



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
المركز الجامعي شريف بوشوشة افلو- الاغواط
معهد العلوم الانسانية والاجتماعية
مخبر البحث والدراسات في قضايا الانسان والمجتمع



مجلة أصيل

لِلدِّرَاسَاتِ النَّفْسِيَّةِ وَالتَّرْبَوِيَّةِ وَالاِجْتِمَاعِيَّةِ

مجلة علمية دولية محكمة دورية
يصدرها معهد العلوم الانسانية والاجتماعية
بإشراف
مخبر البحث والدراسات
في قضايا الانسان و المجتمع
عن المركز الجامعي
شريف بوشوشة - افلو -

ACIL FOR PSYCHOLOGICAL, EDUCATIONAL AND SOCIAL STUDIES REVIEW
SPECIALIZED ACADEMIC JOURNAL, PUBLISHED BY:
THE INSTITUTE OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES
THE UNIVERSITY CENTER- AFLU- ALGERIA

العدد 04
ديسمبر 2023

مجلة أصيل
لِلدِّرَاسَاتِ النَّفْسِيَّةِ
وَالتَّرْبَوِيَّةِ وَالاِجْتِمَاعِيَّةِ

مجلة علمية دولية محكمة دورية
يصدرها معهد العلوم الانسانية والاجتماعية
بإشراف مخبر البحث والدراسات في قضايا الانسان و المجتمع
عن المركز الجامعي شريف بوشوشة-افلو

رئيس التحرير :
دكتور كمال بورزق

العدد 04
ديسمبر 2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مجلة أصيل

للدراسات النفسية
و التربوية و الاجتماعية

مجلة علمية دولية محكمة دورية يصدرها معهد العلوم الانسانية

و الاجتماعية باشراف مخبر البحث و الدراسات في قضايا الانسان و المجتمع
عن المركز الجامعي شريف بوشوشة - افلو - الاغواط

Acil for Psychological, Educational and Social Studies Review

Specialized Academic Journal, Published By:

*The institute of Humanities and Social Sciences The University
Center- AFLOU- ALGERIA*

العدد الرابع / ديسمبر 2023

Issn: 2830-8891

رئيس تحرير مجلة أصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية
معهد العلوم الانسانية و الاجتماعية تحت اشراف مخبر البحث و الدراسات في قضايا الانسان و المجتمع
المركز الجامعي شريف بوشوشة-افلو- الاغواط/الجزائر
✉ ص.ب رقم 603 افلو - الاغواط/ الجزائر
☎ 029 16 11 76 (213) الفاكس: 029 16 11 11

افتتاحية العدد

باسم الله و الصلاة على رسول الله .

يسرنا أن نتوجه للباحثين والأكاديميين في مجال علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا و علم الاجتماع بمجلة "اصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية " في عددها الاول، وهي مجلة صادرة عن معهد العلوم الانسانية و الاجتماعية بالمركز الجامعي شريف بوشوشة - افلو بولاية الاغواط / الجزائر، حيث تفتح المجلة صفحاتها للباحثين والمهتمين بالمجال المعرفي الذي تستهدفه المجلة إلى تقديم أبحاثهم العلمية الرصينة من حيث القيمة العلمية والعميقة من حيث الطرح الأكاديمي.

إن إنشاء مجلة اصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية بالمركز الجامعي شريف بوشوشة - افلو ، قد جاء كاستجابة لرغبة الأساتذة والباحثين بمعهد العلوم الانسانية و الاجتماعية من أجل تنمية الجوانب المعرفية والارتقاء بمستويات التكوين من خلال ترقية المهارات البحثية والعلمية، وتلبية احتياجات الباحثين والطلبة، وتزويد الإطارات والكفاءات بالتحاليل العلمية العميقة المتعلقة بالأوضاع النفسية و التربوية و الاجتماعية ومختلف مستجداتها.

إن مجلة اصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية تعد احد المنتجات العلمية الدورية التي تتمحور أهدافها العلمية في نشر المعرفة ودراسة الظواهر الاجتماعية، ومتابعة التحولات الاجتماعية و الانسانية و النفسية و التربوية والارتقاء بالتعاون في ميادين البحوث العلمية لدعم التراكم المعرفي.

تتم المجلة بنشر جميع البحوث والدراسات في المواضيع النفسية و التربوية و الاجتماعية الوصفية والتحليلية والفروع المرتبطة بها و التي تهدف إلى تطوير المعرفة النفسية و التربوية و الاجتماعية من خلال جودة المقالات العلمية التي تنشرها وإثراء المكتبة بالبحوث الجيدة والمفيدة. وستكون شروط النشر حسب القواعد العلمية المنهجية المتعارف عليها.

ولا يسعنا في الأخير إلا أن نشكر كل من ساعدنا وساهم و هيئاً لنا جميع الظروف لتحضير هذا الإصدار العلمي الهام "مجلة اصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية" لتحتل مكانة متميزة - بإذن الله - بين المجالات العلمية الجادة والرصينة، ولبنة تضاف إلى صرح البحث العلمي بالمركز.

رئيس التحرير:

د. كمال بورزق

مجلة أصيل للدراسات النفسية والتربوية و الاجتماعية

مجلة علمية دولية محكمة دورية يصدرها معهد العلوم الانسانية و الاجتماعية

باشراف مخبر البحث و الدراسات في قضايا الانسان و المجتمع عن المركز الجامعي شريف بوشوشة
- افلو - الاغواط

مدير المجلة:

د. خثير هراو

مدير معهد العلوم الانسانية والاجتماعية

الرئيس الشرفي للمجلة:

أ.د. عبد الكريم طهاري

مدير المركز الجامعي شريف بوشوشة - افلو

مدير النشر ورئيس التحرير:

د. كمال بورزق

هيئة التحرير:

د. ميهوب بوعلام / رئيس قسم العلوم الاجتماعية

د. احمد دناقة / مدير المخبر

د. مريم سعداوي / علم النفس المدرسي مسؤولة الميدان

شطة عبد الحميد / رئيس المجلس العلمي للكلية

د. عماري عائشة / الارطفونيا و التربية الخاصة

د. خيالي بلقاسم / مسؤول شعبة علوم التربية

د. نغموش محمد طاهر / علم النفس التنظيم و العمل

د. مأمون عبد الكريم / علم النفس العيادي

د. عمارة الشيخ / مسؤول شعبة علم الاجتماع

قواعد النشر في المجلة

يطلب من السادة الباحثين الذين يرغبون في نشر مقالاتهم وبحوثهم في المجلة إعطاء العناية الكاملة للنقاط أدناه، وعدم إرسال بحوثهم إلا إذا تم توفر جميع الشروط في بحوثهم.

1- أن يتناول البحث موضوعا من المواضيع النفسية و التربوية و الاجتماعية الوصفية أو التحليلية التي تشغل الفكر الاجتماعي و الصحة النفسية و شؤون التربية و تطوراتها خاصة في الجزائر إضافة إلى التطورات الاجتماعية و الانسانية العربية والدولية.

2- المجلة مفتوحة لنشر البحوث في مجال العلوم النفسية و التربوية و الاجتماعية و الاكاديمية لكافة الأساتذة والباحثين من الجزائر ومن خارجها شريطة أن يتعهد الباحث بأن لا يكون البحث منشورا من قبل و أن لا يكون قدم للنشر في مجلة أخرى، وأن يتحمل تبعات الإخلال بقواعد وأخلاقيات البحث العلمي، من خلال الإمضاء على إقرار خاص مضمي من طرف الباحث أو الباحثين.

3- أن لا يتجاوز البحث 25 صفحة عادية (A4) مكتوبة بالوارد وبخط Traditinal Arabic بحجم 14 بالنسبة للنص و بحجم 12 بالنسبة للأرقام في عرض النص وبالأبعاد التالية بالسنتيمتر: علوي **2.5:H**، سفلي **2.5:B**، يمين **3.5:D**، يسار **1.5:G**. النص الفرنسي أو الانجليزي يكون بخط **T.NEW ROMAIN** بحجم 12 والهوامش بحجم 10.

4- أن ترسل البحوث عن طريق الإيميل الوحيد: intercolloqueaflou@gmail.com

5- أن يقدم البحث وفق الأصول العلمية المتعارف عليها ويراعي في ذلك خاصة:

- التقديم للبحث بتحديد أهدافه ومنهجيته، والعمل على تنسيق مختلف عناصره.

- التوثيق الكامل للمراجع والجداول والرسومات البيانية.

- أن ينتهي البحث بخاتمة تتضمن النتائج والتوصيات.

- أن يشار إلى الهوامش و الاحالة بطريقة **APA** (حجم 12 بالنسبة للعربية وحجم 10 بالنسبة للاتينية)،

كما ترقم الجداول والرسومات بأرقام متتالية.

6- أن يكون نص الورقة البحثية خاليا من أي خطأ لغوي أو مطبعي، وأن يكون قد تم إمراره على المدقق اللغوي

والنحوي.

7- تنشر المواضيع باللغة العربية أساسا، مع إرفاق ملخص باللغة الفرنسية أو الإنجليزية، وعندما يكون الموضوع بالفرنسية أو الإنجليزية يرفق بملخص باللغة العربية (الملخص لا يتجاوز 150 كلمة) مع إظهار العنوان ضمن الملخص.

8- تخضع البحوث للتحكيم العلمي من طرف باحثين من جامعات ومراكز بحث جزائرية وأجنبية.

9- في حالة طلب تعديل في البحث على الباحث أن يعيد البحث المعدل في فترة لا تتجاوز 15 يوما.

10- على الباحث تحمل تبعات عدم احترام قواعد وأخلاقيات البحث العلمي (السرقة العلمية).

11- تحتفظ المجلة بكافة حقوق النشر، وإعادة نشر موضوع الباحث يتطلب موافقة كتابية من المجلة.

12- النتائج والاقتراحات والآراء التي يعبر عنها الباحثين لا تلزم سوى أصحابها.

13- تحتفظ المجلة بحقوقها في حذف أو إعادة صياغة بعض الجمل لتتلاءم مع أسلوبها في النشر.

