

جامعة ابن خلدون - تيارت -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

مذكرة تخرج مكملة لمتطلبات شهادة ماستر

موسومة بعنوان:

دور تقنية التعليمات الذاتية في خفض فرط النشاط الزائد
لدى الأطفال

دراسة عيادية لثلاث حالات بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية
بقصر الشلالة - ولاية تيارت -

إشراف الأستاذة:

بوكصاصة نوال

إعداد الطالبة:

- بن موفق نور الهدى

السنة الجامعية 2016/2015

كلمة شكر

إيماننا بقول لله تعالى في كتابه الكريم: "وإذ تأذن ربكم لئن شكرتم لأزيدنكم" (سورة إبراهيم الآية 07)

وقوله صلى لله عليه وسلم: " من لا يشكر الناس لا يشكر الله "

نرفع أسمى وأرقى عبارات الشكر إلى الله تعالى ونحمده على ما وهبنا إياه وعلى ما يسره لنا لنشق هذا الطريق لأنه كان الرفيق الأعلى لنا في كل ما أنجزناه.

إلى أستاذتي الفاضلة الأستاذة الدكتورة "بوكصاصة نوال" لتفضلها بالإشراف على هذه الرسالة، ومنحتني من وقتها وجهدها وفكرها وإرشاداتها في إخراج هذا العمل إلى الوجود سائلة من المولى عز وجل أن يجزيها عني خير جزاء.

والشكر موصول إلى مدير المؤسسة وكل القائمين عليها

الذين رحبوا وسهلوا لنا القيام بالدراسة الميدانية ولا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الأخصائيتين النفسائيتين فهما لم يبخلا بتوجيههما القيمة ومساعدتهما لي

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة شكرا لمن ساعدني من قريب أو بعيد في انجاز هذا العمل من جهة، وعن تكويني من جهة أخرى.

إهداء

هلل يا جبريل وكبر واكتب ثواب والدي وسطر ثواب التي زرعت في قلبي بذور الإيمان

إلى من أنشأني التنشئة الصحيحة

إلى روح أمي وأبي رحمهما الله يعجز اللسان على مدى اشتياقي لهما تمر السنوات ... وأنتما في قلبي وعقلي

وروحي ... وأعدكما أنني سأواصل دربكما بإذن الله تعالى وعونه.

إلى كل من تجرع مع مرارة الشقاء وطبع في نفسي روح الوفاء وغرس في قلبي صدق الإخاء وتعلمت منهم أن

الكفاح سبيل البقاء

إخوتي وأخواتي جميعا وصدقاتي

إلى كل من أصغى إلي يوماً، إلى كل من أهداني نصيحة وإلى كل من ساعدني.

إذن إليهم جميعاً أهدي هذا العمل.

نورالهدى

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج النفسي الحركي في التخفيف من مستوى النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال من خلال تطبيق تقنية من تقنيات العلاج النفسي الحركي والمتمثلة في التعليمات الذاتية، ليصبح الطفل قادراً على التعرف على جسمه وتحديد جانبيه وإدارته للفضاء في علاقته مع الزمن، وكذلك ينسق إشاراته يتحكم في توازن جسمه ويتكيف مع المحيط المتواجد به، كل هذه الأفعال تحرص على تحسين الاتصال الحاصل بين الوظائف العقلية، العاطفية والحركية، هذه الثلاثية في التفاعل ذات العلاقة.

أجريت الدراسة في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقصر الشلالة -ولاية تيارت- وإشتملت

الدراسة أيضاً على الأدوات التالية:

- شبكة ملاحظة

- المقابلة العيادية النصف موجهة.

طبقت هذه التقنية على ثلاث حالات يعانون من فرط النشاط الحركي الزائد يتراوح سنهم من 06

إلى 07 سنوات، خضعوا لعملية الفحص النفسي.

توصلت النتائج إلى صحة الفرضية، وأثبتت النتائج أهمية العلاج النفسي الحركي بإستخدام تقنية

التعليمات الذاتية في التخفيف من النشاط الزائد والإندفاعية لدى الأطفال.

الكلمات المفتاحية:

العلاج النفسي الحركي Le thérapie psychomotrice

الحركية النفسية La psychomotricité

إضطراب النشاط الزائد Lyperactivité

قائمة المحتويات

الصفحة

| | |
|------------------------------|----|
| كلمة شكر | أ |
| إهداء | ب |
| ملخص الدراسة | ج |
| قائمة المحتويات | د |
| قائمة الأشكال والجداول | هـ |
| مقدمة | 01 |

الفصل الأول: تقديم الدراسة

| | |
|-------------------------------|----|
| 1- إشكالية الدراسة | 04 |
| 2- فرضيات الدراسة | 06 |
| 3- أسباب إختيار الموضوع | 06 |
| 4- أهمية الدراسة | 07 |
| 5- أهداف الدراسة | 08 |
| 6- التعاريف الإجرائية | 08 |
| 7- الدراسات السابقة | 09 |

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

أولاً: الحركة النفسية

| | |
|--------------------------------|----|
| تمهيد | 13 |
| 1- تعريف النفسية الحركية | 13 |
| 2- مجالات الحركة النفسية | 13 |
| 1-2- التخطيط الجسدي | 14 |
| 2-2- الجانبية | 17 |
| 3-2- الفضاء | 18 |
| 4-2- الزمن | 20 |

23.....2-5- الحيوية العضلية.

24.....خلاصة.

ثانيا: العلاج النفسي الحركي

25.....تمهيد

25.....1- نشأة العلاج النفسي الحركي

26.....2- تعريف العلاج النفسي الحركي

27.....3- مبادئ العلاج النفسي الحركي

28.....4- أهمية العلاج النفسي الحركي

29.....5- تنظيم العلاج النفسي الحركي

32.....6- أهمية الجماعة في إنجاح عملية العلاج النفسي الحركي

33.....7- تقنيات العلاج النفسي

36.....8- تقنية التعليمات الذاتية

38.....خلاصة.

ثالثا: إضطراب النشاط الحركي الزائد

39.....تمهيد

39.....1- التطور التاريخي لإضطراب النشاط الحركي الزائد

41.....2- تعريف إضطراب النشاط الحركي الزائد.

42.....3- أسباب إضطراب النشاط الحركي الزائد

46.....4- أنماط إضطراب النشاط الحركي الزائد

46.....5- أعراض إضطراب النشاط الحركي الزائد.

49.....6- تشخيص إضطراب النشاط الحركي الزائد

51.....7- علاج إضطراب النشاط الحركي الزائد

53.....خلاصة.

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

| | |
|----|-------------------------------------|
| 55 | تمهيد..... |
| 55 | 1-الدراسة الإستطلاعية..... |
| 55 | 2-المنهج المتبع في الدراسة..... |
| 56 | 3-مجالات الدراسة..... |
| 56 | 4-الأدوات المستخدمة في الدراسة..... |
| 62 | خلاصة..... |

الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

| | |
|-----|---|
| 63 | تمهيد..... |
| 63 | 1-عرض حالات الدراسة..... |
| 83 | 2-تحليل ومناقشة الفرضيات على ضوء النتائج..... |
| 92 | 3-إستنتاج عام..... |
| 94 | 4-الإقتراحات..... |
| 95 | قائمة المراجع..... |
| 100 | الملاحق..... |

قائمة الأشكال والجداول:

1- قائمة الأشكال:

| الصفحة | عنوان الشكل | رقم الشكل |
|--------|--|-----------|
| 50 | يوضح خطوات عملية القياس والتشخيص لإضطراب النشاط الزائد | 01 |

2- قائمة الجداول:

| الصفحة | عنوان الجدول | رقم الجدول |
|--------|--|------------|
| 15 | يبيّن الفرق بين التخطيط الجسدي والصورة الجسمية | 01 |
| 41 | يوضح تطور مفهوم إضطراب النشاط الزائد في الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية. | 02 |
| 61 | يبيّن جلسات التقنية العلاجية | 03 |
| 67 | يبيّن نتائج التقييم القبلي والبعدي للفحص النفسي للحالة الأولى. | 04 |
| 68 | يبيّن نتائج ملاحظة الكشف القبلي والبعدي لإضطراب النشاط للحالة الأولى | 05 |
| 74 | يبيّن نتائج التقييم القبلي والبعدي للفحص النفسي للحالة الثانية. | 06 |
| 74 | يبيّن نتائج ملاحظة الكشف القبلي والبعدي لإضطراب النشاط للحالة الثانية | 07 |
| 80 | يبيّن نتائج التقييم القبلي والبعدي للفحص النفسي للحالة الثالثة | 08 |
| 80 | يبيّن نتائج ملاحظة الكشف القبلي والبعدي لإضطراب النشاط للحالة الثالثة | 09 |

مقدمة:

هناك فرق بين النشاط العادي لأي طفل وبين النشاط الزائد، فالنشاط: هو الحركة واللعب، وهما من المطالب الطبيعية، بل والضرورية للأطفال، فكل طفل يحب أن يلعب ويلهو، بل إن اللعب والحركة عنصران أساسيان من عناصر النمو الجسماني والنفسي والذهني والاجتماعي للطفل، ولكنهما ينبغي أن يكونا في حدود المعايير الطبيعية، وإلا انقلبا إلى مشكلة سلوكية، وهو ما يطلق عليه اسم "النشاط الزائد".

يعتبر النشاط الزائد أحد الاضطرابات النفس-حركية التي يتعرض لها الأطفال إذ تقدر نسبته بين (6-8%) من مجموع الأطفال في الدراسات الأجنبية، وفي واقع الحال لا توجد معدلات إنتشار دقيقة لهذا الإضطراب في البلاد العربية بإستثناء دراسة عبد العزيز الشخص (1985) والتي أظهرت نسبته بحدود 5.71% تقريباً. (العاسمي رياض، 2001: 38)

فقد ذكر باركلي Barkley (1990) أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يكون لديهم قصور في الانتباه لا يتوافق مع ما هو متوقع من الأطفال في مثل أعمارهم وأنهم غير قادرين على الانتباه لفترات طويلة، وغير قادرين على انجاز المهام المكلفين بها، ولديهم عجز في السلوك التكيفي، وأنهم يتصفون بالاندفاعية التي تؤدي إلى وقوعهم في كثير من الأخطاء، وتؤدي أيضاً إلى تحركهم بطريقة عشوائية وبدون هدف واضح.

كما توصل كلا من يوسف جلال ويحيي زكريا (2000: 313) إلى أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يتصفون بصفات أساسية وهي الحركة المستمرة، وتشتت الانتباه، والاندفاعية، وصفات ثانوية وهي المزاج المضطرب، واللامبالاة، وضعف الثقة بالنفس، والغيرة الشديدة، وانخفاض التحصيل الدراسي، وضعف العلاقات الاجتماعية، والفوضى، والطيش، والاضطراب الانفعالي، كما تلعب الأسرة دوراً كبيراً وفعالاً في تنمية قدرات الطفل، وتطوير مهاراته واهتماماته، وتكوين شخصيته المستقلة، من خلال الرعاية المستمرة له خلال مراحل عمره المختلفة، والخبرات التي تتاح له، ليصبح فرد عامل في المجتمع، والأسرة هي البيئة الأولى التي يعرض لها الطفل، وهي تعتبر المؤسسة الاجتماعية الأولى التي يلتقي بها الطفل، وهي أول وسيط إجتماعي يحيط بالطفل، وهي التي تكون شخصيته، وتحدد ميوله وإتجاهاته.

النشاط الزائد يبدو ملحوظاً لدى الأطفال في سن دخول المدرسة، حيث تلاحظ المدرسة أن الطفل أكثر حركة من باقي التلاميذ، وأقل تركيزاً منهم، وفي معظم الحالات يتأخر تشخيص هذه الحالة إلى حين

دخول المدرسة لأن الآباء يعتبرون سلوك أولادهم مفرط النشاط طبيعياً، وربما كان السبب في ذلك هو أننا في مجتمعاتنا نرفض الإعتراف أن ابننا لديه مشكلة، وهو بحاجة إلى العلاج.

ويعد النشاط الزائد من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال، ويشكل مصدراً أساسياً لضيق وتوتر وإزعاج المحيطين بالطفل، حيث يعاني من هذا النشاط الزائد أولياء الأمور والمعلمون والتلاميذ، ومما لا شك فيه أن سلوك هذا الطفل ومستوى نشاطه قد يؤثر على استجابات الوالدين والمعلمين والقائمين على رعاية الطفل وعلي أسلوب معاملتهم للطفل، مما يؤثر بالتالي في نموه ومستقبله التعليمي والاجتماعي فيما بعد.

(مشيرة اليوسيفي، 2005: 14)

لذا فإنه من الضروري جدا تحليل هذه الإضطرابات السلوكية والتخطيط لعلاجها وتنفيذ خطط علاجية بدقة حتى يمكننا علاج مثل هذه الإضطرابات والتخفيف من حدتها أو على الأقل منع تفاقمها.

ومن جهتنا سوف نحاول من خلال هذه الدراسة إقتراح وإختبار فعالية العلاج النفسي الحركي في التخفيف من إضطراب النشاط الزائد لدى الأطفال، بالاعتماد على أسلوب التعليمات الذاتية كتقنية علاجية.

تحتوي الدراسة على أربعة فصول بيانها كالآتي:

الفصل الأول: تقديم الدراسة يضم الإطار العام للإشكالية، أسباب الدراسة، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، المفاهيم الإجرائية للدراسة، الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: وفيه الإطار النظري للدراسة ويضم ثلاث متغيرات، المتغير الأول يتمثل في الحركية النفسية تمثل في تمهيد ثم تعريف الحركية النفسية، ومجالات الحركية النفسية المتمثلة في (التخطيط الجسدي، الجانبية، الفضاء، الزمن، الحيوية العضلية).

أما المتغير الثاني فيتمثل في العلاج النفسي الحركي وبدأنا بتمهيد ثم نشأة العلاج النفسي الحركي ثم التعريف، المبادئ، الأهمية، ثم كيفية تنظيم حصص العلاج وأهمية الجماعة في إنجاح عملية العلاج وأخيرا تقنيات العلاج كما ختمنا الفصل بخلاصة.

أما المتغير الثالث تطرقنا في البداية إلى إضطراب النشاط الحركي الزائد وبدأنا الفصل بتمهيد ثم التطور التاريخي ثم التعريف، الأعراض، الأنواع، الأسباب، وفي الأخير التشخيص والعلاج وختمنا الفصل بخلاصة.

أما الفصل الثالث: يتضمن الإجراءات المنهجية للدراسة وفيه الدراسة الإستطلاعية، منهج الدراسة، مجالات إجراء الدراسة، أدوات الدراسة، ثم خلاصة الفصل.

والفصل الثالث فيه عرض وتحليل ومناقشة نتائج الحالات وفي الأخير قمنا بتحليل عام لنتائج الحالات ومناقشتها مع إستنتاج عام مصحوب بمجموعة من الاقتراحات.

كما إحتوت الدراسة على المراجع المعتمدة في فصول الدراسة، وملاحق الدراسة.

الفصل الأول: تقديم الدراسة

1. إشكالية الدراسة.
2. فرضيات الدراسة.
3. أسباب إختيار الموضوع.
4. أهمية الدراسة.
5. أهداف الدراسة.
6. التعاريف الإجرائية.
7. الدراسات السابقة.

1. إشكالية الدراسة:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم وأبرز المراحل في حياة الإنسان فهي المرحلة التي يحدد فيها بناء وتكوين شخصية الطفل من جميع النواحي النفسية والجسمية والعقلية، فكل ما يتلقاه الطفل في هذه المرحلة تبقى آثاره إلى مرحلة لاحقة، فهي مراحل متكاملة ومتداخلة فيما بينها فإنّ مرور الطفل من هذه المرحلة بشكل سليم ومتوازن يجعله يتمتع بالصحة الجسمية والإنفعالية والعقلية وبالراحة النفسية، أما إذا لم يلقى الرعاية والإهتمام فقد يواجه العديد من المشكلات والتي قد تلازمه طيلة حياته.

ومن أكثر المشكلات إنتشارا وتعقيدا لدى الأطفال "إضطراب فرط النشاط الحركي الزائد" حيث يمكن ملاحظتها في سنوات ما قبل المدرسة على الرغم من أنّ كثير من الأطفال لا يوجهون إلى العلاج إلا في مراحل متأخرة، ولذا يجب الإكتشاف والتشخيص المبكر لمثل هذه المشكلات.

وما يميز الطفل الذي يعاني من إضطراب النشاط الزائد الإندفاعية مما يترتب عليه صعوبة في حل مشكلاته لأنّه يستجيب لأول بادرة تلوح أمامه وهذا ما أكدته دراسة "روز وأخرون Ros & al (1976)" والتي تشير إلى أنّ الطفل المصاب بفرط الحركة على أنه الطفل الذي دائما ما يبدي مستويات مرتفعة وعالية من النشاط حتى في المواقف التي لا تتطلب ذلك أو حتى عندما يصبح ذلك غير مناسب أو غير ملائم للموقف، كما أنّ هذا الطفل دائما غير قادر على إختزال هذا المستوى العالي من النشاط عندما يتلقى الأمر بذلك ودائما تظهر إستجاباته بنفس السرعة هذا بالإضافة إلى أنه يتسم ببعض الخصائص الفزيولوجية ومشكلات في التعلم وأعراض سلوكية وهو طفل يقاوم التدريب كما يقترن لديه فرط الحركة والإندفاعية وسرعة الإستشارة والإنفعال والمزاج المتقلب.

لقد زاد الإهتمام بدراسة إنتشار إضطراب النشاط الزائد بين الأطفال في المرحلة الإبتدائية حيث تراوحت نسبته ما بين 3% إلى 20% ومعظمهم من فئة الذكور من مختلف الطبقات الإجتماعية وغالبا ما يمتد هذا الإضطراب إلى مرحلة المراهقة.

نظرا لهذا الإنتشار الكبير لإضطراب النشاط الزائد، فقد إستقطب التدخل العلاجي إهتمام الباحثين والمربين والآباء، وقد أفرزت هذه الإهتمامات إتساع قاعدة التدخل العلاجي بما فيه الطبي، الغذائي السلوكي.

ما يؤيد الرأي السابق في ضرورة الإهتمام بالأطفال المصابين بإضطراب النشاط الزائد دراسة أجراها بانيجورا وآخرون، **Paniagura & al (1990)** والتي كان هدفها التعرف على "فعالية البرنامج التدريبي في تنظيم السلوك الفوضوي المصاحب لإضطراب النشاط الزائد" لعينة من الأطفال الذكور من المدرسة الابتدائية، وإستخدمت هذه الدراسة اللعب ضمن أساليب التعزيز المختلفة للسلوك المرغوب وأثبتت النتائج أنّ البرنامج التدريبي أدى إلى تصحيح الإستجابات وتنظيم السلوك الفوضوي وجعله يقترب إلى السلوك العادي، أما التأثير غير المباشر فتمثل في تحسين الأداء الأكاديمي.

كما إهتمت دراسة لاث ولندر كامب **Lauth & Linder Kamp (1998)** بتطبيق برنامج لتعديل السلوك على عينة مكوّنة من 18 طفلا في سن المدرسة يعانون من إضطراب النشاط الزائد، ويتكون البرنامج من ورش عمل تحتوي على النمذجة ولعب الأدوار مع التغذية الراجعة ومهارات تنظيم السلوك وأظهرت النتائج إمتثال الأطفال للطاعة والنظام في المواقف والأنشطة المقدمة في هذا البرنامج.

ويعتبر العلاج النفسي الحركي علاج جديد يعمل على معالجة الصعوبات والمشكلات، سواء كان سببها عضويا عصبيا أو نفسيا، عبر تقنيات الإسترخاء العضلي، وتأهيل الحركة والتعبير الجسدي، أو من خلال الأنشطة التي تقوم على الإيقاع واللعب والتوازن.

ويعد وسيلة للتعبير عن العلاقة بين الجسد والنفس والروح لهذا السبب ينظر إلى الدعم الشامل للأطفال والمراهقين بإعتبار جوهر هذا العلاج، اللعب الحركي فهو طريقة علاجية يستخدم فيها المعالج الوعي الجسدي والأنشطة البدنية.

ولتفادي ظهور وكثرة إنتشار إضطراب النشاط الزائد لدى الأطفال وما ينتج عنه من قلق وإزعاج للأولياء والمعلمين إضافة إلى ندرة الدراسات المتخصصة في الوطن العربي لهذا الإضطراب ومن أجل معرفة فعالية العلاج النفسي الحركي لدى الأطفال المصابين بفرط النشاط الزائد.

هذا ما أثار الإهتمام للبحث والسعي للكشف عن مختلف الحقائق الكامنة وراء هذا الموضوع وإختيار دراسته.

ومنه يمكن طرح إشكالية الدراسة على النحو الآتي:

الإشكالية الرئيسية:

- هل لتقنية التعليمات الذاتية دور في خفض فرط النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال؟
التساؤلات الفرعية:

- هل لتقنية التعليمات الذاتية دور في خفض تشتت الإنتباه لدى الأطفال؟
- هل لتقنية التعليمات الذاتية دور في خفض فرط الحركة لدى الأطفال؟
- هل لتقنية التعليمات الذاتية دور في خفض الإندفاعية لدى الأطفال؟

2. صياغة فرضيات الدراسة:

وعلى أساس التساؤل المطروح يمكننا أن نطرح الفرضية العامة التالية:

تقنية التعليمات الذاتية لها دور في خفض فرط النشاط الزائد لدى الأطفال

- الفرضيات الجزئية:

- تقنية التعليمات الذاتية لها دور في خفض تشتت الإنتباه لدى الأطفال.
- تقنية التعليمات الذاتية لها دور في خفض فرط الحركة لدى الأطفال.
- تقنية التعليمات الذاتية لها دور في خفض الإندفاعية لدى الأطفال.

3. أسباب إختيار الموضوع:

إنّ من الأسباب التي دفعت لإختيار الموضوع هي:

- إرتفاع نسبة عدد الأطفال المصابين بهذا الإضطراب لدرجة لفتت إنتباه الخبراء والباحثين وفقاً لإحصائيات الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association، 2000 إن نسبة إنتشار النشاط الزائد قد تصل إلى 10% لدى الأطفال، و6% لدى البالغين، وهي تعتبر من المشكلات الأكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة.
- إنعكاسات هذا الإضطراب على الأوساط العائلية وبين المؤسسات التربوية.
- الإقبال المتكرر من طرف الأولياء والمعلمين على العيادات المتخصصة لعدم قدرتهم على التحمل وضبط سلوك هؤلاء الأطفال.

- التعريف بماهية العلاج النفسي الحركي ومدى فعاليته في التخفيف من حالة الفطط النشاط الحركي من خلال تقنية التعليمات.

- إظهار أهمية اللعب من خلال تقنية التعليمات الذاتية ومدى فعاليته في التعبير عن انفعالات والصراعات الداخلية للطفل فهو ليس مجرد وسيلة تسلية وترفيه.

4. أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة من الاهتمام الحديث والكبير بالعلاقة الموجودة بين النفس والجسدي، وبالأخص العلاقة بين الوظائف النفسية والوظائف الحركية للفرد وما مدى تأثيرها على حياته الاجتماعية والعلائقية باعتبار أن الحركة هي تعبير عن الحياة الوجدانية للفرد، وهي تعبير أيضا عن الدخول في العلاقة مع الأخر.

وبما أن الدراسة الحالية تهتم بفئة الأطفال، فإن الحركة بالنسبة إليهم هي أنسب وسيلة للتعبير عما يشعرون به من أفكار ومشاعر داخلية.

- إثراء الجانب النظري:

أهمية مرحلة الطفولة التي تتركز فيها هذه الظاهرة حيث تتضح إمكانيات الطفل ببناء وتشكيل شخصيته وتوجيه طاقته الجسمية والذهنية في مسارها الصحيح.

- كما أنها تستعرض لعدد من الدراسات والبحوث في النشاط الزائد بصفة عامة والعلاج النفسي الحركي بصفة خاصة.

- ندرة الدراسات التي تناولت إرشاد الأطفال ذوي النشاط الزائد عن طريق العلاج النفسي الحركي في العالم العربي حسب إطلاع الطالبة.

- يستفيد الآباء والأمهات من نتائجها في كيفية التعامل مع أبنائهم المصابين بفطط النشاط الزائد.

- أنّها تقدم بحثا علميا عمليا حول عدد من الجوانب التي يتناولها المتمثلة في:

1/ حجم الدراسة:

وتتعلق بضرورة بيان نسبة إنتشار هذا الإضطراب للتحقق من أنّه يمثل مشكلة فعلية حقيقة لا بد من الإلتباه إليها والعمل على تكريس الجهود لمواجهتها من الوقاية والعلاج.

2/ طبيعة الإضطراب:

وتتعلق بأعراضه وأسبابه وآثاره الحالية والمستقبلية على نمو الفرد المصاب بإضطراب النشاط الزائد.

3/ إمكانية توظيف النتائج:

- التي سينتهي إليها البحث في الخطة علاجية لمساعدة المصابين بإضطراب النشاط الزائد.

5. أهداف الدراسة:

- معرفة حجم إضطراب النشاط الزائد بين الأطفال.
- تطبيق خطة علاجية على الأطفال المصابين بفرط النشاط الزائد من خلال العلاج النفسي الحركي.
- التحقق من فعالية العلاج النفسي الحركي في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال.
- تقصي الفروق في تحسن الأطفال المصابين بفرط النشاط الزائد قبل وبعد تطبيق العلاج.

6. المعارف الإجرائية للدراسة:

1/ الحركية النفسية Psychomotricité:

على أنّها معرفة الطفل لذاته وأعضاء جسمه والوعي بوضعياته وحركاته وحدوده، وقدرته على الإستعمال السليم لجانب من الجسم وإدراكه للمفاهيم الزمانية وتسلسل الأحداث وفهم العلاقة بين الأشياء ومكان وجودها في الفراغ والسيطرة على التوازن.

2/ العلاج النفسي الحركي Le Thrapie Psychomotrice :

على أنّه هو خطة محددة ودقيقة تشمل مجموعة من الأنشطة والمواقف الاجتماعية المتنوعة، والمتمثلة في تقنية التعليمات الذاتية من أجل مساعدة الأطفال في خفض النشاط الزائد.

3/ إضطراب النشاط الحركي الزائد Hyperactivité:

على أنّه جملة من الأعراض التي يتم ملاحظتها، على الطفل والمتمثلة في النشاط الجسمي غير الهادف تشتت الإنتباه وقلة التركيز وزيادة الإندفاعية، ويتم قياسها من خلال شبكة الملاحظة المصممة من قبل الدراسة.

4/ تقنية التعليمات الذاتية Auto-instruction:

هي مجموعة تعليمات لفظية يلقنها المختص للطفل ويقوم بها حركيا لتحقيق الهدف المتمثل في إنجاز مهمة معينة. لجعله يتحكم بحركاته ذاتيا.

7. الدراسات السابقة:

سوف نتناول عددا من الدراسات العربية والأجنبية نرى أنّها ترتبط بصورة أو بأخرى بموضوع البحث الحالي، وتفيد في إلقاء الضوء على المفاهيم والأسس والمعارف المتصلة بجوانبه.

يتم عرض هذه الدراسات في محاور يخدم كل منها الجانب الذي يتناوله وذلك على النحو التالي:

المحور الأول: بحوث ودراسات تناولت البحث في مجال العلاج النفسي الحركي

1. دراسة منى أحمد الأزهري (2000):

هدفت الدراسة إلى تطبيق حقيبة تعليمية كوسيلة مساعدة لتوجيه ومساعدة معلمة الرياض على تلقين المهارات الإنتقالية الأساسية للأطفال بهدف توضيح الشكل الأمثل للممارسة والمساهمة في تنمية وتحسين توظيف الأطفال لتلك المهارات، تم إختيار عينة البحث من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6- (5) سنوات إعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي حيث تمّ تقسيم عينة البحث إلى ثلاث مجموعات متساوية في العدد قوام كل منها (40) طفلا وطفلة مجموعة تجريبية ومجموعتان ضابطتان كما إستعانت الباحثة بإختبار الأداء الحركي للمهارات الأساسية الإنتقالية وهو من إعدادها، وأيضا الحقيبة التعليمية المقترحة، من أهم النتائج مساهمة الحقيبة التعليمية في تحسين مستوى ممارسة الأطفال للمهارات الأساسية الإنتقالية وحقق المشي أعلى نسبة تأثير مما يدل على أنّ هذه المهارة من المهارات الهامة في حياة الطفل حيث أنه عن طريقها يستطيع أن يتعرّف ويكتشف كل من حوله.

2. دراسة حنان حلمي لظفي الجمل (1999):

هدفت الدراسة إلى وضع برنامج مقترح للحركات التعبيرية والتعرّف على أثره في بعض المفاهيم البيئية من ذوي سن (5-6) سنوات إعتمدت الباحثة المنهج التجريبي، وبلغ عدد العينة (60) طفلا وطفلة من مرحلة رياض الأطفال أوضحت النتائج أنّ برنامج الحركات التعبيرية والذي يشتمل على الحركات الأساسية والدرامية الإبتكارية والقصص والموسيقى والألعاب الغنائية له أثر على إكتساب المفاهيم البيئية للأطفال.

3. دراسة إليوت، جولوريا، وهارتون Elliot ; Gloria etHarton (1997):

هدفت الدراسة إلى بحث برنامج تربية حركية على الإبداع الحركي عند أطفال ما قبل الدراسة في بيئات تربية عامة وشاملة شملت عينة البحث مجموعة مختارة، من أطفال ما قبل الدراسة كما تضمنت الدراسة إجراء قياسات قبلية وبعديّة باستخدام إختبار التفكير الإبداعي في السلوك والحركة (تورانس 1981)، ودلت النتائج على وجود تحسن واضح في مجموع النقاط التي أحرزتها المجموعة التجريبية التي تتلقى البرنامج وذلك في إختبار التفكير الإبداعي في السلوك والحركة.

4. دراسة كونر فيونا وجان (Konner Fiona et Jane 1993):

هدفت الدراسة إلى تحسين اللّغة ومعرفة معانيها وكذلك الأداء المهاري الحركي الكلي لدى هذه الشريحة من الأطفال، تمّ تقسيم العينة المتكونة من (72) طفلة تتراوح أعمارهم ما بين (3-5) سنوات إلى خمسة مجموعات وأجريت إختبارات قبلية وبعديّة لكل الأطفال خاصة بمعرفة مفاهيم ومعاني اللّغة باستخدام مقياس المفاهيم الأساسية لـ "براكين" وكذلك الأداء الحركي باستخدام مقياس للنمو الحركي ودلت النتائج على تحسين كل من المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المهارة الحركية، وبناءا على ذلك يمكن إتخاذ التربية البدنية بيئة أخرى يمكن من خلالها تأكيد التنمية المعرفية عبر المنهج.

