤- الاسترخاء العضلى **Muscular Relaxation** : صاحب هذه الفنية هو جاكبسون Jacobson وهى عبارة عن مجموعة من التمارين أو نظام معين من التمارين بحيث يصبح المريض قادراً على التمييز بين حالتى التوتر العضلى والاسترخاء العضلى بوضوح ، ثم تدريجياً يتدرب المريض على الوصول إلى حالة من الضبط والسيطرة الشديديتين على عضلاته .

وتقوم هذه الفنية على وجود علاقة قوية بين درجة التوتر العضلى وبين إدراك الفرد لأية حالة وجدانية عاطفية ، إذا زال التوتر العضلى فإن الفرد لم يعد يحتمل معاناة الشعور الوجدانى السابق ، وبذلك نجد أن حالة التوتر النفسى التى يتعرض لها الإنسان فى مواقف الانفعالات تصاحبها حالة من التوتر العضلى حتى يستطيع الإنسان أن يحتمل الموقف الانفعالى ، وعند قيامه بتدريبات الاسترخاء ، فإنه يعمل على خفض حالة التوتر العضلى الذى يؤدى إلى خفض حالة التوتر النفسى ، وبذلك تقوم تدريبات الاسترخاء على ضبط حالة التوتر النفسى من خلال ضبط حالة التوتر الجسمى. وقد استعانت الباحثة فى الدراسة الحالية بالصورة المبسطة لتمرين الاسترخاء التى أعدها جاكبسون . ( فيصل خير الزراد . ١٩٩٢ : ١٠٦ ) وقد أثبتت العديد من الدراسات أنها من أكثر الفنيات العلاجية الهامة التى تؤدى إلى نتائج مفيدة فى مجال العلاج مع ضرورة الاستمرار والتتابع فى العمليات الاسترخائية المستخدمة ، قد أشارت العديد من الدراسات إلى فعالية هذه الفنية فى خفض سلوك فرط النشاط لدى الأطفال والوصول بهم إلى حالة من الاستقرار والاتزان السلوكى الظاهر وأيضاً إلى الاختزال الكيمائى

الحيوى داخل الجسم ( Walden , E.L . el al , 1981 : 217 )  
عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٤م : ١٥٢ - ١٥٩

٥- التعزيز ( التدعيم ) **Reinforcement** : عندما يصدر عن الفرد سلوك سار أو مرغوب فيه ونرغب فى استمرار ممارسة هذا السلوك فإننا نسعى إلى تعزيز وتدعيم وتشجيع هذا السلوك ( تعزيز إيجابى ) ، وعندما نسعى إلى ابعاد أو إيقاف سلوك غير سار أو غير مرغوب فيه فإننا نسعى إلى عدم تعزيز هذا السلوك أو إلى عقابه (تعزيز سلبى ) حتى يتم التوقف عن ممارسة السلوك غير السار .

وهناك ثلاثة أنواع من المعززات هى :-

(١) معززات مادية ملموسة تكون قيمتها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية ، ويصلح هذا النوع من المعززات بشكل أفضل مع الأطفال (الحلوى ، الطعام ، اللعب ، ... الخ).

(٢) معززات اجتماعية وتنقسم إلى :-

أ - تقديم الانتباه والاهتمام من خلال سلوك يوجه للطفل مثل الابتسامة والإيماءة والنظر إلى الطفل .

ب- الحب والود الذى يظهر من خلال تقبل الطفل وحمله .

ج- الاستحسان باستخدام الألفاظ والحركات الدالة كالكلمات والتقبيل .

د- تنفيذ رغبات الطفل والامتنان لبعض طلباته .

(٣) معززات نشاطية تشمل الأنشطة المحببة إلى الطفل مثل مشاهدة التليفزيون والخروج لنزهة ولعب الكرة ولعب الأتارى ( عبد

الستار إبراهيم وآخرون ١٩٩٣م ، Ch.5 : 1994 , Kazdin,AE )

وقد استخدمت الباحثة جميع المعززات والمكافآت مع الأطفال ، مع توجيه الأم والمعلمة إلى استخدامها أيضا . كما كانت تستخدم التعزيز اللفظي لبطل القصة أثناء القصة وكذلك أثناء تمثيل الدور - وكانت الباحثة تزود الأمهات والمعلمات بالمعززات المادية لتقديمها للأطفال .

٦- الواجبات المنزلية **Home work** : تتمثل في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أدائها من قبل المريض سواء في المنزل أو المدرسة ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة ، كما يتم تقييمها مع بداية الجلسة التالية ، على أن يتم التدريب عليها في بداية جلسات العلاج ، وأن تتم بصورة تدريجية من الأسهل البسيط إلى السلوك المركب ، على أنه لا يتم الانتقال من نمط سلوكي معين إلى الآخر حتى يتم التأكد من نجاح تنفيذ السلوك السابق ، ولا بد من اختيار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج ، كما أنه يتحدد نوع الواجب المدرسي أو المنزلي في نهاية كل جلسة .

وقد ثبتت كفاءة هذه التقنية في خفض فرط النشاط لدى الأطفال لما للدور الفعال للمنزل وكذلك للمدرسة في العلاج حيث الجو المدعم بالألفة والمحبة مع ضرورة استخدام المدعمات والمعززات المادية والمعنوية ( Walden . E.L . et al 1981 : 216 )

#### ب- خطوات البرنامج :

كان قد سبق تطبيق البرنامج تشخيص الحالات ( المجموعتين التجريبية والضابطة ) في شهر مايو ١٩٩٩ وقبل الانتهاء من العام الدراسي حيث تم التشخيص من قبل المعلمة ومن قبل الأم بالمقاييس الخاصة بالتشخيص .