14- أي بحث لا يلتزم بالشروط والمواصفات المطلوبة كلها لا يؤخذ بعين الاعتبار، ولا يعتبر مستلما.

15- في حالة وجود أكثر من مؤلف يتم مراسلة الاسم الذي يرد أولا في ترتيب الأسماء في حالة تساوي الدرجات

العلمية، والأعلى درجة في حالة اختلاف الدرجات العلمية.

16- على الباحث أن يعرف بنفسه ونشاطاته العلمية في أول ورقة من البحث.

الهيئة العلمية من خارج الجزائر :

مؤسسة الانتماء	الاسم و اللقب	مؤسسة الانتماء	الاسم و اللقب
مصر	د/ابراهيم يونس	لبنان	د/دلّال الحلبي
مصر	د/محمد السعيد ابو حلاوة	ميسان - العراق	ا.د. علي عبد الحسن بريسم
ليبيا	د /نوار العرفي	السويد	د/وسام منذر
الامارات العربية المتحدة	عقاب البدارنة	كندا	أ/خليلي عبد الحليم
اليمن	د/موفق العسلي	الاردن	د/سالم محمد القرعان
الجامعة العالمية سنغافورة	د/غادة مصطفى	جامعة القدس المفتوحة	ا د/ ياسرة ايوب
Directrice d'un centre medicopsychologique cabinet libéral à Paris et Rennes	Dr.Dina Joubrel Allouche	Québec-Canada	Dr. Samira KHALED
قناة السويس - مصر	سليمان يوسف عبد الواحد	Université de Paris	Dr.Kristopher Lamore

الهيئة العلمية من الجزائر :

الاسم و اللقب	مؤسسة الانتماء	الاسم و اللقب	مؤسسة الانتماء	الاسم و اللقب	مؤسسة الانتماء
د. شلالى لخضر	المركز الجامعي افلو	د,زعتن نور الدين	جامعة الجلفة	د,يمن برقوق	جامعة باتنة
د. بلقاسم خيالي	المركز الجامعي افلو	د, نورة نميش	جامعة الجلفة	اد,بن احمد قويدر	جامعة مستغانم
د. خنير هراوة	المركز الجامعي افلو	د,قدوري يوسف	جامعة غرداية	د,بورزق يوسف	جامعة مستغانم
د. سعداوي مرتم	المركز الجامعي افلو	د,بن فروح هشام	المركز الجامعي البيض	د,حمزة فاطمة	جامعة الجلفة
اد. قريشي فيصل	المركز الجامعي افلو	د, زياد رشيد	جامعة تبسة	اد,د بن سعد احمد	جامعة الاغواط
د. بوعلام ميهوب	المركز الجامعي افلو	د,حمزة بركات	مجمع اللغة العربية	د,بن يحي مداني	جامعة الاغواط
د. شتوح بختة	المركز الجامعي افلو	د,صالح خشخوش	جامعة الوادي	د, سعد براهمي	جامعة الاغواط
د. نقموش م طاهر	المركز الجامعي افلو	د.لوناس لعلم	جامعة تيزي وزو	اد, مزوز بركو	جامعة باتنة
ا.عبد الحفيظي يحي	المركز الجامعي افلو	د,بن خالد عبد الكريم	جامعة ادرار	د,زرزوق سعدية	جامعة الاغواط
د. كمال بورزق	المركز الجامعي افلو	اد, بوضياف نادية	جامعة ورقلة	اد, واكد رابح	جامعة المدية
د.عبد الكريم مأمون	المركز الجامعي افلو	د. لشهب اسماء	جامعة الوادي	د, بن الصغير عائشة	المدرسة العليا للاساتذة بالاغواط
د. شطة عبد الحميد	المركز الجامعي افلو	د. عمامرة سميرة	جامعة الوادي	د,تقي الدين مراح	جامعة الجلفة
ا.بن عيسى دنية	المركز الجامعي افلو	د, زهير عمراي	جامعة ام البواقي	د,سيرين زعابطة	جامعة الاغواط
د,دناقة احمد	المركز الجامعي افلو	اد, سامية ابريعم	جامعة ام البواقي	د,عاجب بومدين	جامعة الاغواط
د,هويشر مسعود	المركز الجامعي افلو	د,ميدون مباركة	المركز الجامعي البيض	د/سامرة خنفار	جامعة الاغواط
د, طاهر بوجمل	المركز الجامعي افلو	د. بن حليلم اسماء	جامعة سيدي بالعباس	د,بوعلاقة فاطمة الزهراء	جامعة المسيلة
د,شرفي بوبكر	المركز الجامعي افلو	د,خدوسي كريمة	جامعة الويرة	د,برة رقيق علي	المركز الجامعي افلو
د, عماري عائشة	المركز الجامعي افلو	د,ميطر عائشة	المركز الجامعي افلو	د,جوادي بلقاسم	المركز الجامعي افلو
د,بودهري عبد الرحمان	المركز الجامعي افلو	د,حساني مصطفى	المركز الجامعي افلو	اد ,حنان طالبي	جامعة ورقلة
د. مباركي خديجة	المدرسة العليا للاساتذة الاغواط	د.سحلاوي فاطمة	المدرسة العليا للاساتذة الاغواط	اد, خالد بوعافية	جامعة ورقلة
اد.احمد بن سعد	جامعة الاغواط	احمد بلول	جامعة الجلفة	بورزق احمد	جامعة الجلفة
ابوبكر بوسالم	المركز الجامعي البيض	محمد بوفاتح	جامعة الاغواط	سامر كريم	المركز الجامعي افلو
براهمي بلقاسم	المركز الجامعي افلو	عمارة الشيخ	المركز الجامعي افلو	عطلي لمين	المركز الجامعي افلو

**مجلة أصيل للدراسات النفسية والتربوية
و الاجتماعية**

مجلة علمية دولية محكمة دورية يصدرها معهد العلوم الانسانية و الاجتماعية

باشراف مخبر البحث و الدراسات في قضايا الانسان و المجتمع عن المركز الجامعي شريف بوشوشة
- افلو - الاغواط

مجلة أصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية

Journal Acil of Psychological, Educational and Social Studies

Issn: 2830-8891

مجلة أصيل للدراسات النفسية والتربوية و الاجتماعية

مجلة علمية دولية محكمة دورية يصدرها معهد العلوم الانسانية و الاجتماعية

بإشراف مخبر البحث و الدراسات في قضايا الانسان و المجتمع عن المركز الجامعي شريف بوشوشة
- افلو - الاغواط

فهرس المحتويات

16-01	خلفاوي فاطمة و ذرداري موسى ، المركز الجامعي الشريف بوشوشة افلو ،(الجزائر)	دور النشاط الرياضي الترويحي لتنمية الصحة النفسية للمسنين
36-17	طيايبة نادية و كباهم خميسة ، جامعة المسيلة ، جامعة الجزائر 2،(الجزائر)	الكشف المبكر لذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ودوره في التخفيف منها
48-37	لبقع جيهان حميدة آية ، جامعة عمار ثليجي بالاغواط ،(الجزائر)	اضطرابات اللغة الشفهية لدى المصاب بالحبسة
67-49	عبد المالك رابحي ، جامعة عمار ثليجي بالاغواط ،(الجزائر)	الأساليب الوقائية والعلاجية من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه
68-88	Sihem Cherifi University Mohamed Lamine Dabaghine setif 2 (Algeria),	NECESSITE DE L'AMENAGEMENT PEDAGOGIQUE POUR UNE PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE DE L'ENFANT -TDA/H-

مجلة أصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية

Journal Acil of Psychological, Educational and Social Studies

Issn: 2830-8891

المجلة دورية دولية تصدر عن مخبر البحث و الدراسات في قضايا الانسان و المجتمع
بالمركز الجامعي الشريف بوشوشة افلو

دور النشاط الرياضي الترويحي لتنمية الصحة النفسية للمسنين

**The role of recreational sports activity in the development of the mental
health of the elderly**

خلفاوي فاطمة الزهراء* ، ذرذاري موسى²

¹ المركز الجامعي الشريف بوشوشة ، (الجزائر)، khalfaoui.fatimazr@gmail.com ،

² المركز الجامعي الشريف بوشوشة ، (الجزائر)، m.derderi@cu-aflou.edu.dz ،

تاريخ النشر: 26 /12/ 2023

تاريخ القبول: 12/10/2023

تاريخ ارسال المقال: 11/09/2023

* المؤلف المرسل

الملخص:

هدفت الدراسة الآنية التعريف بأهمية النشاط الرياضي الترويحي للمسنين وأهميتها كبير في التأثير على الصحة النفسية لأنها احد أهم المكونات الياقة الصحية لتحقيق التوافق النفسي و الشعور بالرضي عن الحياة والتمتع بالصحة الجسدية رغم التقدم في العمر، التعريف بفوائد النشاط الرياضي الترويحي لتخلص من القلق، الاكتئاب، وبعض الأمراض النفسية أو الاضطرابات السيكوسوماتية التي تمس المسن و كذا التخفيف من بعض الأمراض الجسدية .

والتحسيس بأهمية المسن وأنه لم يفقد تلك المكانة التي كان يتمتع بها في حياته السابقة تمتعه بجودة الحياة وصحة نفسية من منظور الزمن(ماضيه وحاضره ومستقبله) ، ونعرفه بأهمية الرياضة الترويحية وفوائدها على الصعيدين النفسي والجسدي لتقوية وتعديل المزاج، تنشيط الذاكرة وتنظيم دقات القلب ولهذا نوصي المسنين عامة والمتقاعدين خاصة بممارسة النشاطات الرياضية الترويحية. القيام بدورات لترفيه و الترويح عن المسن.

الكلمات المفتاحية: النشاط الرياضي الترويحي ؛ النشاط الرياضي ؛ الترويح ؛ الصحة النفسية ؛المسن.