من خلال ماسبق ذكره يبدو أنّ كل الدراسات المرتبطة التي تمّ التعرض إليها في هذا المحور والتي تناولت برامج العلاج النفسي - الحركي كأداة أثبتت فاعليتها وذلك من خلال تحقيق ما يلي:

- تنمية المهارات الإنتقالية الأساسية دراسة (منى أحمد الأزهرى 2000)
- تنمية المفاهيم البيئية دراسة (1999)
- تنمية مهارة الإبداع الحركي دراسة (1997)
- تنمية مفاهيم ومعاني اللّغة دراسة (1993)

كما أنّ جميع الدراسات إستخدمت المنهج التجريبي.

المحور الثاني: بحوث ودراسات تناولت اضطراب النشاط الزائد

1. دراسة سعيد بن عبد لله إبراهيم دبيس والسيد إبراهيم السمدوني (1997):

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية أسلوب الضبط الذاتي عن طريق التعليمات اللفظية الذاتية في خفض الاندفاعية لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا واتضح من النتائج أن التدريب على الضبط الذاتي كان ذو فاعلية كبيرة في الأداء على اختيار تجانس الأشكال، وهذا يؤكد أن برنامج الضبط الذاتي المستخدم عن طريق تقديم التعليمات اللفظية للذات كان أكثر فاعلية وكفاءة في إحداث تغيير إيجابي في أداء الأطفال المتخلفين عقليا على أنشطة حل المشكلات في فترات زمنية أقل، وتوصل الباحثان إلى نتيجة مؤداها أنه يمكن استخدام اللغة الخاصة بفئة المتخلفين عقليا في التأثير على استجاباتهم إذا ما توفر لهم التدريب المناسب على استخدام التعليمات

2. دراسة رياض نايل العاسمي (2001):

ركز هذا الباحث على دراسة النشاط الزائد عند الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات وهي الاكتئاب التحصيل الدراسي، التوافق النفسي ببعديه الاجتماعي والشخصي، وقد بلغت عينة الدراسة 33 طفلا ممن يعانون من النشاط الزائد بواقع 29 تلميذ و4 تلميذات وطبقت عليهم مجموعة من المقاييس النفسية بهدف الحصول على المعلومات سواء استبيانات الشخصية أو اختبارات اسقاطية وتوصل في آخر الدراسة إلى وجود فروق بين الأطفال مفرطي الحركة والعادين في تلك المتغيرات كالإكتئاب، التحصيل الدراسي، التوافق النفسي، وهذا لصالح الأطفال مفرطي النشاط بمعنى أن الأطفال ذو النشاط الزائد هم أكثر اكتئابا، وتحصيل دراسي ضعيف، وهم غير متوافقين اجتماعيا وشخصيا.

3. دراسة فاق Vaught (1990):

بعنوان تأثير المفاهيم الوالدية وتعاملهم على تشخيص اضطرابات نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة لدى أطفالهم، هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير المفاهيم الوالدية وتعامل الوالدين مع الأطفال في تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، وتأكدت الدراسة من عينة قدرت ب (97) أبا وأما للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ومن خلال مقابلة الوالدين واستخدام قائمة ملاحظة السلوك، أسفرت النتائج عن وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين المفاهيم الوالدية الخاطئة

والسلوك المضطرب للطفل ولاسيما اضطراب الإنتباه والاندفاعية والنشاط الزائد والعدوانية مما سبق نلاحظ أن كل الدراسات المتعلقة بفرط النشاط الزائد ونقص الانتباه كلها ركزت على بناء برامج تدريبية أو علاجية للتخفيف من شدة هذا الاضطراب وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لديهم، وهذا ما سيساعدنا في دراستنا الحالية من مقارنة النتائج التي سنتوصل إليها مع نتائج هذه الدراسة، وجدنا دراسة واحدة "الرياض نايل العاسمي 2001" الذي كان إتجاهه مختلف نوعا ما عن باقي الدراسات، حيث ربط التحصيل الدراسي عند هذه الفئة باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب والتوافق النفسي.

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

أولاً: الحركية النفسية

ثانياً: العلاج النفسي الحركي

ثالثاً: اضطراب النشاط الزائد

أولاً: الحركة النفسية

تمهيد

1- تعريف الحركة النفسية

2-مجالات الحركة النفسية

2-1- التخطيط الجسدي Schema corporel

2-2-الجانبية Latéralité

2-3- الفضاء L'espace

2-4-الزمن Le temp

2-5- الحيوية العضلية Tonus musculaire

خلاصة

تمهيد:

في كل لحظة من لحظات الحياة يعبر الفرد بواسطة جسمه داخل فراغ مكاني محدد الأبعاد وفي لحظة معينة من الزمن، فالفرد عبارة عن كائن حي دائم العلاقة، وبفضل وظائف النفسية الحركية يصبح قادر على تمييز المسافات وتنسيق الإشارات، التحكم في توازن الجسم والتعبير داخل الفضاء، كل هذه الأفعال تشهد على إظهار الإتصال الحاصل بين الوظائف العقلية والعاطفية الحركية ثلاثية في تفاعل ذات علاقة تعطي للفعل خصوصية تناسب طبيعة الفرد من حيث التحكم الجسمي الهيئية، الرؤية، توتر الجسم، فالجانب الحركي النفسي يتمثل في أداء لغة الجسد، فالجسد هو عبارة عن مستقبل ومرسل.

1. تعريف الحركية النفسية:

كلمة "Psychomotricité" كلمة مركبة من كلمتين الأولى "Psycho" وتعني الفكر والروح والثانية "Motricité" تعني علم الحركة والروح وتشمل المهارة الحركية والجسم.

- تعريف نيلي توماس Nelly Thomas (2004: 22): ترى أن هذه العملية عبارة عن تفاعلات معقدة تحدث ما بين الحركة والروح، أي يعيش الطفل لحركة بشمولية بواسطة الجسد والروح، فيما يقوم الراشد بتوجيهه آخذا بالحسبان تعبيرات الطفل المميزة والعامية، قصد ممارسة فعالة تبقى على علاقة الجسد والعقل الخيال والحقيقة، الفضاء والزمن.

وتضيف فرونسواز Francoise Giromimi (2003: 35): أنه بإستاعتنا القول أن المجال النفسي الحركي يشمل المفاهيم الأساسية التالية: الجسم، الروح، الفضاء، الزمن والذاكرة.

ومما سبق يمكننا القول بأن مفهوم الحركي النفسي يشير إلى العلاقة القوية بين الوظائف الحركية والنفسية، فكل فرد يرسخ عبر حركاته مجموعة من سمات شخصيته، وحسب ما جاء في نظرية النمو الإنفعالي لهنري فالون H.Wallon والذي يرى بأن الحركة هي ترجمة للحياة الوجدانية الداخلية للفرد، وبما أن هذه الدراسة تتعامل مع فئة الأطفال فإن الحركة هي أنسب وسيلة للتعبير عن إنفعالاتهم الداخلية.

2. مجالات الحركية النفسية:

تمر المعرفة الإنسانية بمراحل مختلفة وتعتبر المرحلة الحسية الحركية الممتدة من الميلاد إلى منتصف السنة الثانية، المرحلة التمهيدية الأولى التي يمر بها الطفل، وتكون حركات الطفل في الأشهر الأولى مجرد

حركات دائرية أولية ليست لها هدف ومعنى ثم تصبح كل حركاته مقصودة موجهة للإتصال مع العالم الخارجي وبالتحديد مع الوجه الأمومي الثابت ثم تنتقل إلى الوجوه الأخرى تنحدر بدورها من وجه الأم، كما يتوقف إكتساب الطفل لمختلف المهارات الحركية على مدى سلامة نموه الحسي والحركي ومجموع إكتساباته والتي تظهر في المجالات التالية:

1.2. التخطيط الجسدي Schéma Corpuel:

هي تلك الفكرة التي نتصور بها أجسامنا في أي زمان ومكان، وفي الوضعيات المختلفة وفي حالة النشاط أو الراحة، وإذا ما رجعنا إلى مراحل نمو التصور الجسدي نجده ينشأ منذ الولادة، ويتكون هذا النمو تدريجيا عن طريق الأحاسيس الخارجية الناتجة عن الأشياء الأخرى الصادرة عن العضلات والمفاصل.

(Norbert Sillamy، 1989 : 1059)

ويقول هنري فالون (Wallon) العنصر الضروري لبناء شخصية الطفل، هو التصور نوعا ما شامل أو مميز لجسمه. (فيكتور سيمونوف، 1985 : 80).

ويعرفه عبد السلام زهران: هو إنتزاع من معاش الجسد Le Corps بينى بواسطة التعلم والتجربة كما أنه يرجع الجسم الحالي في الفضاء إلى التجربة المباشرة قد يكون مستقل عن المعرفة كتاريخ علائقي للفرد مع الآخرين.

والملاحظ أن نمو التخطيط الجسدي من المفروض هو واحد عند كل الأفراد تقريبا في سن واحدة، وتحت نفس الظروف ولكن هذا في حالة ما إذا لم يكن هناك ما يعرقل هذا الإكتساب والتكوين.

(زهران حامد عبد السلام، 1975 : 22).

أي أن شخصية الطفل تنمو بفضل الوعي المتزايد بجسمه وكيانه ومدى تأثيره على الأشياء المحيطة به، فالتخطيط الجسدي هو إدراك الطفل لجميع أجزاء جسمه وإستعمالها بطريقة صحيحة.

إن الكثير يستخدمون مصطلح صورة الجسم والتخطيط الجسدي أحدهما عوضا عن الآخر ولا يميزون بينهما، فإنه كان من الضروري أن نميز بين هذين المفهومين كما وضحته F. Dolto (63 : 1983) من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (01): يبين الفرق بين التخطيط الجسدي والصورة الجسمية

| التخطيط الجسدي | صورة الجسم |
|--------------------------------------|--|
| هو نفسه عند جميع الأشخاص | تخص كل شخص على حدى ومرتبطة بتاريخ الشخص |
| قاعدته ترتبط بالإحساس | قاعدتها وجدانية مرتبطة بالتجارب الإنفعالية |
| يتطور في الوقت والفضاء | الماضي لا شعوري في العلاقة الحاضرة |
| تحوي طابع قبل شعوري، شعوري، لا شعوري | تحوي طابع لا شعوري |
| ينى بالتعلم والتجارب | تبنى بالاتصال بالآخرين والآثار المسجلة بلذة مكتوبة أو محرومة |

ومن هنا نستنتج الفرق الواضح بين الصورة الجسمية والتخطيط الجسدي، حيث لكل منهما قاعدة مختلفة عن الأخرى ولكن تساعد الصورة الجسمية في بناء التخطيط الجسدي.

1.1.2. مراحل تكوين التخطيط الجسدي:

- مستوى ما قبل الصوري: (0 إلى 3 أشهر)

في الأول تكون حركات الجنين عشوائية بدون معنى وغير منتظمة وغير موجهة، وتبقى على هذا الحال وتمتاز بإصدار الطفل لحركات غير إرادية تعبر عن رغباته، وهذا يمثل نشاط الحركة والإحساس حتى ثلاثة أشهر بعد الولادة ويتم فيها الشكل الأولي للتصور. (Demeur. A, 1985 : 9)

انطلاقاً من ثلاثة أشهر يبدأ المولود يتعايش مع جسده بكل وعي ورغبته في استعمال هذا الجسد، ومن اثني عشر إلى ستة عشرة أسبوعاً، يتم اكتساب التحكم في العضلات الحركية البصرية التي تسمح للطفل بتثبيت نظري ومتابعة الأشياء أو حركات الأشخاص بعينه.

- مستوى صورة الجسم المعاش: Corps Vécu (من 3 أشهر إلى 3 سنوات)

في حوالي الشهر الرابع يرى الرضيع أصابع تتحرك من يد مفصلة ومسيطرة واليد الأخرى تتبع لكن بعد تأخر أكيد.

وفي حوالي الشهر الخامس الأرجل تدخل في فضاء مجزأ بينما المسك باليد يعطي أول التصورات الحسية الحركية المزوجة.

وفي حوالي الشهر التاسع يسمح النمو الحركي بعدة تصورات جديدة المتاحة المتاحة الإدراكية الحركية (ينام، يجلس، يلتفت) وبطبيعة الحال المشي عرضا وذلك ما بين (11 و14 شهرا) سوف يضيف كل التجارب التي تجمع الإحساس البصري والإحساس الحركي والمسافة، الذي يكون أول فضائية للعالم، بمعنى من الأنا إلى اللا أنا le moi – non moi لهذا السن.

في السن الثانية ومع بداية مراقبة الإشارات والمبادرات (توقف الفعل ظهور اللا ثم نعم) تكون المراقبة ممكنة وذلك عن طريق نضج الجهاز العصبي.

كل هذا يشمل تكامل أجزاء الفضاء الجسمي في وحدة منظمة، ومن الناحية الرمزية في هذا السن (الثانية يكون اللعب المفضل عند الطفل ذلك التعليب وضم قطعتين ببعضهما البعض والاقتراب من الأشياء كما تلعب المرأة دورا في هذا التجمع الفضائي الذي يبدأ في اخذ شكل الفهم).

- مستوى التفريق الإدراكي: (4 سنوات إلى 7 سنوات)

في هذه المرحلة يحقق الطفل تحسن في القدرة الحركية تطور إدراك الجسم والوصول إلى نقطة الفضاء الموجه (L'espace orienté).

واكتساب مصطلحات (فوق، أعلى، تحت، ... الخ) بصفة أدق يتم تحقيق الاعتدال الحركي وتحسين الضغط الحركي كما يحصل تفوق في استعمال أحد الجانبين وكذلك في إدراك الفوارق الموجودة بين مختلف أقسام الجسم. (Demeur. A, 1985 :13)

ففي السن الرابعة يبذل الطفل مجهود في التفرقة بين الأنا واللا أنا (le moi – non moi) وهذا باكتشافه لجنسه ولل فروق الجنسية، ويساهم الأشخاص والأشياء في هذا التصنيف ثنائي الأقطاب Bipolaire وهنا يبدأ البحث عن المعاني (الخير والشر، جيد وسيء)، أنه لا شك في سن الخمس سنوات يكتمل أول تخطيط جسدي للطفل، هنا الطفل يضمن نفسه فجأة، مكتمل وسيد جسمه مثلما هو سيد أناه، وبنقص إلى احد والديه من نفس الجنس وهذه تعتبر مرحلة أساسية لتجاوز العقدة الأوديبيية والمرور إلى السن السادسة من الحياة أين في هذه الفترة يتمكن الطفل من التوجه في الزمن أي يضع الحاضر بالنسبة (القبل وبعد).

(Muchielli. R, 1974 : 46)

- مستوى الصورة الفكرية للجسم المعاش (7-12 سنة)

في هذه المرحلة يصل الطفل إلى اكتساب صورة فكرية لذاته بفضل نمو ذكائه واكتسابه نظام زماني ومكاني لنموه، وبطريقة شاملة (Synthétique) وكيف حركاته للوصول إلى هدف معين ومن جهة أخرى تعبيراً بمساعدة جسمه على فعل إحساس، انفعال، فالطفل يتمكن من وصف سلوك وفهم الوضعيات المنعكسة الآتية من طبائع وتعايير الأشخاص ويعبر عن طريق الرسم كذلك باختصار أنه يفهم في كيفية التحكم في الحوار الجسدي. (Demeur. A, 1985 : 15)

ومما سبق تبين لنا من خلال تقديمنا لمختلف مراحل التخطيط الجسدي بأنه عبارة عن معرفة ووعي وإدراك خاص بالجسم، تتكون لدى الفرد عن أجزاء جسمه والحركات الصادرة عنها، وإن كان مجمل هذه الحركات في ذلك الجسم المتمثل في الشكل العضوي العصبي فإن هناك ما هو أكثر حيوية وهذا ما نسميه الوعي بالذات، ونلاحظ أنه قبل أن يكون هناك حركة يجب أن يكون أولاً التمثيل الشكلي لها وهذا ناتج عن تكامل مستويات مختلفة عقلية، عاطفية ولغوية.

2.2. الجانبية La latéralité

1.2.2. تعريف الجانبية:

تعريف سيلامي (Nobert Sillamy 1996: 100):

"هي سيطرة جسمية وحركية لجانب من جسم الإنسان على الجانب الآخر من اجل تنظيم ثابت للفضاء المحيط، تتجلى من خلال تفضيل الفرد لاستعمال دون آخر أو عينا دون الأخرى من اجل القيام بعمل يتطلب التركيز والدقة".

لتفسير السيطرة الجانبية نجد عدة نظريات منها:

- النظرية التشريحية: يرى أصحاب هذه النظرية ان النصف الأيسر للكرة المخية يتدفق به الدم بصورة أحسن من النصف الأيمن.

- النظرية السوسولوجية: حسب رواد هذه النظرية فان الجانبية تنطلق من القيمة التي يعطيها المجتمع للجهة اليمنى. (Sillamy. N, 1989 : 159)

2.2.2. مراحل تطور الجانبية:

يرى بياجى أن اكتساب مفهومي يمين - يسار باعتبارهما مفهومان نسبيا يمر بثلاث مراحل هي:

- المرحلة الأولى: من 05 إلى 08 سنوات التعرف على يمين - يسار من وجهة نظر الطفل الخاصة.
- المرحلة الثانية: من 08 إلى 12 سنة التعرف على يمين - يسار من وجهة نظر الآخرين، حيث تأخذ الوظيفة الاجتماعية في التغلب على وظيفة التمحور حول الذات .
- المرحلة الثالثة: من 12 سنة فما فوق التعرف على يمين - يسار من وجهة نظر الأشياء نفسها، حيث يبين اختبار الذكاء: "البينة وسيمون" "Binet et Simon" أن الطفل بإمكانه التعرف على يده اليسرى واذنه اليمنى في سن السادسة، غير انه لا يمكننا القول أن مفهوم يمين - يسار يكون معروف ومستعمل كعلاقات من طرف الطفل فالأمر لا يتطلب جهدا كثيرا من اجل تكيف حتى يتسنى الطفل إدراك وفهم أن هناك يمين - يسار لكل شخص، ثم إن الأشياء نفسها موجودة على يمين ويسار بعضها البعض كما أنها موجودة على يمين ويسار كل شخص. فالجانبية إذن تعنى قدرة الطفل على الاستعمال السليم، أي المهيم أو المسيطر لأحد جانبيه دون الآخر.

3.2. الفضاء L'espace:

1.3.2. تعريف الفضاء:

تعريف سيلامي Norbert Sillamy (1996: 258):

"الفضاء هو المجال الذي يضم الفرد ووسطه السيكلولوجي، وهذا الامتداد المكاني يضم كل المتغيرات السيكلولوجية المستقلة والتي تؤثر في تحديد سلوك الفرد في أي وقت".

تعريف لويس نوت "Louis Not":

هو ذلك الحيز الفارغ الذي لا تتشكل صورته في الذهن، إلا بواسطة الأشياء التي تشغله والتنقلات التي تحدث فيه فإدراك الفضاء هو اتخاذ الوضعيات، الاتجاهات، الأبعاد والأحجام الحركات والأشكال فبناء الحيز الفضائي في المرحلة الأولى للطفل متعلق أولا وقبل كل شيء بالتعرف على الصورة الجسمية التي يسعى لها كمرجع أساسي لتعيين مواقع واتجاهات مختلفة الوضعيات، وبالتالي يكتسب الطفل المفردات وهذا ما يساعده على التوجه وفهم واستعمال المفاهيم المكانية المختلفة مثل: فوق، تحت، أمام وخلف ... الخ. (زولان درون، 1997:1916)

ومما سبق يمكننا القول بأن القدرة المكانية هي إدراك المسافات والأبعاد بدقة وإدراك الطول والعرض والسمك والارتفاع والعمق والحجم.

2.3.2. مراحل تطور الفضاء:

في السنوات الأولى من حياة الطفل يعيش في فضاء محسوس متمركز حول ذاته فالعلاقة بينه وبين أمه علاقة إشباع دافع الجوع، ثم تتطور هذه العلاقة إلى عاطفة أي أن إدراك الفضاء من قبل الطفل محدود في أشكال وأصوات ومعاني دون علاقات فيما بينهما بالمفهوم الواسع، ويمر تكون الفضاء بأربعة مراحل.

1/ الفضاء المتلقي l'espace subi من 0 إلى 3 أشهر:

من 0 إلى 3 أشهر يكون تنقل الطفل من مكان إلى آخر مفروض عليه من طرف المحيط الذي يعيش فيه، قبل ثلاث أشهر الطفل يدرك الفضاء بطريقة محدودة وهذا راجع لعدم نضجه العصبي الحسي الحركي وذكائه، بعض الأماكن تكون مألوفة بالنسبة له، لكنه لا يدقق الترابط بينهما في هذه المرحلة العمرية يرى الطفل الأشخاص والأشياء تبتعد أو تقترب منه، هذا يمثل مجاله البصري ولكن الطفل أيضا حساس للفضاء السمعي والفضاء اللمسي (عندما تأخذه أمه بين ذراعيه) والفضاء البصري.

2/ مرحلة الفضاء المعاش l'espace vécu:

هذه المرحلة تتناسب مع مرحلة الحس الحركية من تفكير الطفل: الطفل يطور الفضاء الحسي إلى الفضاء يتموضع فيه دون أن يؤدي نفسه أو يصطدم بالأشياء وهذا ما هو إلى التكيف الحدسي الحركي للطفل للمسافات والبيئة التي يعيش فيها.

ومن خلال التقليد يصبح الطفل قادر وبطريقة صحيحة على استعمال فضائه مثلا يضع ورقة في سلة.

3/ مرحلة الفضاء المدرك l'espace perçu:

هذه المرحلة الثالثة تتزامن مع مرحلة ما قبل العماليات من تطور تفكير الطفل حسب نظرية بياجيه، الطفل يقوم بمقارنة تجاربه العديدة حول الفضاء حيث يضع في الحسبان بأنه عندما يريد رمي كرة الى مكان يجب ان يبذل جهد اكبر لفعل ذلك، ويجد لذة في تجربة مختلف الإحساسات الخاصة بالفضاء، الطفل يعيش الفضاء بطريقة متمركزة حول الذات: حتى سن 7 سنوات يكون علاقات طوبولوجية أي يدرك المفاهيم التالية:

- علاقات الجيرة (قريب، بعيد، مقابل)

- علاقات منتظمة ومتتابعة (يرتب الأشياء)

- التفرقة بين الأشياء

- يعرف مفاهيم مثل (داخل، خارج، تحت، بين ...) ولكن يدرك هذه المفاهيم من خلال معاشه الخاص.

3.3.2. مرحلة الفضاء المعروف l'espace connu:

هذه المرحلة تغطي مرحلة ما قبل العمليات ومرحلة العمليات حتى سن 7 سنوات الطفل يقوم بتخزين وتلفظ الوضعيات والتوجهات الفضائية، (وفي سن 6 سنوات يعرف مصطلح يمين - يسار).

أنه قادر على تنظيم فضائه من خلال احتياجاته وهذا لا يكون إلا بحدود فضائه الطوبولوجي.

إنّ الطفل لا يستطيع الوصول الى مفهوم الفضاء التمثيلي إلا بعد سن 7 سنوات، حيث يدرك الفضاء ليس فقط من وجهة نظره كما يستطيع الطفل في هذه المرحلة فهم كلمتي يمين - يسار على شخص اخر عندما يكون في نفس توجه (أمام، بجانب، وراء). (حسن نور الياسري، 2001: 37)

مما سبق يشير الفضاء إلى طريقة تكوين فضاء شخصي، فكل فرد ينظم فضاءه حسب جسده ومعاشه وطريقة تفكيره، فالتوجه الفضائي أوالمكاني إذن هو قدرة الفرد على التموضع والتوجه والتنظيم ونقل وإدراك وفهم الأشياء في المحيط القريب والبعيد وكذا قدرته على بناءعالم حقيقي أو خيالي.

وما يمكن ملاحظته أيضا من خلال مراحل نمو المكان لدى الطفل حسب "بياجي"، هو أنتكوين وتمثيل وتنظيم الفضاء، يكون إبتداءا من تطور المرحلة الحسية الحركية، ويظهرهذا الاكتساب بصورة جيدة إبتداءا من تسعة سنوات ويكتمل في سن اثني عشرة سنة، ويتم ذلك انطلاقا من قواعد بسيطة إلى قواعد أكثر تعقيدا.

4.2. الزمن Le Temp

1.4.2. تعريف الزمن:

تعريف نوربير سيلامى Norbert Sillamy (1989: 237)

الزمن هو فترة تتميز بتسلسل أحداث وتغير وضع، وهو تركيب ذهني يهدف إلى التحكم في الزائل.

ويعرفه أيضا على أنه المدى الموضح بتعاقب الأحداث، مفهومه عبارة عن بناء سيكولوجي للإنسان

يمكنه من التعود على تغيرات محيطه، وهو مبني على عوامل اجتماعية وحسية حركية.

والزمن نوعان:

- زمن موضوعي اجتماعي يمكن قياسه مثل الساعة اليومية.
- زمن بيولوجي يتغير تحت تأثير مختلف العوامل مثل درجات الحرارة وغيره، وهو زمن ذاتي خاص بالأفراد واحتياجاتهم، كما تختلف قيمة الزمن من ثقافة إلى أخرى. (Sillamy. N, 1989 : 239)

تعريف دي فونتان (Defontaine 1980:115):

الزمن هو مدة وتعاقب وترتيب، أو أنه اندماج كل هذه العناصر بالنسبة للبنية الزمنية للفرد، وتجربة التعاقب والتغيير والتجريد والاستقرار يفسران بدون شك فكرة الزمن.

2.4.2. مراحل اكتساب المفاهيم الزمنية عند الطفل:

حسب بياجي Piaget:

إن الزمن يعبر عن تناسق حركات السرعة المختلفة، حركات الشيء بالنسبة للزمن الفيزيائي، أو حركات الفرد بالنسبة للزمن السيكلولوجي، ومادامت فكرة السرعة لم تكتسب بصفة عملية لكونها نتاج علاقة بين المسافة المقطوعة أ والعمل المنجز والزمن المستغرق في ذلك، فإن التنظيم الزمني يتناقض مع النظام الفضائي والمدة مع المسافة المقطوعة. ومفهوم الزمن عند الطفل هو مفهوم متطور وتكون مراحل كالاتي:

- المرحلة الأولى (التنظيم الزمني الحسي الحركي):

وتمثل الشكل الأساسي للزمن عند الرضيع وذلك منذ الولادة إلى غاية ظهور اللغة، حيث أن التنظيم بالنسبة للنظام الزمني يبدأ من مرحلة الذكاء الحسي الحركي، فالرضيع عندما يشعر بالجوع مثلاً يطلب الغذاء عن طريق البكاء والصراخ، فيلبي طلبه ويصبح يقدر مدة انتظاره، بمعنى أنه يقيم نظاماً تتابعياً بين الوسيلة والهدف ولكن رغم ذلك فإن مثل هذا التابع التطبيقي لا يعني وجود مفهوم زمني محض.

- المرحلة الثانية (مرحلة اكتساب اللغة والمفهوم اللفظي الحركي):

هنا يتجاوز ذكاء الطفل المرحلة الحسية الحركية ليصل إلى الفكر فتظهر المفاهيم

الخاصة بالزمن بين السنة والنصف والأربع سنوات، حيث تظهر جميع التطورات الخاصة بالمفاهيم الزمنية، فالمستقبل يصبح حاضر (غداً يتحول إلى اليوم والحاضر يصبح ماضٍ اليوم يتحول إلى أمس)، وهكذا فإن ما يلفت انتباهنا في بناء المفاهيم الزمنية عند الطفل من وجهة نظر سيكلولوجية هو كون هذا الأخير يتوصل

دائماً إلى بناء نفس نظام المفاهيم الزمنية لكن باستعمال طريقتين مختلفتين، فتارة يكتشف تعاقب الزمان قبل معرفة اندماج مروره وتارة يعكس العملية، ولعل أهم شيء نأخذه هنا بعين الاعتبار هو كون الطفل يتوصل في الحالتين إلى نفس النتيجة العملية.

إن الطفل، ووفقاً لقانون عام يميز الانتقال من المستوى الحسي الحركي إلى مستوى الفكر، يتعلم من جديد في مستوى التفكير ما كان يملكه سابقاً بطريقة تطبيقية، حيث أنه يتعلم تسلسل الأحداث داخل الحركة كما يكتسب بعض المعارف الأخرى. (غني سيد محمد، 1977: 94)

إن ما توصل إليه "بياجي" و"بول فريس" وغيرهما من نتائج، يقودنا إلى القول أن اكتساب المفاهيم الزمنية لدى الطفل لا يأتي صدفة أو دفعة واحدة، وإنما يتم في شكل سلسلة مترابطة ومتناسقة، تبدأ بالمحسوس وتنتهي إلى المجرد أين يتمكن الطفل من توظيف خبراته السابقة وتدعيمها بأخرى حالية ولاحقة، مما يمكنه من معرفة الزمن، ترتيبه وتنظيمه ومن ثمة حسن التسيير والتحكم في الحياة الزمنية أو الكرونولوجية بصفة عامة.

3.4.2. العناصر المكونة للزمن:

يتكون الزمن من ستة عناصر هي:

- التنظيم والتعاقب: يتعلم الطفل تصنيف وتذكر الأفعال والأحداث حسب التسلسل الزمني فيبدأ في استعمال العبارات مثل: قبل، بعد، أمس، غدا ... الخ.
- لا رجعية الزمن، الزمن لا يتوقف ومن المستحيل أن يتراجع إلى الوراء.
- المدة: شيئاً فشيئاً يستوعب الطفل مفهوم المدة الموضوعية، فيصبح يدرك أن المدة التي يستغرقها نشاط ما تختلف عن المدة التي يستغرقها نشاط آخر.
- السرعة: يدرك الطفل بصفة مبكرة اختلاف السرعة بين مختلف وسائل النقل.
- المرحلة: أي التعرف على كل ما يعود بصفة دورية، واستيعاب مفهوم تناوب الليل والنهار، وتعاقب الفصول والأسابيع والأشهر.
- الإيقاع: يعيش الطفل إيقاعاته الخاصة وإيقاعات العالم الخارجي، ومن خلاله يستطيع أن يحدد وضعيته وتوجهه في الزمن. (Coste. C, 1977 : 75)

مما سبق يمكننا القول أن الزمن ليس شيئاً ملموساً خاضعاً لحواسنا، وعليه، فمن الطبيعي افتراض وجود (زمن ذهني) بينه وبينه الذهن من خلال سيرواات معرفية، بالاعتماد على ما هو حاصل في الواقع وعلى المعطيات التي خزنها الفرد في ذاكرته.

