

استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لأطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD)

م. هبة مؤيد محمد

جامعة بغداد / ماجستير اداب علم النفس العام

hibakadori@yahoo.com

الملخص

لقد أثار موضوع اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorders اهتماماً كبيراً لدى علماء النفس والمتخصصين في العمل النفسي لكونه يتعرض لمظاهر السلوك المضطرب وكذلك لارتباطه من ناحية أخرى بصعوبات التعلم إذ أن نسبة شيوع اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد بلغ 10% من الأطفال في المجتمع الأمريكي، وعليه استهدف البحث الحالي التعرف على الآتي:

١- التعرف على استراتيجيات تساعد في زيادة طاعة، الاستماع وإتباع التعليمات لأطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

٢- التعرف على استراتيجيات تنظيم انتباه أطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

٣- التعرف على استراتيجيات ضبط وتنظيم الذات لأطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وتحدد البحث بالأدبيات والدراسات السابقة والتي تتناول موضوع البحث، وفي ضوء أهداف البحث تم وضع عدداً من التوصيات.

Abstract

raised the issue of disorder attention coupled with activity overload Attention Deficit Hyperactivity Disorders great attention to the psychologists and specialists in working psychological being exposed to manifestations of disruptive behavior as well as for its association with the other hand, learning disabilities as the prevalence of disorder attention coupled with activity overload has reached 10% of the children in the communitythe U.S., and it targeted the current research to identify the following:

- 1 – Identifying strategies to help increase obey, listen and follow the instructions for the children of attention disorder accompanied by excessive activity.
- 2 – Identify strategies for organizing children's attention attention disorder accompanied by excessive activity.
- 3 – Get control strategies and self-regulation for the children of attention disorder accompanied by excessive activity.

And identifies search previous studies that deal with the subject of research, in the light of the objectives of the research was the development of a number of recommendations.

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

لقد أثار موضوع اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorders اهتماماً كبيراً لدى علماء النفس والمتخصصين في العمل النفسي لكونه يتعرض لمظاهر السلوك المضطرب وكذلك لارتباطه من ناحية أخرى بصعوبات التعلم إذ أن نسبة شيوع اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد بلغ 10% من الأطفال في المجتمع الأمريكي (عبد الله، ٢٠٠٢، ص ٢٥).

ويشير كندل Kendall, 2000 إلى أهمية تعليم هؤلاء الأطفال مهارات معرفية وسلوكية تساعدهم على الانتباه من خلال مساعدتهم على إدراك التنظيم والترتيب في إطار المنحني السلوكي (Merrell&Boelter, 2001, p.260).

وقد أشار تاسكر وسميدت Tasker&Cmid, 2008 إلى أهمية عملية الانتباه في إحداث تنمية اجتماعية وتغذية عاطفية لدى الأطفال ونوه إلى تعاظم دور الانتباه المشترك ما بين الأم والطفل في السنوات الأولى من حياته ومن ثم قد يعد الانتباه من أهم العمليات العقلية التي تؤدي دوراً مؤثراً في النمو المعرفي لدى الفرد إذ يساعده على الاتيان بالسلوكيات الإيجابية والمرغوب فيها الأمر الذي يحقق له التوافق مع المحيط الذي يعيش فيه (Tasker&Cmid, 2008, p.26).

لذا يجب التشخيص المبكر لمثل هذه المشكلات، لأنه كلما طالت الفترة التي يعاني فيها الطفل من مثل هذه المشكلات كلما كان علاجها أكثر صعوبة، تحول دون النمو السوي للطفل (أحمد وبدر، ١٩٩٩، ص ١٠٧).

ومن ثم زاد الاهتمام بالأطفال ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد نظراً لانتشاره بين الأطفال في عمر المرحلة الابتدائية حيث تراوحت

نسبته ما بين 3% إلى 20% ومعظمهم من الذكور ، وأن انتشاره يقع في مختلف الطبقات الاجتماعية بالنسبة لعوائل هؤلاء الأطفال كما أن المشكلات المتعلقة به لا تنتهي بانتهاء مرحلة الطفولة ، وغالباً ما تمتد إلى مرحلة المراهقة حيث توصل ويز و هتيمان Weiss&Hechtman,1989 إلى أن هناك علامات من الاندفاعية وعدم الكفاءة الاجتماعية وتقدير الذات المنخفض يبقى ربما طوال الحياة بالنسبة لهؤلاء الأطفال ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد(معوض، ١٩٩٢، ص٢٧).

وتشير الدراسات السابقة والبحوث أن نسبة انتشار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تتراوح بين 3% إلى 7% من أطفال المرحلة الابتدائية حسب كل مجتمع ، وأن عددهم في الولايات المتحدة يصل إلى خمسة ملايين طفل ، كما تشير الإحصاءات الأمريكية إلى أن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه و فرط النشاط يشكلون نسبة من 30% إلى 70% من مجمل الاضطرابات النفسية عند الأطفال المترددين على العيادات الخارجية والمستشفيات(يعقوب، ١٩٩٥، ص١٩٣).

في حين أجريت دراسة في مصر وجد فيها أن مضطربي الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تصل نسبتهم بين أطفال المدارس الابتدائية إلى 6.2% باستخدام استبيان المعلم ، ولكن باستخدام الأدوات الإكلينيكية انخفضت النسبة إلى 3.4% وكانت نسبة الذكور إلى الإناث 7 إلى 1 بالعيادة بينما في العينات التي أخذت من المجتمع كانت نسبة الذكور إلى الإناث 3 إلى 1 ، كما لوحظ أن انتشاره بين أقارب الدرجة الأولى أكثر مقارنةً بالدرجات الأخرى من القرابة(حمودة، ١٩٩٨، ص١٥٨).