### **زمن الجلسات :**

تم إجراء جلسات البرنامج العلاجي خلال شهرى يوليو وأغسطس ١٩٩٩م وذلك من الساعة ٥ - ٨ مساءً وأثناء فترة مهرجان القراءة للجميع حتى يمكن تجميع الحالات العلاجية أثناء فترة الأجازة الصيفية ، واستغرق تنفيذ الجلسة الواحدة مدة زمنية قدرها ما بين ( ٦٠ - ٧٥ دقيقة ) وأحياناً يمتد الوقت حسب مضمون الجلسة.

### **عدد الجلسات :**

استغرق تنفيذ البرنامج ١٢ جلسة بواقع جلستين أسبوعياً .

### **جلسات البرنامج :-**

#### **الجلسة الأولى :**

الجلسة الافتتاحية حيث تم فيها التعارف بين المجموعة التجريبية ، والتعارف بين الأمهات والمعلمات والأطفال ، وإقامة علاقة من الود والألفة والمحبة بين أفراد المجموعة، ثم ألقت الباحثة محاضرة تتضمن معلومات عن الطفل مفرط النشاط وصفاته وخصائصه وخطورة ذلك على حياته وعلى تحصيله الدراسى مع التوعية والإرشاد بضرورة تجاوب الأطفال والمعلمات والأمهات مع الباحثة ومتابعة جلسات العلاج ومتابعة الواجبات المنزلية والمدرسية المطلوبة ، وبعد فترة راحة ١٥ دقيقة تم فيها تقديم بعض المعززات المادية للأطفال قامت الباحثة بتدريب الأطفال على تمارين الاسترخاء مع مشاركة المعلمات والأمهات فى ممارسة التمارين ، والتأكيد على ممارسة الأطفال تمارين الاسترخاء فى المنزل والمدرسة بإشراف الأم أو المعلمة ( وقد طالت الجلسة لمدة ساعتين تقريباً ) .

### الجلستان الثانية والثالثة :

تمت هاتين الجلستين في حضور معلمات الفصل ، وتم التأكد من ممارسة الأطفال تمارين الاسترخاء في المنزل والمدرسة ، ثم القيام بممارسة تمارين الاسترخاء لمدة عشر دقائق وبعدها ... عرضت الباحثة القصة الأولى بعنوان " لوحة التلميذ المثالي " كانت تلجأ إلى مواصلة التعزيز المعنوي المستمر لبطل القصة من أجل تعزيز السلوك الايجابي الصادر عنه وبعد ذلك يتم تمثيل الدور حيث يقوم كل طفل بتمثيل دور البطل وكان يتم ذلك مع ثلاثة أطفال ويتكرر ذلك مع الأطفال الثلاثة الآخرين في الجلسة التالية ، مع التدعيم المادي والمعنوي المستمر لكل طفل يقوم بأداء دور البطل ، وفي نهاية كل جلسة تحدد الباحثة المهارات السلوكية المطلوب تنفيذها في المدرسة مع التلميذ ( ترتيب أحد أرفف المكتبة ، تنظيف الفصل ، مسح السبورة ) والتأكيد على ممارسة تمارين الاسترخاء ، أما الواجب المنزلي فيتمثل في تنظيف الطفل لحجرتة، وترتيب سريره ومكتبه ، ويعقب ذلك الالتزام بمواعيد تناول الطعام اليومية ، وتنظيم مواعيد مشاهدة التلفزيون ، ومواعيد اللعب، ومواعيد الخروج خارج المنزل ( وكانت الباحثة قد وضعت برنامجاً متدرجاً للأنشطة السلوكية والمهارات وأعطته للأمهات والآخر للمعلمات ) وتكرر ذلك في الجلسة رقم (٣) وقد دعمت الباحثة كل معلمة ببعض الهدايا المادية ، كما دعمت الأمهات أيضاً ببعض الهدايا وأعطت كل أم جهاز أتاى لكى يثاب الطفل باللعب عليه عقب ممارسة الواجب المطلوب منهم .

- الجلستان (٤، ٥) :

تقييم ومراجعة الواجب المنزلي والمدرسي ، ممارسة تمارين الاسترخاء عرض القصة الثانية بعنوان " شقاوة تلميذ وتفاح لذيذ " يعقبها الحوار والمناقشة حول بطل القصة ، ثم تمثيل دور بطل القصة من ثلاثة أطفال في كل جلسة وذلك في حضور المعلمة ، وأخيراً التثبيح على الواجب المدرسي ( حيث يتدرج من الأسهل إلى الأصعب بعد التأكد من أداء السلوك السابق بنجاح ) والواجب المنزلي .

- الجلستان (٦، ٧) :

تقييم ومراجعة الواجب المنزلي والمدرسي ، ممارسة تمارين الاسترخاء ، عرض القصة الثالثة بعنوان " درس في الكرة " يعقبها الحوار والمناقشة حول بطل القصة ثم تمثيل دور البطل من ثلاثة أطفال في كل جلسة في حضور المعلمة ، وأخيراً التثبيح على الواجب المدرسي والواجب المنزلي .

- الجلستان (٨، ٩) :

يتبع نفس الاجراء الذي تم في الجلسات السابقة إلا أن القصة الرابعة بعنوان " بيت العصفور " وبطل القصة داخل أسرته ولذلك تتم هاتين الجلستين في حضور الأم.

- الجلستان (١٠، ١١) :

يتبع نفس الاجراء الذي تم في الجلسات السابقة والقصة الخامسة بعنوان " صائد الطائرات " في حضور الأم .