Abstract :

The current study aimed to introduce the importance of recreational sports activity for the elderly and its great importance in influencing mental health because it is one of the most important components of a healthy fit to achieve psychological compatibility and a feeling of satisfaction with life and enjoy physical health despite aging, define the benefits of recreational sports activity to get rid of anxiety, depression, and some Mental illnesses or psychosomatic disorders that affect the elderly, as well alleviation of some physical diseases And a sense of the importance of the elderly and that he did not lose the status he enjoyed in his previous life, his enjoyment of quality of life and mental health from the perspective of time (his past, present and future), and we know him about the importance of recreational sport and its benefits on the psychological and physical levels to strengthen and modify the mood and stimulate memory. And regulate heart rate That is why we recommend that elderly people in general and retirees especially practice sporting recreational activities Conducting courses for the elderly to be entertained and relaxed.

Keywords :recreational sporting activity ;Sports activity; Mental health; the elderly; recreation

1- مقدمة / إشكالية:

أصبحت دراسات علم النفس اليوم تهتم و تقوم بدراسات على الكبار والصغار على حد سواء ، إذ أصبحت فترة الشيخوخة او كبار السن (المسنون) مرحلة مهمة من مراحل الحياة الصحية للإنسان . إذ يزداد عدد الشيخوخ المسنين فوق سن الستين بزيادة الحضارة و الرعاية الصحية العامة وقائيا و علاجيا و قد زاد متوسط العمر للإنسان كثيرا عبر العصور فبعد أن كان حوالي 20 سنة في العصر الحجري أصبح الآن حوالي 70 سنة ويتأمل العلماء في أن يصبح حوالي 100 سنة في المستقبل القريب (زهرا، 2005، ص 462) فباختلاف مفهوم الكبر و التقدم في العمر عند العديد من الدارسين و مع تزايد عدد الكبار يتوجب على الأخصائيين في هذا المجال الاهتمام بهذه الفئة حيث يعكفون بالعمل مع فئة المسن فمن المهم أن ندرك انه كلما تقدم الفرد في السن فإنهم يميلون إلى أن يكونوا أكثر فاعلية في تنظيم انفعالاتهم وان يضلوا محافظين على قوتهم الجسدية و النفسية لهذا واجب على المختصين إرشادهم في ملئ وقت فراغهم و يكون ذو وجهين عن طريق النشاط الرياضي لسد تلك الحاجات الجسدية الصحة البدنية الجيدة ، و سد الحاجات النفسية بالترويح عن نفسه عن طريق النشاط الرياضي الترويحي و بهذا نعتبر ان النشاط الرياضي سلاح ذو حدين على الفرد المسن للانتفاع به من الجهتين .

ويؤكد محمد الحمامي (2004) أن الترويح الرياضي أصبح ظاهرة هامة تدافع عن الفرد من متغيرات المجتمع مثل نقص الحركة و البدانة و زيادة الوزن و زيادة وقت الفراغ كذا و كذا، وكذلك وقاية من أمراض العصر كأمراض القلب و الأمراض النفسية الناتجة عن تلك المتغيرات فممارسة التدريب الرياضي يدي الي حدوث تغيرات الفسيولوجية تشمل كافة أجهزة الجسم الداخلية فإن هذا التكيف الفسيولوجي يتم عن طريق النشاط الرياضي الترويحي .

ولهذا النشاط الرياضي الترويحي يعتبر من العوامل الهامة للصحة النفسية . و علاقته ب(النشاط الرياضي الترويحي (علاقة وثيقة بعلم النفس لدرجة انه يعتبر حالة نفسية تصاحب الفرد أثناء ممارسته للنشاط الممتع وفي الوقت الحالي أصبح الترويح مجالا هاما ليس فقط في الوقاية من الأمراض النفسية بل أيضا في علاجها و أصبح الأطباء يعتقدون في الأنشطة الترويحية المتعددة على نشاط واسع في المصحات العقلية و النفسية (رايح، 2008، ص 39) . ومع هذا اذ كان النشاط الرياضي ترويحي فعال في التأثير على حياة الفرد يتبادر إلى ذهن الباحثة التساؤل التالي ما هو دور النشاط الرياضي الترويحي لتنمية الصحة النفسية لدى المسن ؟

التعريف بمفاهيم الدراسة:

1) النشاط الرياضي :يمثل المظاهر المختلفة الأشكال والمتعددة من النشاط الرياضي في المؤسسات التربوية و التعليم وهو جزء من التربية وله ثلاث أشكال حيث يزود الفرد بخبرات واسعة ومهارات كثيرة تمكنه من التكيف مع مجتمعه وتجعله قادرا على أن يشكل حياته وتعيينه على مسيرة العصر في تطوره ونموه (تقي الدين، 2016، ص 401)

- (2) **الترويح**: هو نشاط اختياري ممتع للفرد ومقبول من المجتمع ويمارس في أوقات الفراغ و يسهم في بناء الفرد وتنميته كما يمكن أن تحدد النشاط الترويحي في اتجاهين : الاتجاه الأول يعرف الترويح على انه مزاولة نشاط اختياري في وقت الفراغ يستهدف التحرر من الأعباء و يحقق الانتعاش و التجديد . أما الاتجاه الثاني يعرفه على انه رد فعل عاطفي ونوع من العلاج الحيوي لتدعيم العلاقات الإنسانية و الوصول إلى التوازن النفسي دون انتظار لأي مكافأة مادية (الحاج، 2013، ص 32)
- (3) **النشاط الرياضي الترويحي** : هو مفهومه الخاص هو تلك الألعاب أو الرياضة التي تمارس في أوقات الفراغ و الخالية من المنافسة الشديدة أو بمعنى آخر هي الرياضة التي تمارس خارج الإطار الفيدرالي و التنظيمي يمثل وسيلة من وسائل شغل أوقات الفراغ ولهذه الأسباب نرى انه يحتل مكانة هامة في حياة الشعوب وخاصة المتطورة منها وهو نشاط بدني رياضي مبني على مبدأ المتعة و المتضمن فلسفة الحياة وهي تابع للمتعة و اللذة و تحقيق السعادة والسرور أي الغبطة بأقصى درجاتها.(الخوري، 1996، ص 77).
- (4) **المسن**: كبر السن ليس مجرد عملية بيولوجية بحتة تظهر آثارها في المتغيرات الفيزيائية الفيزيولوجية التي تطرأ على الفرد حين يصل لذلك السن المتقدم ، فالشيخوخة ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع مع الفرد حين يصل المسن معين يحددها المجتمع مع الفرد حين يصل معين يحددها المجتمع بصورة تعسفية كما يفرض عليها قيودا مثل الحكم عليهم بالتقاعد من و وظائفهم مما يترتب عليه عدم ممارسة لكثير من أوجه النشاط اليومي كما تتمثل في توقع المجتمع منهم أن يتبعوا أنماطا سلوكية معينة يحددها المجتمع مما يؤدي لآثار نفسية عميقة تنجم عن الشعور بالوحدة و الإحساس بعدم الجدوى من العطاء غي المجتمع مما قد يصل لإحساسهم بعدم رغبة المجتمع فيهم نظرا لضعف قدراتهم البدنية للعطاء للمجتمع (عبد اللطيف، 1993، ص 55)
- (5) **الصحة النفسية**: عرفه ميغارايوس : بأنه درجة نجاح الفرد بتوافقه الداخلي بين دوافعه ونواذعه المختلفة وتوافقه الخارجي مع علاقته بالبيئة المحيطة (2001، ص 8)
- أولا: لنشاط الرياضي الترويحي :**
- قام الكثير من الباحثين بدراسات واسعة المجال على مصطلح الترويح في كل وقت ومكان و بكل لغات العالم ولكن في معظم الأحيان لا يقصد بها مفهوم واحد فهناك العديد من المفاهيم و التعاريف التي تفسر معنى ومفهوم الترويح
- 1-1-تعريف الترويح**: إن كلمة الترويح بلفظها العربي لم تستخدم إلا قليلا في الكتابات الاجتماعية العربية بل استخدمت في مكانها ألفاظا أخرى مثل: الفراغ. اللهو اللعب وهي في اللغة العربية مشتقة من فعلٌ راح. ومعناها السرور والفرح : (r-m de casabinca ، 1968
- ومصطلح الترويح (Recoreation) تعني إعادة (Re) الخلق (creation) و يفهم أيضا من مصطلح الترويح على انه التجديد أو الانتعاش .

و يشير دي جرازيا إلى الترويح بأنه النشاط الذي يسهم في توفير الراحة للفرد من عناء العمل و يوفر له سبل استعادة حيويته .

بينما يري كرواس ان الترويح هو تلك الأوجه من النشاط أو الخبرات التي تنتج عن وقت الفراغ و التي يتم اختيارها وفقا لإرادة الفرد وذلك بغرض تحقيق السرور و المتعة لذاته و اكتساب العديد من القيم الشخصية و الاجتماعية (الحمامي ، 2004، ص 29)

في حين أن احمد محمد فاضل عرف الترويح بشكل عام هو عبارة عن مساعدة الأفراد للحصول على خبرات ايجابية تساعدهم على تجديد الروح واستعادة (Leisure Experiences) إثناء وقت الفراغ الطاقة البشرية ولذا من الممكن أن نعرف الترويح على انه يشمل جميع أوجه الأنشطة البناءة و المقبولة اجتماعيا والتي تؤدي أثناء وقت الفراغ ويتم اختبارها والاشتراك بها لدوافع ما وفقا لارادة الفرد وذلك بغرض اكتساب العديد من (Intrinsic Motivaition) داخلية القيم الشخصية و تحقيق الرضا و السور و المتعة من المشاركة ذاتها و ليس لدوافع ك الكسب المادي او المعنوي (Extrinsic Motivatio) خارجية (عبد العزيز ، 2013، ص 12-13)

يرى الباحثان من خلال ما سبق ذكره الترويح يدل عن معينين احدهم معنوي أي إحداث البهجة والسرور في نفسية الفرد تجديد الطاقة حيوية للفرد في حالتنا هذه نجد أن الفرد المسن وجب عليه تجديد طاقاته النفسية لما وصل له من التعب والإرهاق خلال مسيرته الحياتية و الثاني مادي ارتفاع نسبة الأدرينالين في الجسم لتجديد الطاقة الجسدية التي تحث كامل الجسم على العمل .وما نستخلصه من التعريف ما يلي:

الترويح هو نشاط يقوم به الفرد ليحدث تغيير جذري في حياته النفسية وجعلها إيجابية لتخطي كل الأزمات

1-2-أهداف الترويح :توضح (خطاب ،1990) أن أهم أهداف الترويح في وقت الفراغ تتمثل فيما يلي :

1- اكتساب و تنمية الصحة البدنية :يلعب الترويح و خاصة الترويح الرياضي دورا هاما في تنمية أعضاء الجسم وقيامها بوظائفها على أكمل وجه ,ويعمل ذلك على اكتساب الفرد القدرات والمهارات الحركية كما يكسبه اللياقة البدنية و الوظيفية .