و أشارت دراسة (المرسي، ١٩٩٨) إلى وجود فروق دالة إحصائية في درجة النشاط الزائد بين الأطفال والمراهقين الذين يعانون من هذا الاضطراب في الذكاء ، التحصيل الدراسي والخصائص المزاجية ولصالح الأطفال العاديين

ووجود فروق دالة إحصائياً في فتور الشعور بالسعادة لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد مقارنةً مع العاديين (المرسي ، ١٩٩٨ ، ص ٤٩).

بينما وجد بريتو وآخرون (Brito&et.al,1995) في دراستهما إلى وجود علاقة إرتباطية بين أعراض فرط النشاط والتحصيل الدراسي لدى التلاميذ (Brito&et.al,1995,p.509). كما أشارت البحوث النظرية إلى صعوبة توافق الطفل ذي النشاط الزائد مع الآخرين المحيطين به وذلك من خلال الدراسة التي قام بها ويلسون (Wilson,1996) والتي هدف من خلالها معرفة أثر النشاط الزائد في السلوك الاجتماعي لدى (275) طفلاً من تلاميذ الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية والذين يعانون من النشاط الزائد إذ أشارت النتائج إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من نقص في المهارات الاجتماعية (Wilson,1996,p.579).

وقد أستقطب التدخل العلاجي لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط اهتمام المربين والباحثين والآباء كافة والمنظمات المعنية بالتربية الخاصة عموماً وذوى صعوبات التعلم على وجه الخصوص ، وقد أفرزت هذه الاهتمامات أتساع قاعدة التدخل العلاجي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، حيث شملت التدخل العلاجي الطبي ، التدخل العلاجي بالتغذية ، تعديل السلوك وتدريب الآباء بيد أن العلاقة بين صعوبات التعلم و اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد علاقة وثيقة ، حيث تقع اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد موقعا مركزياً بين صعوبات التعلم ، إلى حد أن كثيراً من المشتغلين بالتربية يرون أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تقف خلفه كثير من أنماط صعوبات التعلم الأخرى مثل صعوبات القراءة ، الفهم القرائي ، الصعوبات المتعلقة بالذاكرة ، الصعوبات المتعلقة بالحساب أو الرياضيات ، صعوبات التآزر الحركي ، والصعوبات الإدراكية عموماً (الزيات ، ١٩٩٨ ، ص ٢٨٥).

وترى رابطة الطب النفسي الأمريكية American Psychiatric Association,1994 أن الأطفال ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد يتميزون بأنهم يصدرون تعليقات غير مناسبة ، يفشلون في الاستماع إلى التعليمات، يبدؤون حديثهم في أوقات غير مناسبة ، ويجيبون الأسئلة قبل سماعها كاملة ، يخطفون الأشياء من الآخرين ويلمسون الأشياء غير المناسبة ، وتكون لديهم صعوبة في الانتظار في أخذ الدور (APA,1994,p113).

وأوضح (يوسف،١٩٩٩) أن الأطفال الذين يتصفون باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من عدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجسمية وفي الانتباه ولهذا نجد أن أعراضه تتنوع ومن المظاهر الشائعة حدة الطباع والعناد وصعوبة الانقياد وتقلب المزاج ومن الواضح أن مجموعة السلوكيات هذه لها انعكاساتها على الأداء التعليمي والسلوك الاجتماعي(يوسف،١٩٩٩،ص١٥٣).

ويشير روس و روس (Ross & Ross) إلى أن معيار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو مستوى الطفل العادي فالطفل المضطرب يظهر وبشكل متنسق مستوى عالياً من النشاط الزائد مع تشتت الانتباه في مواقف لا يكون السلوك الصادر دائماً ملائماً لها ، وقد عرضت نتائج العديد من الدراسات إلى أن الطفل المضطرب يتميز بخصائص منها : الحركة العصبية ، الإفراط في النشاط الحركي غير الموجه ، قصر مدى الانتباه وعدم الاستجابة للنظام أو التوجيه ، الطيش والاندفاع والعدوان البدني مع الآخرين والقابلية لشروود الذهن (السمادوني،١٩٩٠،ص٩٦٣).

يمكن تعريف **ADHD** بأنه نشاط جسمي وحركي حاد ومستمر تصحبه عدم القدرة على التركيز والانتباه على نحو يجعل الطفل عاجزاً عن السيطرة على سلوكياته وإنجاز المهمات ويظهر لدى الأطفال في الفترة العمرية ما بين (4-5) سنوات تقريباً وتتراوح نسبة انتشاره ما بين (3-5%) وهو الأكثر شيوعاً لدى الذكور مقارنةً بالإناث (زويد،٢٠٠٢،ص٥٦).