## - الجلسة (١٢) الختامية :

استغرقت ساعتان كانت أشبه بحفل ختامى تم تقديم هدايا مادية للأطفال ، وتم تقييم شامل و عام للبرنامج العلاجي ومناقشة أى ملاحظات حول البرنامج المستخدم وحول الصعوبات التى واجهت التطبيق ، مع التوجيه باستمرار لممارسة السلوك الجديد من قبل الأطفال والتأكيد على المعلمات والأمهات على متابعة الأطفال المستمرة لممارسة السلوك السوى ومحاولة كف السلوك مفرط النشاط . واختتمت الجلسة بتوزيع استمارتى تقدير سلوك التلميذ على الأمهات والمعلمات لإعادة تقييم الأطفال ( المجموعة التجريبية ) بعد اجراء البرنامج العلاجي وفى ضوء ملاحظاتهم لسلوك الأطفال فى المنزل أو فى المدرسة.

### **ثانياً: العينة :-**

تتكون العينة من ١٢ تلميذاً بالصف الرابع الابتدائى يتراوح العمر الزمنى لهم من ٩١٠ - ١١ عاماً ، والذين تم تشخيصهم بأنهم ذوى فرط النشاط باستخدام المقاييس المعدة لذلك ، وتم تطبيق اختبار وكسلر لذكاء الأطفال عليهم وتراوحت نسبة الذكاء ما بين ٩٤٤ - ٩٧٢، ثم تم تقسيمهم إلى مجموعتين : ٦ أطفال مجموعة تجريبية يطبق عليها البرنامج العلاجي ٦ آخرين مجموعة ضابطة لم يطبق عليها البرنامج العلاجي .

### **ثالثاً: خطوات الاجراء :-**

\* قامت الباحثة باختيار عدد من المدارس الابتدائية الواقعة فى نطاق الإدارة التعليمية لمدينة طنطا ، وفى إحدى ضواحيها ( البلدة الأصلية للباحثة الحالية ) . ويرجع سبب اختيار الباحثة لمدارس هذه

البلدة هي معرفتها الأكيدة بمدراء المدارس والمعلمين والمعلمات لأنهم من القائمين داخل البلدة ( بجانب صلة القرابة بينها وبين العديد منهم) مما قد يساهم بقدر كبير في التعاون ونجاح البرنامج إضافة إلى أن الباحثة سوف تقوم بإجراء البرنامج في الأجازة الصيفية في فترة مهرجان القراءة للجميع مما يسهل إمكانية تجميع العينة التجريبية والمعلمات والأمهات ، وهذه المدارس هي : مدرسة العمرى ، مدرسة عبد العزيز جاويش ، مدرسة الجوهريّة ، مدرسة طه حسين الابتدائية .

\* جمعت الباحثة معلمى ومعلمات فصول الصفين الرابع والخامس الإبتدائى فى كل مدرسة ، وقامت بتزويدهم بمعلومات عن سلوك فرط النشاط والآثار السلبية لهؤلاء الأطفال مفرطى النشاط ، ثم شرحت لهم كيفية تطبيق الاختبارات الخاصة بانتقاء وتشخيص هؤلاء الأطفال، مع التركيز على ملاحظة سلوك الطفل ملاحظة دقيقة ثم وضع تقدير مناسب لكل عبارة تصف سلوك التلميذ تم ذلك فى نهاية شهر مايو ١٩٩٩م ، وقد قامت المعلمات بملئ استمارتى تقدير سلوك الطفل بفواصل زمنى ٥ أيام حتى تتأكد الباحثة من دقة التشخيص كان عدد التلاميذ من الذكور ٦٠ تلميذا ( ٤٠ تلميذا بالصف الرابع ، ٢٠ بالصف الخامس ) ، واستبعدت الباحثة تلاميذ الصف الخامس ، واقتصرت على تلاميذ الصف الرابع من أجل تحقيق التجانس بين أفراد العينة .

\* كان من بين أولياء أمور تلاميذ العينة معلمات ( ٨ حالات ) ، وتم الحصول على بيانات أمهات باقى العينة ( ٤٠ تلميذ ) من المدرسة وتم مقابلتهم ( حيث تقرب منازل التلاميذ من المدارس ومعرفة المعلمات بهؤلاء الأمهات ) واستبعد ٦ حالات لأمهات غير متعلمات ، وتم

شرح ما تم شرحه للمعلمات لكل أم من أجل تطبيق قائمتي تقدير سلوك الطفل من قبل الأم ، ثم استبعد ٥ حالات رفضت الأم التعاون ، ٧ حالات بسبب ظروف عمل الأم خارج البلدة وصعوبة مشاركتها فى برنامج العلاج ، وبذلك اصبح عدد أفراد العينة ٢٢ حالة .

\* قابلت الباحثة كل تلميذ على حدة سواء داخل المدرسة أو فى منزله ، وبعد أن اطمان التلميذ للباحثة ( بسبب التدعيم المادى له ) طبقت عليه مقياس وكسلر لذكاء الأطفال ، لمجانسة أفراد العينة واستبعد ٥ حالات من التلاميذ رفضوا استكمال المقياس بشدة ، ثم استبعد حالتين تشكوان صعوبة فى النظر وأخرى تشكو من صعوبة فى السمع ، وحالتان بسبب ترشيح الأب ( المعلم ) لإعارة خارج مصر وصعوبة استكمال البرنامج .