2- اكتساب و تنمية الصحة النفسية و العقلية:أن الأنشطة الترويحية على اختلاف ألوانها تسهم بدرجة ملحوظة في تفرغ الانفعالات المكبوتة لدى الفرد وتعمل على تخفيف درجات القلق والتوتر النفسي وتمنح الفرد السعادة والسرور والرضا النفسي وكلها عوامل تزيد قوة الفرد على التكيف مع حياته ومع المجتمع

3- اكتساب السمات الخلقية والاجتماعية :مما لا شك فيه أن الأنشطة الترويحية تسهم في اكتساب الفرد السمات الخلقية والاجتماعية وتنميتها مثل تقوية العلاقات بين الأفراد وبين الفرد والجماعة احترام الغير ،المودة ،الصدقة ،الأخوة ،الثقة بالآخرين ،الولاء للمجتمع ،إنكار الذات ،التعاون، حب العمل ،أداء الواجب والتطوع للخدمات الاجتماعية

4- اكتساب خبرات معرفية :تسهم الأنشطة الترويحية في اكتساب الفرد معارف و معلومات في مختلف المجالات فالأنشطة الترويحية تمنح الفرد معارف و معلومات و مهارات و قدرات جماعية و أنشطة متعددة (ص ص 34 33)

1-3- أهمية الترويح: تكمن أهمية الترويح: كما وصفها الحمامي وعبد العزيز (1998) أن الترويح يعتبر مظهرا من مظاهر النشاط الإنساني وله دور هام في تحقيق التوازن بين العمل و الراحة من عنائه و يسهم الترويح في الحياة العصرية طبقا لما ورد في الجمعية الأمريكية للصحة والتربية ولترويح في النقاط التالية:

(1) تحقيق الحاجات الإنسانية للتعبير عن الذات.

(2) التحرر من الضغوط والتوتر العصبي المصاحب للحياة العصرية.

(3) تطوير الصحة البدنية و الانفعالية و العقلية للفرد .

(4) توفر الحياة الشخصية والعائلية مستقرة

(5) تنمية ودعم الديمقراطية.

(الحاج، 2013، ص ص 36 37)

مستويات الحاجات الإنسانية (5 مستويات)	مستويات المشاركة في نشاط الترويح (6 مستويات)
1) حاجات فسيولوجية	1) المشاركة الابتكارية
2) حاجات الأمان	2) المشاركة الايجابية
3) حاجات الاجتماعية	3) المشاركة الوجدانية
4) حاجات تقدير الذات	4) المشاركة السلبية
5) حاجات تحقيق الذات	5) المشاركة التي تلحق الأذى أو الضرر للفرد
	6) المشاركة التي تلحق الأذى أو الضرر للفرد

1-4- أنواع الترويح:

لقد تعددت الأنشطة الترويحية وتنوعت أشكالها فمنها الفكرية ومنها البدنية ومنها العاطفية أو الفردية والجماعية أو المفيدة والعبارة وذلك لأن النشاط الإنساني المبدع بتحديد باستمرار علي أي حال فإننا سنتعرض إلى أهم التقسيمات، فقد قسم احد الباحثين: (رابح ، 2008، ص 16)

1- نشاط الترويح الفعال "loisir passi actif" ويدل علي النشاطات المبدعة كالرياضة والغناء والرسم الخ.....

2 - نشاط تروحي غير فعال "loisir passi" وهو نشاط غير عمل يقف صاحبه موقف المتفرج او المستمع. (iain touraine ، 1969 ، p. 265)

كما قسمه البعض الأخر إلى تراويح فردية وتراويح جماعية غالبا ما تقوم بها جماعة من الأفراد مجتمعين والذي يرغبون في قضاء جانب حياتهم في علاقات اجتماعية عديدة وتكوين صدقات مع آخرين في حين تعتبر التراويح الفردية وهي الأكثر انتشارا عن رغبة الفرد في العزلة عن الظروف العامة للمجتمع وأنجاز إبداعات شخصية معبرة عن الذات الإنسانية (edouard limbos، 1988، p153)

-أما robert فإنه يقسم الأنشطة الترويحية إلى ما يلي

3- **الأنشطة الإيجابية** هي تتمثل في الأنشطة التي تشترك فيها الفرد و يمارسها بضرورة إيجابية مثل ممارسة الأنشطة الرياضية المختلفة أو الرسم أو العزف على الآلات الموسيقية

4- **الأنشطة الاستقبالية** و يقصد بها استقبال الفرد الخارجي عن طريق الحواس كما هو الحال في القراءة او مشاهدة المباريات الرياضية في الملاعب

5- **الأنشطة السلبية** و يقصد بها الفرد يقوم بنشاط لا يتميز ببذل جهد مثل النوم و الاسترخاء

1-4- **النظريات المفسرة لترويح:** هناك عدة نظريات اجتماعية حاولت وصف و تفسير وفهم مصطلح الترويح وكل نظرية تناولت جانب من جوانب هذا المصطلح رغم صعوبة حصرها في عدة نقط كما وصفها (الصلوي، 2006، ص ص 14 15)

1) نظرية الاسترخاء و التخلص من المتاعب والتوترات

- 1) يساعد على التحرر من الضغوط (كالفولكلور الشعبي)
- 2) كما يسعى لتخلص من توترات العصر و متاعبه بالرياضة و الألعاب وما الى ذلك من ذلك من أنشطة
- 3) ومنه نلاحظ أنها تركز على التخلص من الضغوط وواقع الحياة و روتينها

2) نظرية التعبير الذاتي:

1. ترتبط بتكوين الإنسان وطبيعته و انفعالاته النفسية
2. أن أنماط الأفعال التي يسعى الإنسان لتحقيق الابتهاج تعتمد على قدراته وحالته الصحية ، كما يتأثر بكمية الطاقة المتوفرة لديه ، ونوع الرغبة
3. نمط من النشاط لتعبير عن ذاته وتحقيق الرغبات

3) النظرية التعويضية: ترى انه :

- 1- ليس مجرد التنفيس عن انفعال محبوس و لكنها تعويض للنقص في بعض نواحي السلوك.
- 2- قد يكون تحقيق الذات ممكنا عن طريق توفير وسائل الترويح المنظم.
- 3- وجود كم كبير من الغرائز الإنسانية التي قيدها النظم الاجتماعية السائد فلا يمكن إرضاء هذه. الرغبات والميول لذلك يقوم الفرد بممارسة الترويح لكي يشبع رغباته و ميوله بمعزل عن تلك النظم.
- 4) **النظرية التبادلية:** عندما نمارس وسيلة ترويحية معينة ويجد فيها تحقيقا لإشباع حاجاته أو تعود عليه بالرضي و الفائدة.

- 1-- كلما زاد العائد من النشاط الترويحي في الماضي زادت فرصة اختيار هذا النشاط من بين الأنشطة الأخرى المرغوبة في المستقبل.
- 2-- كلما زاد رضي الفرد عن العائد من النشاط الترويحي زادت مزاولته لهذا النشاط
- 3-- كلما زاد العائد المتوقع من النشاط معين زادت ممارسته لهذا النشاط والعكس إذا زاد الإنفاق على وسيلة او نوع من الأنواع الأنشطة الترويحية قلت الرغبة في ممارسة هذا النشاط الترويحي

التعليق العام حول جل النظريات المفسرة لترويح التي عرضت في كل منها وصفا يناسبها لظاهرة الترويح الرياضي التي عرضت في كل منها وصفا يناسبها لظاهرة الترويح الرياضي كما فسرت النظرية الأولى النشاط الترويحي نظرية الاسترخاء و التخلص من التعب والتوترات حيث نسقط هذه النظرية على المسن حيث انه أكثر فرد بحاجة إلى الاسترخاء لتعب السنين الماضية التي عمل فيها بجد جسديا ونفسيا من القلق والتوتر والضغط لهذا وجب عليه التخلص منها بالترويح عن نفسه بأي شكل أو نوع من أنواع النشاط الترويحي سواء كان نشاط مبتكر من طرف المسن أو تقليدي كالألعاب الفنتازيا ، الدومينو..... كما أنها تعتبر تعبير عن الذات كما فسرتة النظرية الثانية حيث يشبع حاجاته النفسية لتحقيق الإبتهاج و الراحة الصحية والنفسية فمع المسن نلمسها في مزاوله العمل وممارسة نشاط ترويحي بعد التقاعد و العبادة و الترويح الذي يعتبر أكثر نشاط تعبير عن الذات

ثانيا) النشاط الرياضي الترويحي: هو تلك الألعاب او الرياضة التي تمارس في أوقات الفراغ و الخالية من المنافسة الشديدة أو بمعنى آخر هي الرياضة التي تمارس خارج الإطار الفيدرالي والتنظيمي .فهيا تمثل وسيلة من وسائل شغل أوقات الفراغ ولهذه الأسباب نرى انه يحتمل المكانة هامة في حياة الشعوب الخاصة .