لقد أظهرت العديد من الدراسات والبحوث إلى أن الأطفال المصابون بهذا الاضطراب لديهم صعوبات تعلم ، لا يحسنون التعامل مع زملائهم ، غير متعاونين ويتجنبون العمل الذي يتطلب ذكاء ، الحديث بصورة مزعجة ، عدم الانتباه للمثيرات ذات الأهمية في مواقف التعلم ، النشاط الزائد وتشنت الانتباه هو الزيادة في الحركة عن الحد الطبيعي المقبول وبشكل مستمر ، بالإضافة إلى هذا لا تتناسب كمية وأنماط الحركة مع العمر الزمني للطفل وهذا بالطبع يؤثر في مستوى أدائه الأكاديمي وفي طبيعة علاقاته مع الأقران والمعلمين (قشطة ، ٢٠٠١، ص ٥٦).

وتشير بض الفحوصات أن هذا الاضطراب وصعوبات التعلم والاختلال البسيط في الوظائف العصبية لا تحدث بطريقة ثابتة لدى نفس الطفل (أحمد و بدر، ١٩٩٩، ص ٣٢).

وبذا تبرز أهمية البحث من حيث أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة والمتوسطة ، وتتواجد في المجتمعات تقريباً رغم اختلاف الثقافات والعادات فيها ، وبالرغم من أن هذا الاضطراب لا يعد من صعوبات التعلم إلا أنه يشكل بحد ذاته مشكلة سلوكية نمائية تنعكس آثارها سلباً في عمليات الإدراك والتعلم بالإضافة إلى هذا ارتأت الباحثة لدراسته استكمالاً للبعض اليسير من الدراسات السابقة بهذا الخصوص....ولهذا كان البحث الحالي.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى:

- ١- التعرف على استراتيجيات تساعد في زيادة طاعة، الاستماع وإتباع التعليمات لأطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

٢- التعرف على استراتيجيات تنظيم انتباه أطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

٣- التعرف على استراتيجيات ضبط وتنظيم الذات لأطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

حدود البحث:

يحدد البحث الحالي بما يأتي: بالأدبيات والدراسات السابقة ضمن المنظور المعرفي والتي تتناول موضوع هذا البحث.

تحديد المصطلحات:

*استراتيجيات:

١- علي (٢٠١٢):

بصفة عامة هي مصطلح عسكري بالأساس وتعني الخطة الحربية، أو هي فن التخطيط للعمليات العسكرية قبل نشوب الحروب، وفي نفس الوقت فن إدارة تلك العمليات عقب نشوب الحروب (علي، ٢٠١٢، ص١٥).

٢- خليفة (٢٠١٣):

هي مجموعة من الوسائل التي تستعمل لإدراك وتحقيق الوصول إلى غرض محدد (خليفة، ٢٠١٣، ص٧٢).

*العلاج المعرفي السلوكي:

١- كندل (Kendall, 1993):

محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي والتي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه (Barkley, 1998, p.119).

٢- عرفها كل من ستيفن و بك (Steven&Beck,1995):

تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة على المفاهيم الذهنية الخاطئة (Castellanos,1997,p442).

٣- بروين (Brewin,1996):

التدخل الإرشادي ببعض الفنيات المعرفية المنتقاة لخفض الاضطراب من خلال تغيير أو خفض السلوك غير المرغوب فيه وتعلم سلوك جديد أكثر تكيفاً (Fabiano,2003,p.122).

ومن التعريفات السابقة، تضع الباحثة التعريف النظري ل استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي: هي مجموعة من الخطط أو الطرق والتي تُوضع من قبل المختص النفسي، تعمل على تعديل أو تغيير المكونات المعرفية السلوكية الخاطئة أو السلبية عن الذات أو عن الآخرين بأخرى صحيحة أو إيجابية.

الفصل الثاني

الإطار النظري

تعتبر المدرسة المعرفية السلوكية من المدارس الحديثة في مجال علم النفس بصفة عامة، وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، حيث بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفي السلوكي مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين، ولم يكن ذلك الاهتمام وليد المصادفة، ولكنه كان بمثابة تصديق لفكرة أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث، ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار (خليفة، ٢٠١٣، ص ١٤).

ولقد تنبه علماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه، وقد اتصفت آراؤهم في هذا الموضوع بالفهم المتمكن لطبيعة النفس البشرية، والعوامل التي تتأثر بها وتؤثر فيها، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به فقد أوضح "ابن القيم" قدرة الأفكار، إذا لم يتم تغييرها، على التحول إلى دوافع ثم إلى سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير، وقد أشار "الغزالي" إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه، ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة، ولم يخلُ التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير، ليس فقط في توجيه السلوك ولكن في الحالة الصحية للناس، ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور (لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا) (السماذوني، ١٩٩٠، ص٥٤).

ويُذكر أنه مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين بدأ الاهتمام الفعلي بالجوانب المعرفية ودورها في الاضطرابات وفي العلاج النفسي، فقد نشأ أسلوب العلاج المعرفي ضمن حدود العلاج السلوكي، وكان نشوء هذا الأسلوب نتيجة التذمر وعدم الرضا الذي ساد بين بعض العاملين من خارج أصحاب المدرسة السلوكية، وقد بُني هذا التذمر والنقد للمدرسة السلوكية وتقنياتها على أساس أنها مدرسة ميكانيكية مادية، وبأنها لا تأخذ الحياة النفسية والعقلية للفرد بعين الاعتبار، لا في فرضياتها ولا في تطبيقاتها العملية العلاجية، فجاء التطور الجديد بتوجه الاهتمام إلى ما يحمله الإنسان في ذهنه من أفكار، وما يتوجه به من مواقف نحو المحيط والأشياء ، وما يستجيب به من مسالك وعواطف، وضرورة أخذ هذا كله بين الاعتبار في العملية العلاجية فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مظلة تنطوي تحتها العديد من أنواع العلاج التي تنتشابه في جوهرها وتختلف في مدى

تأكيداً على أنواع معينة من الفنيات وعلى الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الأنواع إلا أن أشهرها:

١-التصورات الشخصية لـ Kelly.