وهو ما سيشكل لديه نموذجاً ذهنياً سيوظفه لفهم ظواهر زمنية أخرى مستقبلية أو تحديد وقائع ماضية في التسلسل الزمني.

وإن التنظيم الزمني للطفل يعتمد على معرفته الجيدة بالمفاهيم الزمنية حيث سوف يعود على القيام بواجباته ونشاطاته اعتماداً على الوقت أو الزمن الذي سوف يستغرقه في إنجازها حيث يستطيع إكمالها في الوقت المحدد.

5.2. الحيوية العضلية Le tonus musculaire:

1.5.2. تعريف الحيوية العضلية:

يقول H. willon أن مشاعر هي تكون أصل موضعي من أجل نسيج الحيوية.

فالحيوية والشعور مرتبطين بشدة، كل شعور يرافقه إستعراض حيوي والعكس يأخذنا حول أن الحيوية تستطيع تغيير الحالة الشعورية.

حالة الليونة العضلية التي لا تتصل بالحركة لكنها تعزز المقاومة في الجاذبية، والتي تثبت الاعضاء في وضعية محددة، وبذلك تنتمي إلى وضعه الحركي، هذا التقلص متجانس ودائم ولا إرادي.

2.5.2. العصبية الفيزيولوجية الحيوية:

الحيوية العضلية تعرف أنها إنقباض عضلي دائم ومعتدل، راجعة لتأثيرات عصبية، دائمة تجعل كل عضو في حالة راحة من أجل المبالغة في القوى (حيوية الفعل) البنات التي تنظمها مشتتة في أنحاء الجهاز العصبي المركزي، وتعتبر نغمة أداء للتواصل والتعبير في الحياة النفسية، تحدث على شكل ظواهر عصبية معقدة، أسست في البداية بشعور معاش فهي لا تحضّر ولا ترشد الحركة لكنها تشرح في نفس الوقت تقلب عاطفي، وتتأسس بين الطفل في قمة نضجه وفي وسطه حوار حقيقي وحجر الأساس، فهي تطرح في البداية التفاعل بين الأم والطفل حسب "Aguera gura" سيسمح بتأسيس أول ثنائي متناقض إرتفاع الصوت والرضا.

الحيوية العضلية تكوّن مؤسسة مبكرة جدا في العلاقة مع الآخر تدفع الجسم لنشاط رمزي. ومن هنا
نميز ثلاث أنواع للحيوية:

الحيوية العضلية الأساسية: هي حالة الشد الحقيقية والمستمرة للعضلات في وضع الراحة.

الحيوية العضلية المحورية: تخص العضلات التي تعمل عكس الجاذبية الأرضية للاحتفاظ بوضع
حركي كالوقوف.

نعمة الأداء: هي انقباض العضلات الذي تؤدي إلى التحرك. (حسن نور الياسري، 2006 : 42)

خلاصة:

من هنا نستنتج ان الطفل يتكون لديه تصورا واعيا بذاته فيما بين (10 و 12) سنوات أثناء قيامه
بنشاط ما، وإنه من الواضح أن للصورة الجسمية علاقة وطيدة بالمكان والزمن فالتخطيط الجسدي تساعد
الشخص بل وتسهل عليه عملية إكتساب التوجه في الفضاء والإستعمال الجيد للجانبية التي تعتبر المرحلة
الوسطى بين التخطيط الجسدي والتنظيم المكاني الزمني، وصولا إلى الحيوية العضلية التي تعتبر مؤطرا لكل
حركة.

ومن هنا يمكننا القول أن مجالات الحركة النفسية تأتي عبر مراحل مترابطة وهامة وأي خلل تتعرض
له، يعرض الطفل إلى اضطرابات تؤثر على مستقبله العلائقي.

ثانيا: العلاج النفسي الحركي

تمهيد

- 1- نشأة العلاج النفسي الحركي
- 2- تعريف العلاج النفسي الحركي
- 3- مبادئ العلاج النفسي الحركي
- 4- أهمية العلاج النفسي الحركي
- 5- تنظيم حصص العلاج النفسي الحركي
- 6 - أهمية الجماعة في إنجاح عملية العلاج النفسي الحركي
- 7- تقنيات العلاج النفسي الحركي
- 8-تقنية التعليمات الذاتية

خلاصة

تمهيد:

يعتبر النمو النفسي الحركي السوي مهم جدا بالنسبة للطفل، ويكون تطور النفسي الحركي كاملا إذا أخذنا بعين الاعتبار كافة مجالات النمو مثل التعرف على الجسم الجانبية المكان، الحيوية العضلية الذاكرة السمعية البصرية.

كما يحتاج الأطفال الذين يعانون من إضطراب النشاط الزائد إلى علاج مبكر لتجنب الفشل في المستقبل، وهناك عدة أنواع من العلاج، لكن سوف يركز البحث على العلاج النفس حركي، والغرض منه مساعدة الطفل على معرفة ذاته وتقبلها والتعايش معها وخلق علاقة مع الذات ومع الآخرين من خلال تمارين حركية وذهنية، لأنها عبارة عن تجسيد لمفهوم يكون الطفل قد اختبره وعاشه بجسمه.

1. نشأة العلاج النفسي الحركي:

العلاج النفسي الحركي علاج حديث النشأة إذ ظهر المفهوم في بداية القرن مع اكتشافات شيرينفتون ودوبري (Shorington et Dupre) وتطور مع فالون "wallon" لذا ركز على الوحدة البيولوجية والحركية للإنسان حيث ركز على الوحدة البيولوجية والحركية للإنسان، حيث تشكل النفس والجسد وحدة متكاملة ثم لوحظ أن بعض الصعوبات النفس حركية ليست ذات منشأ عصبي فقط، وفي بلجيكا وهولندا أصبح العلاج النفس -حركي كنوع من النشاط البدني والعلاج الجسمي وقد اندمج بشكل جيد في الرعاية الصحية العقلية عام 1965م.

إن العلاج النفس - حركي هو علاج جديد يعمل على الصعوبات سواء كان سببها عضويا عصبيا أو نفسيا، عبر تقنيات الاسترخاء العضلي الحيوي وتأهيل الحركة والتعبير الجسدي أو الفني أو من خلال نشاطات تقوم على الايقاع واللعب والتوازن والتناسق .

الافتراض العملي في هذه المسألة يؤكد أنه لا يمكننا الفصل بين النفس والجسد ولكن العمل مع الطفل بكليته على أنه وحدة متكاملة، لا يتعلق بالرياضة البدنية ولا يتعلم عمل محدد، لكنه يتعلق بالاستقلال التدريجي بجسد الطفل بمجمله، كما يتعلق باختلاف التمارين والنشاطات التي ليست لها نهاية بحد ذاتها بل وسائل لبلوغ رفاهية جسدية أفضل للطفل واتصال أفضل بينه وبين المحيط. (Mazet & Houzel, 1996 : 252)

2. تعريف العلاج النفسي الحركي:

يعرف "شارلز وبوتشر" "Charles et Butcher" العلاج النفسي الحركي قال أنه يشكل مدخلا رئيسيا لتفجير طاقات الطفل وإثارة دوافعه نحو الابتكار والابداع. (إيمان محمود السيد حسن، 2004:108) هو استخدام التمارين الموجهة التي تخفف التوتر العضلات وهذا يعيد التوازن للعضلات وحرية التنقل وهذا يوفر الأساس الفعلي لحرية التعبير لدى الفرد بطريقة طبيعية وصحية

العلاج النفسي الحركي يهدف إلى تعديل وظيفة الحضرية La fontion tonique بفضل تقديم نشاطات الجسم، مما يساعد الطفل على تنظيم سلوكه الحركي وكذا الفضاء الذي ينتشر فيه هذا السلوك، وهذا كما يرتبط بمختلف الاضطرابات والصعوبات النفس - حركية، كعدم المهارة المرتبطة بمشاكل الجانبيه و/أو بضعف حركي أو عدم استقرار نفس. حركي يرجع بدوره إلى حالة التوتر أو عدم مراقبة إنفعالية.

من خلال النشاطات المختلفة المقترحة كلعب بالكرة والقفز بالحبل والجري واستعمال المرآة والرقص، يعمل المختص على تنمية قدرات الطفل الحركية والمعرفية ليتعرف على تخطيطه الجسدي فيسهل عليه توظيف جسده ودمجه في الحياة وذلك بعد أن يتعرف على المعالم الفضائية ويتمكن من التوجه في الفضاء، ويكتسب التوجه الزمني مما يتيح له ضبط حركاته تماشياً مع الزمن المحدد لكل حركة.

أما بنسبة لعملية الاسترخاء فإنها تحتل مكانة هامة من الناحية النفسية الحركية، حيث أنها تعمل على تغيير النظام الانفعالي للشخص وتؤدي الى نقص التوتر بواسطة ارتخاء ارادي لتحضير عميق لدى الشخص مما يسبب لديه حالة من الهدوء والراحة العاطفية. (Mazet et Houze, 1996 : 252)

يمكن تنظيم محتوى العلاج النفسي الحركي في ثلاث محاور:

- التغيير والانتقال الحركي

- التحكم والسيطرة

- الثبات والاتزان

وتحت كل محور من هذه المحاور يمكن إدراج مجموعة من الموضوعات المتداولة في التخصص مثل الطيران والهبوط، الامتداد، والتكور بالنسبة لمحور تحرك المكاني.

وهكذا، الموضوعات يتم تجزئتها من خلال العملية إلى مهام حركية يقوم بها الطفل من خلال استكشافه من إمكانياته وقدراته الحركية، ويتم انتقاء وتكرار ما هو مناسب منها وإدماجه مع بعضه البعض حتى يصل لمرحلة الإتقان والصقل، هذه الطريقة يمكن تلخيصها في خمس خطوات أو مراحل متابغة موصولة هي:

1. تحديد مهمة حركية مناسبة لتكوم جزء لموضوع العلاج النفسي الحركي.
2. استكشاف الطفل للأساليب المختلفة للقيام بهذه الحركات تنفيذ للمهمة واختبار القدرات.
3. اختبار الطفل للحركات والأساليب التي يتمكن بمقتضاها من الأداء الحسن للمهمة المطلوب إليه القيام بها.

4. تكرار وتدريب في جمل حركية انسيابية متسلسلة لمجموع الحركات التي تما اختبارها.
5. الصقل والإتقان لما كرره الطفل وتدريب عليه وخروج بخيارات تزيد من قدراته على الاستكشاف وعلى الاختبار والتدريب وعلى إتقان المهمة الحركية. (فريد إبراهيم، 1983:79)

ويلعب المختص النفسي الحركي خلال كل هذه المراحل دورا محفزا من أجل الاستشارة والتوجيه والمساعدة الفردية والجماعية، من أجل تمكين الطفل من الاستكشاف والاختبار والتدريب والإتقان في أحسن صورة ممكنة مستخدما في ذلك عقله وجسمه.

3. مبادئ العلاج النفسي الحركي:

يشكل العلاج النفسي الحركي الإطار العام لنمو الطفل النفسي والجسمي بالنظر الى فوائدها مبررات وجودها كنظام مستقل ويمكن التعبير عن القيم الناشئة عن برامجها فيما يلي:

- خبرة النجاح المتاحة لمعظم الأطفال، وهناك توقعات الأداء نوعي جيد على كل المستويات.
- الانضباط الفردي والتوجيه الذاتي حيث يتمكن الطفل من اتخاذ القرارات ويتعود على تحمل المسؤولية كاملة عن سلوكه.
- الموقف التعليمي يخلق حرية وابتكار وتعبيرا من خلال محاولات الطفل تقديم البدائل والحلول الذاتية دون تخوف من الفشل.
- زيادة الاهتمام بالأطفال واندماجهم بالإضافة إلى الرضا والخبرات السارة التي تخلقها مواقف التعلم وتطبيق العلاج. (دلال فتحي، 2000 : 50)

4. أهمية العلاج النفسي الحركي:

يستمد العلاج النفسي الحركي أهمية من اهميات النشاط الحركي وما يمثله من أهمية في التربية والتنشئة الاجتماعية والنفسية وذلك من خلال تحقيقها كما يلي:

1. تنمية الحركات الأساسية للطفل من خلال تعرفه على المفاهيم المرتبطة بالحركة والعمل على تنميتها، فزيادة وعي الطفل بجسمه ومعرفته لمختلف أجزاء التي يتكون منها هذا الجسم، وما يستطيع أن يقوم به وكذلك الوعي بالفراق المحيط الذي يتحرك فيه هذا الجسم كل هذا من شأنه ان يزيد من قدرة الطفل على إدارة جسمه بكفاءة وفعالية.

2. إكتساب العلاقة الحركية من خلال تهيئة الظروف المناسبة التي يمارس فيها الطفل الحركة، حيث يتعلم ماذا يمكن أن يفعله بجسمه ويفهم الكثير عن نفسه وعن البيئة من حوله.

3. تنمية الاستكشاف الحركي من خلال الاستعانة بأفكار حديثة كالتعليم الاستكشافي والتعليم القائم على المعنى لتدريس الحركة الأساسية التي تعتبر جوهر المهارات الحركية.

4. تنمية الكفاءة الإدراكية الحركية للطفل باكتسابه لمختلف المعلومات من خلال التعامل الحسي معها، حيث تتم عملية الإدراك من خلال تعرض الأعضاء الحسية للطفل لتأثير مؤثر معين وما يحدثه ذلك من تنبه في المخ فتتيح عنه استجابة حركية معينة. (عواطف إبراهيم، 1993: 07)

يساعد العلاج النفسي الحركي في عملية التعميم الحركي، اي تمكين الطفل من استخدام الخبرات السابقة بعد تجريبها من مواقف حياته الجديدة، وكلما زادت خبرات الطفل في بأنماط الحركة كلما حدث بناء معرض ودعا ذلك لتعميمها.

وحسب هدى حسن أحمد شوقي (1996): فان العلاج النفسي الحركي يساعد على تكوين إتجاه ايجابي تجاه جسمه من خلال معرفته بذاته الجسمية وإمكانياته الحركية من خلال توفير فرص ملائمة لممارسة الأنشطة الحركية. (إيمان حسن، 2004 : 112)

ومما سبق يمكننا تلخيص الأهداف المتوخاة من العلاج النفسي الحركي في الدراسة الحالية كالآتي:

1. جعل الجهاز الحسي حركي للأطفال قادر على اكتساب ارتباطات عقلية عصبية سليمة من خلال عملية القبض (المسك) على الأشياء وتداولها مع الجري والقفز وممارسة تدريبات حركية.

2. تمكين هؤلاء الأطفال من اكتشاف العلاقات المكانية في بيئتهم من خلال أنشطة حركية تعتمد على لمس الأشياء والقبض عليها وتدولها ونقلها من مكان الى اخر.
3. جعلهم قادرين على تحديد اتجاهاتهم في المكان الذين يتواجدون فيه (فوق، تحت، خلف، أمام، بين، بجانب، ... الخ).
4. تدريبهم على معرفة الزمن، حيث أن الأبعاد المكانية تتغير تبعاً لزمان الحركة التي يقطعها الطفل وتبعاً لسرعتها.
5. التدريب لشد العضلات واسترخائها في وضعيات مختلفة تناسب مع الفعل.

5. تنظيم حصص العلاج النفسي الحركي:

1.5. حصص العلاج النفسي الحركي فردية وجماعية:

يمكن إجراؤها بصفة فردية او جماعية، وذلك حسب ما تتطلبه كل حالة، وغالبا ما نلجأ الى الحصص الجماعية بسبب أهميتها من منظور علائقي حيث أنها تمكنه من الدخول في مرحلة العلاقات بين الأفراد كما أنها تسمح بإنجاز تمارين كان من المستحيل انجازها بواسطة العمل الفردي.

2.5. مكان الحصص:

يستوجب العلاج النفسي الحركي أن يكون مكان إجراء التمارين الحركية واسعا، كما يتطلب الأمر تحضير بساط لتنفيذ بعض التمارين الحس - حركية على الأرض وكذا بعض التمارين المتعلقة بالجلوس، إضافة إلى بعض الأدوات.

3.5. عدد الحصص ومدتها:

عموما تتراوح مدة الحصص الخاصة بالعلاج النفسي الحركي ما بين نصف ساعة الى ثلاث أرباع ساعة بمعدل حصتين في الأسبوع وأحيانا يستوجب الأمر أن تكون الحصص متقاربة، كان تكون ذاكرة الطفل مثلا ضعيفة او عندما نجد صعوبة في إقامة علاقة معه، وهو إجراء ضروري يجيبه نسيان ما قام به في الحصص السابقة حيث يمكن أن تتراوح عدد الحصص هنا من ثلاثة إلى خمسة حصص في الأسبوع بمعدل زمني يتراوح ما بين عشرون إلى ثلاثون دقيقة للحصص.

وتجدر الإشارات إلى أن عدد الحصص يختلف من حالة إلى أخرى ومن اضطراب إلى آخر، فهناك من الأطفال ما يتخلص من اضطراباته أو تأخره في ثلاث أشهر مثلا، وهناك من تدوم العملية معه سنة أو سنتين أي أنّ هناك عوامل كثيرة تتحكم في العملية فإلى جانب طبيعة الاضطراب وأصله نجد كذلك سن الطفل ومعايشه وبيئته ... الخ. (Dameur. A et Stacie : 25)

4.5. التنظيم الداخلي للحصة:

يستحسن أن تبدأ كل حصة بتمارين مضمونة النجاح، لإعطاء الثقة اللازمة للطفل وتهيئته نفسيا وجسديا، كما يجب توزيع الجهد بشكل متكامل على طول الحصة، بحيث تحدد التمارين المقترحة مسبقا ويتم تنظيمها حسب إمكانيات الطفل وكذا الهدف المراد تحقيقه.

كما يجب أن تكون التمارين متنوعة وبتتابع مستمر ولكن بمعدل بطيء لاجتناب التعب.

وحسب جاكلين أزاكوف Jaklin Azakof أن الجلسه النموذجيه تكون كما يلي:

يجهز المختص خطوات جلسته بالشكل التقليدي ولكن هذا لا يعني الجمود فيجب أن يكون قادرا أن يكيف نفسه مع متطلبات اللحظة ويجب ترتيب مراحل حدوث الجلسة على الشكل التالي:

1. تمرين التسخين
2. تمرين او أكثر حركي
3. تمرين أو أكثر ساكن
4. تمرين أو أكثر يعتمد على الرموز حسب الأطفال
5. وأخيرا تمرين يساعد على العودة للهدوء

التسخين هو إعلان بداية الجلسة حيث يجتمع الأطفال حول المختص ويكون التشخيص بمثابة إيقاظ الجسم للحواس وللذهن ومن خلال هذا التمرين، يحدد المختص إيقاع الجلسة العام، كما أنه يؤكد على الروح الجماعية وأهمية العمل.

من خلال التسخين يستطيع المختص تقديم (موضوع الجلسة) واستعمال الكلمات الخاصة بالمفهوم الذي سيتم التدريب عليه مثلا (فوق - تحت) ولا يجب أن يكون تمرين التسخين صعبا أو يحتاج إلى جهد عقلي.

من الأفضل أن يتبع التسخين تمارين حركية نظرا لاحتياج الطفل إليها إنفاق طاقته ولا يجب إجهاد الطفل بشكل مبالغ فيه وإلا لن ينتبه لما يجري حوله ويجب على المختص أن يبقى دائم التحكم في المجموعة، وأن يمكن من إيقاف اللعب حيث يرغب دون اللجوء إلى الصراخ.

التمارين الساكنة: تتطلب هذه التمارين جهدا للانتباه والتركيز لأنها تؤدي إلى الاسترخاء وتساعد على تنمية الذكاء، كما لا يجب أن تطول مدة التمرين الساكن كي لا يشعر الطفل بالملل لأنه سيفقد التركيز ويزعج رفاقه.

تمارين الرموز: تكون عادة ساكنة وهي أقرب ما تكون للعمل الدراسي لأنها عبارة عن تجسيد لمفهوم يكون الطفل قد اختبره وعاشه بجسمه.

تمارين العودة للهدوء: وهي تمارين تأتي في نهاية الحصة غالبا ما تكون جماعية وهي بمثابة الوداع ويتم خلالها تحديد موعد آخر لحصة قادمة، كما أنها تمهد للخروج من القاعدة في جو هادئ وفي الغالب تكون تمارين استرخاء دون موسيقى.

وكثيرا ما تهمل هذه التمارين لضيق الوقت مع الأسف تكون العواقب سيئة لأ الطفل الذي يخرج مباشرة من تمرين حركي يكون في حالة إثارة فنجدته يصرخ ويتدافع مع الآخرين أما إذا حرصنا على ختام الحصة بتمرين ساكن فسيسترخي ويخرج من القاعدة مستريح وهادئ. (جاكلين أزاكوف)

- العلاقة بين المختص والطفل:

إن اللقاءات الأولى بين الطفل والمختص مهمة جدا من أجل بناء علاقة جيدة تنتج عنها ردود فعل إيجابية متنوعة كالعطف والثقة وعدم فسح المجال أمام ردود الفعل السلبية كالخوف والخجل والانغلاق ولتحقيق ذلك يتعين على المختص أن يراعي ما يلي:

- ألا يقدم أثناء أو عند الاتصال مع الطفل أي تمرين حركي ويفسح فقط المجال أمام الطفل لكي يلعب مما يدخل البهجة على نفسه.
- من أجل أكثر واقعية يتعين على المختص أن يبحث بمعية الطفل على نمط العلاقات التي تناسبها مراعي فيها الاختلاف في شخصيتها.

- فسح المجال أمام الطفل لكي يطرح انشغالاته ويعبر عن أفكاره، ويعمل المختص على تغذية هذه التبادلات بالإجابة عن أسئلة الطفل وكذا الاستفسار عن سبب سلوك ما، كل ذلك من أجل إقامة حوار بناء.

(Defontaine. J, 1980 : 84)

6. أهمية الجماعة في إنجاح عملية العلاج النفسي الحركي:

جماعة الأطفال ليست صورة مصغرة بسيطة لجماعة الراشدين بل هي حقيقة جماعية خاصة لها أهمية كبيرة في نمو الطفل نفسيا وحركيا ويتضح ذلك من خلال مايلي:

1.6. أهمية الجماعة في اكتساب التخطيط الجسمي:

يبدأ الطفل يشعر بذاته من خلال التمييز بينه وبين الآخرين بدءا بالعلاقة الإيجابية التي تجمعهم بأمه، ثم بالآخرين مم ساعده على تحديد أناه، وجماعة العلاج النفسي الحركي، تساعد الطفل على تخطي مشاكل التخطيط الجسدي التي يعاني منها، حيث تمكنه من الشعور بجسمه بطريقة أحسن مما لو كان يتمرن بطريقة انفرادية بمساعدة أفراد الجماعة الذين هم من نفس السنة ويعانون من نفس الاضطراب الذي يعاني منه، يتمكن الطفل من اكتساب أحسن لكل مل يتعلق بجسمه، حيث ان معرفة الجسد ترتبط ارتباطا قويا مع ميادين اخرى، فالطفل يشعر بجسمه أحسن عندما يكون في وسط الجماعة.

2.6. أهمية الجماعة في اكتساب الفضاء:

لا يستطيع الطفل أن يشعر بجسمه ما لم يكن شاعرا بالمكان والزمان اللذان يحيطان به، ومثل هذا الشعور يكتسب بسهولة مع الجماعة، فهي ففي وسطها يدرك الطفل أن أصدقائه يشغلون حيزا في المكان أثناء تاديتهم لتمرين معينة مما يسمح له بالتعرف على الحدود المكانية لكل فرد من أفراد الجماعة، هذه الحدود لا يمكن التعدي عليها.

كما أنه أثناء عملية العلاج النفسي الحركي مع الجماعة يختلف الشعور بالمكان لأن النقطة المرجعية التي يتعلم منها الطفل هنا هي الأطفال الآخرين.

فالجماعة إذن تعطي للطفل إمكانية أكبر لتبادل الأفكار، كما تعد الحياة الاجتماعية مهمة جدا للطفل ويتجلى ذلك من خلال التعاون والتعامل مع الآخرين حيث يصبح بإمكانه التمييز بين مختلف الأشياء والوضعيات والتعبير عنها. (Defontaine. J, 1980: 85)

7. تقنيات العلاج النفسي الحركي:

النفسيّة الحركية تؤسس علاقة علاجية وتستعمل تقنيات متنوعة جسدية ووسطات لتطوير عمل حسي في سياق التجربة الخاصة بذات الفرد وعلاقته بالأخر هذه الوسطات هي أدوات يقدمها العلاج النفسي الحركي لتحقيق مواضيع علاجية فردية وجماعية

حيث نفرق في العلاج النفسي الحركي نوعين من مجالات من التقنيات الوسطية العلاجية:

1/ تقنيات الإنطباع **Les Techniques d'impressions** :

تعزز الأولوية في القدرات والاستقبال وتعزز الوعي والأمر بالإدراك الحسي الحركي والحواس المرتبطة بالعمليات العقلية ونذكر منها:

- **الوعي بالجسم *Prise de conscience du corps***: ويستعمل فيه الاسترخاء من أنماط مختلفة *training autogène Schulz*، التدريب الذاتي، نوع من اليوغا *style yoga*.

- **التقنيات التأملية *Techniques de meditation***: حالة شبيهة بالنوم، الوعي التام، أحلام اليقظة.

- **العمل في الماء *Travail dans l'eau***: التجديف، المسبح.

- **العمل في الطبيعة *Travail dans la nature***: الغابة، الجبال، الصحراء.

- **العمل مع المعاني *Travail avec les Sens***: الألوان، الروائح، الأصوات المستقبلات الحسية الأذن الداخلية (حاسة إدراك الحركة، علم الحركة، إدماج الحواس)

2/ التقنيات التعبيرية **Les Techniques d'expressions**

تعزز الأولوية في القدرة على الاتصال مع الآخر والإبداع في عمل النشاط الانفعالي.

- **اللعب *Jeux***. **عمل اللعб *Travail du jouer***:

اللعب الرمزي *Jeux symboliques*: الدراما النفسية، لعب الأدوار، التقليد، التعبير، الجسدي،

الرقص.

لعب القواعد Jeux de règles: التركيز، الإنتباه، المشاركة، لعب الأدوار.

اللعب الحركي والحسي الحركي Jeux moteurs et sensorimoteurs: حركة شاملة وخاصة، الرياضات، الفردية أو الجماعية.

- تقنيات الترسخ **Techniques d'ancrage**: الحركات، الإيماءات، الخطابات وطرق مختلفة لترسيخ القصة في الجسم. (Thurin J. M, 2010 : 3.4)

- استخدام الأجسام في الفضاء والوقت **Utilisation d'objets dans l'espace et le temps**: بالنونات، كرات، العصي، الحبال، الأوشحة، الأقمشة، الألعاب.

- موسيقي **Musique**: صوت، أداة إيقاعية أو لحنية تبعا لحالة المريض.

- فني **Artistiques**: لوحة، رسم، صوّر، أفلام، طين، مع أو بدون أدوات، إنشاءات إبداعات الحرف.

- كتابي **Ecriture**: حرة أو مسيرة، حركي كتابي، مهارات حركية دقيقة ... إلخ.

(Thurin J. M, 2010 : 4)

- يتدخل الأخصائي بفكرة مساعدة الطفل، العائلة، ما يمكن فعله لجعل الموقف قابل للمعايشة؟

- يحلل وقع أو أثر الموقف على العائلة، الإخوة، الزوجين؟ أثر التعب، الإحترق على كل فرد خاصة الوالدين، الأم؟

- أثر العلاقة أو الرابط الإجتماعي، الطفل غالبا ما يكون لديه صعوبات في الدخول في إتصال مع الآخرين أو خلو صلات، والمحافظة عليها.

1/ الطلب الأول:

- غالبا ما يكون من العائلة و/أو المعلم يتصلون بالسكرتارية أو المعالج.

- أخذ معلومات عامة الهوية، العنوان، الهاتف، المستوى الدراسي (المدرس)

- ما هو الإنشغال؟ وصف، الشدة.

- هل عولج من قبل؟ ماهي الحلول، النتائج؟

- التوقعات؟

2/ الموعد الأول:

- مقابلة مع من قدم الطلب: الأخذ بالمعلومات حول الوضعية: منذ متى؟ في أي المواقف؟ محاولات حل المشكل؟ الإختبارات المكتملة؟ التطور؟
- طلب المعلومات حول العائلة (الإخوة، الغيرة، التنافس)، حول النمو النفسي الحركي للطفل، حلول الرعاية، ردود فعل الطفل إزاء التغيرات.

3/ الفحص النفسي الحركي:

كل عملية تكفل يجب أن تكون ناتجة عن سبب معين أو طلب من خلاله يسطر إجراء الاختبارات النفسية الحركية الملائمة. هذه الاختبارات تعتبر وسيلة العمل النفسي الحركي من خلالها:

- إختبار الحركية الشاملة (المشي، القفز، الجري...).
- التوازن الوقوفي والدينامي.
- التناسقات.
- الحيوية، النشاط العقلي، الجانبية.
- التوجه في الزمان، وفي المكان.
- التخطيط الجسدي، الإيقاع.
- القدرة على الإسترخاء
- العلاقة مع الذات ومع الآخر.
- موقفه إتجاه الإختبارات، ردود فعل المهابة، الضبط الإنفعالي.
- القدرة على الإنتباه، عدم الإستقرار.

- تعريف التكفل النفسي:

- تعريف مع العائلة للتكفل النفسي: جلسات إقاعية (مرة في الأسبوع)، فرديا، أب- طفل أو جماعيا، مشاركة العائلة، لقاء مع العائلة، ربط مع المدرسة، هدف، إنتظار العائلة والطفل.
- تعريف إقتضائه وأدوار كل فرد.
- إطار علاجي: حصة لـ 45 دقيقة، قواعد الوظائف، تقييم منظم ملائم له، إستثمار كل شخص.