1-6- أغراض النشاط البدني الترويحي: إن احتياج الفرد لتروح يجعله يبحث يوما بعد يوم عن الحياة الغنية بالمعاني و البهجة و السعادة حياة تتسم بالاتزان بين العمل و الترويح و لذلك فان فلسفة الترويح كأحد المظاهر الحياتية اليومية من تعبير طبيعي تلقائي لبعض اهتمامات واحتياجات الفرد تتغير بل تتعدل من خلال الممارسة التي يمكن اعتبارها دوافع وهي تتمثل في ما يلي كما ذكرها(تقي الدين، 2016، ص 402)

- 1) هي غرض حركي بدافع الحركة و النشاط لجميع الأفراد.
- 2) هي بغرض الاتصال بالآخرين و تبادل الآراء و الأفكار.
- 3) هي غرض تعليمي لتعرف على كل ما هو في دائرة اهتمام الفرد.
- 4) هي غرض ابتكاري فني ليعكس الرغبة في الابتكار والإبداع الفني على الأحاسيس والعواطف والانفعالات
- 5) هي لتحقيق الحاجة إلى الانتماء غرض اجتماعي.

1-7- أهداف النشاط الرياضي الترويحي: يهدف إلى زيادة المردودية الإنتاجية لهؤلاء المشاركين في برامجهم.

1. الأهداف الصحية: هي الأهداف المرتبطة بوجه عام بصحة الممارس بانتظام.
2. الأهداف البدنية: وتشمل الأهداف التي تهتم بالحالة البدنية للممارسين بانتظام لمنشطيتها.
3. الأهداف المهارية: وهي الأهداف المرتبطة بتعليم وتنمية المهارات الحركية بوجه عام.
4. الأهداف التربوية: وهي تلك الأهداف التي تهتم بالفرد الممارس لمنشطيتها من الجانب التربوي.
5. الأهداف النفسية: وهي الأهداف التي تهتم بالفرد الممارس لمنشطيتها من الجانب النفسي.
6. الأهداف الاجتماعية: وهي تلك الأهداف التي تهتم بالجانب الاجتماعي للفرد بانتظام.
7. الأهداف الثقافية: وتشمل الأهداف المرتبطة بتزويد الفرد بالعديد من أنواع المعرفة.

8. **الأهداف الاقتصادية:** وهي تعبير عن الأهداف التي ترتبط بإنتاجيه الأفراد والجماعات الممارسين لمنشط الرياضة للجميع.

ثانيا: **الصحة النفسية :**

1-2- تعريف الصحة النفسية: على انه حالة من التوازن و التكامل بين الوظائف النفسية للفرد ،التي تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته ويقبله المجتمع بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية. (كفافي، 1990، ص8)

كما عرف عبد الغفار حالة الفرد النفسية العامة و الصحة النفسية السليمة هي حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدي إلى تحقيق وجوده إي تحقيق الإنسانية(عبد الغفار ، 2007 ، ص213)

فيما تعرف منظمة الصحة العالمية إلى إن الصحة النفسية هي الرفاهية و الكفاية الجسمية و النفسية و الاجتماعية و ليست مجرد غياب المرض .أما الجمعية الوطنية الأمريكية للصحة النفسية بأنها مجموعة مظاهر السلوك التي يتحلى بها الفرد وتشمل الشعور بالرضا عن النفس و القدرة على تقدير الآخرين والقدرة على مقابلة متطلبات الحياة. (عبد الله، 2014، ص 68)

كما عرفها (المصري، 2014، ص135) أنها القدرة على التأرجح بين الشك والقين من خلال الشعور بالاستقرار النفسي والعقلي والجسدي والقدرة على التوافق مع المجتمع.

اختلفت تعاريف الصحة النفسية باختلاف التوجهات النفسية المتواجدة و التباين بين المدارس النفسية التي ينتمون إليها ويختلف تعريف الصحة النفسية لصغار عن الصحة النفسية للكبار لهذا يراعى في التعريف حسب الفئة المراد دراستها ومراحل نموها ومنه تعرف الباحثة في الدراسة الحالية الصحة النفسية هي إحداث التوازن وتحقيق الرفاه النفسي والاستمرار في السواء برغم العمر المعاش والخبرات المكتسبة سواء الإيجابية أو السلبية)

2-2- معايير الصحة النفسية : ظهرت عدة اتجاهات مختلفة لوضع معايير لتحديد السواء في الصحة النفسية نتيجة تعدد النظريات النفسية ومن هذه المعايير كما ذكرها (الزيدي 2007، ص 12)

1) **المعيار الذاتي:** يتخذ الفرد من ذاته إطارا مرجعيا يرجع إليه في الحكم على السلوك السوي والغير السوي

2) **المعيار المثالي:** الذي يعد الشخصية السوية بأنها مثالية أو ما يقرب منها وان اللاسواء هي انحراف عن المثل العليا لهذا فان الحكم عليها هو مدى اقتراب أو ابتعاد الفرد عن الكمال يتميز هذا المعيار بالقيمة حيث انه يطلق أحكاما خلقية على السلوك و مقدار الحكم حسب هذا المعيار هو مدى اقتراب الفرد أو الابتعاد عن الكمال أو على ما هو مثالي .

3) **المعيار الاجتماعي:** ويعتمد على تحديد السواء بمدى الالتزام بالمعايير و القيم الاجتماعية و الثقافية و الدينية أي التركيز على ضرورة إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية فإذا خرج الفرد بسلوكه عن معايير المجتمع اعتبر هذا السلوك غير مقبول.

4) **المعيار الإحصائي** : يحصل فيه التوزيع السوي و اللاسوي من خلال الانحراف عن المتوسط إذ تتركز معظم التشابهات بين الأفراد في المنتصف لهذا التوزيع فالشخص السوي لا ينحرف كثيرا عن المتوسط أو الشائع منحني غوس.

5) **المعيار الطبي** : يحدد بعض المنظرين في الطب النفسي أن اللاسوية تعود إلى صراعات نفسية لا شعورية وأن السوسة هي الخلو من الاضطرابات.

تري الباحثة إن المعايير التي تحدد الصحة النفسية بالنسبة للمسن كالمعيار المثالي الذي يتفق معه من الخبرات التي يكتسبها من ماضيه والتجارب التي عشاها ، أما المعيار المثالي فيتحدد من المبادئ التي رسمها لنفسه و المتعارف بين الناس لحدوث السوء و الابتعاد عن المثل التي تعرف بالانحراف و الابتعاد عنها ، أما المعيار الثالث الاجتماعي بخبراته الاجتماعية و الثقافية اكتسابه عادات و ثقافات مجتمعه النفسية ومدى التزامه بها لإحداث السوء لدى المسن . وتحديد المعيار الإحصائي بمنحى غوس أي البقاء ضمن حدود المنحني

2-3- **أبعاد الصحة النفسية** : اهتم علماء النفس بأبعاد الصحة النفسية لدى فئات متعددة و اختلف العلماء في تحديد هذه الأبعاد فحدده الباحثة (القيق، 2016، ص 23) كما يلي:

1) الشعور بالكفاءة و الثقة بالنفس.

2) التفاعل الاجتماعي.

3) النضج الانفعالي.

4) الخلو من بعض الأعراض العصبية.

5) البعد الإنساني القيمي.

2-4- **خصائص الشخصية التي تتمتع بصحة نفسية:**

1. التوافق النفسي (إشباع الحاجات ، تقبل الذات(سفيان، 2004، ص 153)

2. الشعور بالسعادة مع النفس أي الراحة النفسية من ماضي نظيف و حاضر سعيد و مستقل مشرق و الاستفادة من مسيرات الحياة اليومية (الزيدي ، 2007 ، ص 5)

3. القدرة على مواجهة مطالب الحياة ومشكلاتها النظرة السليمة للحياة (العمرى، 2012، ص 47-48)

4. الشعور بالسعادة مع الآخرين حب الآخرين والثقة فيهم و احترامهم وتقبلهم(الزيدي، 2007، ص 5)

5. التوجه نحو الحياة(ابكر ، 2015، ص 62)

6. تحقيق الذات و استغلال القدرات فهم انفس والتقييم الواقعي و تقبل الحقائق ، الفروق الفردية (الزيدي ، 2007 ، ص 5)

2-5- **النظريات المفسرة لصحة النفسية** : ان نظريات تفسير الصحة النفسية هي منطق لتفسير الظواهر النفسية المختلفة:

1) **التحليل النفسي**: يتوقف تحقيق الصحة النفسية على مقدار الأنا على التوافق بين أجهزة الشخصية و مطالب الواقع . ويرى فروي دان عودة الخبرات المكتوبة يؤثر تأثيرا رئيسا في تكوين الأمراض العصبية وان

الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعيا.

(2) **الاتجاه السلوكي:** الصحة النفسية تعد نتاجا لعملية التعلم و التنشئة و اكتساب العادات مناسبة وفعالة تساعد الفرد على التعاون مع الآخرين في مواجهة المواقف التي تحتاج إلى اتخاذ قرارات إن سوء الصحة النفسية يعود إلى أخطاء في التعلم الشرطي.

(3) **الاتجاه الإنساني:** تتمثل في تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا و الطبيعة البشرية خيرة بطبعها وتؤكد انه هناك اتصال وثيق بين مفهوم تقبل الذات و الصحة النفسية

التعليق على النظريات المفسرة لصحة النفسية: ترى الباحثان : انه رغم تعدد الاتجاهات المفسرة و اختلافها إلا انه تحدد الفرد المسن الذي يتمتع بصحة نفسية تكون ممتدة منذ الولادة ومرحلة التنشئة و استمرار مراحل العمر و اكتساب خبرات وحسن اختبارها يعود إليه بالنفع وتمتع و الصحة النفسية لأنها تشمل الكل المتكامل في البناء النفسي و الربط بين المثير والاستجابة فيما الفرد السليم هو الذي يحمل قيم يستغلها في التمتع بالصحة النفسية

ثالثا: المسنين:

3-1- اختلف مفهوم الكبر و التقدم في العمر عند العديد من الدارسين باختلاف زوايا الاهتمام الخاص بكل منهم و ذلك لأسباب رئيسية أهمها :

1- ان مفهوم الكبر يمثل احد المفاهيم النفسية التي ما زالت غير مستقرة إذ لا يزال مفهوم التطور في العلوم البيولوجية و الاجتماعية فيما يتعلق بتحديد التقدم في العمر يحتاج إلى المزيد من الإيضاح و التدقيق.