٢-العلاج العقلاني الانفعالي لـ Ellis.

٣-العلاج المعرفي لـ Beck.

٤-أسلوب حل المشكلات لـ Goldfred & Goldfred.

٥-تعديل السلوك المعرفي لـ Meichenbaum (Castellanos,1997,p.113).

إلا أن بعض العلماء يرى أن العلاج المعرفي السلوكي ارتبط باسم (Beck) حيث أن العلاج المعرفي ارتبط بصورة غالبية باسم (Beck) ، ومع أن وضع البنية الأولى لهذا الأسلوب العلاجي. فقد كانت أفكار (Kelly) حول التصورات الشخصية مصدراً هاماً في العلاج المعرفي، فلقد كان (Kelly) أثراً كبيراً على حركة العلاج المعرفي لأنه ركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد ما يدور حوله من تغيير السلوك، أما عالم النفس الشهير (Ellis) فقد درس عدداً كبيراً من الأساليب العلاجية، ثم توصل إلى ما أسماه بالعلاج العقلاني، ولكنه غير اسمه إلى العلاج العقلاني الانفعالي، فقد اعتمد (Ellis) في نظريته على دمج جوانب من العلاجات الإنسانية والسلوكية، وكان (Ellis) قد اقترح في بداية صياغته لنظريته العلاج العقلاني الانفعالي عدداً من الأفكار التي يعتقد أنها المسؤولة عن الاضطرابات العصابية.

ويرى (Ellis) أن هناك تداخلاً وتشابكاً بين الانفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر ويشعر ويتصرف في ذات الوقت، ونادراً ما يحدث أحد هذه المكونات دون الآخر وعلى ذلك قام "إليس" بتقديم أحد عشر فكرة لا عقلانية هي التي تسبب الاضطرابات المختلفة، والتخلص من هذه الاضطرابات يكمن في تعديل هذا التفكير اللاعقلاني، ولذلك قدم نموده المعروف A B C حيث يربط بين الحدث أو المنشط (A) بالنتائج الانفعالية (C) من خلال الاعتقادات والتفكير (B) وهكذا

فإن العلاج العقلاني الانفعالي يهدف إلى جعل المريض واعياً بمعتقداته غير العقلانية والنتائج الانفعالية غير المناسبة لتلك المعتقدات.

أما بالنسبة لمؤسس العلاج المعرفي (Beck) يذكر (Paterson1990) أن (Beck) تدرب ومارس التحليل الكلاسيكي وأصبح غير راضٍ عن تعقيدات هذا التحليل وتجربياته، وقد فشلت محاولاته لتحقيق صدق المفاهيم التحليلية وتدعيم فروض التحليل عن طريق الدراسات العلمية، وأن تشجيع "بيك" لمرضاه كي ينغمسوا في تحليل معرفي لتفكيرهم ساعده على إعادة تشكيل مفاهيم عن الاكتئاب، والقلق، والخوف، والأعصاب المتصلة بالأفكار والأفعال المتسلطة (الوسواس القهري) وتصويرها على أنها اضطرابات معرفية. وقد طور ألواناً من الأساليب لتصحيح التفكير الخاطئ الذي تُبنى عليه تلك الاضطرابات، وبالتالي تخف حدة تلك الأعصاب.

ولقد جذب هذا الحقل الجديد المتطور - العلاج السلوكي - اهتمام "بيك" حيث درسه وتدريب عليه ومارسه، ولقد شعر "بيك" أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية، ولكن هذه الفاعلية ليست راجعة إلى الأسباب التي قدمها المعالجون السلوكيون، ولكنها راجعة إلى أن هذه الأساليب تؤدي إلى تغيرات اتجاهيه ومعرفية لدي الحالات المريضة، ومع أن العلاج السلوكي محدود؛ لأنه يغفل تفكير المرضى المتعلق بأنفسهم والمتعلق بالمعالج وبالعلاج - إلا أنه بسبب تأكيده على أهمية الحصول على المادة الموضوعية من المرضى، وأهمية التخطيط المنسق لعملية العلاج وأهمية التحديد الكمي للتغير السلوكي، أصبح ذا قيمة في نظر "بيك" شجعه على استخدامه في العلاج المعرفي.

ويرى (Corey,1991) أن (Ellis) يعتبر من رواد العلاج المعرفي السلوكي، وهناك من يعتبر أن نظريته في "العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي"

النظرية الأولى في العلاج المعرفي السلوكي وأن النظريات الأخرى في هذا المجال بما في ذلك نظرية العلاج المعرفي لـ (Beck).

ونظرية التعديل المعرفي للسلوك لـ Meichenbaum ليست سوى نظريات معدلة من نظرية (Ellis) وقد عمل (Ellis) أيضاً على الدمج بين الاتجاهين المعرفي والسلوكي بشكل واضح لا لبس فيه، وهو الأمر الذي دفعه إلى إضافة مصطلح " السلوكي " إلى مسمى أسلوبه العلاجي في عام ١٩٩٣م، ليصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي؛ إذ يرى أن أسس وقواعد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، لا تختلف في جوهرها عن تلك التي وضعها منذ البداية.