\* بعد أن تحددت عينة الدراسة ( ١٢ حالة ) وجدت الباحثة بداية شهر يونيو ١٩٩٩م انقطاع التلاميذ عن المدارس لانتهاه العام الدراسى ، لهذا فكرت فى تطبيق البرنامج فى موعد مهرجان القراءة للجميع ، بعد أن اتفقت مع معلمات الفصل وتأكدت من اشتراكهن فى المهرجان ، وقسمت العينة إلى ٦ حالات كمجموعة تجريبية ، ٦ آخرين كمجموعة ضابطة ، وكان اختيارها لحالات المجموعة التجريبية من الأطفال الذين كانت أمهاتهم معلمات ( ولكن ليست معلمات فصول العينة التجريبية ) ، ويشتركن أيضا فى مهرجان القراءة للجميع وبذلك يسهل إتقاء الباحثة بهن طوال فترة البرنامج ، وأيضا تتم متابعتهن لأولادهن داخل المنزل وخارجه ، وكان هؤلاء التلاميذ الست ضمن فصول لمعلمات ثلاث ( تلميذ واحد من فصل معلمة ، وتلميذان من فصل معلمة أخرى ، وثلاثة تلاميذ من فصل معلمة ثالثة ) على أن تكون هؤلاء المعلمات الثلاث ضمن المشتركات فى



مهرجان القراءة للجميع ( وقد تم تنسيق ذلك مع مديري المدارس ورئيس القطاع .

\* وتم تطبيق البرنامج خلال شهرى يوليو وأغسطس ١٩٩٩م بمعدل جلستين أسبوعياً وذلك فى مدرسة الجوهريّة الإبتدائية التى يقام بها مهرجان القراءة للجميع فى صيف عام ١٩٩٩م. نتائج الدراسة ومناقشتها :-

جدول (١) يوضح استخدام مان ويتنى لحساب دلالة الفروق

ومستوى الدلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج وبعده

المقياس	المتغير	المتخصص	قبل تطبيق البرنامج		بعد تطبيق البرنامج			
			u1 تربوية	u2 ضابطة	الدلالة مع	u1 تجريبية	u2 ضابطة	الدلالة لصالح
قائمة الملاحظ DSM :- -III	اضطراب الانتباه	الأم	١٧	١٩	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
	فرط النشاط	المعلمة	١٣	٢٣	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
		الأم	١٤	٢٢	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
	العدوانية	المعلمة	٧	٢٩	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
		الأم	١٧	١٩	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
	الانطفاعية	المعلمة	٧	٢٩	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
		الأم	١٢	٢٤	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
	قائمة كونرز	اضطراب الانتباه	الأم	١٦	٢٠	غ. د.	صفر	٣٦
فرط النشاط		المعلمة	١٢	٢٤	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
		الأم	١٧	١٩	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
العدوانية		المعلمة	١٧	١٩	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
		الأم	١٧	١٩	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,
المعلمة		١٦	٢٠	غ. د.	صفر	٣٦	٠٠٥,	

\* « القيمة المحسوبة للمجموعة التجريبية »<sub>٢</sub> القيمة المحسوبة للمجموعة الضابطة

- تصبح الفروق دالة عند مستوى ٠.٠٥، إذا كانت قيمة « المحسوبة (الأقل) مساوية أو أقل من القيمة الجدولية (٠.٣٢).

### نتائج الفرض الأول :-

للتحقق من الفرضين الأول والثاني ، تم استخدام مان ويتي للعينات الصغيرة ( أقل من ٩ ) . وتشير نتائج جدول (١) إلى أن الدراسة لم تتوصل إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة ، حيث كانت النتائج غير دالة لجميع متغيرات الدراسة وهي : اضطراب الانتباه ، فرط النشاط ، العدوانية ، الاندفاعية على قائمتي تقدير سلوك الطفل سواء تقدير الأم أو تقدير المعلمة .

ويمكن تفسير ذلك بأن كلتا المجموعتين التجريبية والضابطة لم تتلق بعد أي أسلوب علاجي ، وأنهما يمثلان عينة الدراسة قبل العلاج من الأفراد الذين يعانون من سلوك فرط النشاط ، وأن تلك الحالات من عينة الدراسة تم تقسيمها إلى مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية ، ومثل هذه النتيجة تكاد تكون متوقعة في عدم وجود فروق بينهما على المقاييس النفسية المستخدمة في الدراسة قبل العلاج لعدم تعرض أي من المجموعتين لجلسات العلاج .

### نتائج الفرض الثاني :-

جاءت نتائج جدول (١) لتفصح عن وجود فروق ذات دلالة احصائية ( عند مستوى ٠.٠٥ ) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لجميع متغيرات الدراسة لصالح المجموعة التجريبية ،

الدراسة يرجع إلى أن هذه المجموعة تلقت برنامجاً علاجياً استغرق (٢٠ جلسة) مع استخدام فنيات علاجية بكفاءة مما ترتب عليه انخفاض معدل المتغيرات السلبية لدى أفراد المجموعة التجريبية : اضطراب الانتباه ، فرط النشاط ، العدوانية ، الاندفاعية .