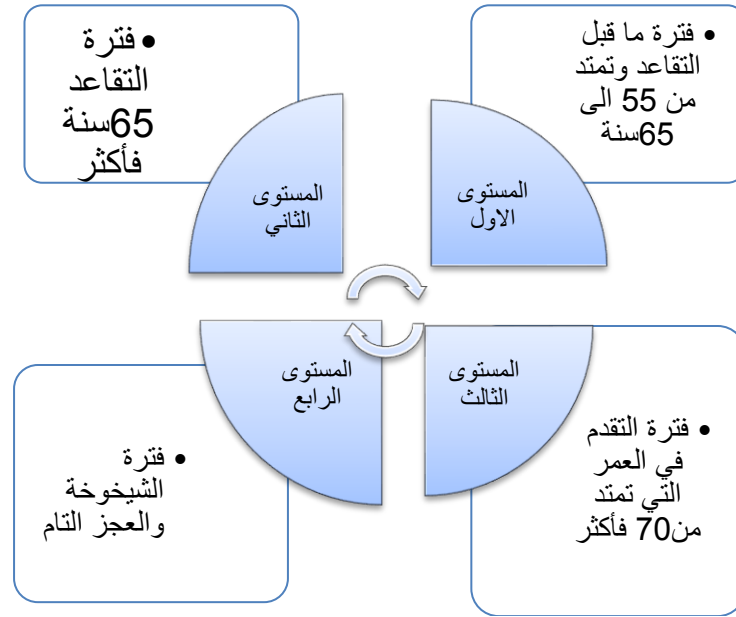
2- إن كبر السن يتأثر بمؤثرات مختلفة و يكون نتيجة تفاعل هذه المؤثرات بعضها مع بعض الأمر الذي يؤدي إلى اختلاف في تحديد مفهوم التقدم في العمر.

3- إن كبر يرتبط بالعمر الزمني وان كان لا يتطابق معه لذلك ليس من الضروري تضمين كل ما يتصل بالعمر الزمني عند تناول مفهوم الكبر و التقدم في العمر.

3-2- أشكال العمر بالنسبة للمسن

(1) **العمر الزمني :** يعني عدد السنوات التي انقضت منذ ولادتنا

و مع فئة المسنين يرى بروميلي أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات



الشكل (01) يوضح مستويات الشيخوخة (الشيخ، 2007، ص 54)

(2) **العمر البيولوجي** : ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية عن طريق المعطيات البيولوجية لكل مرحلة من مراحل الحياة مثل معدل الايض معدل نشاطات الغدد الصماء قوة الدم التغيرات العصبية..... الخ وتم تحديده إلى جانبين هما:

الأول: يتعلق بالبناء: ويشير إلى زيادة التفاعلات الكيميائية الهدامة بالجسم عن التفاعلات الكيميائية البناءة.

الثاني: وهو خاص بالوظيفة: يؤدي هذا النقص المستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية إلى نقص في مقدرة الوظيفة لهذه الأعضاء.

ومنه نستنتج أن الكبر حقيقة بيولوجية للكائنات جميعا

(3) **العمر السيكولوجي** : العمر النفسي يتضمن التغيرات التي تصيب الأجهزة و الوظائف العقلية يقوم

على جملة من الخصائص النفسية و التغيرات التي تحدث في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره و انفعالاته

..... الخ و ينظر الفيومي إلى الشيخوخة النفسية بأنها حالة من التدهور تعترى إمكانيات التوافق النفسي

و الاجتماعي للمسن فتقبل قدرته على الاستغلال قواه الجسمية و النفسية في مواجهة ضغوط الحياة

أما بيرين فيرى أما العمر النفسي يتضمن المهارات التكيفية

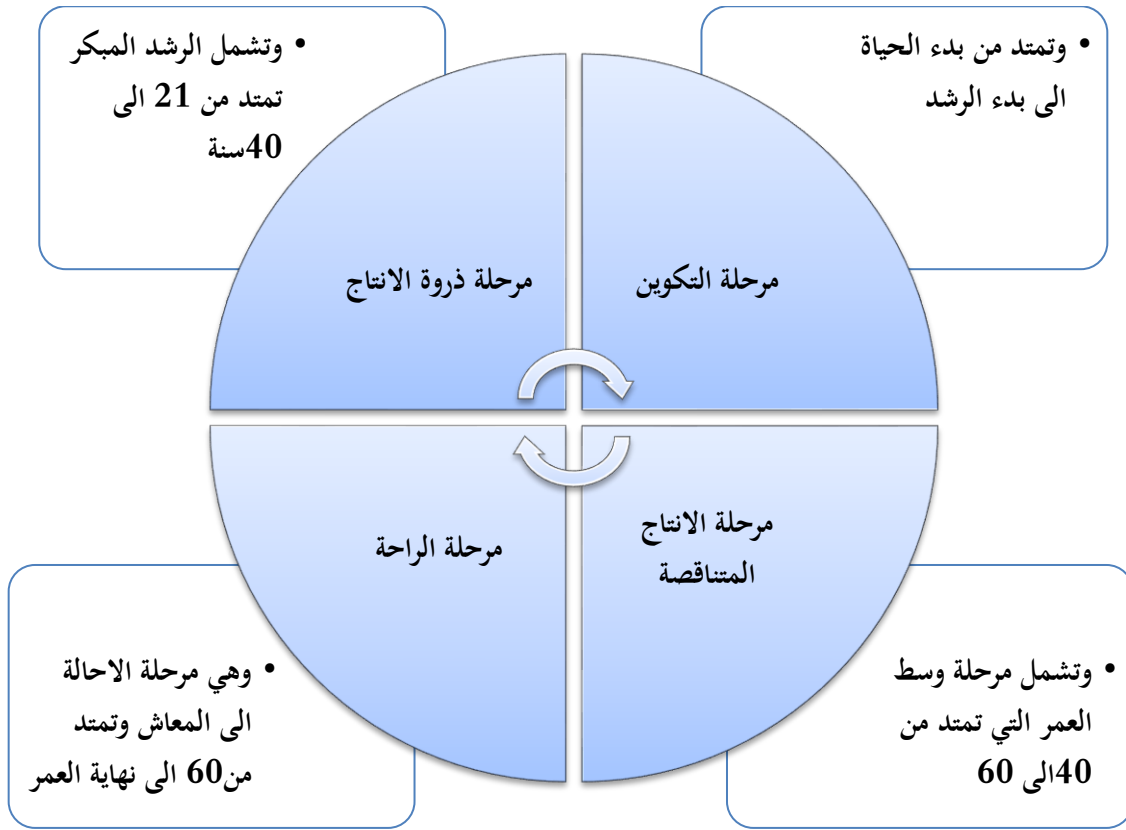
ومهارات حل المشكلات والذكاء وتنعكس هذه المهارات في سلوك الفرد.

(4) **العمر الفيزيولوجي** : وهو مستوى تطور الفرد مقدرًا بحالة النضج التي عليها غدده و عضلاته وجهازه

العصبي.

(5) **العمر الاجتماعي:** التغيرات التي تصيب أدوار الفرد و علاقاته مع انساق البناء الاجتماعي.

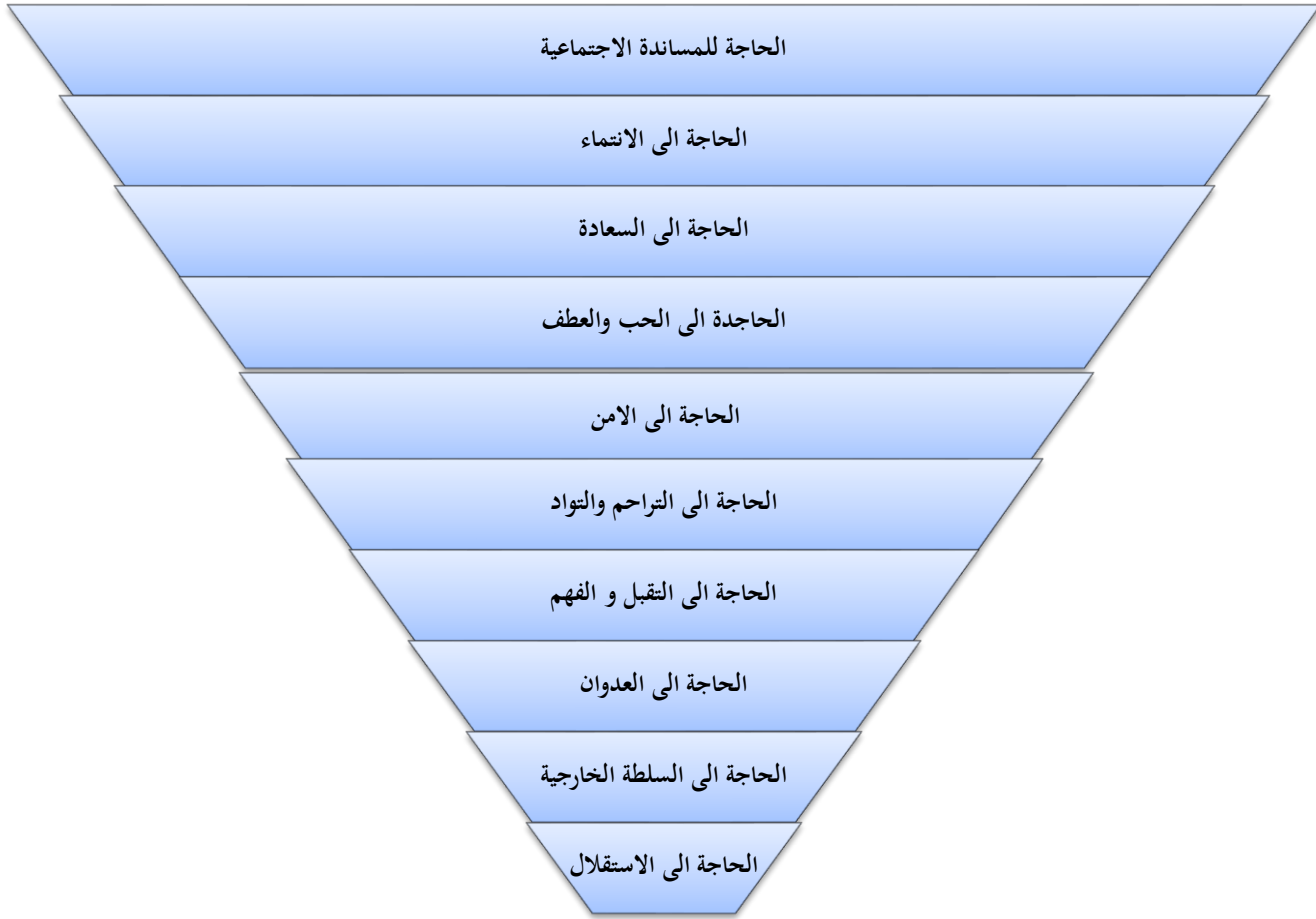
(6) **العمر الوظيفي:** وهو يعطي مؤشرات للعمر بالنسبة للقدرة الأدائية وقد تم تقسيمه إلى أربع مراحل هي:



الشكل (02) توضح مراحل العمر الوظيفي (الشيخ، 2007، ص 60)

3-3- الحاجات النفسية للمسن:

إن معرفة الحاجات الأساسية للأفراد أمر هام و ضروري في جميع المراحل وخاصة في مرحلة كبر السن لما تتضمنه من خسارات و فشل في إشباع حاجات كانت تشبع في مرحلة سابقة يمكن القول ان تحقيق التكيف الجيد في اي مرحلة عمرية لا بد له أن يكون الأفراد قادرين على إشباع حاجاتهم الشخصية وان يسير اتبعاً لتوقعات الآخرين إلى حدود إطار المتاح لهم



الشكل رقم (03) يوضح الحاجات النفسية لكبار السن حسب ما قامت به سهير كامل (الشيخ، 2007، ص 168)

3-4- المشكلات النفسية والانفعالية : تعد أزمة العمر كما يراها (إريكسون) أزمة التكامل مقابل اليأس آن

قلق المسن ينتج عن أربع مصادر هي : كما حددها (الشيخ، 2007، ص 100)

1- قلق الصحة نتيجة للاضمحلال في بناء الجسم ونقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية

2- قلق التقاعد وترك العمل وما يترتب عليه من عدم الأمان الاقتصادي.

3- قلق الانفصال و الإحساس بالوحدة والفراغ.

4- قلق الموت حيث الإحساس بالنهاية و اليأس من الشفاء

3-5- الخصائص النفسية لاضطرابات وانفعالات لمراحل الحياة في مرحلة واحدة:

1- انفعالات كبار السن ذاته المركز حيث تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم.

2- عدم القدرة على التحكم في الانفعالات تحكما صحيحا .

3- العناد وصلابة الرأي.

4- الميل إلى المديح و الإطراء و التشجيع.

5- المسنون كثيرا ما يثير في أنفسهم القلق وقد يؤدي بهم القلق إلى الكتابة لأنهم لا يجدون متنفسا

لانفعالاتهم كما كانوا من قبل.

خلاصة :

وفي ختام ما استنتجته الباحثة عن مفاهيم متغيرات الدراسة نلاحظ إن هناك علاقة تناسبية بين كل من النشاط الرياضي الترويحي والصحة النفسية أي إن كلما زاد قيام المسن بنشاط رياضي ترويحي يتناسب وقدرته زاد مستوى الصحة النفسية لديه حدوث توافق نفسي، التفاعل الاجتماعي، النضج الانفعالي، الخلو من الأعراض العصبائية، الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس ، البعد الإنساني والقيني والوصول لجودة حياة باتجاه الزمن ، الذي يمثل مطلب يتمناه كل فرد يمر بمرحلة كبر العمر لما لاحظتها في الإطار المرجعي النظري انه يلعب دور هام في الصحة النفسية للمسنين حيث تكمن أهمية الدور الذي يلعبه النشاط الرياضي الترويحي في تلبية الحاجات للمسنين من حاجات نفسية لنشاط والحركة وذلك لمقاومة ما فرضه وخلفه العمر على المسن من أشكال العمر (العمر الزمني، الفسيولوجي، الوظيفي) وثقل الحركة وما فرضه طابع الحياة اليومية من زيادة الأمراض المزمنة ضغط الدم، السكري والأمراض النفسية كالتوتر العصبي، القلق، الاكتئاب، الضغوط النفسية، الوحدة النفسية والإمراض العضوية ومرض الأوعية الدموية، هشاشة العظام، وغير ذلك ولهذا نلاحظ أن النشاط الرياضي الترويحي له أهمية في تنمية الصحة النفسية من خلال أغراض هذا النشاط الترويحي و الذي بدوره له أشكال متنوعة ليجد المسن أي نشاط رياض ترويحي يختاره ويميل له. حيث أصبح الأطباء يعتقدون في الأنشطة الترويحية كعلاج مكمل للعلاج النفسي فأصبحوا اليوم ينصحون مرضاهم بالمشاركة في هذه النشاطات وممارسته عندهم في العيادات بأوسع نطاق حتى انه أصبح يدخل ضمن العلاجات الاسترخاء، اليوغا، المشي، التنس ، الشطرنج ، ممارسة ألكارتي دو

قائمة المراجع:

- أبكر، سميرة حسن. (2015). *فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمعنى لمواجهة الأحداث الضاغطة و التوجه نحو حياة لدى عينة من المطلقات بمدينة جدة، مجلة العلوم التربوية*. 1(1)، ص: 51-84.
- تقي الدين، قادري. (2016). *النشاط الرياضي الترويحي و دوره في تطوير السياحة الرياضية بالجزائر*، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، (27). ورقلة، الجزائر.
- الحاج، صياد. (2013). *دوافع ممارسة النشاط الرياضي الترويحي عند المواطنين الجزائريين على ضوء متغير الجنس، العمر و المؤهل، (رسالة ماجستير غير منشورة. مستغام، الجزائر.*
- الحمامي، محمد محمد. (2004). *الترويح المائي الفلسفة والتسويق*، القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- الحمامي، محمد ومصطفى، عايدة عبد العزيز. (1998). *الترويح بين النظرية و التطبيق*. ط(2). القاهرة: مركز الكتاب و النشر.
- خطاب، عطيات محمد. (1990). *أوقات الفراغ و الترويح*. ط(2). القاهرة: دار المعارف.
- الخوري، أمين أنور. (1996). *الرياضة و المجتمع*، سلسلة عالم المعرفة. الكويت.
- رابح، صغيري. (2008). *دور النشاط الرياضي الترويحي في التقليل من ظاهرة الإدمان على المخدرات*، (رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر.
- الزبيري، كامل علوان. (2007). *دراسات في الصحة النفسية. عمان، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع.*
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). *الصحة النفسية و العلاج النفسي*. ط (4). عالم الكتب : القاهرة.

- سفيان، صالح نبيل. (2004). *المختصر في الشخصية و الإرشاد النفسي دليلك لاكتشاف شخصيتك وشخصية الآخرين*، ط(1). القاهرة: دار أيزنك لطباعة و النشر.
- الشيخ، رعد. (2007). *إرشاد الكبار وذويهم، منشورات جامعة دمشق، كلية التربية، دمشق*.
- الصلوي، عبد الإله بن احمد. (2006). *معوقات ممارسة الأنشطة الترويحية الرياضية لدى طلبة المعلمين بالمملكة العربية السعودية*، (رسالة ماجستير غير منشورة).
- عبد العزيز، محمد. (2013). *الترويح و أوقات الفراغ*. الإسكندرية: دار المعارف.
- عبد اللطيف، نعيم عبد الوهاب. (1993). *العلاقة بين الممارسة و العلاج القصير مع المسنين لمعالجة مشكلات العلاقات الاجتماعية لديهم*. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان.
- القيق، أريج خليل محمد. (2016). *قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين*، (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الكفاي، علاء الدين. (1990). *التنشئة الوالدية و الأمراض النفسية*، القاهرة، دار هجرة النصر.
- المصري، إبراهيم سليمان. (2014). *تقدير الذات و علاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة*، دراسات نفسية و تربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية، (13)، ص ص 131-148
- ميغاريوس، صامويل. (2001)، *أضواء على المراهقة المصرية*، القاهرة: دار الفكر العربي.
- :Edouard limobos.(1966). *Lanimations des groupes de cultures et de loisir*.Paris editions
Lain touraine. (1969). *La socirte port industrielle*. PariS: donceel.
r-m de casabinca. (1968). *Socabilite et losirs chez lenfat de la chaux et niestle*. Paris.

مجلة أصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية

Journal Acil of Psychological, Educational and Social Studies

Issn: 2830-8891

المجلة دورية دولية تصدر عن مخبر البحث و الدراسات في قضايا الانسان و المجتمع

بالمركز الجامعي الشريف بوشوشة افلو

الكشف المبكر لذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ودوره في التخفيف منها

Early detection of persons with ADHD and its role in alleviating it.

طيايبة نادية^{1*}، كباهم خميسة².

¹ جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، (الجزائر)، nadiatiaibassalem@gmail.com ، مخبر الدراسات

الانثربولوجية والدراسات الاجتماعية.

² جامعة الجزائر 02 أبو القاسم سعد الله، (الجزائر)، kabahoum.rachida@gmail.com ، مخبر

الصحة النفسية.

تاريخ النشر: 2023/12/ 26

تاريخ القبول: 2023/11/12

تاريخ ارسال المقال: 2023/08/13

* المؤلف المرسل

الملخص:

إن الكشف المبكر لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وتشخيصه يؤدي بالضرورة إلى التخفيف من حدوثه، لأنه يعد من أكثر المشكلات التربوية غموضاً نظراً لصعوبة تشخيصه والتفاوت في حدته، ووجود عدد كبير من النماذج النشوئية التي تحدد الأسباب الممكنة لاضطراب الانتباه وفرط النشاط ADHD وجزء لا يستهان به من التباين الممكن تفسيره على أساس الاستعداد الوراثي، كدراسة التوائم والأسر التي تشير إلى أن اضطرابات الانتباه وفرط النشاط وراثي في جزء كبير منه، على اعتبار أن الاضطراب لا يورث وإنما ما يورث هو الاستعداد الوراثي لتشكيل الاضطراب، وأن الظهور يرتبط بعوامل أخرى وبشكل خاص استجابات المحيط وتمثله نحو الطفل.