مما سبق يتضح لنا أن أعمال (Beck) هي الرائدة في تطور العلاج المعرفي السلوكي قياساً على مساهمات المنظرين الآخرين وتعتبر نظريته، النظرية الأكثر جذباً لاهتمام الباحثين والمهتمين بالعلاج المعرفي السلوكي. ويرجع ذلك لمحاولاته في ربط نظريته بما يستجد من دراسات في علم النفس المعرفي والعلوم الأخرى ذات العلاقة أكثر مما فعله (Ellis) وقد بدا ذلك بشكل أكبر في ما كتبه (Beck) حول الاضطرابات النفسية المتنوعة .

أي أن التطور الأهم هو ما قدمه (Beck) في وضع الملامح الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي، من حيث تأثير الأفكار على الانفعالات والسلوكيات، كما أنه يهدف إلى إقناع العميل أن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف. ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة ويعمل على أن يُحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

١- التعامل مع تحريف الفرد للواقع والذي يُستنتج دون تمييز ، مثلاً عندما يرى أن الآخرين يريدون أن يؤذوه، ومثلاً قد يرى مريض الاكتئاب أنه لم يعد قادراً على أن يكتب على الآلة الكاتبة، أو أن يقرأ أو يقود سيارة، ومع ذلك فحينما يطلب منه

أداء هذه المهمة فإنه يقوم بأدائها. وهناك تحريفات سهلة الكشف نسبياً . من أمثلة ذلك (أني عبء على أسرتي)، وهناك أحكام يتطلب التحقق منها جهداً أكبر. مثل " لا أحد يحبني"، وفي مثل هذه الحالات فإن الجلسات العلاجية؛ وبصفة خاصة عندما يصبح المريض مدرباً على تسجيل أفكاره الآلية.

٢- التعامل مع التفكير غير المنطقي ، فقد لا يكون هناك تشويش للواقع؛ وإنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات خاطئة، ومشتتاً على استنتاجات خاطئة أو الوصول إلى استنتاجات خاطئة من المشاهدات، أو حدوث زيادة في التعميمات. فمثلاً مريض الاكتئاب يلاحظ أن هناك تسرباً بأحد صنابير الماء، أو أن إحدى درجات السلم مكسورة، فيستنتج أن المنزل برمته في تدهور وأنه تالف. وفي الحقيقة أن المنزل بحالة ممتازة ماعدا المشكلات الصغيرة، فنجد أنه أجرى زيادة تعميم كبيرة. وبنفس النهج فإن المرضى الذين يعانون من مصاعب ناجمة عن سلوكهم الظاهر، كثيراً ما يبدؤون بمقدمات خاطئة، وعلى المعالج أن يتناول هذه الأفكار الخاطئة ومناقشتها وإثبات عدم منطقيتها في الجلسات العلاجية.

٣- مساعدة المريض للتوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلته، وتعليمه كيف أن معارفه يمكن أن تساعد في تفسير أسباب الاستجابات الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف. وكذلك مساعدة الفرد في معرفة أن التغيير المعرفي له أهمية رئيسية في العلاج .

وبإيجاز ترى الباحثة مما سبق، أن الهدف من العلاج المعرفي السلوكي هو تصحيح التحريف في التفكير لدى المريض والتعامل مع التفكير غير المنطقي، بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقياً، معتمداً في ذلك على عدة أسس أهمها: المشاركة العلاجية، وتوطيد المصادقية مع العميل، واختزال المشكلة التي يعاني منها العميل ومساعدته في معرفة كيفية التعلم في حل المشاكل، وذلك من خلال المشاركة النشطة في حل المشكلة (Jensen,2001,p.34).

قواعد العلاج المعرفي السلوكي:

العلاقة بين المعالج والعميل لها أهميتها في العلاج المعرفي السلوكي كباقي أنواع العلاج، فهي تقدم الوسط الملائم للتقدم العلاجي، حيث يؤكد معظم المعالجين المعرفيين السلوكيين على أهمية علاقة المعالج بالمريض، وعلى دورها في العملية العلاجية. ويؤكد أغلب المعالجين المعرفيين السلوكيين على بعض المتطلبات منها:

١- دور نشط بين المعالج والعميل في سبيل تحقيق هدف واحد، فالعلاج المعرفي هو خبرة تعلم يلعب فيها المعالج دوراً نشطاً في مساعدة عملية على الكشف عن التحريفات الإدراكية. نقلاً عن ٢- أن يُبلِّغ المعالج (العميل) بأن لديه معلومات هامة يجب عليه طرحها في الجلسات؛ للتوصل إلى أفضل الطرق للتغلب على ما يعانیه من مشكلات، فلدى المعالج الفنيات والأسلوب العلاجي الملائم، ولدى العميل المعلومات عن خبراته الفريدة، وهو الشخص الوحيد الذي يستطيع شرح أفكاره، ومشاعره، وهذه الخبرات تحدد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها فالمعالج المعرفي يساعد العميل على التعرف على تفكيره الشخصي ويعلمه طرقاً أكثر واقعية لصياغة خبراته، وهذه الطريقة تعطي معنى للعميل.