- عمل علاجي .
- علاج نفسي حركي وعلاج وساطة جسدية.
- إلتماس الطفل والمعالج عبر جسده ومشاعره.
- علاج أساسي يتمركز على اللعب: ألعاب حركية، ألعاب رمزية، وضع المشاعر في اللعب، من إشكالية الطفل لعبة ثنائية، لعبة فردية تحت نظر الآخر.
- عمل مستهدف على رفع قيمة المهارات وتدجين (تكييف) صعوبات الطفل.
- العمل على علاقته بالذات وبالآخر، العمل على المسافة العلائقية.

8. تقنية التعليمات الذاتية **Auto-instruction** في العلاج النفسي الحركي:

إنطلاقاً من مجموع المعلومات، خطة علاجية عامة بالإمكان أن ترتسم، الأخصائي النفسي الحركي سوف يتدخل حول الأعراض *symptomatologie* بالبحث في:

- جعل الطفل يفهم طبعه وعجزه.
- تدعيم وتقوية دافعية الطفل.
- تطوير وزيادة تدريجية في زمن التركيز والانتباه في مهمة معطاة له.
- تطوير وتنمية قدرات الضبط الذاتي وذلك للتخفيف من الإندفاعية.
- التخفيف من فرط النشاط وذلك بالتخفيف من الحركات أو السلوكيات المتناقضة مع العمل الجاري.
- تحسين المهارات الإجتماعية لدى المراهقين، الفهم، تعبير الإتصالات غير الشفهية.
- العناصر التي تشكل الإطار العام للعلاج.
- تكرار التعليمات.
- تشجيع الأفراد والرفع من تكرار الدعم الإيجابي.
- تغيير وتناوب طبيعة النشاطات.
- التخفيف من الطول الطبيعي للنشاطات وبالتالي استخدام وحدات زمن صغيرة.
- التوقف غالباً، وقفات.
- تفصيل في محتوى البرامج.

- إستخدام مثيرات جاذبة (ألوان، حركات ...).

- تحديد عدد من القواعد المحددة والتي تطبق أثناء الجلسات.

داخل هذا الإطار تقنيات مختلفة تستخدم في آن واحد، حسب برامج التعليمات الذاتية -Auto instruction، حل المشكلات، تمارين الإلتباه، الإسترخاء، الإرتجاع البيولوجي.

- كل تدخل هو موضوع تقييم خلال العلاج وبعد 15 إلى 20 حصة وذلك لتحديد أثر هذه الأخيرة على المشكل وإعادة تنظيمها.

في هذا البرنامج المبدأ العام هو إستخدام التحديد اللفظي للطفل، ومناجاته لنفسه وذلك للتخفيف من السلوكات الإندفاعية والهيجان، وذلك بالإستناد على وظيفة ناظرة للغة، حسب ما عرفته الأخصائيات الروسيات Vygotsky et Luria.

في البداية يعطي البالغ تعليمات بصوت مرتفع للطفل وذلك بمساعدته على تعديل سلوكه الحركي.

ثم ثانياً يستدخل الطفل التعليمات وذلك لضبط نفسه بنفسه دون تدخل خارجي في نشاطه الحركي.

- وتسير كلاسيكيا في خمس مراحل:

1. ينفذ البالغ مهمته ويصفها بصوت عال، الطفل يلاحظ ويستمع مثلا: سوف آخذ الكرة الحمراء من الصندوق، سوف أمشي إلى غاية الطوق وأضع الكرة داخله.
2. الطفل ينفذ المهمة تحت توجيه البالغ، بحيث أن التعليقات ترافق النشاط.
3. الطفل ينفذ المهمة لوحده ويتكلم بصوت مرتفع.
4. الطفل يعيد تنفيذ الشيء لكن هذه المرة بصوت منخفض.
5. في الأخير يستخدم الطفل اللغة الذهنية ولا يظهر أي إشارة خارجية لأي لغة.

- المعالج في هذه الحالة يكون أكثر إتجاه والإتجاهية غالبا ما تكون ضرورية خاصة مع الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي المصحوب بعجز في الإلتباه.

- العديد من الإلتقادات تعطى لهذا النوع من التدخل كون أن الطفل الهائج أو المتشتت يستخدم

أحيانا.

- التحرير اللفظي التي يستخدمها البالغ تعتبر كدليل " إرشاد "، تغطية لفظية والتي شيئاً فشيئاً عندما ينخفض تكرارها وشدتها تتيح للطفل فرصة إدخال مناجاته الخاصة به، أهمية تعاون طفل بالغ مهمة جداً، تشجيع الطفل على التعبير بالألفاظ فالإستراتيجيات المستخدمة مع كلماته الخاصة به، يساعده على التركيز في محتوى ما يقوله وهو بالتأكيد وسيلة جيدة لتبطينة وتيرة نشاطه كل الأطفال لا يستفيدون من هذه الإستراتيجية ولا يزال من الصعب تحديد بدقة الإرشادات أو التعليمات.

- تغيرات برنامج التعليمات الذاتية يشتمل على إستخدام ملفات والتي تحمل كل مراحل التمرين أو حل مشكل حتى يسمح له بمتابعته خطوة بخطوة والتقدم في التنفيذ والحد بهذه الوسيلة الإندفاعية لديه. كما رأينا فيما سبق أنّ العلاج النفسي الحركي يؤسس لعلاقة علاجية، يستعمل فيه المعالج تقنيات جسدية متنوعة ويرافق المريض (العميل) في تطوره وفي قراراته ووعيه الضروري لتغيير أو تسوية النزاعات الداخلية التي يتم التعبير عنها في لهجة ذات صلة بالجسم.

خلاصة:

مما سبق يمكننا القول أن العلاج النفسي الحركي هو وسيلة أو أداة يستطيع من خلالها الطفل الذي يعاني من صعوبات حركية وحالات اللا استقرار النفسي - حركي أو بعض الإختلال على مستوى البنيات المكانية - الزمنية تحقيق التكيف في الوسط الذي يعيش فيه وهو يرتكز في ذلك على ثلاث اتجاهات رئيسية (إنشائي، وقائي، علاجي) محاولاً تقديم بعض السبل والوسائل المناسبة للتكفل بهؤلاء الأطفال.

ورغم إختلاف إتجاهات العلاج النفسي حركي إلا أنّها تتفق جميعها في جملة من الخصائص والمميزات المشتركة كالأهداف والوسائل ... الخ وهو بذلك عبارة عن كل متكامل رغم تنوعه وتفرعه إلى تقنيات وتمارين كثيرة مختلفة فردية وجماعية.

ثالثاً: اضطراب النشاط الحركي الزائد

تمهيد

- 1- التطور التاريخي لاضطراب النشاط الحركي الزائد.
 - 2- تعريف اضطراب النشاط الحركي الزائد.
 - 3- أسباب اضطراب النشاط الحركي الزائد.
 - 4- أنواع اضطراب النشاط الحركي الزائد.
 - 5- أعراض اضطراب النشاط الحركي الزائد.
 - 6- تشخيص اضطراب النشاط الحركي الزائد.
 - 7- علاج اضطراب النشاط الحركي الزائد.
- خلاصة.

تمهيد:

يعد اضطراب النشاط الزائد من أكثر الإضطرابات شيوعاً لدى الأطفال حيث يشير إلى مجموعة من الأعراض الأساسية التي تتمثل في النشاط الزائد وتشتت الإنتباه والاندفاعية، وقد أصبح هذا الإضطراب محطاً لأنظار وإهتمام الباحثين من القائمين على تربية الأطفال وأولياء الأمور، لذلك نحاول في هذا الفصل التطرق إلى التطور التاريخي لاضطراب النشاط الزائد بالإضافة إلى تعريفه وأسبابه وأنواعه وأعراضه وفي الأخير تشخيص وعلاج الإضطراب.

1. التطور التاريخي لاضطراب النشاط الحركي الزائد:

من خلال الإهتمام ومراجعة مجموعة من الدراسات والبحوث التي اهتمت

بالاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة، تبين إلى أن دراسة تلك الاضطرابات قد بدأت في بداية القرن الثامن عشر ووضع وصف للسلوك الحركي الزائد عام 1845 في قصص الأطفال، ونتيجة لإصابة الكثير من الشعوب في الحرب العالمية الأولى بإصابات دماغية بسبب انتشار وباء التهاب المخ، تبين أن الأطفال المصابين بتلف أو إصابة في المخ أو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي يكون لديهم زملة أعراض سلوكية مثل الحركة المفرطة والقصور في الانتباه والاندفاعية وتلك الأعراض تميز الأطفال المصابين، باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط . (طارق عامر، 2008:129)

وفي بداية القرن العشرين، يعتبر الدكتور جورج ستيل (George F. Stil) (1902) أحد أوائل الباحثين في اضطراب النشاط الزائد، فقد أشار إليه آنذاك بذوي العجز في السيطرة على الروح المعنوية والمقصود بذلك هو العجز في القدرة على ضبط الذات. (نايف عبد الزراع، 2007:14)

تنامي الإهتمام الطبي في السلوكيات المتصلة بفرط الحركة وعجز الإنتباه في بدايات القرن العشرين عندما صرح ترد غلود (Tared Gold) (1908) بأنه في حالات الإصابة الدماغية البسيطة خلال الولادة، فإنّ الأعراض الأولية قد تتلاشى بسرعة، إلا أنّها تعاود الظهور في بداية الحياة المدرسية والتعليم المدرسي دالة على وجود عجز ما. تواصل الإهتمام في تأثير الإصابة الدماغية على السلوك بعدما أصيب عدد من الأطفال بعدوى الإلتهاب الدماغية وإلتهاب السحايا مما لفت الإنتباه إلى المشكلات السلوكية عقب الإصابة بتلك الإلتهابات،

ومن أبرز السمات السلوكية التي ظهرت عند هؤلاء الأطفال الاندفاعية، فرط الحركة، وعدم الاستقرار الوجداني والعدوانية اتجاه الآخرين.

مما أعيد الإهتمام بنظرية "تردغولد Tared Gold" من قبل "ستراوس Strauss" خلال الأربعينات من هذا القرن حيث أكد في دراسته إلى أنّ الأفراد الذين يظهرون هذه المشكلات السلوكية والتعليمية لا بد أنّه قد لحقت بهم إصابات دماغية، وقد كان يشار إلى أولئك الأطفال بأنّ لديهم "تلف دماغي بسيط".

(مارينه ميلركولينو، 2003:45)

واستمرت الدراسات والأبحاث إلى أن تمّ إثبات أنّ عدد من الأفراد يعانون من المشكلات السابقة رغم أنّهم غير مصابون بإصابات دماغية عضوية، وبقي الاعتقاد سائد إلى أن ظهر كتاب في (1968) وهو "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية" والذي أعتبر أنّ عجز الإنتباه والاندفاعية عرضين رئيسين، فالأطفال الذين يظهر عليهم هذين العرضين يتم تشخيصهم على أنّهم مصابون بإضطراب عجز الإنتباه (ADD)، أما الأطفال الذين يظهر عليهم هذين العرضين بالإضافة إلى فرط الحركة يشخصون على أنّهم مصابون بإضطراب عجز الإنتباه وفرط الحركة (ADD.H)، على الرغم من القبول الواسع لما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطراب عجز الإنتباه المصحوب بفرط الحركة يستمر الخلاف حول اعتبار هذا الإضطراب اضطرابا واحدا أو اضطرابا متعددا.

وتوضّح مشيرة عبد الحميد (2005 : 15) تطوّر مفهوم إضطراب النشاط الحركي الزائد في الدليل

التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (02): يوضح تطوّر مفهوم اضطراب النشاط الزائد في الدليل التشخيصي الإحصائي

للإضطرابات العقلية.

| الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (1980 DSMIII) | الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل (1987) DSM III-R | الدليل التشخيصي الرابع (1994) DSM4 |
|--|--|--|
| أعراض فقط من قائمة بها تسعة أعراض منها ستة أعراض تدل على النشاط الزائد وثلاثة أعراض تدل على نمط الإندفاعية: 1- إضطراب قصور الإنتباه ADD دون نشاط زائد وهو يحتوي على ثلاث أعراض لقصور الإنتباه وثلاثة أعراض 2- قصور الإنتباه وإضطراب النشاط الزائد ADDH ويحتوي على عرضين للنشاط الزائد. | -إضطراب النشاط الزائد وقصورالإنتباهADHD ويحتوي على ثمانية أعراض في قائمة بها أربعة أعراض يدل على قصور الإنتباه، الإندفاعية النشاط الزائد. | 1-نشاط زائد وقصور الإنتباه مصحوب بتشتت الإنتباه ADHD وتعرفه ستة أعراض فقط في تشتت الإنتباه من قائمة بها تسعة أعراض. 2-نشاط زائد وقصور الإنتباه مصحوب بالإندفاعية ونشاط حركي زائدة. |
| | | ADHD وتعرفه ستة أعراض فقط من قائمة بها تسعة أعراض منها ستة أعراض تدل على تدل على النشاط الزائد، وثلاثة أعراض تدل على الإندفاعية نمط مشترك ADHA وتعرفه الأعراض التي في 1 و2 أعلاه. |

ومنه يمكننا القول أنّ تطوّر مفهوم اضطراب النشاط الزائد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية
مرّ بعدة مراحل وعبر سنوات وأجريت عليه بعض التعديلات.

2. تعريف اضطراب النشاط الحركي الزائد:

-تعددت تعاريف اضطراب النشاط الزائد تبعا لمنظور الباحثين ونذكر منها:

يعرفه روز (1980) Ros: بأنه حالة يكون فيها الطفل نشيطا بدرجة عالية جدا، ومن المفترض أن
سلوك هذا الطفل يفوق المعيار السوي، ويتضح أنّ ما يميز الطفل المفرط في النشاط عن ذلك المعيار السوي
ليس النشاط الزائد بقدر ما هو نشاط يعده الكبار غير ملائم وفي غير محله ومثير للقلق وإزعاج الآخرين.

(محمد كامل، 2003: 50)

ويشير شيفر وميملمان (1989) Shilver & Mimlan: إلى أنّ مصطلح فرط النشاط هو "حركات

جسمية تفوق الحد الطبيعي أوالمعقول مكوّن من مجموعة إضطرابات سلوكية ينشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية

وعضوية معا، فالنشاط الزائد عبارة عن حركات جسمية عشوائية وغير مناسبة وتكون مصحوبة بضعف في التركيز وقلق وشعور بالدونية وعزلة إجتماعية". (أحمد محمد الزغبى، 2005 : 194).

كما يعرفه ضياء منير (1987) على أنه "إضطراب سلوكي يتميز بثلاث أعراض أساسية هي الإندفاعية وعدم الإنتباه والحركة المفرطة غير الهادفة وغير المقبولة إجتماعيا تصاحب مجموعة من الأعراض الثانوية منها: ضعف التحصيل الدراسي وضعف القدرة على تحمل الإحباط وعدم التوازن الإنفعالي وضعف في إحترام الذات. (عبد الرحمان سليمان، 2001 : 169)

إستنادا لما سبق يعرف أيضا على أنه: "نشاط جسمي وحركي حاد ومستمر وطويل المدى لدى الطفل، بحيث لا يستطيع التحكم في حركات جسمه بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة".

(خولة أحمد يحيى، 2000 : 197).

ويتضح من التعاريف السابقة أنّ فرط النشاط الزائد هو إضطراب سلوكي يظهر في ثلاث جوانب ويمكن ملاحظته من خلالها وهي:

1/ ارتفاع مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولة.

2/ تشتت الإنتباه وضعف التركيز.

3/ الإندفاعية وعدم القدرة على ضبط النفس.

3. أسباب إضطراب النشاط الحركي الزائد:

يقسم الباحثون العوامل المسببة للإضطراب والنشاط الزائد إلى نوعين رئيسيين يتفرع منهما العديد من الأسباب الفرعية المهمة وهذه العوامل تشير إلى احتمال وجود أسباب سواء كانت رئيسية أو فرعية يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

• العوامل البيولوجية:

1/ خلل وظائف المخ:

قد يرجع الإضطراب النشاط الزائد إلى وجود شذوذ طفيف في خلايا المخ، الامر الذي يؤدي إلى تشتت وعدم ضبط النشاط الحركي. (فوقية رضوان، 2003 : 35)

ومن الدلائل على آثار خلل المخ في حدوث الإضطراب نذكر مايلي:

أ- كشفت الدراسات التشريحية والفيزيولوجية العصبية إنخفاض التمثيل الغذائي لجلوكوز المخ في المادة البيضاء الموجودة في الفص الصدفي.

ب- كشف الرنين المغناطيسي (MRI) عن وجود دلائل على وجود نمو شاذ في الفص الجبهي، وإنقلاب في اللاتناسق في رأس النواة الذيلية أو عدم التناسق بين نصفي المخ الأيمن واليسر.

ج- أما الدراسات الإلكترونية الفيزيولوجية، فقد كشفت عن شذوذ في الكثافة المنخفضة لموجات ألفا، أو غياب موجات ألفا جيدة التنظيم. (حسن مصطفى، 2001 : 241)

ولقد كشف أحمد عكاشة وآخرون (2003) عن وجود شذوذ في رسم المخ لدى حوالي 25% من الأطفال ذوي النشاط الزائد، وخاصة تلك الحالات المصحوبة بعلامات عضوية، أي أن هذا الإضطراب يحتمل أن يكون من أسبابه تلف نسيج المخ، حيث أن البعض منهم يعاني من نوبات صراعية وقد يظهر الشذوذ في رسم المخ لدى 25% من الحالات المصحوبة بعلامات عضوية. (أحمد عكاشة وآخرون، 2003 : 62)

2/ أسباب تتعلق بعوامل وراثية:

لبحث العلاقة بين العوامل الوراثية وإضطراب النشاط الزائد كشفت نتائج دراسة ويس وآخرون Weiss M & al (2000) أن أكثر من نصف الآباء من ذوي إضطراب والنشاط الزائد يورثون لأطفالهم هذا الإضطراب وفي دراسة أجريت على التوائم أكدت أهمية العوامل الوراثية في إضطراب فرط النشاط الحركي ووجد تماثل في تشخيص هذا الإضطراب من 59% إلى 81% من التوائم المتطابقة مقارنة مع نسبة الثلث فقط لدى التوائم غير المتطابقة متشابهة الجنس. (ماريني نيركولينو، 2003 : 43)

3/ الخلل الكيميائي للناقلات العصبية:

لقد أكدت العديد من الشواهد على أن إضطراب النشاط الزائد يعزى إلى طبيعة الخلل الكيميائي للناقلات العصبية، فقد راجع بيدرمان Biederman (2004) عددا كبيرا من الدراسات التي تبحث في أسباب النشاط الزائد والتي قد كشفت نتائجها عن أن الخلل الوظيفي في منطقة ما تحت القشرة الدماغية وعدم التوازن في الدوبامين Dopamine والنورأدرينين Noradrenevyne يساهمان في ظهور إضطراب والنشاط الزائد لدى الأطفال، ولذلك فإن تناول العقاقير التي تنشط الدوبامين والنورأدرينين تخفف أعراض هذا الإضطراب من خلال إعاقاة أوضاع إمتصاص الدوبامين والنورأدرينين Norepinephris، هذا الأخير الذي يعمل على إعادة التوازن

الكيميائي للناقلات العصبية وعلاج اضطراب النشاط الزائد كما كشفت نتائج دراسة كونواد وآخرون konrad k & al (2003) أن الأطفال ذوي اضطراب والنشاط الزائد يقل لديهم إفراز الميتا نيفرين Metanephrine في مواقف الراحة، ويرتفع لديهم النشاط الإهتزازي والتوتري لنررايفرين يقل إفراز إيفرين Epine phrine التكيفي إستجابة للضغوط المعرفية، والتي لها دور في الخلل الكيميائي للناقلات العصبية لدى هذه الفئة من الأطفال.

• العوامل البيئية:

وهي العوامل بدورها تشير إلى إحتمال وجود مايلي:

1/ أسباب تتعلق بمرحلة الحمل والولادة وما بعدها:

قد تتعرض الأم أثناء فترة الحمل لبعض المؤثرات وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى التي قد تعرض الجنين بعد ولادته للإصابة بإضطراب النشاط الزائد، منها: تعرض الأم للإشعاعات الضارة، أو التعرض للأشعة مثل أكس X-RAY وتناول بعض العقاقير الطبية التي لها تأثيرات سلبية على الجنين أو تعاطي المخدرات والمشروبات الكحولية أو إصابة تلك الأمهات ببعض الأمراض الخطيرة مثل الحصبة الألمانية Rubéole german measles أو الزهري Syphilis أو التوكسوبلازما Toxoplasma وغيرها من الأمراض الأخرى.

(Barkely & al 1990 : 766)

كما أن هناك عوامل قد تحدث أثناء الولادة، قد تتسبب في إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه منها: نقص الأوكسجين أثناء الولادة Asphyxia، أو الولادة العسرة أو إستخدام الآلات لسحب الجنين، كالجفت Forceps، وآلة الشفط Ventouse بالإضافة إلى ما سبق هناك عوامل تتعلق بما قد يتعرض له بعد ولادته قد تؤثر على إصابة خلايا المخ المراكز العصبية المسؤولة عن تركيز الإنتباه ومنها تعرض الطفل للحوادث والسقوط المتكرر على رأسه. أو الإصابة بالأمراض ومنها الحصى الشوكية Méningite والإلتهاب السحائي.

وغيرها من الأمراض الأخرى، أو التعرض للتسمم ببعض الغازات السامة كغازات أوكسيد الكربون

CO₂ والرصاص والزئبق. (إيهاب الببلاوي، 2004 : 152-154)

ولقد أشارت دراسات دافيد David إلى وجود علاقة بين مستوى الرصاص بالدم وبين عرض أو أكثر

من أعراض فرط النشاط الحركي. (محمد عبد الله، 2001 : 202)

2/ أسباب تتعلق بنوع الغذاء:

أشارت بعض الدراسات أن هناك علاقة بين أنواع معينة من الأغذية وإضطراب النشاط الزائد، وخاصة تلك تحتوي على السكريات، المواد الحافظة والألوان الصناعية مثل الشوكولاتة والآيس الكريم والمشروبات الغازية وغيرها من المأكولات. (حسن عبد المعطي، 2001 : 245)

بينما ترى مارينه ميركولينو وآخرون (2003) أنه حتى الآن لم تحسم بعد مسألة تأثير المواد السكرية على إضطراب النشاط الزائد غير أنه يمكن القول أنه يجب منع تناول كل الأطفال للأغذية المحتوية على نسب عالية من السكريات البسيطة أو المنتجات المحللات صناعيا. (مارينه ميركولينو، 2003 : 259)

3/ أسباب تتعلق بالعلاقات الأسرية:

أكدت العديد من الدراسات أن هناك علاقة بين أساليب المعاملة الوالدية الأسرية إضطراب النشاط الزائد، حيث كشفت نتائج تلك الدراسات على أن الأطفال ذوي إضطراب ضعف الإنتباه والنشاط الزائد أكثر إدراكا لإتجاهات الآباء والأمهات السلبية، "التسلط، التذبذب، التفرقة، والرفض والإهمال والحرمان العاطفي وإثارة الألم النفسي" عن إدراكهم للإتجاهات السوية. (أشرف عبد القادر، 1993 : 52)

هناك أيضا أسباب نفسية كامنة وراء النشاط الزائد عند الأطفال نذكر منها:

أ- القلق: وهو كثير الحدوث وظاهرة عند الأطفال المصابين بفرط النشاط حيث إن الهيجان وعدم الإستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال

ب- وجود الطفل في مؤسسات تربية لمدة طويلة: والذي ينعكس أحيانا على تكييفه وتوافقه مع الآخرين والذي يكون غالبا تكييف غير سوي.

ت- الرفض المستمر للطفل وإشعاره بالدونية: حيث أن عدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياته يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص ويحاول الإنتقام من الآخرين. (أحمد الزغبى، 2005 : 196)

إذن ومما سبق ذكره نجد أن أسباب إضطراب النشاط الزائد تتمثل في عاملين أساسيين تتفرع منهما عوامل أخرى وهي العوامل البيولوجية تتفرع منها أسباب خلل في وظائف المخ وسببه قلق في نسيج المخ والعوامل الوراثية التي ترجع لأسباب جينية، وكذلك الخلل الكيميائي للناقلات العصبية الذي يعود إلى عدم التوازن في بعض الهرمونات وقلة إفرازها أما العوامل البيئية للإضطراب والتي تتفرع منها أسباب تتعلق بالحمل والولادة. وذلك

بتعرض الأمهات للأشعاعات الضارة أو الإصابة ببعض الأمراض الخطيرة أو تعرض الطفل إلى السقوط المتكرر أو تسمم ببعض الغازات السامة وكذلك هناك أسباب تتعلق بنوع الغذاء خاصة الأغذية التي تحتوي على سكريات والمواد الحافظة والمنكهات وأخيراً أسباب تتعلق بالعلاقات الأسرية والمتمثلة في المعاملة الوالدية المتمثلة في التسلط والفرقة والحرمان العاطفي، ومن جملة هاته الأسباب المتكاملة تظهر أعراض الإضطراب سواء كانت أعراض جسمية أو معرفية تختلف نسبة إنتشارها من مجتمع إلى آخر.

4. أنماط إضطراب النشاط الحركي الزائد:

لقد أظهر الدليل التشخيصي الرابع DSM4 لعام 1994 ثلاث أنماط لإضطراب النشاط الزائد وهي:

1. إضطراب ضعف الإنتباه/فرط النشاط، النمط المشترك: وفيه يجب أن تتحقق ستة أعراض أو أكثر من نقص الإنتباه مع ستة أعراض أو أكثر من فرط النشاط والإندفاعية، وهذا النمط هو السائد عادة عند الأطفال والمراهقين.

2. إضطراب ضعف الإنتباه/فرط النشاط، النمط الذي تهيمن عليه أعراض نقص الإنتباه وفيه يجب أن تتحقق ستة أعراض أو أكثر من نقص الإنتباه وأقل من ستة أعراض بالنسبة لفرط النشاط والإندفاعية.

3. إضطراب ضعف الإنتباه/فرط النشاط، النمط الذي تهيمن عليه أعراض فرط النشاط والإندفاعية وفيه يجب أن تتحقق ستة أعراض أو أكثر من فرط النشاط والإندفاعية وأقل من ستة أعراض بالنسبة لنقص الإنتباه. (عرار، 2001: 9)

5. أعراض إضطراب النشاط الحركي الزائد

أبرز أعراض الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه هي أعراض النشاط الزائد، أعراض تشتت الانتباه، أعراض الاندفاعية وفيما يلي ذكر لهذه الأعراض.

1.5. الأعراض الأساسية:

أعراض النمط الأول اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه والمصحوب بتشتت الانتباه طبقاً لمعايير DSM 4 تظهر أعراضه بصفة مستمرة في آخر ستة أشهر قبل العلاج .

1. الفشل في الانتباه الشديد للتفاصيل.

2. صعوبة في الاستماع عندما يتحدث إليه أحد.

3. صعوبة المتابعة من خلال التعليمات.
 4. ضعف تنظيم المهام والأنشطة.
 5. تجنب الجهود المدعمة وتجنب المهام التي تتطلب مجهود عضلي وعقلي.
 6. سهولة السرحان في الأنشطة اليومية.
 7. النسيان (فقد أشياء ضرورية للمهام والأنشطة اليومية مثل اللعب والأفلام)
 8. سهولة الانجذاب إلى مثيرات خارجية بعيدا عن المهام التي يقوم بها، أي يسهل تشتت الفكر من خلال مثير خارجي .
 9. فترة الانتباه قصيرة. (عصام نور، 96 2004:)
- يجب أن يظهر لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد DSM4 طبقا لمعايير وتشتت الانتباه ستة أعراض فقط من تسعة أعراض مميزة ويجب أن تظهر وتكرر على الطفل قبل التشخيص والعلاج بستة أشهر متتالية على الأقل، كما يجب أن تظهر قبل سبع سنوات في كل من البيئة الأسرية والمدرسية معًا.
- (مشيرة عبد الحميد، 2005: 21)

هذه الأعراض هي كما يلي:

أعراض النشاط الزائد: ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية :

1. دائما يتململ الطفل في مقعده ويتلوى بيديه ورجليه .
 2. يظل يمشي ذهابًا وإيابًا في المكان الذي يوجد فيه وذلك بدون سبب أو بدون هدف
 3. دائما يجعل المكان الذي يوجد فيه مبعثرا وغير منظم.
 4. دائما يحدث صخب وضوضاء، ولا يستطيع ممارسة عمله أو نشاطه بهدوء
 5. دائما يتحدث بكثرة.
- أعراض النشاط الزائد تظهر في الحركات الجسمية غير الهادفة للطفل مثل التلملم في المقعد، وكثرة الحركة في نفس المكان دون ملل، والثرثرة، وعدم التركيز والانتباه.

أعراض تشتت الانتباه: ويتم التعرف عليه من خلال الأعراض الآتية:

1. يجد الطفل صعوبة في الانتباه لشكل المنبه ومكوناته، ولذلك فإنه يخطئ كثيرا في واجباته الدراسية، والأعمال التي يقوم بها والأنشطة التي يمارسها.

2. لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة على منبه واحد.
 3. يجد الطفل صعوبة في عملية الإنصات، ولذلك فإنه يبدو عند الحديث إليه وكأنه لا يسمع.
 4. لا يستطيع الطفل متابعة التعليمات، ولذلك فإنه يفشل في إنهاء الأعمال التي بدأها.
 5. أعماله دائما تخلو من النظام والترتيب.
 6. يتعدد الطفل عن المشاركة في الأعمال التي تتطلب منه مجهود عقليا سواء كانت تتعلق بالأنشطة التي يمارسها أو المواد الدراسية.
 7. دائما ينسى الأشياء الضرورية التي يحتاجها سواء كانت خاصة بالناحية الدراسية مثل الكتب والأقلام والواجبات المنزلية.
 8. يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.
 9. دائما ينسى الأعمال اليومية المتكررة والمعتادة التي يقوم بها. (جمعة سيد يوسف، 2000: 227)
- أعراض الاندفاعية:** ويتم التعرف عليها من الأعراض التالية:

1. يقوم الطفل بالإجابة عن الأسئلة قبل استكمالها.
 2. لا يستطيع الانتظار في دوره.
 3. دائما يقاطع حديث الآخرين، ويتدخل في أنشطتهم وأعمالهم.
- (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 57)

2.5. الأعراض الثانوية:

إضطرابات إنفعالية: ومن بين هذه الاضطرابات الانفعالية عدم النضج مقارنة بعمره الزمني، والعقلي فيغلب عليه التهور، وسرعة الغضب، والميل إلى لوم الآخرين، وتذبذب المزاج، وتقلبه، وصعوبة التأقلم مع الظروف الجديدة وصعوبة إظهار مشاعره، وعواطفه، وانفعالاته الداخلية.