### نتائج الفرض الثالث :-

جدول (٢) يوضح الفروق بين درجات التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة باختبار و لكوكون على متغيرات الدراسة  
(ن = ٢٠ = ٦)

المقياس	المتغير	المجموعة	المشخص	T1	T2	الدلالة
قائمة الملاحظة DSM - III	اضطراب الانتباه	تجريبية	الأم	صفر	٢١	٠.٠٥
			المعلمة	صفر	٢١	٠.٠٥
		ضابطة	الأم	٥	٥	غ. د.
			المعلمة	١٥	٣	غ. د.
	فرط النشاط	تجريبية	الأم	صفر	٤١	٠.٠٥
			المعلمة	صفر	٢١	٠.٠٥
		ضابطة	الأم	٦	٤	غ. د.
			المعلمة	١١	٤	غ. د.
	العدوان	تجريبية	الأم	صفر	٢١	٠.٠٥
			المعلمة	صفر	٢١	٠.٠٥
		ضابطة	الأم	٧,٥	٢,٥	غ. د.
			المعلمة	٢,٥	٧,٥	غ. د.
الاندفاعية	تجريبية	الأم	صفر	٢١	٠.٠٥	
		المعلمة	صفر	٢١	٠.٠٥	
	ضابطة	الأم	٧,٥	٢,٥	غ. د.	
		المعلمة	٢,٥	٧,٥	غ. د.	
قائمة كولنز	اضطراب الانتباه	تجريبية	الأم	صفر	٢١	٠.٠٥
			المعلمة	صفر	٢١	٠.٠٥
		ضابطة	الأم	٥	٥	غ. د.
			المعلمة	١٢	٣	غ. د.
	فرط النشاط	تجريبية	الأم	صفر	٢١	٠.٠٥
			المعلمة	صفر	٢١	٠.٠٥
		ضابطة	الأم	١٠	٥	غ. د.
			المعلمة	٤	٢	غ. د.
	العدوان	تجريبية	الأم	صفر	٢١	٠.٠٥
			المعلمين	صفر	٢١	٠.٠٥
		ضابطة	الأم	١٢,٥	٢٥,٥	غ. د.
			المعلمين	١٧,٥	٢٥,٥	غ. د.



- \*  $T_1$  مجموع الرتب ذات الإشارة السالبة
- \*  $T_2$  مجموع الرتب ذات الإشارة الموجبة
- \* تكون الفروق دالة إذا كانت قيمة  $T_2, T_1$  (الأقل) مساوية أو أقل من الصفر .

للتحقق من صحة الفرضين الثالث والرابع ، ونظرا لصغر حجم العينة تم استخدام اختبار ولكوكسون ( اللابارامترى ) للأزواج المترابطة (غير المستقلة ) ويوضح جدول (٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات التطبيق القبلي ودرجات التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة على جميع متغيرات الدراسة : اضطراب الانتباه ، فرط النشاط ، العدوانية ، الاندفاعية على مقياس تقدير سلوك الطفل سواء تقدير الأم أو تقدير المعلمة ويرجع ذلك لأن هذه المجموعة لم تتلق علاجاً وهذا معناه أن عدم التدخل السيكولوجي من خلال البرنامج العلاجي قد أدى إلى عدم حدوث تغير في التقدير ( التشخيص ) على المقاييس النفسية عند تطبيقها مرتين ، وهذا يكشف عن أهمية العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور في حياة الأطفال ذوي فرط النشاط .

#### **نتائج الفرض الرابع :-**

تكشف نتائج اختبار ولكوكسون في جدول (٢) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية ( عند مستوى ٠٠٥ ) بين درجات المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي ودرجاتها في التطبيق البعدي على جميع متغيرات الدراسة : اضطراب الانتباه ، فرط النشاط ، العدوانية ، الاندفاعية على مقياس تقدير سلوك الطفل سواء تقدير الأم أو تقدير المعلمة . واتضح حدوث تحسن في التطبيق البعدي ، حيث انخفض معدل

درجات المتغيرات الأربع موضوع الدراسة فى التطبيق البعدى ، أى بعد تطبيق البرنامج العلاجى على المجموعة التجريبية ، مما يشير إلى أن التدخل السيكولوجى من خلال البرنامج المقترح فى الدراسة ، وفق خطوات تنفيذه ، وتعليماته له أهمية فى حياة الأطفال ذوى فرط النشاط حيث تحسنت المتغيرات النفسية الأربع فى الدراسة الحالية .

### **تفسير النتائج :-**

**ظهر من العرض السابق لنتائج الفروض الأربع للدراسة ما يلى :-**

- كان لعدم التدخل السيكولوجى وعدم إجراء جلسات علاج معرفى سلوكى متعدد المحاور مع المجموعة الضابطة عدم حدوث أى تحسن يذكر لدى هذه المجموعة بين التطبيقين الأول والثانى لقائمتى تقدير السلوك ، وأيضاً بينها وبين المجموعة التجريبية بعد إجراء جلسات العلاج مع المجموعة التجريبية ( الفرضين الأول والثالث ) .

- كان للتدخل السيكولوجى وإجراء جلسات العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور مع المجموعة التجريبية تأثير دال وواضح ، ظهر فى الفروق الدالة بين التطبيقين القبلى والبعدى ( الفرض الرابع ) ، كما ظهرت معدلات التحسن على جميع متغيرات الدراسة : اضطراب الانتباه ، فرط النشاط ، العدوانية ، الاندفاعية . مقارنة بالمجموعة الضابطة ( الفرض الثانى ) .

### **وقد يرجع هذا التحسن لعدة أسباب :-**

- \* إتقان الباحثة لإقامة علاقة ودية مع الأطفال ذوى فرط النشاط .
- \* إتقان الباحثة فى استخدام الفنيات العلاجية الناجحة أثناء تطبيق البرنامج .

- المحاور المتعددة المستخدمة في الجلسات : الباحثة ، المعلمة ، الأم .
- حسن اختيار الباحثة للتدعيم المادى بحسب حاجات الأطفال والتركيز على احتياجاتهم الخاصة .
- المتابعة المستمرة للمعلمة وللأم - خارج نطاق الجلسات - حيث كانت تزورهن في غير أوقات الجلسات لتشجيعهن على مواصلة متابعة الواجب المدرسى والمنزلى المطلوب متابعته مع الأطفال .
- كفاءة برنامج العلاج السلوكى المعرفى متعدد المحاور وكفاءة الفنيات المستخدمة في الجلسات .