٣- السماح للعميل بإبداء الرأي والتعليق على ما يجري وطرح أسئلته لكي يكون بإمكانه معرفة أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تساعد في التوصل لاتخاذ القرارات واختيار البدائل المؤدية لتحسن حالته. (الزعيبي، ٢٠١٣، ص ١٣٥)

مما سبق ترى الباحثة أن العلاقة الإيجابية بين المعالج والعميل من الأسس الهامة للتوصل إلى علاج ناجح ويفترض من المعالج المعرفي السلوكي الناجح أو يوفر بيئة آمنة يثق بها العميل، قوامها معالج يتصف بالدفء والتعاطف والصدق مع عملائه، ويجب أن تظهر هذه الخصال بوضوح في رغبة المعالج الصادقة في التعرف على خبرات وأفكار ومشاعر العميل، وفي ما يبذله المعالج في سبيل جعل العلاج مختصر وفعال يساعد العميل على التحسن بسرعة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

١-دراسة تمسون و ليسلي (Tomson&Leslie,1996):

هدفت دراسة تمسون و ليسلي (Tomson&Leslie,1996) إلى إحداث علاج لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وذلك من خلال استعمال برنامج سلوكي لمجموعة من الأطفال قدرت أعمارهم ما بين (9-10) أعوام (Tompson&Leslie,1996,p.p.395-441).

٢-دراسة كريستوفر و آخرون (Christopher&et.al,1998):

تناولت دراسة كريستوفر و آخرون (Christopher&et.al,1998) أنماط التأثيرات السلبية لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى (48)مراهقاً ممن قدرت أعمارهم ما بين (14-17) عاماً (Christopher&et.al,1998,p.81).

٣- دراسة جولدمان وآخرين (Goldman&et.al,1998):

كشفت نتائج دراسة جولدمان وآخرين (Goldman&et.al,1998) عن وجود حوالي 3% إلى 6% من أطفال المدارس الابتدائية والإعدادية يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، هذه الاضطرابات أكثر انتشاراً بين الإناث أكثر من الذكور وأن غالبية الأطفال أثناء فترة علاجهم يبدؤون بالعلاج الدوائي قبل العلاج النفسي (Goldman&et.al,1998,p.1100-1107).

٤-دراسة جوتال و بوتز (Guettal&Potter,2000):

قام جوتال و بوتز (Guettal&Potter,2000) ببحث اثر برنامج علاجي باستعمال المهارات الاجتماعية في علاج اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال بلغ عددهم (120) طفلاً تقدر أعمارهم ما بين 8-13 (13) (Guettal&Potter,2000,p.9-11).

٥-دراسة وندر (Wender,2000):

خضعت دراسة وندر (Wender,2000) من خلال الوالدين لعلاج اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى مجموعة من الإناث من خلال التعرض لأحد السلوكيات الدالة على اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهن (Wender,2000,p.9).

٦-دراسة مايز وآخرون (Mayes&et.al,2000):

يرى مايز وآخرون (Mayes&et.al,2000) إن الدراسات التي تناولت انتشار النشاط الزائد المرتبط بقصور الانتباه عند عينات من الأطفال والمراهقين والراشدين الذين يعانون من صعوبات التعلم، تكونت العينة من (119) طفل ممن تتراوح أعمارهم ما بين (8) إلى (16) سنة في عيادة تشخيص الأطفال وأظهرت النتائج (86) طفلاً يعانون اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه و 82,2% من الأطفال يعانون من صعوبات تعلم المرتبط باضطراب الانتباه والنشاط الحركي الزائد (Mayes&et.al,2000,p.p.417-423).

٧-دراسة دوبل وآخرون (Dupaul&et.al,2001):

في دراسة قام بها دويل وآخرون (Dupaul&et.al,2001) توصلوا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد- (Dupaul&et.al,2001,p.p.370-380).

٨-دراسة ميرل وبلتر (Merrell&Boelter,2001):

أشارت نتائج دراسة ميرل وبلتر (Merrell&Boelter,2001) إلى أن الطفل ذو اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أكثر عدوانية ومستبد برأيه ومندفع وغير ناضج، كثير الكلام، غير متعاون مع إقرانه في الأنشطة المختلفة وان نسبة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أعلى عند الذكور مقارنةً بالإناث (Merrell&Boelter,2001,p.p.260-272).

٩-دراسة ستيورات وآخرون (Stewart&et.al,2001):

أكد ستيورات وآخرون (Stewart&et.al,2001) على وجود علاقة ارتباطية بين النشاط الزائد والانفعالية لدى عينة من الأطفال وقد تم ذلك من خلال جهاز رسم المخ الكهربائي (Stewart&et.al,2001,p.p.103).

١٠-دراسة نيهارت (Neihart,2003):

أهتمت دراسة نيهارت (Neihart,2003) بذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وأوضحت بان لدى عينة الدراسة مستوى مرتفع من النضج الاجتماعي والانفعالي (Neihart,2003,p.110).

١١-دراسة كوفمان (Kaufman,2004):

أكدت دراسة كوفمان (Kaufman,2004) على وجود:

١-علاقة ارتباطيه سالبة بين الكفاءة الوالدية واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

٢-وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين الكفاءة الوالدية والأوامر الوالدية للطفل المضطرب(Kaufman,2004,p.528).

١٢-دراسة لفين (Levin,2007):

قام لفين (Levin,2007) بدراسة الانتباه المصحوب وغير المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة مكونة من (19) طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم ما بين (9-91) عاماً وعلاقته ببعض المشكلات السلوكية مثل العدوان (Levin,2007,p.p.310-31).