أعراض إجتماعية:

يجدون صعوبة في بناء علاقات اجتماعية ملائمة مع أقرانهم ورفاقهم وعليه فهم يعانون من النبذ والرفض من قبل أقرانهم ويكونون أقل شعبية من زملائهم.

أعراض تعليمية : ويظهر ذلك من تدني في التحصيل كما قد يكون لديه صعوبات تعليمية، وهذا ما جعل بعض المختصين في صعوبات التعلم يربطون بشكل مستمر صعوبات التعلم مع اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، كما أن التلميذ المصاب بهذا الاضطراب قد يفتقر لمهارات حل المشكلات، وبالتالي قد يستمر في طلب المساعدة من زملائه في الفصل وأسرته، بالإضافة إلى ذلك نلاحظ عليه عدم قدرته على إنهاء الواجبات المدرسية وفقدان أدواته المدرسية بشكل مستمر، وقد يبدو على هؤلاء التلاميذ سرعة إنهاء

المهام بشكل ملحوظ، كما قد يتأخر دراسياً إلى عامين دراسيين بالمقارنة بأقرانه وقد يطرد في بعض الحالات الشديدة التي يظهر فيها التلميذ سلوكيات مرفوضة اجتماعياً. (نايف بن عابد الزراع، 2007: 29)

ومما سبق نجد أن أعراض النشاط الزائد تتماثل في الأعراض الرئيسية الظاهر على الطفل ذو النشاط الحركي الزائد ونذكر منها: زيادة الحركة، الإندفاع، تشتت الانتباه كما أن هنالك أعراض ثانوية والمتمثلة في الأعراض الإنفعالية والاجتماعية والتعليمية كلها تشير وتساعد في تشخيص الإضطراب.

6. تشخيص إضطراب النشاط الحركي الزائد:

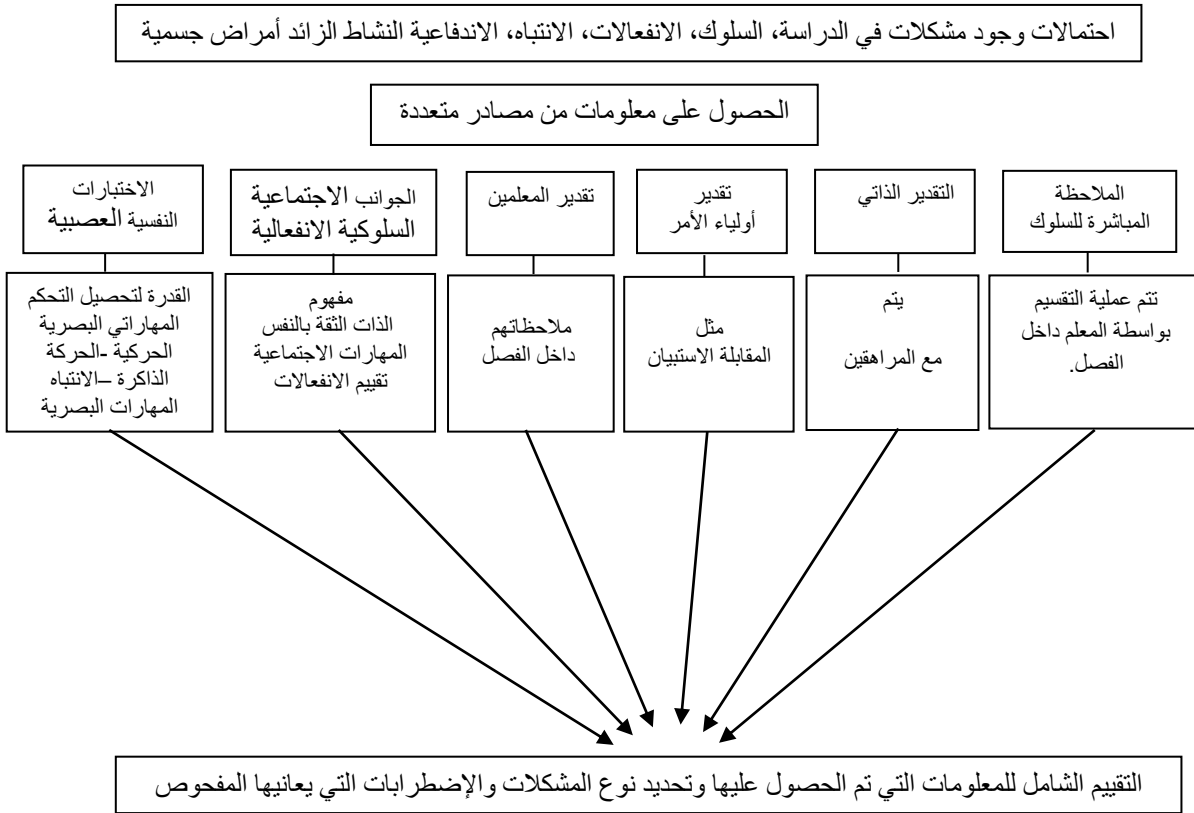
يعتبر هذا الاضطراب تشخيصاً سلوكياً ذلك لأنه لا يمكن توفير تشخيصات طبية أو نفسية دون اللجوء إلى ملاحظة السلوك، فهناك بعض السلوكيات لا يمكن للأخصائي أن يشخصها في عيادته ولذا عليه اللجوء إلى الآخرين من خلال التقارير عن سلوك الطفل من أجل اتخاذ القرار، ومن الأفضل الحصول عليها أكثر من مصدر واحد حتى تكون القرارات أكثر دقة ومصداقية إذ أنه قد يتأثر مصدر معين بالمتطلبات أو التوقعات الغير مناسبة المتعلقة بالطفل، أو بمحدودية عينة السلوك المأخوذة في بيئات مختلفة إذ أنه عادة ما يلجأ إلى إجراء مقابلات أو مقاييس التقدير لجمع المعلومات السلوكية قصد الحصول على وصف لطبيعة السلوكيات وتكرارها، وكذلك تتيح له معرفة ما إذا كان ذلك الوصف لا يتماشى والمستوى التطوري للطفل.

كما أن المقاييس التقديرية تعد الأنسب لاستغلال الوقت، كما أنها مفيدة في معرفة مدى شدة الأعراض الظاهرة على الطفل إلا أنه يجب على الأخصائي مراعاة أن هذه النتائج تقديرية لأنها عبارة عن وجهات نظر لمقدم المعلومات، وبالتالي فهي معرضة للتأثيرات الخارجية. (مارينه ميركولينو، 2003: 33)

بالإضافة إلى التشخيص الذي قامت به الجمعية الأمريكية للطب النفسي يوضع مقاييس لتشخيص الذي قامت، وتم نشره من خلال الدليل التشخيصي للإضطرابات النفسية في صورتها الرابعة حسب الشروط التالية:

- أن يتم إجراء إختبارات على الطفل.
 - أن يكون بداية ظهور الأعراض قبل السن السابع.
 - أن يكون جميع الأعراض موجودة لمدة ستة أشهر أو أكثر.
 - أن تظهر الأعراض على الأقل في بيئتين مختلفتين أو أكثر مثل: (المنزل، المدرسة، الشارع)
 - أن تكون الأعراض قد أثرت على مستواه الأكاديمي والاجتماعي تأثيراً واضحاً.
 - الأعراض لا تكون محسوبة على أمراض أو حالات أخرى مثل: القلق، الإكتئاب، إضطراب الشخصية، الهيسستيرية، الفصام وغيرها.
- (خالدة نيسان، 2008 : 120)

وسوف نعرض الشكل التالي المتمثل في خطوات القياس والتشخيص حسب نايف بن الزراع (2007 : 49):



| | | | | |
|--------------------|---|---|-----------------|---|
| إضطرابات في التصرف | مستوى الذكاء - مرتفع - متوسط - منخفض | صعوبات التعلم - في القراءة - في الهجاء - في الحساب - في الكتابة | ضعف في الإنتباه | إضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الإنتباه |
| | قصور في البصر | إضطرابات عقلية | إكتئاب | قلق |

شكل رقم (01) يوضح خطوات عملية القياس والتشخيص

نستخلص مما سبق أن تشخيص الأعراض الأساسية يتم بوسائط متعددة، فقد استخدمت دراسات عربية وأجنبية الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية، كما هناك شبكة ملاحظات يجب عليها الآباء والمعلمين وقد اعتمدت الدراسة الحالية شبكة ملاحظة تشخيص اضطراب النشاط الزائد بالإضافة إلى التشخيص الشامل المتعدد التخصصات، لذلك ولتقليل من حدة الإضطراب تتعدد أنواع العلاج هذا ما سيتم التعرف عليه في العنصر اللاحق.

7- علاج اضطراب النشاط الحركي الزائد:

تتطلب معالجة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب التعاون بين كل من الطبيب والوالدين والمعلم والمختص النفسي وذلك بتوظيف وسائل العلاج المختلفة الآتية:

1.7. العلاج الطبي (الدوائي):

لابد من اعتماد برامج متكاملة يشارك فيها الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمتخصصين في العلاج الأسري والآباء والمربون.

وذلك من خلال أخذ الطفل إلى العيادة الطبية أولاً لإمكانية التدخل بالعلاج الدوائي للسيطرة على سلوكه العدواني بعقار الهالوبيردول، Hadol، وكذلك استخدام الليثيوم Eskalith مع استخدام الأدوية التي تحافظ على الاستقرار المزاجي والانفعالي. (عبد الله عسكر، 64 : 2005)

ومع أن المعالجة بالعقاقير فعالة في حالة النشاط الزائد حيث تبلغ نسبة النجاح 65 - 75% إلا أن العقاقير يجب أن تمثل أكثر من عنصر واحد في عملية علاجية متعددة العناصر، كما تفيد المنبهات العصبية في علاج فرط النشاط الحركي عند الطفل فهي تؤدي إلى هدوء الطفل وزيادة فترة التركيز عنده ولا تعطي هذه الأدوية إلى الأطفال ممن هم في سن المدرسة وأهمها:

- ميثيلفينيديت Methylphenidate وله مستحضرات متنوعة من أهمها الريتالين Retalin (هو الدواء الأكثر استخداماً في العلاج)، فعاليته عالية، ويعيب عليه قصر مدة المفعول، يصنف الريتالين ضمن الأدوية المنشطة، له علاقة بالناقل العصبي (ادرينالين) والنواقل العصبية الأخرى، كما أن له تأثير على شبكة الأعصاب فيما يسمى المخ المتوسط (Midbrain) ويقوم بتنظيم نشاط هذه الأعصاب بشكل أفضل.
- أمفيتامين (أديرال) (Adderall) Amphetamine دواء حديث، مفعوله أقوى من الريتالين ومدة عمله أطول.
- ديكسترو أمفيتامين ديكسترين Dextro amphetamine dexedrine طريقة عمله ومفعوله مشابه للريتالين - منبه. (مصطفى النوري القمش، 197:2007)

2-7- العلاج السلوكي:

من خلال وضع خطط لتنظيم السلوكيات الفوضوية:

- علم طفلك الإجابات اللفظية الصحيحة.
- اهتمام الوالدين بالاضطرابات السلوكية.
- التقليل من مشاهدة المباريات التنافسية.
- إشراك الوالدين أحياناً في المواقف التي تظهر السلوك الفوضوي للطفل.

بالإضافة إلى إتباع نظام التعزيز مثل:

- استخدام الأشياء التي يفضلها الطفل عندما يكمل الطفل المهام المطلوبة مثلاً مكافئة، هدية كبيرة، لعبة، ... إلخ.
- يجب التنوع في أساليب التعزيز وتجنب تكرارها حتى لا تفقد أهميتها.
- تجنب عدم الوفاء بالوعد في تقديم التعزيز. (مشيرة اليوسفي، 2005: 87)

ومن بين فنيات العلاج السلوكي:

- أسلوب التدريب على حل المشكلة في الموقف الجماعي.
 - أسلوب لعب الأدوار لتدريب الطفل على بعض المهارات الاجتماعية.
 - أسلوب الضبط الذاتي للسلوك.
 - أسلوب المطابقة، ويتم تدريب الطفل على فكرة مطابقة ما يقوله مع ما يفعله.
- ولجأ بعض الباحثين إلى تدريب التلميذ على فنيات حل المشكلة. وخطواتها هي:
- الشعور بالمشكلة (دراسية أو أخرى).
 - جمع البيانات من الكتب والمعلومات والدراسات والحياة عنها.
 - تحليل المشكلة ببيان بأبعادها وعناصرها ومظاهرها وعواملها.
 - اقتراح الحلول المختلفة للمشكلة وتجريبها ومتابعتها.
 - تقويم الحلول المقترحة وتعديلها إذا لزم الأمر

7-3- التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي:

حيث يشتمل على ما يلي:

توجيه وإرشاد الوالدين إلى كيفية التعامل مع الطفل المضطرب من خلال التعريف بهذا الاضطراب وطرق التعامل مع سلوك الطفل وأهمية تطبيق تعليمات الطبيب المختص وتوظيف الألعاب المناسبة في ذلك.
(كريمان بدير، 134 : 2006)

الخلاصة:

يمكن تلخيص أهم العناصر التي إحتواها الفصل في التطور التاريخي لمفهوم اضطراب النشاط الزائد وتعريف الإضطراب، كما تعرض الفصل إلى أسباب بيولوجية والبيئية للإضطراب، وأنواع الإضطراب وكيفية القياس والتشخيص وللتقليل من حدة الإضطراب تعددت أنواع العلاج فمنها العلاج الدوائي والنفسي والسلوكي وكذلك العلاج التربوي.

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

تمهيد:

1. الدراسة الاستطلاعية
 2. المنهج المتبع في الدراسة
 3. مجالات الدراسة
 4. الأدوات المستخدمة في الدراسة
- خلاصة

تمهيد:

يتناول هذا الفصل المنهج المستخدم في الدراسة، ومجالات الدراسة (المكانية، الزمنية البشرية) ومنهج الدراسة، وأدوات الدراسة المتمثلة في الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية نصف الموجه، وكذلك تطرقنا إلى الفحص النفسي الحركي، بالإضافة إلى تقنية التعليمات الذاتية المعتمدة في الدراسة.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان فهي تعد أول خطوة يلجأ إليها الباحث للتعرف على ميدان بحثه وعلى الظروف والإمكانات موفرة بالاضافة إلى أنها تسمح بالتعرف على مشكلات التي يمكن ان تظاهر قبل القيام بالدراسة التطبيقية فيما يمكن من حل هذه المشكلات غير المتوقعة في هذه المرحلة من الدراسة فيها بعد. (رجاء محمود، 2006: 92)

ولهذا وقبل الشروع في العمل الميداني تم القيام بالبحث الاستطلاعي حيث تقرنا من المؤسسة الجوارية للصحة العمومية أين يتواجد اخصائين نفسانيين وشرحنا لهم موضوع الدراسة وخصائص الحالات التي نريد دراستها فوجدنا تعاوننا كبيرا من طرفهم، وقبل الشروع في تنفيذ الدراسة كان لابد من أخذ الموافقة من المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بدائرة قصر الشلالة -ولاية تيارت-، لذا قامت الباحثة قبل موعد التنفيذ بتقديم طلب معتمد من طرف الجامعة، بغرض الحصول على موافقة المؤسسة المذكورة، ولما جاء الرد بالموافقة (ملحق 6) بدأت الباحثة إجراءات الدراسة الميدانية.

2. المنهج المتبع في الدراسة:

إن إختبار المنهج المتبع أمر تحدده طبيعة مشكلة البحث التي يريد الباحث دراستها للوصول إلى نتيجة معينة، ونظرا لطبيعة البحث فقد تم الإعتماد على المنهج العيادي أو الإكلينيكي ذو التصميم المبني على دراسة حالة بإعتباره من المناهج المستعملة في الدراسات العميقة والمركزة حول الشخصية، فهو يسمح بالملاحظات الدقيقة والمستمرة للحالات، وهو المنهج الذي يتناسب مع موضوع البحث فيعرف براون Perron هذا المنهج بأنه الطريقة التي تسمح بمعرفة السير النفسي وتهدف إلى تكوين بنية واضحة على الحوادث النفسية التي يكون مصدرها الفرد نفسه. (Perron, 1979 : 38)

وكما تم الإعتماد على طريقة دراسة حالة لأنها تسمح بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات فحسب (1995) Bontonia فإن دراسة حالة هي الفحص العميق لحالة فردية، وذلك إنطلاقاً من ملاحظة وضعية معينة وربطها بتاريخ المفحوص مما يسمح بفهم سلوكه. (حسن مصطفى، 2003: 73)

3. مجالات الدراسة:

1.3. المجال الزمني: أجريت الدراسة التطبيقية في المؤسسة في الفترة الممتدة بين 2016/03/24 إلى 2016/05/05

2.3. المجال المكاني: تم إجراء البحث في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقصر الشلالة (ولاية تيارت).

- تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقصر الشلالة:

نشأت عام 1978 كانت تابعة للقطاع الصحي بقصر الشلالة وفي عام 2008 تفرعت إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، لتكون هناك إستقلالية تمثل المؤسسة وحدة طبية أو تنظيم مستقل لخدمة علاجية أو خدمات وقائية، فهي عبارة عن هيئة طبية صحية تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية الطبية للمواطن؛ كتقديم الرعاية الصحية الأولية والاجتماعية والعلاجية والوقائية لأفراد المجتمع. هذه الخدمات تكون عامة أو خاصة، تقدم لأفراد المجتمع، يتولى إدارة هذه المؤسسة العاملون الصحيون المتفاوتون في تخصصاتهم ودرجاتهم العلمية كالأطباء والممرضون والممرضات والنفسيين والأخصائيين في مختلف التخصصات هي مؤسسة عمومية ذات طابع خدماتي تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي.

3.3. المجال البشري: تم الإعتماد في بحثنا على العينة القصدية التي تتضمن إختبار عدة حالات نمطية أو عدة حالات تمثل الابعاد المختلفة لمجتمع البحث وتسمى ايضاً بالعينة المقصودة إعتبار الباحث يقصد مفردات معينة.

(طلعة إبراهيم، 1995: 69)

تتكون مجموعة الدراسة من (03) حالات (أطفال)، ومن خصائص مجموع الدراسة أن مجموعة أفرادها لديهم نشاط زائد، ويتراوح سنهم من 06 إلى 07 سنوات.

4. أدوات الدراسة:

نظراً لطبيعة البحث إعتدنا للدراسة عدة أدوات وهي:

1.4. الملاحظة الإكلينيكية: إتمدت الدراسة على الملاحظة الإكلينيكية المباشرة باعتبارها أداة أولية رئيسية لجمع المعلومات.

تعريف الملاحظة الإكلينيكية: هي الإنتباه إلى سوئ معين أو ظاهرة أو حادثة معينة، دون محاولة ضبط الشروط التي تحدث فيها، وتسجيل جوانب ذل سلوك أو خصائصه، بهدف الكشف عن أسبابها وقوانينها.

(سامي محمد ملحم، 2000 : 250).

وتعتبر الملاحظة الخطوة الأساسية في الجهد العلمي المبدول، حيث توجه نظر الباحث إلى المظاهر التي يجب أن يخضعها لمزيد من البحث والاستقصاء العلمي.

فلا شك أن الملاحظة لا يمكننا الإستغناء عنها، لأننا من خلالها ندرس السلوك الذي لا يمكن إستحضاره أو إحداثه، وتمكننا من دراسة السلوك التلقائي الذي لا يمكن أن يصبه التشويه والتغيير.

(أحمد عبد الخالق، 2001 : 30).

وقد تم تصميم شبكة ملاحظة لملاحظة أعراض النشاط الحركي الزائد أنظر الملحق رقم (03)

2.4. المقابلة العيادية نصف الموجهة:

تعتبر المقابلة إستبيان شفوي وهي مجادلة موجهة بين الباحث والشخص أو أشخاص آخرين بهدف الوصول إلى حقيقة أو موقف معين يسعى الباحث للتعرف عليه من أجل تحقيق أهداف الدراسة.

(دويدر، 2000 : 233)

فالمقابلة العيادية النصف موجهة تهدف للبحث حيث أن بناء المقابلة يكون بدرجة ضئيلة أين يكون الفاحص شبه غائب دوره الاستماع للمفحوص واستعملنا هذه التقنية لتميزها بألفاظ بسيطة وتجنب الألفاظ العلمية والكلمات التي قد تؤثر على العميل عن انشغاله وفي نفس الوقت ترك له الحرية في التعبير عن تصوراتهِ ومعلوماتهِ.

-تمت هذه المقابلات مع الأمهات وهذا لصعوبة الإتصال مع الأباء لأنهم غائبين عن المنزل لظروف

العمل، ولأنّ الأمهات أكثر دراية بجوانب النمو لأطفالهن.

كما قمنا بمقابلات مع المعلمين، وكذلك مقابلات نصف موجهة مع الأطفال (حالات الدراسة) أنفسهم بهدف الحصول على ما أمكن من المعلومات الصحيحة ولتقليل من ظاهرة المقاومة وذلك لبناء علاقة ثقة مع الباحثة والتعود عليها، وخصصت لكل منهم عدة محاور الملحق رقم (02).

والجدير بالذكر، أنه تم إخضاع الحالات إلى عملية الفحص النفسي الحركي قبل تطبيق تقنية التعليمات الذاتية وذلك لتقييم الأبعاد التالية:

- إختبار الحركية الشاملة (المشي، القفز، الجري...).
- التوازن الوقوفي والدينامي.
- التناسقات.
- الحيوية العضلية، النشاط العقلي، الجانبية.
- التوجه في الزمان، وفي المكان.
- التخطيط الجسدي، الإيقاع.
- القدرة على الإسترخاء.
- العلاقة مع الذات ومع الآخر.
- موقفه إتجاه الإختبارات، ردود فعل المهابة، الضبط الإنفعالي.
- القدرة على الإنتباه، عدم الإستقرار.

كيفية تطبيق تقنية التعليمات الذاتية:

إنطلاقاً من مجموع المعلومات، خطة علاجية عامة بالإمكان أن ترسم، الأخصائي النفسي الحركي سووف يتدخل حول الأعراض symptomatologie بالبحث في:

- جعل الطفل يفهم طبعه وعجزه.
- تدعيم وتقوية دافعية الطفل.
- تطوير وزيادة تدريجية في زمن التركيز والإنتباه في مهمة معطاة له.
- تطوير وتنمية قدرات الضبط الذاتي وذلك للتخفيف من الإندفاعية.
- التخفيف من فرط النشاط وذلك بالتخفيف من الحركات أو السلوكيات المتناقضة مع العمل الجاري.

- تحسين المهارات الإجتماعية لدى المراهقين، الفهم، تعبير الإتصالات غير الشفهية.
- العناصر التي تشكل الإطار العام للعلاج.
- تكرار التعليمات.
- تشجيع الأفراد ورفع من تكرار الدعم الإيجابي.
- تغيير وتناوب طبيعة النشاطات.
- التخفيف من الطول الطبيعي للنشاطات وبالتالي إستخدام وحدات زمن صغيرة.

(Albert. J. M, 1996 : 150)

- التوقف غالباً، وقفات.
- تفصيل في محتوى البرامج.
- إستخدام مثيرات جاذبة (ألوان، حركات ...).
- تحديد عدد من القواعد المحددة والتي تطبق أثناء الجلسات.

داخل هذا الإطار تقنيات مختلفة تستخدم في آن واحد، حسب برامج التعليمات الذاتية Auto-instruction، حل المشكلات، تمارين الإنتباه، الإسترخاء، الإرتجاع البيولوجي.

- كل تدخل هو موضوع تقييم خلال العلاج وبعد 15 إلى 20 حصة وذلك لتحديد أثر هذه الأخيرة على المشكل وإعادة تنظيمها.

في هذا البرنامج المبدأ العام هو إستخدام التحديد اللفظي للطفل، ومناجاته لنفسه وذلك للتخفيف من السلوكات الإندفاعية والهيجان، وذلك بالإستناد على وظيفة ناظرة للغة، حسب ما عرفته الأخصائيات الروسيات Vygotsky et Luria.

في البداية يعطي البالغ تعليمات بصوت مرتفع للطفل وذلك بمساعدته على تعديل سلوكه الحركي.

ثم ثانياً يستدخل الطفل التعليمات وذلك لضبط نفسه بنفسه دون تدخل خارجي في نشاطه الحركي.

- وتسير كلاسيكياً في خمس مراحل:

1. ينفذ البالغ مهمته ويصفها بصوت عال، الطفل يلاحظ ويستمتع مثلاً: سوف آخذ الكرة الحمراء من الصندوق، سوف أمشي إلى غاية الطوق وأضع الكرة داخله.

2. الطفل ينفذ المهمة تحت توجيه البالغ، بحيث أن التعليقات ترافق النشاط.

3. الطفل ينفذ المهمة لوحده ويتكلم بصوت مرتفع.

4. الطفل يعيد تنفيذ الشيء لكن هذه المرة بصوت منخفض.

5. في الأخير يستخدم الطفل اللغة الذهنية ولا يظهر أي إشارة خارجية لأي لغة.

- المعالج في هذه الحالة يكون أكثر إتجاه والإتجاهية غالبا ما تكون ضرورية خاصة مع الأطفال

المصابين بفرط النشاط الحركي المصحوب بعجز في الإلتباه.

- العديد من الإلتقادات تعطى لهذا النوع من التدخل كون أن الطفل الهائج أو المتشتت يستخدم

أحيانا.

- التحرير اللفظي التي يستخدمها البالغ تعتبر كدليل " إرشاد "، تغطية لفظية والتي شيئا فشيئا عندما

ينخفض تكرارها وشدتها تتيح للطفل فرصة إدخال مناجاته الخاصة به، أهمية تعاون طفل بالغ مهمة جدا،

تشجيع الطفل على التعبير بالألفاظ فالإستراتيجيات المستخدمة مع كلماته الخاصة به، يساعده على التركيز في

محتوى ما يقوله وهو بالتأكيد وسيلة جيدة لتبطينة وتيرة نشاطه كل الأطفال لا يستفيدون من هذه الإستراتيجية

ولا يزال من الصعب تحديد بدقة الإرشادات أو التعليمات.

- تغيرات برنامج التعليمات الذاتية يشتمل على إستخدام ملفات والتي تحمل كل مراحل التمرين أو

حل مشكل حتى يسمح له بمتابعته خطوة بخطوة والتقدم في التنفيذ والحد بهذه الوسيلة الإندفاعية لديه.

-الهدف هو تغيير الألية Automatismes الإعتيادية وفيما يلي عرض للجلسات التقنية ويتضمن رقم

الجلسة تاريخها، موضوعها، أهدافها زمانها كما أن محتوى الجلسة موجود في الملحق رقم (05).

جدول رقم 03 يمثل جلسات التقنية العلاجية

| رقم الجلسة | تاريخها | موضوعها | أهدافها | زمنها |
|----------------|------------------------------------|--|---|----------|
| الجلسة الأولى | يوم: 2016/03/24 بمكتب الأخصائية | -تعريف العملاء بالإضطراب الذي يعانون منه -تعريف العملاء بالتقنية العلاجية المطبقة. -التقييم القبلي للفحص النفسي الحركي | -تعريف العملاء بسبب تواجدهم بالمؤسسة من خلال الوقوف على الإضطراب الذي يعانون منه -إستطلاع مدى حاجتهم للعلاج. | 30 دقيقة |
| الجلسة الثانية | يوم: 2016/03/30 بمكتب الأخصائية | -تدريب العملاء على إكتساب مهارة تركيز الإنتباه. | -تطوير وزيادة زمن التركيز والإنتباه. | 45 دقيقة |
| الجلسة الثالثة | يوم: 2016/04/06 بمكتب الأخصائية | - تدريب العملاء على إكتساب مهارة تركيز الإنتباه. | -تطوير وزيادة زمن التركيز والإنتباه. | 45 دقيقة |
| الجلسة الرابعة | يوم: 2016/04/13 بمكتب الأخصائية | - التدريب على إكتساب مهارة المراقبة الذاتية (التقليل من الإندفاعية) | -تنظيم السلوك وتوجيهه نحو الهدف -ملاحظة الذات وضبطها. | 45 دقيقة |
| الجلسة الخامسة | يوم: 2016/04/20 بمكتب الأخصائية | - التدريب على إكتساب مهارة المراقبة الذاتية(التقليل من الإندفاعية) . | -تنظيم السلوك وتوجيهه نحو الهدف -ملاحظة الذات وضبطها. | 45 دقيقة |
| الجلسة السادسة | يوم: 2016/04/27 بمكتب الأخصائية | -التدريب على التخفيف من الحركات والسلوكيات المتناقضة والمتكررة. | -تحسين المهارات الإجتماعية وفهم تعبير الإتصالات الغير شفوية. | 45 دقيقة |
| الجلسة السابعة | يوم: 2016/05/04 بمكتب الأخصائية | -التدريب على التخفيف من الحركات والسلوكيات المتناقضة والمتكررة. | -تحسين المهارات الإجتماعية وفهم تعبير الإتصالات الغير شفوية. | 45 دقيقة |
| الجلسة الثامنة | 2016/05/05 بمكتب الأخصائية | التقييم البعدي للفحص النفسي الحركي وكذلك للنشاط الزائد | تقديم إختبارات الفحص النفسي الحركي وملاحظة سلوك النشاط الزائد | 30 دقيقة |

خلاصة:

بعدها تمّ التطرق في هذا الفصل إلى الدراسة الإستطلاعية والمنهج المعتمد عليه في البحث وكيفية إختيار العينة مجموعة البحث، وكذلك مختلف الأدوات المستعملة سيتمّ التعرض في الفصل الموالي إلى عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتحصل عليها.

الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد

1. عرض الحالات
2. تحليل ومناقشة وتفسير النتائج
3. اقتراحات
4. إستنتاج عام

تمهيد:

بعدما حددنا في الفصل السابق الإجراءات المنهجية المتبعة أثناء القيام بالدراسة، سوف نقوم بعرض الحالات وتحليل ومناقشة نتائجها وذلك إستنادا إلى نتائج الملاحظة والاختبار النفسي الحركي.

1. عرض حالات الدراسة:

تمت المقابلة مع كل حالة على إنفراد في مكتب الأخصائية النفسانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية. عند المقابلة مع الحالات لاحظنا عليهم النشاط الزائد، فهم مفرطو الحركة ينتقلون من مكان إلى آخر، ولا يسمعون إلى الكلام ولا يبالون بأحد، ولقد تم تسجيل المقابلة كما وردت مع الحالات باللغة العامية لكي نقرب لهم المفهوم أكثر وبالتالي إجراء المقابلة باللغة الأكاديمية سوف يكون صعب عليهم.

عرض الحالات:

الحالة الأولى:

الاسم: م. ج.

الجنس: ذكر.

العمر: 07 سنوات

المستوى الدراسي: 02 ابتدائي

المرتبة بين إخوته: الابن الثالث

عدد الإخوة: 02 ذكور

السوابق العائلية:

عمر الأم: 40 سنة.

مهنة الأم: مائدة بالبيت

المستوى التعليمي: الثالثة ثانوي

مهنة الأب: مراقب في الثانوية.

المستوى التعليمي: تقني سامي في الإعلام الآلي

المستوى المعيشي: متوسط

لا يوجد اضطراب النشاط الزائد في العائلة.

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: حمل مرغوب فيه

الحالة الصحية أثناء الحمل: عادية

حوادث أثناء الولادة: لا يوجد

وزن الطفل: 04 كغ عادي.

النمو النفسي الحركي:

الابتسامة: 05 أشهر

الجلوس: أربعة أشهر

الحيو: ستة أشهر.

الوقوف: سنة.

المشي: سنة وشهرين.

النظافة: سنتين ونصف

الرضاعة والفظام: سنة ونصف

القوة النفسية الحركية:

الجانبية:

إدراك الزمان: غياب مفهوم الساعة ولا تحويلها إلى دقائق، كما لا يعرف تاريخ ميلاده بالكامل حيث

يذكر اليوم والشهر فقط، لا يحفظ رقم هاتف البيت، ويذهب متأخرا إلى المدرسة.

السلوك: مفرط في الحركة

المقابلة مع الطفل:

الباحثة: مساء الخير

الحالة: مساء الخير

الباحثة: كيف حالك اليوم؟

الحالة: بخير

الباحثة: حبيت نسقيك شوية أسئلة وتجاوبيني عليها؟

الحالة: ماعليش

الباحثة: ما هو إسمك؟

الحالة: م

الباحثة: شحال عمرك؟

الحالة: 07 : سنوات

الباحثة: اذكر لي عيد ميلادك كامل؟

الحالة: يذكر الشهر واليوم فقط

الباحثة: سمي لي رقم الدار والشارع لي تسكن فيه؟

الحالة: يسمي الحي فقط

الباحثة: هل تحفظ رقم هاتف المنزل أو أحد الوالدين؟

الحالة: لا أعرف. كملتي؟ وينهض من مكانه

الباحثة: مازال شحال عدد إخوتك؟

الحالة: 02 مازال مانكملو؟

الباحثة: علاه؟

الحالة: باش نروح طولتي

الباحثة: صحا أصبرنزيد نسقسيك شوية ونكملو

الحالة: صحا خفي وهو يتمل في الكرسي

الباحثة: شحال ترتيبك بيناتهم؟

الحالة: يفكر قليلا ثم يجيب (أنا هو الصغير)

الباحثة: ماهي مهنة الأب؟

الحالة: مراقب في الثانوية

الباحثة: ماهي مهنة الام؟

الحالة: ما تخدمش قاعدة في الدار.

الباحثة: ماهو إسم معلمتك؟

الحالة: إسمها كريمة

الباحثة: وعلاقتك معاها؟

الحالة: تضربني لا خاطر نقباح (ويضحك) ومتخلينش نجاب .

الباحثة: وعلاقتك مع زملائك؟

الحالة: شوية ندابزو بزاف لخاطر كي نوض من بلاستي ما نلقاش حوايجي

الباحثة: علاش تنوض من بلاصتك؟

الحالة: مانقدرش نطول قاعد

الباحثة: كيفاش علاقتك مع والديك وخوتك؟

الحالة: مش مليحة يضربوني يقولولي عييتنا بزاف لخاطر نقباح

الباحثة: واش حاب تولي كي تكبر؟

الحالة: لاعب كرة قدم كيما محرز.

الباحثة: شكرا.

الحالة: إنطلق يجري.

ملخص المقابلة مع الأم:

من خلال المقابلة مع والدة الحالة تبين بأن عمرها كان حوالي إثنا وثلاثون سنة عندما حملت به، حيث كان مرغوبا فيه من طرف الوالدين إلا أنّها كانت ترغب في بنت بدلا من ولد لأن كل أبنائها ذكور، كما لا توجد قرابة بين الوالدين، الظروف المعيشية متوسطة الأب يعمل كمراقب في الثانوية، تقول عن مستوى أولادها الآخرين (أحدها في الثانوي والآخر في المتوسط) وتقول أنّ الإبن الأكبر يحاول مساعدة الحالة في الدراسة إلا أنه يمل منه بسرعة لأنه مهمل وكثير الحركة ولا ينتبه لما يقوله، كما يعاني الحالة من مشكلة في النوم فغالبا نومه متقطع، أما علاقته مع والديه فهو يقلقهما كثيرا لأنه كثير الحركة ونشيط جدا فيضطران لضربه وبالنسبة لعلاقته بإخوته فهو في شجار دائم معهم.

ملخص المقابلة مع المعلمة:

تقول المعلمة عن الحالة أنه مفرط الحركة داخل القسم ويشوش كثيرا ولا يهدأ وقليل الانتباه ولا يفهم التعليمات التي أقدمها له كما أنّه لا يسمع لكلامي ولا يمد لي أي إعتبار الكتابة غير منظمة يكثر المحو فيها

أما في مجال الحفظ والرسم والحساب فهو جيد وتقول المعلمة أنها تابعت الحالة من السنة الأولى وحاولت تنبيه الأولياء إلى حالة الطفل إلا أنّ الحالة لم تتحسن كما أنّ لديه إنخفاض في مستوى التحصيل الدراسي.

نتائج الملاحظة: ومن خلال ملاحظتنا للحالة تبين أنه لديه فرط نشاط حركي، حيث كثير الحركة ولا يستطيع الجلوس بهدوء. كما لوحظ جليا أسلوب الإهمال المنتهج مع الحالة هذا عند استدعائنا لهم. فلم يبال وا وكما أن المدير لا يعرف أولياء الحالة.

جدول رقم (04): يبيّن نتائج التقييم القبلي والبعدي للفحص النفسي الحركي للحالة الأولى.

| الإختبار | القبلي | البعدي |
|------------------|---|--|
| التخطيط الجسدي | تعرف على نصف أعضاء فقط والمتمثلة في الرأس والرقبة والأطراف العليا | التعرف على على على كل الأعضاء |
| الجانبية | لم يستطع تعيين الجانب الأيمن من الأيسر | تمّ تحديد الجانبية |
| التوجه في الفضاء | التحرك من مكان إلى آخر دون توقف | شغل الحيز الفضائي عند تأدية النشاط الحركي التعامل مع الأدوات المتاحة |
| الحيوية العضلية | لا يوجد عنده توازن ولا يتحكم في عضلاته | حصل عنده توازن وأصبح يتحكم في عضلاته |

من خلال الجدول (04) نلاحظ في القياس القبلي أنّ الحالة تعاني من إضرابات التخطيط الجسمي والجانبية والتوجه في الفضاء وكذلك يعاني مشكلة عدم التوازن أما وبعد تطبيق العلاج نلاحظ أن الحالة تحسنت وتمكنت من التعرف على أعضائها كاملة كما أنّها تمكنت من تحديد الجانبية وكذلك استطاعت أن تشغل الحيز الفضائي وذلك عند ملاحظتها عند تأدية النشاطات واستعملت الأدوات بشكل جيد كما أنّها حققت نجاحا في التوازن وذلك بالتحكم في أعضائها.

جدول رقم (05): يبين ما تمّ الحصول عليه من نتائج ملاحظة الكشف القبلي والبعدي لإضطراب النشاط الزائد.

| نتائج الكشف البعدي | | نتائج الكشف القبلي | | الأعراض |
|--------------------|-------|--------------------|-------|---|
| غير موجود | موجود | غير موجود | موجود | |
| | | | | أولاً: أعراض عجز الإنتباه |
| | | | | 1 طفل لا ينتبه للتفاصيل |
| ✓ | | | ✓ | 2 كثيرا ما يجد صعوبة للإنتباه لمدة كافية |
| ✓ | | | ✓ | 3 لا يتبع التعليمات المطلوبة منه |
| ✓ | | | ✓ | 4 كثيرا ما يبدو غير مصغ عند الحديث إليه |
| | | | | 5 كثيرا ما يجد صعوبة في تنظيم أنشطته |
| | | | | 6 كثيرا ما ينسى الأشياء الضرورية |
| | | | | 7 يتجنب الأعمال التي تتطلب التركيز الطويل |
| | | | ✓ | 8 يتشتت إنتباهه بسهولة |
| | | | | ثانياً: أعراض النشاط الزائد |
| ✓ | | | ✓ | 1 كثيرا ما يتململ في كرسيه |
| ✓ | | | ✓ | 2 كثيرا ما يترك مقعده في الصف |
| ✓ | | | ✓ | 3 يركض ويتحرك في المكان بشكل غير مناسب |
| ✓ | | | ✓ | 4 يصعب عليه القيام بنشاط هادئ |
| ✓ | | | ✓ | 5 دائما مستعد للإنتقال |
| ✓ | | | ✓ | 6 يتكلم كثيرا |
| ✓ | | | ✓ | ثالثاً: أعراض الإندفاعية |
| ✓ | | | ✓ | 1 يجيب عن الأسئلة قبل إنتهاء السؤال |
| ✓ | | | ✓ | 2 يجد صعوبة في إنتظار دوره |
| ✓ | | | ✓ | 3 كثيرا ما يقاطع الآخرين |

من خلال الجدول رقم (05) يتضح لنا في الكشف القبلي أنّ أعراض تشتت الإنتباه فرط الحركة والإندفاعية وأضحة وموجودة يعني أنّ الحالة تعاني من إضطراب فرط النشاط الزائد أما وبعد تطبيق العلاج نلاحظ أنّ الأعراض كلها إختفت.

كيفية تطبيق تقنية التعليمات الذاتية للحالة الأولى: لا حضنا من خلال سيرورة المقابلات العيادية انخفاض تقدير ذاته الذي انعكس على مستوى اجتهاده ومثابرته، وأدى إلى تعميم قصته مع الفشل حيث كان دائم التذمر ويصر عند اخفاقه على أن اللعبة صعبة، وليس بإمكانه انجاز المهمة المطلوبة منه، وكأنه يحصر مدى فاعليته في انجاز المهام مسبقا نتيجة لآثار فشل مضت، وهي مدونة في ذاكرته وحفرت آثارها على اعتقاداته ومشاعره المنعكسة على سلوكياته، حيث كانت الباحثة في كل جلسة تعتمد الشرح المباشر في ضوء المهاموممارسة الدور والتمثيل إنطلاقا من الباحثة والحالة في ضوء تصحيح أداء الحالة وتوجيه إنتباهه لمواطن الإخفاق والقصور المرار والتكراروالربط بين المهمة المطلوب أداؤها والاستراتيجية، تخفيف صعوبة المهمة، تركيب هذه المكونات بطريقة تمكن الحالة من إتباعها وذلك حين يستمع إلى وصف المعالجة للمهارات أو التي يقوم بها لتنمو لديه مرونة التفكير وتقبل التنوع في أداء المهام .

بالنسبة للجلسة الأولى الخاصة بتدريب العملاء على إكتساب مهارة تركيز الإنتباه تطوير وزيادة زمن التركيز وقد تمّ تطبيقها في حصتين متتاليتين
كان في كل جلسة يتساءل عن:

- ما الذي أفعله؟ كيف أفعل ذلك؟ ما الوسائل والاستراتيجيات اللازمة لذلك؟ ما الذي يجب عليا معرفته لمعالجة الموقف؟ ماهي خطتي؟ هل لدي خطة بديلة ألجأ إليها؟

بالنسبة للجلسة الثالثة الخاصة بتدريب العملاء على إكتساب مهارة المراقبة الذاتية (التقليل من الإندفاعية) تنظيم السلوك وتوجيهه نحو الهدف ملاحظة الذات وضبطها وقد تمّ تطبيقها في حصتين متتاليتين
كان في كل جلسة يتساءل عن:

كيف كان أدائي؟ هل حققت الهدف؟ هل الطريقة التي اتبعتها كانت ملائمة؟ هل أحتاج للعودة لمراجعة العمل؟ هل يمكنني التأكد من صحة الخطوات التي اتبعتها؟

بالنسبة للجلسة الخامسة الخاصة بتدريب العملاء على التخفيف من الحركات والسلوكيات المتناقضة وقد تمّ تطبيقها في حصتين متتاليتين
كان في كل جلسة يتساءل عن:

كيف كان أدائي؟ هل حققت الهدف؟ كيف كانت حركاتي؟

هذه التساؤلات التي كانت تتكرر في كل الجلسات وتوظف بحسب متطلبات المهمة وأهدافها إذ تخدم هذه التساؤلات فنيتي الحوار الداخلي والتفكير بصوت مسموع مع مراعاة الوقت في الانجاز، وكذا فنية المراقبة الذاتية. في حين أن استراتيجية التكفير بصوت مسموع هدفت في هذا البرنامج العلاجي إلى تنمية قدرة العميل على التعبير عن أفكاره أثناء أداء المهمة، من خلال التفكير بصوت مرتفع أثناء الأداء، تم التدريب على هذه الاستراتيجية من خلال التطبيق على أداء المهام، في أوضاع ثنائية، حيث يتحدث العميل عن المهمة ويصف عملياته في التفكير بينما تستمع إليه المعالجة وتوجه له الأسئلة من أجل مساعدته على توضيح تفكيره. كما استخدمت الباحثة معززات اجتماعية، لفظية وجسدية مثل تحريك الرأس، الابتسامة، الملامسة الجسدية، والتي تم توظيفها بحسب متطلبات مواقف الجلسات العيادية العلاجي. وإعطاء الشرح المباشر والواضح للأداء ومراحل المجزئة بأوقات محددة.

الحالة الثانية:

تقديم الحالة :

الاسم : ح . ب .

السن : 07 سنوات

المستوى التعليمي : 02 ابتدائي

الترتيب بين الاخوة : الأول بين ثلاث إخوة (ولد و بنت ، خمسة وأربع سنوات)

السوابق العائلية :

عمر الام : 40 سنة

المستوى التعليمي : الثالثة ثانوي .

المستوى المعيشي : حسن .

المهنة : مأكثة بالبيت .

القربة بين الزوجين : توجد (الزوجة ابنة خالة الزوج)

عمر الأب : 45 سنة .

المهنة : تاجر .

المستوى التعليمي : الثانية ثانوي .

يوجد إضطراب النشاط الزائد في العائلة وهو الأب

السوابق الشخصية :

الحمل : مرغوب فيه.

الولادة : عادية في تسعة أشهر .

وجود الأمراض : لا يوجد مرض أو إعاقة

وزن الطفل: عادي 3 كغ و500 غ

النمو النفسي حركي:

الإبتسامة : 03 أشهر

الجلوس : 06 أشهر

الحبو : 08 أشهر

الوقوف: 09 أشهر

المشي: سنة

النظافة: سنة ونصف

الرضاعة: سنة

القوة النفسية الحركية:

الجانينية: يفضل اليد اليسرى.

إدراك الزمان: لا يعرف قراءة الساعة لا يعرف تحويل الساعة الى دقائق، لا يحفظ تسلسل الحروف

الأبجدية، لا يذكر تاريخ ميلاده بالكامل يذكر الشهر فقط، لا يحفظ رقم هاتف المنزل.

مرتخي العضلات.

السلوك: عدواني واندفاعي وكثير الحركة.

المقابلة كما وردت مع الحالة :

الباحثة : مساء الخير .

الحالة : مساء الخير .

الباحثة : كيف حالك ؟

الحالة : لا بأس .

الباحثة : حبيت نسقسيك شوية أسئلة وجاوبني عليها ؟

الحالة : صحا

الباحثة : إسمك ؟

الحالة : ح ب

الباحثة : شحال عمرك ؟

الحالة: 07 سنوات يجيب بسرعة

الباحثة : أذكر لي تاريخ الميلاد كامل ؟

الحالة : يذكر الشهر دون تحديد اليوم والسنة .

الباحثة : سمي لي رقم البيت والحي لي تسكن فيه ؟

الحالة: تسمي الحي فقط

الباحثة : أعطيني رقم هاتف البيت او رقم أحد والديك ؟

الحالة : ما نعرفش .

الباحثة: كم يوجد لديك من إخوة ؟

الحالة : 02

الباحثة : ما هو ترتيبك بين إخوتك ؟

الحالة : يفكر قليلا ثم يجيب (أنا هو الكبير).

الباحثة: واش (يقاطعني ويسألني)راكي قريب تكلمي؟ مازال واش يخدم الأب ؟

الحالة: تاجر .

الباحثة: وأمك؟

الحالة: ما تخدمش . خلاص كملتي؟

الباحثة: لا علاه؟

الحالة: خفي باش نروح نلعب

ما هو إسم معلمتك؟ الباحثة:

الحالة: فتيحة .

الباحثة : راك تقرا مليح؟

الحالة: شوي .

الباحثة : علاه شوية؟

الحالة: يضحك ويمتنع عن الكلام.

الباحثة : كاين لي راجعلك دروسك في الدار؟

الحالة: لا مكانش أنا الكبير في الدارويتممل ويتمتم

الباحثة: الأم والأب علاش ما يراجعولكش؟ .

الحالة: ماما لاهيا بشغل الدار وبابا دائما مسافر بعيد.

الباحثة : كيفاش راهي علاقتك مع والديك وخواتاتك؟

الحالة : نحب غي الصغيرة بصح ما نتفاهمش مع الآخرين.

الباحثة : هذا السؤال الأخير واش راك حاب تولي في المستقبل؟

الحالة : مزية رجل شرطة، نحب الكابوس ونحب نجري مورا السراقة .

ملّخص المقابلة مع الأم:

الأم ربة بيت عمرها أربعون سنة كانت راغبة في إنجاب الحالة لأنه المولود الأول في الأسرة ذكرت الأم بان الحالة كانت تربيته صعبة منذ الولادة حيث أن الحي الذي يسكنون فيه الجيران عندهم أولاد كما ذكرت "مشي مربيين" فتعلمت الحالة منهم كل أنواع السلوكيات المنحرفة فصار لا يحترم الآخرين ويطلق ألفاظا بذيئة ولا يخاف أبدا ودائم الشجار مع الأولاد في المدرسة او مع اولاد الجيران لا يسمع كلامي أبدا ويقاطعني كثيرا وقالت الام بأنها تعبت في تربية هذا الولد خاصة أن الوالد يعمل بعيدا عن البيت في مدينة أخرى وهو دائما مسافر ومما زاد على الأم النتائج المتدنية للحالة في الدراسة "راني عارفة بلي ولدي مايقراش مليح " تقول لا أستطيع ان أراجع له الدروس لأنني اتعب كثيرا فالزوج غير موجود غائب وانا العب دور الاب والأم واتعب كثيرا وتقول الام "الله غالب ما عندي ما نديرلوا كرهني".

المقابلة مع المعلمة:

تقول المعلمة عن الحالة تلميذ مشاكس جدا في القسم ولا يكتب أبدا، كثير الحركة كثير التشويش في القسم كما انه يتلفظ بألفاظ بذيئة، غير منظم أدواته مبعثرة كراساته غير منظمة بدون أغلفة وكثير الشجار مع زملائه وعدواني، يتكلم كثيرا لا يجلس بهدوء يتكلم دون أخذ الإذن إندفاعي لا يركز معي ولا يسمع الكلام ولا يعي الاهتمام بتوبيخه وإنذاره.

نتائج الملاحظة: من خلال ملاحظتنا للحالة تبين أنه كثير الحركة، وكما أنه يعاني من الإندفاعية، فعند إجراءنا لمقابلة معه، لوحظت الحالة يجري ويدور فله فرط نشاط حركي ويجب قبل إكمال السؤال.

الجدول رقم (06): يبين نتائج التقييم القبلي والبعدي للفحص النفسي الحركي للحالة الثانية.

| المجالات | التقييم القبلي | التقييم البعدي |
|-----------------|--|--|
| التخطيط الجسدي | يسمي ويعين الأطراف العليا | يعين ويسمي ويتعرف على جميع أعضاء جسمه |
| الجانبية | يسمي الجانب ولا يستطيع تعيينه | يسمي ويعين الجانب الأيمن والجانب الأيسر |
| الزمن | غياب مفهوم الساعة ولا يعرف تسلسل الأحداث | أصبح يعرف الساعة ويسمي التسلسل الزمني |
| الفضاء | لا يتعرف على مفاهيم الفضاء ويصطدم في الأشياء | أصبح يعرف موضعه في الفضاء ولا يصطدم بالأشياء |
| الحيوية العضلية | لديه شد عضلي | أصبح عنده مرونة |

من خلال الجدول رقم (06) نلاحظ في القياس القبلي أنّ الحالة تعاني من إضرابات التخطيط الجسمي والجانبية والتوجه في الفضاء وكذلك يعاني مشكلة في معرفة تسلسل الأحداث وكذلك تبين أن لديه شد عضلي أما وبعد تطبيق العلاج نلاحظ أن الحالة تحسنت وتمكنت من التعرف على أعضائها كاملة كما أنّها تمكنت من تحديد الجانبية وكذلك استطاعت أن تشغل الحيز الفضائي وذلك عند ملاحظتها عند تأدية النشاطات واستعملت الأدوات بشكل جيد كما أنّها حققت نجاحا في المرونة وذلك بالتحكم في أعضائها.

جدول رقم (07): يبين ما تمّ الحصول عليه من نتائج الملاحظة من خلال الكشف القبلي والبعدي

لإضطراب النشاط الزائد.

| الأعراض | نتائج الكشف القبلي | | نتائج الكشف البعدي | |
|--|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
| | موجود | غير موجود | موجود | غير موجود |
| اولا: أعراض عجز الإنتباه | | | | |
| 1 طفل لا ينتبه للتفاصيل | ✓ | | | |
| 2 كثيرا ما يجد صعوبة للإنتباه لمدة كافية | | | | |
| 3 لا يتبع التعليمات المطلوبة منه | ✓ | | | |
| 4 كثيرا ما يبدو غير مصغ عند الحديث إليه | ✓ | | | |
| 5 كثيرا ما يجد صعوبة في تنظيم أنشطته | ✓ | | | |
| 6 كثيرا ما ينسى الأشياء الضرورية | | | | |

| | | | | |
|-------------------------|---|---|--|---|
| 7 | يتجنب الأعمال التي تتطلب التركيز الطويل | | | |
| 8 | يتشتت إنتباهه بسهولة | ✓ | | ✓ |
| ثانيا: أعراض فرط النشاط | | | | |
| 1 | كثيرا ما يتمل في كرسية | ✓ | | ✓ |
| 2 | كثيرا ما يترك مقعده في الصف | ✓ | | ✓ |
| 3 | يركض ويتحرك في المكان بشكل غير مناسب | ✓ | | ✓ |
| 4 | يصعب عليه القيام بنشاط هادئ | | | |
| 5 | دائما مستعد للإنتلاق | ✓ | | ✓ |
| 3 | يتكلم كثيرا | ✓ | | ✓ |
| ثالثا: أعراض الإندفاعية | | | | |
| 1 | يجيب عن الأسئلة قبل إنتهاء السؤال | ✓ | | ✓ |
| 2 | يجد صعوبة في إنتظار دوره | ✓ | | ✓ |
| 3 | كثيرا ما يقاطع الآخرين | ✓ | | ✓ |

من خلال الجدول رقم (07) يتضح لنا في الكشف القبلي أنّ أعراض تشتت الإنتباه وفرط الحركة والإندفاعية وعدم الإنتباه واضحة وموجودة يعني أنّ الحالة تعاني من اضطراب فرط النشاط الزائد أما وبعد تطبيق العلاج نلاحظ أنّ الأعراض كلها إختفت.

كيفية تطبيق تقنية التعليمات الذاتية للحالة الثانية:

كان لايعرف شرح ما قام به قد من الرغم من أن هذه الخاصية تعتبر طبيعية حيث كان يعجز عن إعطاء تبريرات لكيفية أدائه وتسلسله ومروره بمراحل في التنفيذ، حيث كانت الباحثة في كل جلسة تعتمد الشرح المباشر في ضوء المهاموممارسة الدور والتمثيل إنطلاقا من الباحثة والحالة في ضوء تصحيح أداء الحالة وتوجيه إنتباهه لمواطن الإخفاق والقصور المرار والتكراروالربط بين المهمة المطلوب أدائها والاستراتيجية، تخفيف صعوبة المهمة، تركيب هذه المكونات بطريقة تمكن الحالة من إتباعها وذلك حين يستمع إلى وصف المعالجة للمهارات أو التي يقوم بها لتنمو لديه مرونة التفكير وتقبل التنوع في أداء المهام .

بالنسبة للجلسة الأولى الخاصة بتدريب العملاء على إكتساب مهارة تركيز الإنتباه تطوير وزيادة زمن التركيز وقد تمّ تطبيقها في حصتين متتاليتين.

كان في كل جلسة يتساءل عن:

ما الخطوات الواجب اتباعها؟ ما المعرفة السابقة التي تساعدني في أداء المهمة؟

بالنسبة للجلسة الثالثة الخاصة بتدريب العملاء على إكتساب مهارة المراقبة الذاتية (التقليل من الإندفاعية) تنظيم السلوك وتوجيهه نحو الهدف ملاحظة الذات وضبطها وقد تمّ تطبيقها في حصتين متتاليتين كان في كل جلسة يتساءل عن:

هل أنظم الأشياء بطريقة يسهل استخدامه؟ هل أعمل على ترتيب أفكاري قبل البدء؟ هل الطريقة التي اتبعتها كانت ملائمة؟

بالنسبة للجلسة الخامسة الخاصة بتدريب العملاء على التخفيف من الحركات والسلوكيات المتناقضة وقد تمّ تطبيقها في حصتين متتاليتين

هل أقارن خططي بخطط المعالجة؟ هل أقوم بمراجعة خطواتي في العمل خطوة بخطوة؟

الحالة الثالثة:

الاسم: ع، ش

السن: 06 سنوات و11 شهر

الجنس: ذكر .

المستوى الدراسي : اولى ابتدائي.

السوابق العائلية.

عمر الام: 41 سنة، مائنة بالبيت

عمر الأب : 44 سنة موظف في شركة عمومية.

المستوى المعيشي: حسن.

الرتبة بين الاخوة: المرتبة الثانية بين أربعة إخوة (ثلاث بنات).

الأختين الكبيرتين واحدة 15 سنة والثانية 12 سنة والصغيرة 05 سنوات

لا توجد قرابة بين الزوجين

السوابق الشخصية :

ظروف الحمل والولادة: الحمل مرغوب فيه.

ولادة عادية

وزن الطفل :4 كلغ و500 غ عادي

لا توجد امراض خطيرة

النمو النفس _حركي:

الإبتسامة:03 أشهر.

الجلوس: حوالي 08 أشهر.

الحبو:08 أشهر.

الوقوف: سنة وشهر.

المشي: سنة ونصف.

النظافة: ثلاث سنوات تأخر في اكتساب النظافة.

الفظام : في سنتين.

القوة النفسية الحركية:

الجانبية :يستعمل اليدين.

ادراك المكان: طفل غير منظم يذهب دائما متأخر إلى القسم، آخر من يدخل القسم بعد وقت

الراحة غير منظم في هندامه وأدواته ومحفظته.

إدراك الزمن: لا يعرف التاريخ الكامل لسنة ميلاده، لا يعرف رقم الهاتف في المنزل يخلط بين

الارقام، لا يعرف تحويل الساعة الى الثواني او دقائق لا يعرف قراءة الساعة .

التناسق الحركي: مشوش، يتحرك كثيرا في القسم مندفع، يصطدم بزملائه كثيرا في القسم والساحة .

السلوك : تلميذ مشاغب، ومفرط في الحركة .

المقابلة مع الحالة.

الباحثة : مساء الخير.

الحالة: مساء الخير .

الباحثة : جيت نسقسيك شوي أسئلة وتجاوبني عليها.

الحالة : ماعليش.

الباحثة : ماهو إسمك؟

الحالة : ع ش

الباحثة :شحال عمرك؟

الحالة : سنة سنوات .

الباحثة : أذكر لي تاريخ ميلادك بالكامل؟

الحالة : يذكر الشهر واليوم فقط.

الباحثة : سمي لي رقم الباب والحي لي تسكن فيه؟

الحالة : يسمي الحي فقط

الباحثة : راك حافظ رقم هاتف المنزل أو أحد الوالدين؟

الحالة : ما نعرفش مانيش حافظ .

الباحثة : كم يوجد لديك من اخوة؟

الحالة : أربعة ينهض من مكانه ويقول خلاص كملتي؟

الباحثة : مزال ما هو ترتيبك بين اخوتك؟

الحالة : يفكر قليلا ثم يجيب (أنا هو الثالث) وهو يتمل في الكرسي.

الباحثة : واش يخدم الاب نتاعك؟

الحالة : خدام في الشركة .

الباحثة : والأم واش تخدم؟

الحالة : ما تخدمش.

الباحثة : ما هو إسم معلمتك؟

الحالة : عائشة.

الباحثة : واش راك تقرا مليح؟

الحالة : شوية .

الباحثة : علاه شوية؟

الحالة : لخاطر مانجيش نقاط مليحة في الامتحان، ينهض من مكانه مرة أخرى.

الباحثة : والمعلمة تعاونك ولا لا في القراءة؟

الحالة : راهي لا هيا (غير بالأولاد لي يقرأو مليح ولي يقعدوا القدام)ملاحظة الحالة تجلس في المكان

الاخير، كي نرفع صبعي نحب نجابو متخلينيش.