وهذا يتضح من رأى كل من ويفر (١٩٩١) وشيما (١٩٩٦) من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى المحافظة على الانتباه وتقييد الحركة العصبية أو الانفعالات العصبية التى تؤدى إلى الحركة الزائدة (إبراهيم على : ١٩٩٧ : ٣٠٣ - ٣٠٤ ) .

كما تتفق النتائج الحالية مع نتائج دراسة سعيد ديبس وآخر (١٩٩٨) من فاعلية العلاج النفسى ( الضبط الذاتى ) فى علاج اضطراب عجز الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال. وكذلك مع دراسة سولانتو ، م . ق . وآخران (١٩٩٧) التى أثبتت كفاءة المجموعة التى تلقت علاج سلوكى مقارنة بالمجموعة التى تلقت علاج دوائى والأخرى التى اعتمدت على التغذية الراجعة وأفصححت الدراسة فى نتائجها عن أن التدخل السلوكى كان له التأثير الأكبر من أى منبه آخر ، ونادى كون ، ل . م وأخو (١٩٩٧) إلى ضرورة أن يكون التحول السلوكى فى الوقت الحالى هو الخطوة الأولى فى علاج حالات ADHD .



وأخيرا فقد دعمت الدراسة الحالية ما جاء في دراستى هورن ، ف هـ . وآخرون (1990) ، والترسدور ف . م أ (1992) عن فعالية العلاج السلوكى ، وأيضا فعالية العلاج بالنمذجة ( أحد الفنيات العلاجية المستخدمة فى الدراسة الحالية ) فى خفض معدلات : تشتت الانتباه ، السلوك التدميرى ، الألفاظ البذيئة ، لدى عينة من أطفال ADHD ، وهذا يؤكد كفاءة البرنامج الحالى فى الإستخدام فى هذه الدراسة .

### **التوصيات :-**

- الحاجة إلى إلقاء مزيد من الضوء على مشكلة فرط النشاط والمشكلات المشابهة والتغلب عليها ، من خلال إجراء دراسات مماثلة على عينة كبيرة من الأطفال ذوى فرط النشاط من مختلف المؤسسات الاجتماعية.
- تحديد الوسائل العلاجية المناسبة لمثل هذه الحالات ، مع مراعاة أن لكل طفل حاجات ومظاهر سلوكية خاصة تؤخذ فى الاعتبار .
- تدريب كوادر على التدخل السيكولوجى لإسعاف مثل هذه الحالات وعلاجها .
- توجيه الأمهات والمعلمات للإستفادة من الخبرات والمهارات المتضمنة فى البرنامج الحالى لتنمية استجابات إيجابية فى سلوك أطفالهم مفرطى النشاط .
- تعديل السلوك والتنشئة الإجتماعية المستنديين على القدوة والثواب والعقاب والتدعيم .
- التفاعل الاجتماعى للطفل مع الأقران العاديين فى الحياة العامة فى المدرسة أو النادى أو الشارع .

- استغلال النشاط الزائد والحركات غير الهامة في مهارات فنية كالرسم أو الموسيقى أو ممارسة الرياضة أو أى عمل مفيد أو مبدع .
- إتاحة الفرصة لمفرطى النشاط للتنفيس والتفريغ الإنفعالى عن طريق ممارسة الأنشطة الرياضية والاجتماعية ، والتعرف على أهم الصراعات والاحباطات التى تواجه هؤلاء الأطفال مفرطى النشاط ، حتى يمكن توفير وسائل الارشاد والعلاج النفسى اللازم لهم .
- على الوالدين والمربين والمرشدين النفسيين أن يقدروا دورهم الهام سواء فى ظهور سلوك فرط النشاط أو فى علاجه وتعديله ، أى دورهم فى تحقيق الصحة النفسية والتوافق للطفل فى مجالات الحياة المختلفة .

### المراجع :-

- (١) إبراهيم على إبراهيم (١٩٩٧) : الاتجاهات الحديثة فى العلاج السلوكى : مجلة البحث فى التربية وعلم النفس ، ٤ (١٠) كلية التربية جامعة المنيا : ٢٩٦ - ٣٢٤ .
- (٢) إبراهيم كاظم (١٩٨٠) : معالم من سيكولوجية الطفولة والفنوة والشباب ، دار الشؤون الثقافية : بغداد .
- (٣) أحمد عكاشة (١٩٩٢) : الطب النفسى المعاصر ، الأنجلو المصرية : القاهرة .
- (٤) أحمد متولى : (١٩٩٣) : مدى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكى المعرفى فى تخفيف القويبا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة ، رسالة - غير منشورة - كلية التربية ، جامعة طنطا .

- (٥) السيد السمادوني (١٩٨٩) : فرط النشاط عند الأطفال ، مجلة الدراسات التربوية ، (٢٢) ، عالم الكتب : القاهرة .
- (٦) السيد السمادوني (١٩٩٠) : الانتباه السمعى لدى الأطفال ذوى فرط النشاط ، المؤتمر العلمى الثانى لدراسات الطفولة ، جـ ٢ : ١ - ١٨ .
- (٧) السيد السمادوني (١٩٩١) : قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل - كراسة التعليمات - النهضة العربية : القاهرة .
- (٨) باترسون ، س هـ (١٩٩٠) : ترجمة حامد الفقى : نظريات الارشاد والعلاج النفسى ، جـ ٢ ، دار العلم : الكويت .
- (٩) باركلى ، آر (١٩٩٩) : خلل فرط الحركة مع نقص الانتباه عند الأطفال : مجلة العلوم ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمى : ٤٨ - ٥٣ .
- (١٠) سعيد دبيس والسيد السمادوني (١٩٩٨) : فعالية التدريب على الضبط الذاتى فى علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ، مجلة علم النفس ، ٤٦ (١٢) ، الهيئة المصرية العامة للكتاب : ٨٨ - ١٢١ .
- (١١) سهام أبو عيطة (١٩٨٨) : مبادئ الارشاد النفسى . دار القلم : الكويت .
- (١٢) عايش زيتون (١٩٩٤) : أساليب التدريس الفعالة . دار الشروق للنشر والتوزيع : الأردن .