ويلاحظ بعد استعراض الدراسات السابقة انه لم توجد دراسة واحدة (في حدود علم الباحثة) اهتمت بأضطراب الانتباه المصحوب أو غير المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، كما ينتشر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في مرحلة الطفولة وقد تمتد إلى ما بعدها، كذلك هو أكثر انتشاراً عند الذكور مما هو عند الإناث.

الفصل الرابع

يتضمن هذا الفصل استعراضاً لما وضع من أهداف البحث في ضوء الأدبيات السابقة ومن ثم إعطاء عدداً من التوصيات.

الهدف الأول: التعرف على استراتيجيات تساعد في زيادة طاعة، الاستماع وإتباع التعليمات لأطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. من الممكن زيادة قدرة الطفل ذو اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على الطاعة، استماع وإتباع التعليمات وذلك عن طريق:

١- إعطاء تعليمات خاصة للطفل عن قرب لأنه من الضروري الاقتراب قدر المستطاع والنظر مباشرةً إليه أثناء إعطاء التعليمات.

٢- دائماً تأكد من مستوى فهم الطفل مما يراد منه أن يفعل عن طريق سؤال الطفل أن يقوم بإعادة ما تريد منه.

٣- من المفيد أن تتابع الطفل بعد إعطائه التعليمات والقيام بتغذية راجعة عندما يستجيب الطفل للتعليمات.

٤- لابد أن تكون التعليمات واضحة وكاملة ومفهومة لدى الطفل.

٥- التركيز على السلوك الذي يراد من الطفل أن يؤديه بدلاً من التركيز على السلوك الخطأ غير المرغوب فيه مثال(أنظر إلى الرجل يا أحمد) بدلاً من (لا تلتفت إلى الشارع يا أحمد).

٦- لابد من الانتظار لمدة لا تقل عن عشر ثواني لاستجابة الطفل وعند عدم الاستجابة أعد الأمر على الطفل مرة أخرى.

٧- إذا قدم الطفل عملاً معيناً فقم بالثناء عليه وعزز هذا السلوك مباشرةً وإذا لم يتم القيام بما طلب منه بعد التكرار عليه يمكن استخدام بعض أساليب العقاب البسيطة (Jensen,2001,p.24).

الهدف الثاني: التعرف على استراتيجيات تنظيم انتباه أطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

ممكن تنظيم انتباه الطفل المصاب باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من خلال:

١- على الوالدين أو المعلم إثارة فضول الطفل ومشاركته وذلك عن طريق السؤال بطريقة تثير فضول الطفل.

٢- استعمال أسلوب الطرفة (النكته) لشد انتباه الطفل.

٣- استعمال أسلوب شيق كالحصة كأن تقوم الوالدة أو الوالد بالحديث على شكل قصة لما حدث له عندما كان طفلاً.

٤- ممكن إخفاء نوع من الإثارة للطفل عن طريق إخفاء شيء في صندوق أو كيس بحيث يكون هذا الشيء له علاقة بموضوع الحديث مما يستثير الطفل للتوقع ما هذا الشيء وهذه طريقة ممتازة تقود إلى النقاش والانتباه.

٥- إشارات صوتية من خلال استعمال بعض الأدوات الصوتية مثل الجرس أو بعض الأصوات التي تستعمل في بعض الألعاب (Castellanos,1997,p.53).

الهدف الثالث: التعرف على استراتيجيات ضبط وتنظيم الذات لأطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

من المهم جداً لأطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مراقبتهم وضبط انتباههم ليكونوا أكثر إدراكاً لسلوكياتهم من خلال:

- ١- على الوالدين أو المعلم مع الطفل الاتفاق على واحد أو ثلاث سلوكيات يقوم الطفل بمراقبتها.
- ٢- يقوم الوالدين أو المعلم بتقييم أداء الطفل كلما بلغ مستوى أعلى تحسب له نقطة أي تعزيز سلوكه.
- ٣- إعطائه مهمات بالتدرج ومساعدة الطفل مسؤولية بمراقبة ذاته (Fabiano,2003,128).

الاستنتاجات:

- ١- لقد زاد الاهتمام بأطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد نظراً لزيادة أنتشاره وخاصةً في عمر المرحلة الابتدائية.
- ٢- صعوبة توافق الطفل ذي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع الآخرين المحيطين به.
- ٣- هؤلاء الاطفال يعانون من عدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجسمية وفي الانتباه ولهذا تظهر عليهم مظاهر العناد وصعوبة الانقياد وتقلب المزاج.

التوصيات:

استكمالاً لتحقيق متطلبات البحث، توصي الباحثة بما يأتي:

- ١- إقامة دورات وندوات للمتخصصين في مجال علم النفس خاصة في كيفية التعامل مع الأطفال المضطربين وخاصةً مرضى تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وأطفال التوحد.

- ٢- نشر الوعي العلمي والثقافي عن طريق وسائل الإعلام والكتب النفسية بهدف إبراز أهمية الاهتمام بهذا النوع من الاضطرابات.
- ٣- توعية الوالدين بطرق مناسبة وبسيطة في كيفية التعامل مع أطفالهم المصابين بهذا النوع من الاضطراب.

المصادر

أولاً: المصادر العربية:

* أحمد، السيد علي سيد و بدر، فائقة محمد (١٩٩٩): اضطراب الانتباه لدى الأطفال (أسبابه وتشخيصه وعلاجه)، مكتبة النهضة، القاهرة.