الباحثة : وقيلا نتا كيما راني نشوف في القسم تشوش وتنوض من بلاصتك بزاف وما تسمعش هدرتها؟

الحالة : نتقلق كي هيا ما تخلينيش نجابو ملا نرجع ندير المشاكل والفوضى في القسم.

الباحثة : كيفاش هي علاقتك مع خواتاتك ووالديك ؟

الحالة : مانتفاهمش معاهم وخطرات يضر بوني .

الباحثة : كيفاش هي علاقتك مع صحابك في المدرسة ؟

الحالة : معنديش صحاب على خاطر بلخف نتقلق وندابز معاهم .

الباحثة : واش شراك حاب تولي في المستقبل ؟

الحالة : عسكري كبير،(يعني رتبة كبيرة)

ملخص المقابلة مع الام :

تقول الام عن الحالة بأنه طفل مشاكس وعدواني يعمل الكثير من المشاكل داخل وخارج البيت ولا يراجع دروسه إذ وبمجرد الوصول الى البيت يرمي المحفظة أمام الباب ويذهب الى اللعب مع أصحابه خارجا هو طفل غير منظم في كل شيء لا يقدر الوقت كثير الحركة مخرب لكل شيء يجده أمامه لا يبالي رغم تلقيه العقوبات والضرب ثيابه دائما غير نظيفة ومتسخة يحب أن يظهر بمظاهر الرجولة (حاسب روجو راجل) لا يهتم بما أقوله تحاول أخته مساعدته في الدراسة لكنه لا يريد ويهرب منها رغم أن المعلمة تبعث لنا دائما ملاحظات للاهتمام به الأب دائما غائب بسبب العمل وعندما يأتي وأخبره بما يفعل يقول لي بأنه متعب ويترك الطفل يفعل ما يحلو له .

ملخص المقابلة مع المعلمة:

تقول المعلمة عن الحالة بأنه تلميذ مشاكس في القسم ولا ينتبه لدروسه غير منظم ويأتي دائما متأخرا الى القسم، ويطلب دائما الخروج الى الراحة للهروب من حضور الدروس فهو عندما يرفع اصبعه فقط من اجل الاستهزاء والسخرية وليس من اجل الاجابة، لا يفهم التعليمات التي اعطيها له فهو ضعيف في جميع الماد تقريبا مواد الحفظ ومتوسط في الحساب، لا يراجع دروسه كما ان كتابته وقراءته غير مفهومة، ويتصرف كأنه رجل اكبر من زملائه، ويقوم بتصرفات غير مهذبة، حيث يعيد ورائي الكلام ويشوش على زملائه وكثير الحركة حيث ينتقل في القسم بين الطاولة احيانا أطرده من القسم واضطرت عدة مرات لاستدعاء والدته ليحسن من سلوكه لكن دون جدوى معه.

نتائج الملاحظة: من خلال ملاحظتنا الحالة وجدناه يعاني من اضطراب النشاط الزائد مصحوب

باندفاعية كما أنه لديه اضطراب الإدراك.

جدول رقم (08): يمثل نتائج التقييم القبلي والبعدي للفحص النفسي الحركي للحالة الثالثة.

| المجالات | التقييم القبلي | التقييم البعدي |
|-----------------|---|--|
| التخطيط الجسدي | لا يتعرف على أطراف الجذع | أصبح يتعرف على الجذع |
| الجانبية | لا يستطيع تعيين الجانبية على نفسه وعلى غيره | أصبح يستطيع تعيين الجانبية على نفسه وعلى غيره |
| الزمن | لا يعرف تعاقب الأحداث وتسلسلها | أصبح يدرك تسلسل الأحداث |
| الفضاء | لا يتعرف على وضعياته بالنسبة للأشياء | أصبح يتعرف على ويدرك المسافة بينه وبين الأشياء |
| الحيوية العضلية | لدية شد عضلي | أصبح عنده ليونة |

من خلال الجدول (08) نلاحظ في القياس القبلي أنّ الحالة تعاني من إصابات التخطيط الجسمي والجانبية والتوجه في الفضاء ووالزمن كذلك يعاني مشكلة الشد العضلي أما وبعد تطبيق العلاج نلاحظ أن الحالة تحسنت وتمكنت من التعرف على أعضائها كاملة كما أنّها تمكنت من تحديد الجانبية وكذلك استطاعت أن تشغل الحيز الفضائي ووالزمني ذلك عند ملاحظتها عند تأدية النشاطات واستعملت الأدوات بشكل جيد كما أنّها حققت نجاحا في مستوى مرونة استعمال الجسم.

جدول رقم (09): يبين ما تمّ الحصول عليه من نتائج ملاحظة الكشف القبلي والبعدي لإضطراب النشاط الزائد.

| الأعراض | نتائج الكشف القبلي | | نتائج الكشف البعدي | |
|---|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
| | موجود | غير موجود | موجود | غير موجود |
| أولا: أعراض عجز الإنتباه | | | | |
| 1 طفل لا ينتبه للتفاصيل | ✓ | | | ✓ |
| 2 كثيرا ما يجد صعوبة للإنتباه لمدة كافية | ✓ | | | ✓ |
| 3 لا يتبع التعليمات المطلوبة منه | ✓ | | | ✓ |
| 4 كثيرا ما يبدو غير مصغ عند الحديث إليه | | | | ✓ |
| 5 كثيرا ما يجد صعوبة في تنظيم أنشطته | | | | ✓ |
| 6 كثيرا ما ينسى الأشياء الضرورية | | | | ✓ |
| 7 يتجنب الأعمال التي تتطلب التركيز الطويل | | | | ✓ |
| 8 يتشتت إنتباهه بسهولة | | | ✓ | |
| ثانيا: أعراض النشاط الزائد | | | | |
| 1 كثيرا ما يتململ في كرسيه | | | ✓ | |
| 2 كثيرا ما يترك مقعده في الصف | | | ✓ | |

| | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|---|
| 3 | يركض ويتحرك في المكان بشكل غير مناسب | ✓ | | ✓ |
| 4 | يصعب عليه القيام بنشاط هادئ | ✓ | | |
| 5 | دائما مستعد للانطلاق | ✓ | ✓ | |
| 6 | يتكلم كثيرا | ✓ | | |
| | ثالثا: اعراض الإندفاعية | ✓ | | |
| 1 | يجيب عن الأسئلة قبل إنتهاء السؤال | ✓ | | |
| 2 | يجد صعوبة في انتظار دوره | ✓ | | |
| 3 | كثيرا ما يقاطع الآخرين | ✓ | | |

من خلال الجدول رقم (09) يتضح لنا في الكشف القبلي أنّ أعراض تشتت الإنتباه وفرط الحركة والإندفاعية واضحة وموجودة يعني أنّ الحالة تعاني من اضطراب فرط النشاط الزائد أما وبعد تطبيق العلاج نلاحظ أنّ الأعراض كلها إختفت.

كيفية تطبيق تقنية التعليمات الذاتية للحالة الثالثة:

كان لا يتجاوب مع الأماكن المغلقة والنشاطات التعليمية الروتينية فكان لزاما تجسيد الحصص في أشكال ممارساتية تمر عبر مراحل، حيث كانت الباحثة في كل جلسة تعتمد الشرح المباشر في ضوء المهاموممارسة الدور والتمثيل إنطلاقا من الباحثة والحالة في ضوء تصحيح أداء الحالة وتوجيه إنتباهه لمواطن الإخفاق والقصور المرار والتكراروالربط بين المهمة المطلوب أداؤها والاستراتيجية، تخفيف صعوبة المهمة، تركيب هذه المكونات بطريقة تمكن الحالة من إتباعها وذلك حين يستمع إلى وصف المعالجة للمهارات أو التي يقوم بها لتنمو لديه مرونة التفكير وتقبل التنوع في أداء المهام .

بالنسبة للجلسة الأولى الخاصة بتدريب العملاء على إكتساب مهارة تركيز الإنتباه تطوير وزيادة زمن

التركيز وقد تمّ تطبيقها في حصتين متتاليتين

كان في كل جلسة يتساءل عن:

لما أعيد قراءة الموقف أكثر من مرة؟ ما الأفكار التي ترد إلى ذهني أثناء قراءة الموقف؟

بالنسبة للجلسة الثالثة الخاصة بتدريب العملاء على إكتساب مهارة المراقبة الذاتية (التقليل من

الإندفاعية) تنظيم السلوك وتوجيهه نحو الهدف ملاحظة الذات وضبطها وقد تمّ تطبيقها في حصتين متتاليتين

كان في كل جلسة يتساءل عن:

هل أحتاج للعودة لمراجعة العمل؟ هل يمكنني التأكد من صحة الخطوات التي اتبعتها؟ هل يمكنني تقديم شرح مباشر لكيفية فعل ما فعلت؟ أين كانت نقاط قوتي ونقاط ضعفي حول ما قمت به؟ هل أستطيع أن أوضح كيف ارتبطت الأفكار ببعضها البعض؟

بالنسبة للجلسة الخامسة الخاصة بتدريب العملاء على التخفيف من الحركات والسلوكيات المتناقضة وقد تمّ تطبيقها في حصتين متتاليتين

كان في كل جلسة يتساءل عن:

هل أقوم بمراجعة و تقييم سرعتي في الأداء على المهمات التي انجزها؟ هل أعمل على توزيع الزمن المخصص على المهمات؟ هل أقارن مستواي الحالي بالسابق و بزملائي؟

هذه التساؤلات التي كانت تتكرر في كل الجلسات و توظف بحسب متطلبات المهمة وأهدافها إذ تخدم هذه التساؤلات فنيتي الحوار الداخلي و التفكير بصوت مسموع مع مراعاة الوقت في الانجاز، وكذا فنية المراقبة الذاتية. في حين أن استراتيجية التكفير بصوت مسموع هدفت في هذا البرنامج العلاجي إلى تنمية قدرة العميل على التعبير عن أفكاره أثناء أداء المهمة، من خلال التفكير بصوت مرتفع أثناء الأداء، تم التدريب على هذه الاستراتيجية من خلال التطبيق على أداء المهام، في أوضاع ثنائية، حيث يتحدث العميل عن المهمة ويصف عملياته في التفكير بينما تستمع إليه المعالجة وتوجه له الأسئلة من أجل مساعدته على توضيح تفكيره. كما استخدمت الباحثة معززات اجتماعية، لفظية وجسدية مثل تحريك الرأس، الابتسامة، الملامسة الجسدية، والتي تم توظيفها بحسب متطلبات مواقف الجلسات العيادية العلاجي. وإعطاء الشرح المباشر والواضح للأداء ومراحل المجزئة بأوقات محددة.

2. تحليل ومناقشة وتفسير النتائج:

- تحليل الحالات:

تحليل الحالة الأولى:

الحالة ذكر عمره 7 سنوات يدرس في السنة الثانية ابتدائي، ظروفه العائلية متوسطة، نموه عادي من كل الجوانب، لا يعاني من إعاقة حسية أو حركية أو اضطراب لغوي، لا يوجد اضطراب النشاط الزائد في الأسرة، لا يعاني من أي اضطرابات نفسية، تعاني الحالة من اضطراب النشاط الزائد من خلال الملاحظة المباشرة لتصرفاته في مكان المتابعة النفسية من خلال الأعراض التي شخصناها إذ ظهرت عليه المؤشرات الواضحة مثل الحركة الزائدة التنقل في القاعة والكلام الكثير.

كذلك من خلال المقابلة مع المعلمة التي أكدت لنا الصعوبة الكبيرة التي تجدها مع الحالة أثناء الدرس بالإضافة إلى أنه ينتقل داخل القسم من صف إلى آخر، ويقاطعها أثناء حديثها يطلب كثرة الخروج، التكلم في القسم بدون طلب الإذن من المعلمة، رفع الإصبع دون تكلم السؤال صعوبة تتبع التعليمات.

أما بالنسبة للمقابلة مع الأم فتقول لا توجد قرابة بين الوالدين، الطفل كثير الحركة ولا يتبته لما أقوله، وكذلك يعاني من مشكلة في النوم فنومه متقطع، ومهمل لدراسته ويقلقها كثيرا لأنه كثير الحركة ونشط جدا فتضطر لضربه وهو دائما في شجار مع إخوته كذلك من خلال المقابلة مع الحالة يظهر بأنه واعي بهذا الاضطراب ويعاني منه خاصة عند قوله عن علاقته بوالديه "مش مليحة يضربوني يقولو لي عييتنا بزاف لخاطر تقباح "

وهذا ما أكدته العديد من الدراسات بأن هناك علاقة بين أساليب المعاملة الوالدية الأسرية وإضطراب النشاط الزائد، حيث كشفت نتائج تلك الدراسات على أن الأطفال المصابين بإضطراب ضعف الإنتباه والنشاط الزائد أكثر إدراكا لاتجاهات الآباء والأمهات السلبية.

ومن خلال كلام الحالة تبين لنا أنه يشعر بالتهميش من طرف المعلمة حسب قوله "تضربني لا خاطر نقباح ومتخلينش نجابوب" وكذلك من طرف زملائه فهو يقول عن علاقته بهم " ندابزو بزاف لخاطر كي نوض من بلاستي ما نلقاش حوايجي" وهذا يدل على أنّ الحالة تعاني مشكلات علاقية يعود سببها الرفض المستمر

للطفل من طرف الآخرين وإشعاره بالدونية: حيث أن عدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياته يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص ويحاول الانتقام من الآخرين. (أحمد زغبى، 2005: 109).

كما أنّ لدى الحالة ذاكرة سمعية وبصرية طويلة المدى جيدة، وهذا ما لاحظناه من خلال المعلومات الشخصية التي أعطينا إياها في المقابلة نصف الموجهة، والتي تدل على ان لديه ذاكرة جيدة إلا أنه أخفق في الإجابة التي تتطلب التجريد والتسلسل مثل استرجاع رقم الهاتف، تاريخ ميلاده بالكامل، رقم باب البيت. الحالة لم تتعرف على جميع أعضاء جسده في الإختبار القبلي كما حصل عندها خلط في تعيين الجانبية وتمييز الشمال من اليمين على ذاته، حيث أخطأ في تعيين الأذن اليسرى على نفسه أما فيما يخص الجانبية اليدوية وجانبية العين والقدمين فقد أدت الحالة النشاطات بالجهة اليمنى وتبين أنها تعاني من اضطراب التوجه المكاني كما أنها تعاني من عدم التوازن وعدم القدرة في التحكم في العضلات وبعد تطبيق العلاج وفي الإختبار البعدي نلاحظ أنّ الحالة تمكن من التحسن والتطور.

التحليل الشامل للحالة الثانية:

الحالة طفل يدرس بالسنة الثانية ابتدائي، عمره 7 سنوات، المولود الأول في الأسرة، ظروفه الاجتماعية والاقتصادية متوسطة، كان مرغوب فيه من طرف الأم، لا يعاني من أية إعاقة حسية، حركية أو عقلية، توجد في العائلة حالة اضطراب النشاط الزائد عند الأب كذلك توجد قرابة بين الوالدين وهذا يدل على أنّ أحد أسباب ظهور النشاط الزائد هو عامل الوراثة والذي أكدته العديد من الدراسات.

الحالة يعاني من الثثرة الشديدة والسلوكيات غير المتكيفة، حيث يتشاجر كثيرا مع الأولاد ويتلفظ بألفاظ بذيئة حيث تشتكي منه الأم كثيرا ومن سلوكياته تقول (كرهني هذا الطفل)

وفي قولها (ما عندي ما نديرلو) أما المعلمة فتقول عنه أنه مشاكس جدا في القسم، غير منتبه إلى دروسه، يشوش كثيرا في القسم غير منظم، أدواته مبعثرة، يعاني من كثرة الحركة كثير الشجار مع زملائه وغير ملتزم بالواجبات كذلك يعاني من الإهمال من طرف الأب فالأب دائما مسافر ويهتم لأمره وهذا ما أكدته بعض الدراسات بأن مثل هؤلاء الأطفال مهيوون للنشاط الزائد بسبب خصائصهم الانفعالية وهم يستجيبون للنشاط المفرط عندما يتعرضون لضغوطات بيئية تفوق قدرتهم على التحمل وترجع هذه الضغوطات إلى صعوبة التفاعل بين الطفل وبيئته الاجتماعية كعدم التواصل الوالدي وغياب الأب والفقر والحرمان والذي ينتج عن ذلك تأثر الطفل الدائم وضعف إحساسه بقيمته وحرية الشخصية ورفض إتباع القواعد السلوكية التي تحكم التعامل مع

الآخرين إذ يقوم ببعض السلوكيات الغير مرغوب فيها التي تؤذي الآخرين لذلك فإن الآخرين المحيطين به يشعرون بالاستياء منه ولا يرغبون في وجوده معهم أو التعامل معه ومن ثم يشعر أنه عاجز على التوافق الاجتماعي معهم.

كذلك يعاني من تدني التحصيل الدراسي مما زاد حيرة الأم في قولها) راني عارفة بلي ولدي مايقراش مليح وهذا ما أكدته دراسة العاسمي 2001 وجود فروق بين الأطفال مفرطي الحركة والعادين في تلك المتغيرات كالاكتئاب، التحصيل الدراسي، التوافق النفسي.

ولقد تبين لنا في التقييم القبلي للفحص النفسي أن الحالة تعاني من اضطرابات في التخطيط الجسمي وذلك لأنه لم يستطع تعيين الأطراف العليا من جسمه غياب مفهوم الساعة لديه ولا يعرف تسلسل الأحداث ولم يتعرف على مفاهيم الفضاء ويصطدم في الأشياء كما أن لديه شد عضلي يعاني من عدم التناسق الحركي وبعد تطبيق التقنية العلاجية والقيام بالتقييم البعدي وجدنا أن هناك تحسن.

التحليل الشامل للحالة الثالثة:

الحالة ذكر عمره 6 سنوات و 11 شهر يدرس بالسنة الاولى ابتدائي يأتي في المرتبة الثالثة من بين أربع أخوات لا يعاني من أية إعاقة حسية حركية أو تخلف عقلي مراحل النمو كانت عادية جدا ما عدا في اكتساب النظافة، لم يتعرض لأية مشاكل صحية خطيرة يستعمل يده اليمنى في الكتابة وفي كل النشاطات اليومية، لا يعاني من صعوبات لغوية، لا يوجد اضطراب النشاط الزائد في العائلة ظهر عنده عند مقابلتنا للحالة ومن الملاحظة داخل قسم المتابعة بدا لنا تلميذ مشاكس، يتحرك كثيرا في القاعة، لا يحترم معلمته ولا يطيع الأوامر، غير مهتم بالدرس، واعي بنشاطه الزائد وإندفاعيته ولا يقدر أن يتحكم في حركاته، يحس بالتهميش والاحتقار من طرف المعلمة حيث يقول (كي نرفع صبعي نحب نجاب متخلينيش) كذلك راهي لاهيا غير بلولاد لي يقرأو مليح وليقعديو في القدام (كذلك جلوسه في المكان الأخير كعقاب له على سلوكاته وتدني تحصيله الدراسي، مما يجعل الحالة تعوض بسلوك التشويش والمشاكسة في القسم، ويظهر من خلال قوله (كي ماتخلينيش نجاب نرجع ندير المشاكل والفوضى في القسم). أما عن علاقته مع زملائه لا يوجد عنده زملاء في قوله (معنديش صحاب على خاطر بلخف نتقلق وندابز معاهم).

حيث يعمم قائلا (كلهم ذراري) وهذا ما أكدته قول الأم (راهو حاسب روجو راجل في الدار) وهذا ما يدل على ردود فعل المهابة أم يتصرف وكأنه شخص كبير وما يساعده على ذلك أنه ذو قامة وبنية فيزيولوجية قوية شديدة، هذا ما ظهر من خلال أمنيته في المستقبل وهو أن يصبح (عسكري كبير) أي برتبة كبيرة لأنه يعتمد على قوته العضلية وبنيته الجسدية، كتعويض عن المشاكل العلاقية وإثبات ذاته تقول المعلمة عن الحالة

أنه تلميذ مشاكس في القسم، لا ينتبه، غير منظم، يهرب من الدروس بالطلب المتكرر بالخروج إلى الراحة، ضعيف في جميع المواد تقريبا ما عدا الحفظ ومتوسط في الحساب في بعض الأحيان تضطر إلى طرده وأحيانا أخرى لا تبالي به، وتتركه يفعل ما يريد.

ومن خلال نتائج الفحص النفسي الحركي وفي التقييم القبلي تبين أن الحالة تعاني من اضطرابات والتمثلة في أن الطفل لا يتعرف على أطراف الجذع لا يستطيع تعيين الجانبية على نفسه وعلى غيره لا يعرف تعاقب الأحداث وتسلسلها لا يتعرف على وضعياته بالنسبة للأشياء لدية شد عضلي وبعد التعرض للتقنية العلاجية وجدنا أن هناك تحسن.

التحليل الشامل للحالات:

من خلال الحالات تبين أنه يوجد بعض التفسيرات النفسية للإفراط في النشاط الحركي بصفته سمة مزاجية، والتي أشار فيها بيتلهاميم Bettelheim إلى أن هناك أطفالاً مهينون للنشاط المفرط بسبب خصائص مزاجية، وهم يستجيبون للنشاط المفرط عندما يتعرضون لضغوط بيئية تفوق قدرتهم على التحمل، وترجع هذه الضغوط البيئية إلى صعوبة التفاعل الجيد بين الطفل وبيئته الاجتماعية، وقد يؤدي عدم قدرة الطفل على الاستجابة بطريقة تتفق مع خصائص مزاجه السلبي إلى شعوره بأنه مشكلة، مما يؤدي إلى تدهور مفهومه للذات.

وحيث ذكر هاش وهو هنستون Hash & Hohanston (1995) أن أساليب المعاملة الوالدية يشعر الطفل منها بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه، فإنها تؤدي إلى إصابته باضطراب الانتباه الصحيحة التي يشعر الطفل منها بالقبول والاهتمام والحب من والديه تؤدي إلى توافقه النفسي والاجتماعي، أما أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض الصريح أو المقنع، والإهمال، واللامبالاة بالطفل، والعقاب البدني أو النفسي الشديد.

ومن خلال هذه السمات الأخيرة، وانطلاقا من مجموع الأعراض المطروحة نلاحظ أن هذه الفئة من المصابين تعاني مما يوصف بعدم المعرفة والوعي بعملياتهم المعرفية وعجزه عن تنظيم ومراقبة تفكيرهم، مما يعيق إتاحة الفرصة للسيطرة بفاعلية على عملياتهم العقلية، بمعنى آخر أن الطفل المصاب يفتقر إلى مجموعة من المهارات المسؤولة عن تكوين الوعي المستمر عما يعرف وما لا يعرف، ووعيه بحالته المعرفية والوجدانية والدافعية الراهن، وكذا وعيه عما يفعله حاليا، والتمثلة في عدم قدرته على التخطيط لأفعاله وسلوكياته، وعدم مراقبته لما يفعله، ناهيك عن عدم تقييمه لما يقوم به، وبمعنى آخر فإن كل ما سبق من تحليل يختصر في عملية واحدة متمثلة في افتقار الطفل المصاب بهذا الاضطرابات إلى مهارات التفكير الميتم معرفي، وهذا ما أشار

إليه "ميرسرMerce" عام 1979 إن هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى مهارات ضبط الذات لكي يساعدوا أنفسهم في الاستقلال عن الآخرين مما ينعكس سلبا على المهارات الاجتماعية " .

- مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الفرضيات:

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الأولى:

تشير هذه الفرضية إلى أنه: تقنية التعليمات الذاتية لها دور في خفض نقص الانتباه لدى الأطفال

-من خلال نتائج الكشف البعدي للملاحظة الموضحة في الجدول رقم (05)، (07)، (09)، ومن خلال الاستنتاجات التفصيلية للتقييم البعدي للفحص النفسي الحركي ، وفي ضوء تطبيق التقنية العلاجية، نستنتج أن التقنية العلاجية لها دور في خفض بعد نقص الانتباه للحالات من خلال إختلاف الواضح بين الكشف القبلي والبعدي لأعرض تشتت الإنتباه والتي جاءت في صالح الكشف البعدي، هذه النتيجة التي تفر انخفاض أعراض وملامح نقص الانتباه عند الحالات والتي تفر كذلك بتحقق الفرضية.

- يعزى هذا النجاح في خفض نقص الانتباه عند الحالات إلى نجاعة التقنية العلاجية التي راعينا فيها عديد من الجوانب المساهمة في نجاحها، إذ نلاحظ معظم أعراض نقص الإنتباه لدى الحالات غير موجودة في الكشف البعدي، كما أن ملامح الاضطراب عند الحالات قد تراجعت بوضوح حيث أصبحوا أكثر قدرة على القيام بالأعمال التي يكلفون بها من طرف والديهم بدون أن يخطئوا، كما أن شرودهم إلى الكراسي و اللوحات أو الأبواب قد انعدم، إذ أصبحوا يفهمون ما يقال لهم ويتبعون التعليمات المطلوبة منهم، حتى أنهم لم يعدوا ينتقلون بين الواجبات والألعاب و المهام الموكلة إليهم دون إتمامها، هذا ما انعكس على تطورهم النفسي الحركي الذي أصبحوا أكثر وعيا بأجسادهم وكيفية تحر كها في الفضاء والقدرة في السيطرة وتطور مفهوم الزمن وأصبح أكثر تسلسلا و ترتيبا وتنظيما، هذا التنظيم الذي عمموه حتى على أماكن تواجدهم وكما صرحت أمهاتهم أنهم أصبحوا أكثر حرصا على أشياءهم الخاصة، أدواتهم، وحتى بطاقة المتابعة، كما أقرت الأمهات تحسن ملحوظ أما عن المعلمات فيقلن قد تراجعت نقص الانتباه و بحسب ما عضده رأي الأخصائية النفسانية العيادية بالمؤسسة حيث لوحظ: أنّ الحالات لم يعدوا يخطئوا في الواجبات التي كما الواجبات التي تكلفه بها الباحثة المعالجة في الجلسات العلاجية حتى وإن يخطئوا لوحظت مثابرتهم لتحقيق الهدف المسطر، وذلك لعدم شرودهم كما كانوا في البداية، حتى أنهم أصبحوا أكثر قدرة على استكمال جزئيات الواجب أو المهمة في الجلسة لينتقلوا للجزء الموالي بكل منهجية، كما أن شرحهم لما

قاموا به قد تحسن من الرغم من أن هذه الخاصية تعتبر طبيعية للهيمنة الدماغية اليمنى حيث كان يعجز عن إعطاء تبريرات لكيفية آدائه وتسلسله ومروره بمرحلية في التنفيذ.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثانية:

تشير هذه الفرضية إلى أنه: تقنية التعليمات الذاتية لها دور في خفض فرط الحركة لدى الأطفال

- من خلال نتائج الكشف البعدي للملاحظة الموضحة في الجدول رقم (05)، (07)، (09)، ومن خلال الاستنتاجات التفصيلية للتقييم البعدي للفحص النفسي الحركي، وفي ضوء تطبيق التقنية العلاجية. نستنتج أن التقنية العلاجية لها دور في خفض بعد النشاط الزائد للحالات من خلال إختلاف الواضح بين الكشف القبلي والبعدي لأعرض النشاط الزائد والتي جاءت في صالح الكشف البعدي، هذه النتيجة التي تفر إنخفاض أعراض وملامح عند الحالات والتي تفر كذلك بتحقق الفرضية.

- يعزى هذا النجاح في خفض فرط الحركة عند الحالات إلى نجاعة التقنية العلاجية التي راعينا فيها عديد من الجوانب المساهمة في نجاحها، إذ نلاحظ فرقا واضحا بين، إذ نلاحظ معظم أعراض لدى الحالات غير موجودة في الكشف البعدي، كما أن ملامح الاضطراب عند الحالات قد تراجعت بوضوح حيث أصبحوا لا يتركون مقاعدهم أثناء شرح المعلمات للمهمة أو النشاط الموكل إليهم

مثلا أصبحوا يلعبون مع زملائهم مع احترام دورهم ووقتهم، إذ أكد من خلال الكشف البعدي وملاحظات المعالجة وكل من حوله عن انخفاض فرط الحركة لديهم، كما أن ملامح النشاط الزائد في المنزل قد تراجعت بوضوح حيث أصبحوا أكثر هدوء عند انتقالهم بين حجرات المتزل أو فتح الباب عند القرع فكانوا يجرون ويركضون حتى أنهم أصبحوا أكثر احتراماً لترتيب المتزل وأثاثه بحيث أنهم أصبحوا لا يصرخون في وجوه إخوتهم، حتى أن كلامهم مع الآخرين قد تحسن ولم يعدوا يخاطبون أكثر من شخص في نفس الحين. ومن خلال كلام المعلمات وآراء الأخصائية النفسانية العيادية، حيث أنهم لم يعد يتململون في الكرسي ولا يركضون عند انتقالهم أو تحركهم بين صفوف القسم، كما أن تحركهم بدون سبب وبدون هدف قد قل كثيرا بعدما كانوا لا يستقرون على الاطلاق داخل القسم، حتى أن خروجهم من القسم أو من اللعبة في الفناء قل كثيرا كما أنهم أقلعوا عن إحداث الفوضى بالقسم، إذ أن فترة استقرارهم في أداء مهمة أصبح أطول إذ يصل حتى 45 دقيقة دون انقطاع واضح في آخر الجلسات المعتمدة معهم.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثالثة:

تشير هذه الفرضية إلى أنه: تقنية التعليمات الذاتية لها دور في خفض الإندفاعية لدى الأطفال

- من خلال نتائج الكشف البعدي للملاحظة الموضحة في الجدول رقم (05)، (07)، (09)، ومن خلال الاستنتاجات التفصيلية للتقييم البعدي للفحص النفسي الحركي ، وفي ضوء تطبيق التقنية العلاجية. نستنتج أن التقنية العلاجية لها دور في خفض بعد الاندفاعية للحالات من خلال إختلاف الواضح بين الكشف القبلي والبعدي لأعرض الاندفاعية والتي جاءت في صالح الكشف البعدي، هذه النتيجة التي تفر انخفاض أعراض وملامح الاندفاعية عند الحالات والتي تفر كذلك بتحقق الفرضية.