(١٣) عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣) : العلاج النفسى المتعدد المحاور ومشكلات الطفل ، مجلة علم النفس ، ٧ (٢٦) . الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة : ٦ - ١٥ .

(١٤) عبد الستار إبراهيم - عبد العزيز الدخيل ، إبراهيم رضوى (١٩٩٠) : العلاج السلوكى للطفل ، أساليبه ونماذج من حالاته ، عالم المعرفة (١٨٠) : الكويت .

(١٥) عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) : العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث ، دار الفجر للنشر والتوزيع : القاهرة .

(١٦) عبد العزيز الشخص ، عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢) : قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، ط١ ، الأنجلو المصرية : القاهرة .

(١٧) عبد المنعم الحفنى (١٩٩٤) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، ج ٤ ، مكتبة مدبولى : القاهرة .

(١٨) عزة زكى (١٠٠٥) : المشكلات السلوكية التى يعانى منها أطفال المرحلة الابتدائية المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الوالدية ، ماجستير ، غير منشورة - معهد الطفولة - جامعة عين شمس .

(١٩) غسان يعقوب (١٩٩٥) : الطفل قليل الانتباه و كثير الحركة ، مجلة العربى (٤٣٤) . ١٩٢ - ١٩٧ .

(٢٠) واطسون ، س (١٩٩٤) ترجمة : محمد فراج وسلوى الملا : تعديل سلوك الأطفال ، مكتبة الإسراء : المركز الثقافى فى الشرق الأوسط .

(٢١) هالة بخش (١٩٩١) : الكفايات التعليمية وطرق تمهيتها ، دار  
عكاظ للنشر : جدة .

(22) *Academic American Encyclopedea (1982)* : New Jersey ,  
Arete Publishing Co. Inc part (3) : 170 .

(23) *American Psychiatric Association (1987)* : Diagnostic  
and stactical manual of mental disorders DSM -  
III . The American Psychiatric Association .

(24) *American Psychiatric Association (1994)* : Diagnostic  
and stactical manual of mental disorders , DSM -  
IV , Weshington .

(25) *Andersen , MB, Zimmer , J , & Sams - Dodd , F (1994)*  
: Postischemic hyperactivity in the Mongolian  
gerbil correlates with loss of hippocampal  
neurons , J . Bhav Neurosci , Dec . III (6) :  
1205 - 1216

(26) *Ballard , S , Bolan , M , Burton , M & Snyders (1997):*  
The neurological basis of attention deficit  
hypractivity disorder , J . Adolescence , winter ,  
32 (128) : 855 - 862 .

(27) *Biederman , J , Faraone , SV , & Taylor . A ( 1998):*  
Diagnostic Continuity between child and  
adolescent ADHD . , J.Am Acad Child Adolesc  
Psychiatry , Mar , 37 (3) , 305 : 313 .

- (28) *Cantwell , DP (1998):* ADHD through the life span : the role of bupropion in treatment J.Clin Psychiatry , 14 (59), 92 - 94 .
- (29) *Carlson , CL , Tamm , L & Gaub , M (1997) :* Gender differences in children with ADHD & Co - occurring ADHD . J Am Acad Child Adolesc Psychiatry , Dec , 36 (12) : 1706 - 1714 .
- (30) *Cohn , L M & Caliendo , GC (1997) :* Guanfacine use in children with ADHD . Ann Pharma - Cother , JuL - Aug , 31 (7-8) : 918 -919
- (31) *Eronst , M ., Zametkin , A J & phillips , RL (1998):* Age - related changes in brain glucose metabolism in adult with ADHD , J Neuropsychiatry Clin Neurosci , Spring , 10 (2) : 168 - 177 .
- (32) *Fox , RA & wade , EJ (1998) :* ADHD among adults with severe or profound mental retardation , Res Dev Disabil , May - Jun , 19 (3) : 275 - 280 .
- (33) *Glickman , MM & Dodd , DK (1998) :* A measure of urgent task involvement among adults with ADHD . Psychol Rep , Apr , 82 (2) : 592-594.
- (34) *Greene , RW , Biederman , J & Faraone , SV (1997):* Adolescent outcome of boys with ADHD . J Consult Clin Psychol , Oct , 65 (5): 758-767.



- (35) *Gulley , V & Northop , J (1997):* Comprehensive school - based assessment of the effects of methylphenidate at ADHD . *J Appl Behav AnaL* , winter , 30 (4) : 627 - 638.
- (36) *Handen , BL , Jansoky , J & Mcauliffe , S (1997):* Long - term follow - up of children with mental retardation & ADHD . *J Abnorm Child Psychol* , Aug , 25 (4) : 287 - 295 .
- (37) *Harold , I , Kaplan , MD & Sadock . MD (1988):* Synopsis of Psychiatry . ( 5 th ed ) , Williams & Willkins .
- (38) *Hobborow , PL & Berry , P.S (1986):* Hypractivity & learning Difficulties , T , *Learning Disab* . 19 (7) : 4 26 - 429 .
- (39) *Horn , F H , lolongo , N , Greenberg G . & Packard . J (1990) :* Additive effects of behavioral parent training and self - control Therapy with ADHD childrn , *J Clin Child Psychoc* . 19 (2) : 389 - 410 .
- (40) *Jensen , PS . & Cantwell , DP (1997):* Comorbidity in ADHD : Implications for research , Practice , and DSM - IV , *J Am Acad Adolesc psychiatry* , Aug , 36 (8) : 1065 - 1079 .