* حمودة، محمود عبد الرحمن (١٩٩٨): الطب النفسي (الطفولة والمراهقة: المشكلات النفسية والعلاج)، مكتبة الانجلو، القاهرة.

* خليفة، حسين علاوي (٢٠١٣): النظرية الاستراتيجية المعاصرة، دار الحكمة، بغداد.

* الزعبي، ابتسام عبد الله (٢٠١٣): محاضرات عن المدرسة المعرفية السلوكية، كلية التربية، جامعة نورة بنت عبد الرحمن، الرياض.

* زويد، أماني حسن زويد (٢٠٠٢): أثر التعزيز على أداء بعض المهام القرائية والحسابية لذوي اضطرابات الانتباه من تلاميذ المرحلة الابتدائية، (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

* الزيات، فتحي مصطفى (١٩٩٨): صعوبات التعلم (الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية)، سلسلة علم النفس المعرفي، الطبعة (١).

* السمدوني، السيد إبراهيم (١٩٩٠): فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم، مجلة علم النفس، العدد (٤٦).

- * عبد الله، عادل (٢٠٠٢): إرشاد الأمهات لمتابعة أطفالهن المتخلفين عقليا، مجلة التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (٢٦).
- * علي، جمال سلامة (٢٠١٢): دراسة في إدارة الصراع الدولي (تحليل العلاقات الدولية)، دار النهضة العربية، القاهرة.
- * قشطة، علا عبد الباقي (٢٠٠١): علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك، دار القاهرة للطباعة والنشر، القاهرة.
- * المرسي، معتز المرسي (١٩٩٨): بعض الخصائص النفسية والاجتماعية لدى التلاميذ مضطربي الانتباه بمرحلة التعليم الأساسي والمتطلبات النفسية والاجتماعية لهم، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، جامعة المنصورة.
- * معوض، محمد عبد التواب (١٩٩٢): دراسة النشاط الزائد لدى عينة من تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي وعلاقته ببعض المتغيرات البيئية، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، جامعة المنصورة.
- * يعقوب، غسان (١٩٩٥): الطفل قليل الانتباه وكثير الحركة، مجلة العربي، وزارة الإعلام، العدد (٤٣٤)، الكويت.
- * يوسف، جيهان (١٩٩٩): قالت الصحف (النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر)، العدد (٥٧).

ثانياً: المصادر الأجنبية:

- *American Psychiatric Association(1994):Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,4th ED.,DSM-IV ,Washington.
- *Barkley, R.A.(1998):Attention-deficit hyperactivity, New York.
- *Brito, G.Pinto,R.,& Lins, M.(1995):A behavioral Assessment Scale of Attention Deficit Disorder in Brazilian Children based, Journal of abnormal child psychology, N(23).
- *Castellanos, F.X.(1997):Approaching a Scientific understanding of what happens in the brain of ADHD, N(4).
- * Christopher, B., Carroll, C. & Ponterotto, J.(1998):Employment Counseling for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder, Jurnal of employment counseling, V.(35), N.(2), p.p.(79-95).
- *Dupaul, G., Anastopoulos, A., Power, T.& Barkley, R.(2001):The ADHD rating scale unpublished manuscript, Lehigh University.
- *Fabiano, G.A.,& Pelham, W.(2003):Improving the effectiveness of behavioral for Attention-Deficit Hyperactivity, Journal of emotional and behavioral disorders, N(11).
- *Goldman, L., Genel, M.& Stanetz, p.(1998):Diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in child and adolescents, American medical association, V.(8), N.(14), p.1100-1107).

- *Guettal, Z.& Potter, T.(2000):Social skills development in children with attention deficit-hyperactivity disorder through participation in a residential, Journal of outdoor education, V.(12), N.(5), p.p.(9-11).
- *Jensen, P.M(2001):ADHD (what's Attention), N.(7).
- *Kaufman, K.(2004):Parental satisfaction with evaluation for attention deficit hyperactivity disorder, V.(64), N.(7).
- *Levin, F.(2007):Diagnostic and treatment issues in a comorbid substance abuse adult ADHD, psychiatry, p.(303-313).
- *Mayers, S.D., Calhoun, S.L. &Crowell, E.W(2000):Learning disabilities and ADHD overlapping spectrum, Journal of learning disable, V.(33), N(5), P.P.417-423.
- *Merrell, K.& Boelter, E.(2001):An Investigation of relationships between social behavior and ADHD in children and youth, Journal of emotional & behavior disorders, V.(9), N.(4), p.p.(260-272).
- *Neihart, M.(2003):Gifted children with attention deficit hyperactivity disorder, Clearinghouse on disabilities and gifted education, Disabilities and gifted education.
- *Stewart, G.; Steffler, D.& Daniel, L.(2001):Do quantitative EEG measures differentiate hyperactivity in attention deficit-hyperactivity disorder?, child study journal, V.(31), N.(2), p.p.(103-113).
- *Tasker, S.& Cmid, A.(2008):The Dual usage problem in the explanations of joint attention and children's socioemotional development, V.(28), N.(2), p.p.263-288).

*Thompson, A.& Leslie, L.(1996):Student survey of knowledge of disability laws and recent legal decisions.

*Wender, P.H(2000):ADHD in children and adults, Oxford University Press.

*Wilson, J.(1996):Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescence with childhood diagnosis of ADD, journal of American academy of child and adolescent psychiatry, V.(35), N.(5), p.p.(579-587).