- يعزى هذا النجاح في خفض الاندفاعية عند الحالات إلى نجاعة التقنية العلاجية التي راعينا فيها عديد من الجوانب المساهمة في نجاحها، إذ نلاحظ معظم أعراض الاندفاعية لدى الحالات غير موجودة في الكشف البعدي، كما أن ملامح الاضطراب عند الحالات قد تراجعت بوضوح حيث أصبحوا أكثر ترتيباً عند إجاباتهم على أسئلة والديهم، كما أن تعجلهم وعدم احترامهم لدورهم بين إخوتهم قد اختفى، كما أنهم لم يعدوا يقاطع الآخرين في حديثهم وإنما ينتظرون حتى تتاح لهم الفرصة لذلك، ولم يعد يقحمون نفسه فيما لا يعنيه أو يتدخل في ألعاب إخوته غير أنهم كما أقرت الأمهات، لتؤكد المعلمات هذه النتيجة الايجابية من خلال ملاحظاتهم لتحسن الحالات من ناحية انخفاض تسرعهم في الإجابات وعدم إقحام أنفسهم فيما لا يعينهم، كما أنهم أصبحوا يحترمون كلام زملائهم، وعدم مقاطعتهم، وعدم تعجل دورهم في أداء المهام...

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضية العامة:

تشير هذه الفرضية إلى أنه: تقنية التعليمات الذاتية لها دور في خفض فرط النشاط الزائد لدى

الأطفال

أ- في ضوء ما سبق عرضه وتحليله من نتائج الدراسة :

يمكن التوصل إلى ما يلي:

1- دلت نتائج التقييم القبلي بالنسبة للفحص النفسي الحركي، وكذا نتائج الملاحظة خلل في إكتساب (التخطيط الجسمي الجانبية التوجه في المكان والزمان وكذا الحيوية العضلية) وإرتفاع مستوى النشاط الزائد والإندفاعية لدى أطفال الدراسة مما يشير إلى أنّ لديهم اضطرابات، وإنعكاس ذلك على سلوكياتهم

وتصرفاتهم بصفة خاصة وقد يمتد ذلك الإنعكاس من وجهة نظر الدراسة ليشمل نشاطهم الأكاديمي بصفة عامة.

2 - دلت نتائج أفراد الدراسة من خلال التقييم (القبلي / البعدي) للفحص النفسي الحركي في الدراسة على وجود إختلاف جوهري لصالح التقييم البعدي، مرد هذا الإختلاف يرجع إلى التعرض للمثيرات العلاجية للتقنية بالإضافة ويعزى الإختلاف في التقييم البعدي لأفراد الدراسة إلى عاملين هما:

- تحسن مستوى التخطيط الجسدي والجانبية وكذا التوجه في الفضاء والزمان والحيوية العضلية لدي الأطفال وأثره الإيجابي على تنمية قدراتهم علي التحكم في حركاتهم.

- فعالية التقنيات الخاصة بالنشاط الزائد والاندفاعية وتشتت الإنتباه والمتضمنة في التقنية العلاجية من جهة وما أبداه أفراد الدراسة من تفاعل إيجابي مع هذه التقنية من جهة أخرى.

ب- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة:

لما كان محور اهتمام الدراسة الحالية هو تطبيق تقنية علاجية على الأطفال المصابين بفرط النشاط الزائد، فإنه من الأهمية بمكان مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء ما تناوله الإطار النظري للدراسة وما عرضته من دراسات سابقة وفقا لما يلي:

1/ أسباب فرط النشاط الزائد

اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة رياض نايل العاسمي 2001 حيث ركز هذا الباحث على دراسة النشاط الزائد عند الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات وهي الاكتئاب، التحصيل الدراسي، التوافق النفسي ببعديه الاجتماعي والشخصي، بأن الأطفال ذو النشاط الزائد هم أكثر اكتئابا، وتحصيل دراسي ضعيف، وهم غير متوافقين اجتماعيا وشخصيا.

دراسة فاق Vaught 1999 حيث أسفرت النتائج عن وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين المفاهيم الوالدية الخاطئة والسلوك المضطرب للطفل ولاسيما إضطراب الإنتباه والاندفاعية والنشاط الزائد والعدوانية.

2/ علاج فرط النشاط الزائد

- إتفقت مع دراسة سعيد بن عبد لله إبراهيم ديبس والسيد إبراهيم السمدوني (1997) التي اتضحت من النتائج أن التدريب على الضبط الذاتي كان ذو فاعلية كبيرة في الأداء وبما جاء به مصطفى منصورى 2005 التي العلاج من خلال التدريس على برنامج التحكم الذاتي:

يشمل البرنامج على مجموعة من الجلسات يتم تدريس الطفل والمصاب بفرط النشاط الحركي خلالها على التحكم الذاتي في مجموعة سلوكيات مستهدفة ومحدودة لما كان محور اهتمام الدراسة الحالية هودورتقنية التعليمات الذاتية في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال، فإنه من الأهمية مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء ما تناوله الإطار النظري للدراسة وما عرضته من دراسات سابقة وفقا لما يلي:

إلا أنه يؤخذ علي ما سبق ذكره من هذه الدراسات أن الباحثين فيها استخدموا برامج عامة لعلاج بغض النظر عن اختلاف النشاط الزائد من حيث النوع أو الدرجة ومن ثم تجنبت هذه الدراسات الخوض في بيان الأساليب العلاجية التي تقابل وتعالج اضطراب النشاط الزائد، كما أن أصحاب تلك الدراسات لم يوالون عناية تذكر بالاضطرابات المصاحبة بالاضطرابات المصاحبة كالجانبية السيئة، والتخطيط الجسدي المشوه والتنظيم المكاني الزمني غير الموجه (عند قيامهم ببناء برامجهم العلاجية الموجهة للتلاميذ المصابين بفرط النشاط الزائد وهو ما ركزت عليه هذه الدراسة، حيث خصصت جانبا من برنامجها العلاجي لتصحيح وتنظيم المكتسبات الأولية سيما التخطيط الجسدي، الجانبية والتنظيم المكاني الزمني والحيوية العضلية لدى هؤلاء الأطفال خاصة وأن معظمهم يعانون من اضطرابها وسوء تنظيمها

3. إستنتاج عام:

تتمحور الدراسة حول إضطراب النشاط الزائد الذي يعتبر من أهم الاضطرابات السلوكية الشائعة عند الأطفال والذي يعتبر كذلك أحد مظاهر صعوبات التعلم النمائية المتمثل في اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة، والتي من الممكن أن تكون سبب في ظهور صعوبات التعلم الأكاديمية (عسر القراءة، عسر الحساب وعسر الكتابة) إذ يمس بعده الأول عملية الانتباه كقاعدة للمعالجة الدماغية والتي تتسم بالقصور فيها، ليمتظهر البعدان الثاني والثالث في مناحي سلوكية من نشاط زائد واندفاعية، إذ يختلف الأطفال بطبيعة الحال في مستوى نشاطهم والتحكم في دوافعهم التلقائية وفي قدرتهم على الانتباه لفترة طويلة، فمع مراحل النمو يستطيع معظم الأطفال أن يكبحوا أو يتحكموا في مستوى نشاطهم ودوافعهم التلقائية ومقدرتهم على الانتباه، إلا أن مجموعة صغيرة منهم يعانون صعوبة بالغة في التحكم في هذه العناصر، فيعوزهم الانتباه ويرضخون لدوافعهم التلقائية والنشاط الزائد مما يؤدي بهم إلى التخبط في مشكلات تعليمية، وقد لا يمارسون السلوك المقبول اجتماعياً، إذ من خلال الدراسة الآنية التي أجرتها الباحثة من خلال تطبيق تقنية علاجية لشريحة الأطفال المصابين باضطراب النشاط الحركي الزائد نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة هذا الاضطراب الذي يجب أن تظهر على الطفل المصاب به عدد من الأعراض المرضية المتكررة ستة أشهر على الأقل، من هذه الأعراض والتي كثيراً ما تكون مزعجة للمحيطين بهذا الطفل وعلى مستوى البعد الأول الخاص بنقص الانتباه نلاحظ:

صعوبة التركيز على المثيرات فترة طويلة، تشوش الأفكار، صعوبة تشغيل الذاكرة، أكدت عليها عديد الدراسات من مثل دراسة الشرود الذهني وضعف التركيز تشتت الانتباه حتى ولو كان المثير الدخيل ذو عتبة أقل، ضعف الترتيب والتنظيم في الأداء.... هذه الأعراض التي أكدت عليها عديد الدراسات من مثل دراسة " سحر الخشمري " 2007 ودراسة القزاقز 2007 " أما على مستوى البعد الثاني الخاص بالنشاط الزائد فنلاحظ:

كثرة الحركة، صعوبة القدرة على الثبات، عدم التناسق الحركي، اللامبالاة مع عدم الارتقاء بالسلوك المناسب بنمو الزمني، التأرجح على الكرسي، قرع الأصابع، التمللمل باليدين والقدمين والقفز من مكان لآخر... أما عن البعد الثالث المتمثل في الاندفاعية فيمكننا ملاحظة: صعوبة ضبط السلوك، الانتقال من عمل لآخر

دون إكمال الأول، عدم الطاعة، المقاطعة في الكلام، كثير التدخل في شؤون الآخرين، صعوبة انتظار الدور، آلية الاستجابة قبل التفكير.

كل هذه الأعراض كانت مشتملة واضحة بجلاء على الحالات.

ومن خلال نتائج هذه الدراسة يتضح لنا بأن التقنية في العلاج النفسي الحركي أٌثر في التخفيف من أعراض النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال بصفة إيجابية، وهذا ما يتسق مع ما قالته كل من جوليانا بيرانتوني في مجال النفسي الحركي النفسية الحركية على، أنه "يهتم بتربية وتقييم الأطفال من خلال تربية وظائف الحركة والإدراك لديهم فضلا على أنه وسيلة تربوية للفرد بكليته من خلال جسمه"، وما قاله بيار وجيرار في "مصطلح نفسي حركي على أنه يمثل مجال السلوك ويجمع بين العوامل النفسية والعوامل البدنية أين تكون الجوانب الإدراكية والحركية وكذا المعرفية دائما متصلة غير منفصلة" وهذا ما يتطلب مستوى من الذكاء لكي يحدث هذا التفاعل والتناسق ما بين هذه العناصر، وهذا بهدف:

- التعرف على بناء الجسم.
- تحسين علاقة الأنا بعالم الأشياء، بمعنى التعرف على عالم الأشياء وتقبلها.
- تحسين علاقة الأنا بعالم الآخرين، بمعنى معرفة وتقبل قبول عالم الآخرين وبالتالي هذه العلاقة القائمة بين العوامل النفسية والعوامل الحركية تتطور من خلال عمليتي المواءمة والتمثيل التي تحتاج بدورها للذكاء، في حين يعد الزمن الذهبي لتكامل هذه الوظائف النفسية الحركية "تلك المرحلة المحصورة ما بين الولادة و(7-8) سنوات، بعدها يبحث الطفل عن اللعب المنظم واللعب الاجتماعي أين يتمكن من إنشاء علاقات اجتماعية جديدة."

4. الإقتراحات:

- ضرورة الإهتمام بالعلاج النفسي الحركي للطفل لأنه يساعد الطفل على الإندماج والمشاركة في المجتمع، كما ينمي شعوره بأهميته .
- الإهتمام بالتقنيات الهادفة التي تشغل كل حواس الطفل المصاب بفرط النشاط الزائد وتضيف إليه معلومات وخبرات جديدة تساعده على تنمية قدراته الإبداعية.
- نظرا لما حققته التقنية من تخفيف حدة إضطراب النشاط الزائد، تقترح الباحثة إعداد تقنيات أخرى في كل المجالات ولجميع الأعمار.
- الإستفادة من هذه التقنية في المؤسسات التعليمية والمهنية للأطفال المصابين بفرط النشاط.
- ضرورة وجود مدرب متخصص في العلاج النفسي الحركي ويكون مؤهلا لتدريس هؤلاء الأطفال .
- برمجة مختلف التقنيات الخاصة بالعلاج النفسي الحركي ليس على الطفل المصاب بفرط النشاط وحده بل على كل الأفراد والفئات نظرا لأهميته البالغة من أجل الوصول إلى الصحة النفسية الحركية.
- عدم دراية الأخصائين بتقنيات العلاج النفسي الحركي ولهذا نقترح فتح تخصص الحركية النفسية في الجامعات وتقديم دورات تكوينية حول كيفية تطبيقها.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. أحمد عكاشة وآخرون. (2003). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
2. أحمد محمد الزغبى. (2005). مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية. دمشق: دار الفكر للنشر والتوزيع.
3. أحمد محمد عبد الخالق. (2002). أسس علم النفس. مصر: دار المعرفة الجامعية.
4. السيد أحمد وفائقة بدر. (2004). إضطراب الإنتباه لدى الأطفال. الرياض: الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.
5. إيهاب الببلاوي. أشرف عبد الحميد. (2004). التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي إستراتيجية عمل الأخصائي النفسي بمعاهد وبرامج العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. الرياض: دار الزهراء.
6. جمعة السيد يوسف. (2000). الإضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار غريب.
7. حامد عبد السلام الزهران. (2005). علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة). ط 6 القاهرة- مصر: عالم الكتاب.
8. حسين نوري الياسري. (2006). صعوبات التعلم الخاصة. بيروت-لبنان: الدار العربية للعلوم.
9. حسن مصطفى عبد المعطي. (2001). الإضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة "الأسباب، التشخيص، العلاج". القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
10. خالدة نيسان. (2009). سلوكيات الأطفال بين الإعتدال والإفراط. الأردن: دار أسامة.
11. خولة أحمد يحيى. (2000). الإضطرابات السلوكية والإنفعالية. عمان-الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
12. دويدري رجاء وحيد. (2000). سيكولوجية النمو. عمان-الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
13. رجاء محمود. (2006). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. عمان-الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
14. رياض نايل العاسمي. (2001). إضطراب النشاط الزائد وعلاقته ببعض المتغيرات. الأردن: دارالبشير للنشر والتوزيع.

15. سامي محمد ملحم. (2000). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. عمان-الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
16. طارق عبد الرؤوف عامروربيع محمد. (2008). تدريب الأطفال ذوي الإضطرابات السلوكية. الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
17. طلعت إبراهيم. (1995). أساليب البحث الاجتماعي. القاهرة: دار غريب للطباعة والتوزيع.
18. عبد الرحمن سليمان. (2001). سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة. ج1. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
19. عبد العزيز السرطاوي وآخرون. (2003). طرق تشخيص وعلاج صعوبات التعلم. دط. الأردن: دار وائل.
20. عبد الله العسكر. (2005). الإضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
21. عرار سامر. (2001). أمراض الأطفال النفسية وعلاجها. دمشق: دارالمكتبي
22. عصام نور. (2004). سيكولوجية ذوي الإعاقة الذهنية. القاهرة: مؤسسة شباب الجامعة.
23. عواطف إبراهيم. (1993). التربية النفسية الحركية في رياض الأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلومصرية.
24. فيكتور سيمونوف، ترجمة فؤاد شهين. (1985). التحليل النفسي للولد. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
25. كريمان بدير. (2006). التعلم الإيجابي وصعوبات التعلم. رؤية نفسية تربوية معاصرة. القاهرة: عالم الكتاب.
26. مارينه ميركولينو، ترجمة عبد العزيز السرطاوي. (2003). إضطراب عجز الإنتباه وفرط الحركة. الأردن: دار القلم للنشر والتوزيع.
27. محمد عبد الله محمد القاسم. (2001). أمراض الأطفال النفسية وعلاجها. دمشق: مكتبة للطباعة والنشر والتوزيع.
28. محمد علي كامل. (2003). علم النفس المدرسي. د ط. القاهرة-مصر: مكتبة ابن سينا.
29. مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي. (2005). النشاط الزائد لدى الأطفال. ط2. مصر: المركز الجامعي الحديث.
30. مصطفى النوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة. (2007). الإضطرابات السلوكية والإنفعالية. الأردن: دار المسيرة.

31. منصورى مصطفى. (2008). مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية "الأسباب، الوقاية، العلاج". عمان-الأردن: دار الغرب للنشر والتوزيع.

32. نايف بن عابد الزارع. (2007). صعوبات التعلم والتعليم العلاجي. عمان-الأردن: مكتبة زهراء الشرق.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

33. APA. (1994). American psychiatric Association,diagnostical and statistical manual of mental disorders,DSM-IV, Washington.D.C

34. Barkely.(1998). attention deficit hyperactivity disorder,a hand book for diagnosi.and treatment,Newyourk,guil fard.

35. Defontaine. J .(1980) .manuel du rééducation psychomotrice. tome4. Paris: Ed Meloine

36. Demeur.A, Staes.L. (1985).Psychomotricité éducation et reeducation (Niveaux Maternel et Primaire).1er partie. Paris: Librairie Belin.

37. Demeur et stagie.(sans date).pcychomotricité.éducation et rééducation. Belgique.

38. Dolto. F. (1984) .L'image inconsciente du corps. Paris-France: Edi de seuil.

39. Mazet et houzel.(1996).pcychiatrie de l'enfant et l'adolécent. Paris: Edition Maloine.

40. Nelly,thomas.(2004).pcychomotricité. Développement psychomoteur de l'anfant. Paris: faculté de médecine,pierre et marie.

41. Perron.R.(1971).modèle enfant et l'anfant modèle ,PUF . Paris.

42. Prancoise Giromini.(2003). pcychomotricité, les conceptes fondamentaux université pierre et marie curie .paris.

43. Schilder.P. (1975). L'image du corps. Gallimard. Paris.

44. Thurin.J.M. (2010). évaluation de l'efficacité des thérapeutique en pcyhomotricité, Paris,France: Inserm . U669.

. القواميس

القواميس العربية:

45. زولان دورون. فرانسواز بارو.(1997). موسوعة علم النفس. المجلد 3. بيروت- لبنان: عويدات للنشر والطباعة.

القواميس بالفرنسية:

46. Sillamy.N. (1989). Dictionnaire de la psychologie. Librairie Larousse:Canada.
47. Sillamy.N.(1996). Dictionnaire de la psychologie. Librairie Larousse:Canada.

الرسائل والأطروحات الجامعية:

48. إيمان محمود السيد حسن.(2004). أثر برنامج لبعض أنشطة التربية الحركية في تعديل إضطراب الإنتباه لدى أطفال الروضة. رسالة ماجستير.معهد الدراسات. قسم رياض الأطفال والتعليم الإبتدائي. جامعة القاهرة.
49. دلال فتحى عيد عطية يوسف. (2000). فعالية برنامج مقترح في التربية الحركية لتنمية المهارات الحركية الأساسية برياض الأطفال. رسالة دكتوراه. معهد الدراسات المجالات والدوريات العربية :
50. فريدة إبراهيم عثمان. (1983). حول مفهوم التربية الحركية. مجلة التربية الجديدة. العدد28. السنة العاشرة. أفريل.
51. فوقية حسن عبد الحميد رضوان.(2003).فعالية برنامج تدريبي لتنمية التمييز البصري لدى طفل الروضة.مجلة علم النفس. الهيئة العامة للكتاب. العدد61. السنة السادسة عشر. مارس.
52. منى أحمد الأزهرى.(2000).حقيقة تعليمية مقترحة لنشاط التربية الحركية لتنمية المهارات الإنتقالية الأساسية لأطفال الرياض. مجلة البحث في التربية وعلم النفس.العدد04. مج-13.
53. يوسف جلال يوسف، يحي محمد زكريا.(2000). دراسة تشخيصية علاجية للنشاط الزائد لدى الأطفال المرحلة الإبتدائية.مجلة كلية التربية. ج 1. العدد24.

المجلات بالفرنسية:

54. Albert.J.M.(1996). L'enfant agité et distrait en psychomotricité.J. pédiatre puériculture:Paris.
55. Fatima GaouGaou. (2012). Le psychomotricien et l'enfant haut potentiel : une rencontre à haut risque?

المصادر الإلكترونية:

56. جاكلين أزاكوف. قواعد أساسيه لجلسات التدريب النفسي/حركي. ترجمة :حنان الزين منتدى شذرات
-<http://www.shatharat.net> (22/02/2016;h 22:23)

الملاحق

الملحق رقم 01 : التعرف على العميل

- الإسم :
- الجنس :
- العمر:
- المستوى الدراسي .
- المرتبة بين إخوته :
- عدد الإخوة:
- السوابق العائلية :
- عمر الأم :
- مهنة الام :
- المستوى التعليمي :
- مهنة الأب :
- المستوى التعليمي :
- المستوى المعيشي :
- هل يوجد إضطراب مشابه في العائلة:
- هل توجد رابطة دم بين الوالدين:
- السوابق الشخصية :
- ظروف الحمل والولادة .:
- الحالة الصحية أثناء الحمل :
- حوادث أثناء الولادة :
- وزن الطفل:
- النمو النفسي الحركي :
- الإبتسامة:
- الجلوس :
- الحبو :
- الوقوف :
- المشي :
- النظافة :
- الرضاعة والفظام .:
- القوة النفسية الحركية:
- الجانبية :
- إدراك الزمان :
- إدراك المكان :
- السلوك :

الملحق رقم 02 : دليل شبكة الملاحظة

قائمة أعراض اضطراب النشاط الزائد والمتمثلة في مجالات: ضعف الإنتباه، فرط النشاط، الإندفاعية

| أولاً: أعراض عجز الإنتباه | | متوفر | غير متوفر |
|---------------------------|--|-------|-----------|
| 1 | الطفل لا ينتبه للتفاصيل | | |
| 2 | كثيرا ما صعوبة في الإنتباه لمدة كافية | | |
| 3 | كثيرا يبدو غير مصنع عند الحديث إليه | | |
| 4 | لا يتبع التعليمات المطلوبة منه | | |
| 5 | كثيرا ما يجد صعوبة في تنظيم أنشطته | | |
| 6 | تجنب الأعمال التي تتطلب التركيز الطويل | | |
| 7 | كثيرا ما ينسى الأشياء الضرورية | | |
| 8 | يتشتت إنتباهه بسهولة | | |
| ثانياً: أعراض فرط النشاط | | | |
| 1 | كثيرا ما يتملل في كرسيه | | |
| 2 | كثيرا ما يترك مقعده في الصف | | |
| 3 | يركض ويتحرك في المكان بشكل غير مناسب | | |
| 4 | يصعب عليه القيام بنشاط هادئ | | |
| 5 | دائما مستعد للإنتلاق | | |
| 6 | يتكلم كثيرا | | |
| ثالثاً: أعراض الإندفاعية | | | |
| 1 | يجيب عن الأسئلة قبل إنتهاء السؤال | | |
| 2 | يجد صعوبة في إنتظار دوره | | |
| 3 | كثيرا ما يقاطع الآخرين | | |

الملحق رقم 03: دليل المقابلات

محاوَر المقابلات العيادية نصف الموجهة لمحالات:

- المحور الأول: محور المعلومات الشخصية
- المحور الثاني: محور الدراسة
- المحور الثالث: محور العلاقات مع الأصدقاء والزملاء.
- المحور الرابع: محور العلاقات الأسرية.
- المحور الخامس: أمنيات الطفل

محاوَر المقابلات العيادية نصف الموجهة مع الأمهات

- المحور الأول: محور المعلومات الشخصية حول الحالة.
- المحور الثاني: محور حول مراحل نمو الحالة.
- المحور الثالث: محور السوابق العائلية.
- المحور الرابع: محور الدراسة.
- المحور الخامس: محور العلاقات العائلية.
- المحور السادس: محور العلاقات الاجتماعية (مع الأصدقاء والجيران).
- المحور السابع: محور سلوكيات الحالة.

محاوَر المقابلات العيادية نصف الموجهة مع المعلمين.

- المحور الأول: محور معلومات حول الحالة.
- المحور الثاني: محور الأسئلة حول الجانب المعرفي وقدرات التلميذ.
- المحور الثالث: محور صعوبة التعلم.
- المحور الرابع: محور سلوكيات التلميذ.

الملحق رقم 04: الإختبار النفسي الحركي (ملاحظة وتقييم) من إعداد كجال زهير بتصريف
(Bilan psychomoteur)

| التقييم البعدي | | | التقييم القبلي | | | التخطيط الجسدي |
|----------------|---------|--------|----------------|---------|--------|----------------|
| التسمية | التعيين | التعرف | التسمية | التعيين | التعرف | |
| | | | | | | الأعضاء |
| | | | | | | - اليدين |
| | | | | | | -القدمين |
| | | | | | | - الأنف |
| | | | | | | - العينين |
| | | | | | | - الشعر |
| | | | | | | - الكتف |
| | | | | | | - الأذنين |
| | | | | | | - الظهر |
| | | | | | | - البطن |
| | | | | | | - الذراعين |
| | | | | | | - الفخذين |
| | | | | | | - الرأس |
| | | | | | | -الأسنان |
| | | | | | | - الوجنة |
| | | | | | | - الجبهة |
| | | | | | | -الركبتان |
| | | | | | | - الكتف |
| | | | | | | - مرفق |
| | | | | | | - الرقبة |
| | | | | | | - الإبهام |
| | | | | | | - الأظافر |
| | | | | | | - الشفتين |
| | | | | | | - الكعب |
| | | | | | | - الذقن |
| | | | | | | -رمش العين |
| | | | | | | -الحاجبين |
| | | | | | | - معصم |
| | | | | | | - فتحتي الأنف |

| التقييم البعدي | | | التقييم القبلي | | | تحديد الجانبية |
|----------------|---------|--------|----------------|---------|--------|----------------|
| التسمية | التعيين | التعرف | التسمية | التعيين | التعرف | |
| | | | | | | العينين |
| | | | | | | الأذنين |
| | | | | | | اليدين |
| | | | | | | القدمين |

| التقييم القبلي | | التقييم القبلي | | التوجه في المكان |
|----------------|--------|----------------|--------|------------------|
| التسمية | التعرف | التسمية | التعرف | |
| | | | | - الأمام |
| | | | | - الخلف |
| | | | | - في |
| | | | | - تحت |
| | | | | - داخل |
| | | | | - خارج |
| | | | | - كبير |
| | | | | - صغير |
| | | | | - أعمى |
| | | | | - أسفل |
| | | | | - بجانب |
| | | | | - بعيد |
| | | | | - قريب |
| | | | | - يحيط |
| | | | | - متوسط |
| | | | | - الانبساط |
| | | | | - الوقوف |
| | | | | - دائري |
| | | | | - مربع |
| | | | | - قليل |
| | | | | - كثير |
| | | | | - عكس |
| | | | | - جل |
| | | | | - مستقيم |
| | | | | - كل |
| | | | | - مستطيل |
| | | | | - يدخل |

| | | | | |
|--|--|--|--|--------------------|
| | | | | - يخرج |
| | | | | - يساره |
| | | | | - يمينه |
| | | | | - مائل |
| | | | | - في الوسط |
| | | | | - النصف |
| | | | | - خشين |
| | | | | - رقيق |
| | | | | - يصعد |
| | | | | - ينزل |
| | | | | - يلف |
| | | | | - وحيد |
| | | | | - جميع |
| | | | | - يمين |
| | | | | - يسار وجه لوجه |
| | | | | - طويل |
| | | | | - قصير |
| | | | | - الفرق بين ضد ومع |

| التقييم البعدي | | التقييم القبلي | | التوجه في الزمان |
|----------------|--------|----------------|--------|--|
| التسمية | التعرف | التسمية | التعرف | |
| | | | | في الحين في المستقبل - أمس حدث في الماضي - بعد قليل - الغد - بسرعة بتأن أو ببطئ - . الليل - النهار |
| | | | | -أنا كبير (يساوي أكثر سنا) |
| | | | | - الفصول: - الربيع - الصيف - الخريف |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | - الشتاء |
| | | | | - أيام الأسبوع: - الأحد - الاثنين - الثلاثاء - الأربعاء - الخميس - الجمعة - السبت |
| | | | | قراءة الوقت على ساعة الحائط |
| | | | | - يفهم الزمن غير الشخصي - يفهم الزمن الماضي الشخصي والتاريخي |

| التقييم البعدي | التقييم القبلي | الحوية العضلية |
|----------------|----------------|------------------------------|
| | | يحافظ على التوازن والإستقرار |
| | | لديه ليونة في إستعمال الجسم |
| | | لديه شد عضلي |

ملحق رقم 05: يمثل جلسات العلاج (تقنية التعليمات الذاتية)

محتوى الجلسة الأولى:

أنظروا سوف أقف في البداية في البداية، (الباحثة تتكلم مع نفسها) سوف أمشي وأمشي وأمشي،
إطلي فوق الكرسي فوق الكرسي، فوق الطاولة فوق الطاولة، إنزلي من الكرسي إنزلي على الأرض خذي الكرة
الحمراء هيا هيا بسرعة يا (الباحثة) ارمي الكرة داخل الصندوق هيا هيا بسرعة. ثم تسأل عن دور من الآن؟ ثم
تبدأ بتوجيهات الأطفال.

ونصفق لكل حالة بعد نهاية تأديتها للنشاط.

محتوى الجلسة الثانية:

سوف أضع الكرسي بجانب الطاولة سوف أغمض عينيًا بمنديل وسوف أمشي وأمشي إلى أن أصل
إلى مكان الطاولة والكرسي..... إلى مكان الطاولة والكرسي يا (الباحثة)
إمشي بين الطاولة والكرسي دون لمسهما إمشي بين الطاولة والكرسي دون لمسهما.

محتوى الجلسة الثالثة:

سوف أحمل على ظهري كيسًا مملوءًا بأجسام مختلفة الألوان وأسلك طريقًا بها حواجز كثيرة (رمال
تجسدها دائرة صفراء من الورق، نهر يجسده مستطيل أزرق شجرة يجسدها مثلث أخضر)، عليا أن اعبر
الجسر الممدود (خشب صغيرة) فوق الرمال المتحركة وأضع جسم فوق الدائرة الصفراء أجتاز النهر (اصعد فوق
الكرسي) بعد أن أضع جسمًا فوق النهر، سوف أتسلق الشجرة، سوف أتسلق الشجرة، يا (الباحثة) إنزلي من
الشجرة إنزلي من الشجرة أجري وأجري في القاعة لكي تصلي إلى مكان البداية.

الأدوات المستخدمة في الجلسات:

الكرسي، الطاولة، قطع خشبية صغيرة، كرات مختلفة الألوان، أوراق ملونة، كيس، أشكال هندسية،
صنوق وسلّة.