- (41) *Jensen , VK , Larrieu , JA & Mack , KK (1997):* Differential diagnosis between ADHD & pervasive developmental disorder - not Otherwise specified . J Clir: Pediatr, Oct , 36 (10) : 555 - 561 .
- (42) *Jordy , CF & Gorodscy , RC (1996):* The hyperactive child and the body . A clinical study on the origin of hyperactivity in children , J.Arq Neuropsiquiatr , Dec , 54 (4) : 628 - 636 .
- (43) *Kazdin , AK (1994):* Behavior Modification (5th ed) Books . Cole Publising Co .
- (44) *Klein , RG , Abikoff , H & Klass , E (1997) :* Clinical efficacy methyp-henidate in conduct disorder without and with ADHD . J Arch Gen Psychiatry , Dec,54 (12) : 1073 - 1080 .
- (45) *Kuhne , M , Schachar R & Tannock , R (1997):* Impact of comorbid oppositional or conduct problems on ADHD , J A Acad Child Adolesc Psyciaty . 36 (12) : 1715 - 1725 .
- (46) *Lazar , TW & Frank . Y (1998):* Frontal systems dysfunction in children with ADHD & LD , J Neuropsychiatry Clin Neurosci , 10 (2) ; 160 - 167 .

- (47) *Levy , G & Haffes , G (1997)* : Discrimination of ADHD Continuous performance test , J Paediatr Child Health , Oct . 33 (5) : 384 - 387 .
- (48) *Lubar , J F (1997)*: Neocortical dynamics : implications for understanding the techniques for the enhancement of attention , Appl Psychophysical Biofeedback , Jun , 2 (2) : 111 - 126 .
- (49) *Madden , M, Ph D (1984)*: Behavioral comparisons of accepted and Rejected hyperactive children and their matched controls in social play context , Diss Abs , Int 46 (2) . August : 400 .
- (50) *Marshall , Rm , Hynd , GW & Hall , J (1997)*: Academic underachievement in ADHD subtypes , J learn Disabil , 30 (6) : 635 - 642 .
- (51) *Mccormick L H (1997)*: Treatment with buspirone in 6 patient with autism & ADHD , Arch fam Med , 6(4) : 368 - 370 .
- (52) *Milbeger , S , Biederman , J , Faraone , SV & wilens , T ( 1997)* : Associations between ADHD and psychoactive substance use disorders , J Am Addict . 6 (4) : 318 - 329 .
- (53) *Nadder , TS , Sillerg , J. L, Eaves , LJ & Meyer , TM (1998)* : Genetic effects on ADHD



symptomatology in 7 - 13 year old twins ,  
Behav Genet , Mar , 28 (2) : 83 - 99 .

(54) *O'callaghan , M J & Harvey , JM (1997):* Biological Predictors and Co - morbidity ADHD in extremely low birthweight infants at school . *J paediatr Child Health* . 33 (6) : 491 - 496 .

(55) *Oosterlaan , J , Logan , GD , & Sergeant , JA (1998):* Response inhibition in AD / HD Comorbid AD / CD , anxious , ADHD and control children , *J Psychol Psychiatry* , 39 (3) : 411 - 425 .

(56) *Pilszka , SR , Dorcherding , SH . & Teon,S (1997) :* Measuring inhibitory control in children , *J Dev Behav Pediatr* , 8 (4) : 254 - 259 .

(57) *Schmidt , MH , Mocks , P Lay , B , Eisert , HG , & Fojkar , R (1997):* Does oligoantigenic diet influence hyperactive / conduct - disordered children - a controlled trial . *Eur Child Adolesc Psychiatry* , 6 (2) : 88-95 .

(58) *Solanto , M V . Wender , E H & Bartell . SS (1997):* Effects of methylphenidate and behavioral contingencies on sustained attention in ADHD . *J Child Adolesc Psychopharmacol* , 7(2) : 123 - 136 .

- (59) *Span , SA & Earleywine , M (1999):* Cognitive functioning moderates the relation between hyperactivity and drinking habits , *Alcol Clin Exp Res* , 23 (2) : 224 - 229 .
- (60) *Sunohara , GA , Voros , JG , Malone , MA & Taylor , MJ (1997) :* Effects of methyphenidate in children with ADHD , *Int J Psychophysiol* , 27 (1) : 9 - 14 .
- (61) *Vaughn , ML . Riccio , CA , Hynd , GW & Hall , J (1997) :* Diagnosing ADHD . *J Clin Psychol* , 26 (4) : 349 - 357 .
- (62) *Walden , El & Thompson , SA (1981):* Review of Some Alternative Approaches to drug management of ADHD , *J L . D .* 14 (4) , April .
- (63) *Weiss , RE , Stein , MA & Refetoff , MA & Refetoff . S (1997) :* Behavioral effects of Liothyronine in children with ADHD in presence and absence of resistance to thyroid hormone , *Thyroid* , 7 (3) : 389 - 393 .
- (64) *Woltersdorf , M .A (1992) :* Videotape self - modeling in treatment of ADHD , *Child and Family Behavior Therapy* , 14 (2) : 139 - 197