وانطلاقاً من مبدأ التشخيص المبكر يؤدي إلى العلاج المبكر، وإذا عُرف الداء سهل الدواء، وأن الكشف المبكر لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يؤدي إلى التخفيف من حدته.

وعليه هدفت هذه الدراسة النظرية إلى التعرف على خصائص الأطفال ذوي فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه، أسبابه، وبعض طرق تشخيصه، وبعض الاستراتيجيات التربوية المقترحة للتخفيف من حدته.

الكلمات المفتاحية: فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه ADHD ; التشخيص (الكشف المبكر).

Abstract :

Early detection and diagnosis of ADHD necessarily mitigate its occurrence because it is one of the most uncertain educational problems due to its difficult and uneven diagnosis, The existence of a large number of emergent models that identify possible causes of ADHD and a significant part of the variability that can be explained on the basis of genetic predisposition for example, the study of twins and families indicating that attention disorders and hyperactivity are largely genetic, Since the disorder does not inherit, what inherits is the genetic readiness to form the disorder. and that the appearance is linked to other factors, particularly the ocean's responses and its representation towards the child.

Based on the principle of early diagnosis leads to early treatment, if the disease is known, the drug is easy, and the early detection of ADHD and distraction leads to alleviation of its severity.

The aim of this theoretical study is to identify the characteristics of children with hyperactivity and distraction, its causes, some diagnostic methods, and some proposed educational strategies to alleviate its severity.

Keywords: Hypermobility ; activity and distraction ADHD ; Diagnosis (early detection).

مقدمة الإشكالية:

اهتمت الكثير من الدراسات والبحوث باضطراب فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه على مدار السنوات الماضية، وقد تطرقت معظمها إلى دراسة هذا الاضطراب من نواحي مختلفة، ومدى تأثير أعراضها على الطفل بالدرجة الأولى وعلى الأسرة والمدرسة والمجتمع بدرجة ثانية. وبالنظر إلى الدراسات التي أجريت حول نسبة انتشار هذا الاضطراب، فهي متفاوتة من مجتمع إلى آخر وقد بلغت نسبة انتشاره في جميع أنحاء العالم بنسبة تصل إلى 10% من الأطفال في المرحلة الابتدائية، ولكن على أكثر التقديرات المعقولة ما بين 3% إلى 6% حسب تقديرات الدليل التشخيصي للأمراض النفسية الأمريكي في طبعته الرابعة (DSM4)، وتؤكد أبحاث حديثة على أن نسبة البالغين المصابين به لا تقل عن 3%، بينما بلغت نسبة انتشاره في الدول العربية ومنها دولة قطر 9.4% سنة (2006)، وفي الدمام السعودية أظهرت دراسة الحاتم وطه (2008) نتائجها أن نسبة ضعف الانتباه لوحده 16.3%، في حين نسبة فرط الحركة والاندفاعية 12.4%. (عبيدات، 2013، 337)

ويعتبر الانتباه من العوامل المؤثرة في التعلم حيث أنه من الصعب، بل من المستحيل أن يحدث تعلم دون انتباه، فهو شرط أساسي من شروط التعلم ومرحلة ضرورية من مراحل والتلاميذ يتعلمون فقط ما ينتبهون إليه. وبالرغم من أن الانتباه عملية عقلية نمائية إلا أنه قد نجد عدم قدرة بعض الأطفال على تركيز انتباههم أو تنظيم نشاطهم الذهني نحو شيء بعينه لفترة، مع عدم استطاعتهم أن يتحرروا من العوامل الخارجية المشتتة لانتباههم. (Das, 1996)

ويشكل اضطراب تشتت الانتباه أو ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تحديا واضحا أمام الأسرة والمدرسة، وذلك في كيفية تشخيص هؤلاء الأطفال وعلاجهم ووضع خطوط استراتيجية لهذا العلاج بما يتلاءم مع قدراتهم ومدى ضبط سلوكهم.

كما أنهم يكونون غير قادرين على إنهاء ما يطلب منهم تأديته، واندفاعيين مما يوقعهم في أخطاء كثيرة، ولديهم عجز في السلوك التوافقي فيتحركون حركات مفرطة دون هدف واضح ومحدد، ولا يتبعون النصائح والتعليمات سواء كانت من الوالدين أو المعلمين أو المحيطين به.

حيث أشار جولدشتان (Goldstein, 1995) إلى أن التلميذ ذو اضطراب الانتباه مع فرط النشاط يعاني من أربعة اضطرابات هي: التشتت، الاستثارة العالية، الاندفاعية، صعوبة إرضاءه.

ولقد أظهرت الدراسات أن النشاط الزائد ينتشر بشكل أكبر بين الذكور، كما يجب ملاحظة أن ارتفاع مستوى النشاط أمر طبيعي وشائع بين الأولاد في سن مبكر، وبين الأولاد الميالين إلى الاستكشاف والأدكياة جدًا

ممن هم عرضة لانتقاد الراشدين، ولقد وجدت معظم الدراسات أن حوالي 05% إلى 10% من الأولاد الذين لديهم نشاط زائد، وأن حوالي 40% من الأولاد الذين يحالون إلى مراكز متخصصة يعانون من النشاط الزائد. (بيبي، 1995، 222)

بناء على ما سبق تتبلور الحاجة إلى الإرشاد الأسري لهؤلاء الأطفال، فمشكلة الطفل داخل الأسرة ما هي إلا عينة لاضطراب أسري شامل، ولذا فقد تتشابك مشكلات أفراد الأسرة لدرجة يصعب حلها فردياً، بل لابد من العمل جماعياً مع الأسرة كوحدة وفهمها بشكل متكامل. (سعيد حسني، 2000، 64)

وكلما اندمجت الأسرة في برامج علاج الطفل وتفهمته كلما كان البرنامج ذا فاعلية ونجاح وأثر على الطفل، لأن ذلك يؤدي إلى تواصل وفعالية من الوالدين وأطفالهم من خلال تطوير مهاراتهم الضرورية للنمو السليم لأطفالهم.

وعلى هذا حاولنا طرح التساؤلين التاليين:

- ما هي أهم الأسباب التي نشأ عنها اضطراب فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه؟
- ما أهمية التشخيص المبكر لفئة ذوي فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه؟

1- أهداف الدراسة : لتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على مراجعة عدد من الأدبيات والدراسات السابقة في مجال فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه حسب ما يلي:

- خصائص ذوي فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه.
 - أهم المشكلات المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
 - بعض الاستراتيجيات والحلول المقترحة لعلاج اضطراب فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه.
- المبحث الأول:** ويتناول هذا المبحث أهمية الدراسة النظرية والتطبيقية، مصطلحات الدراسة والدراسات السابقة.
- المطلب الأول:**

الفرع الأول: ويتناول الأهمية النظرية والتطبيقية.

- الأهمية النظرية:

تأتي أهمية الدراسة من أهمية الموضوع التي تطرحه هاته المشكلة كونها أثارت انتباه الآباء والتربويين مما دفعهم للبحث عن حلول تساعد أطفالهم للتغلب على تلك المشكلة.

ولما كان اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المشكلات الرئيسية لحالات صعوبات التعلم، فقد استأثر باهتمام الباحثين في الميادين التربوية والنفسية.

- الأهمية التطبيقية:

- مساعدة المسؤولين (أساتذة، مستشارين، أولياء أمور وكل المهتمين بالتربية والتعليم) في التعامل مع مختلف الأسباب المؤدية اضطراب فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه، والعمل على تلافيتها، وتوفير بيئة مناسبة لهم من أجل النجاح والتوافق النفسي مع الأسرة والمدرسة والمجتمع.
 - الاهتمام بالتلاميذ ذوي اضطراب فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه في مختلف مراحلهم الدراسية ومحاولة إدماجهم من أجل تكيفهم ونجاحهم.
 - إبراز دور القائمين بالرعاية في مواجهة هذه الصعوبات، ووضع استراتيجيات كفيلة لمساعدتهم.
- الفرع الثاني:** ويتناول مصطلحات الدراسة (التشخيص المبكر، فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه) والدراسات السابقة.

- مصطلحات الدراسة:*- التشخيص:****- مفهوم التشخيص (Diagnosis):**

التشخيص أو الكشف المبكر في مجال الإعاقة سواء كان تربويا أم طبيا، هو الخطوة الأولى في العلاج والتأهيل، والخطوة الأولى في التعامل تعاملًا صحيحًا مع الإعاقة أو الصعوبة أو الاضطراب الذي يعانيه الطفل، وينظر إليه على أنه عملية ثلاثية الأطراف تسمى: الطفل، الفاحص، وأدوات أو وسائل الفحص والتشخيص. ويعد التشخيص العملية الأساسية التي تسبق تحديد أساليب التدخل العلاجي، وكلما أجري التشخيص في وقت مبكر من عمر الطفل كان العائد من عملية التدخل ذا تأثير فعال على سلوك الطفل، ويقوم التشخيص على السلوك وليس السبب. (أبو الديار، 2012، 20)

- تعريف فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه:

تعددت وتنوعت التعريفات الخاصة باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، تبعًا للاتجاهات والنظريات التي بحثت في الأسباب والخصائص، ومعايير التشخيص الخاصة في هذا الاضطراب، فالبعض يصف الاضطراب على أنه اضطراب مزمن ذو أساس عصبي-سلوكي، وذلك بناءً على الكثير من الدراسات التي أجريت على الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب.

1- تعريف الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع للاضطرابات العقلية (DSM IV):

ويعرف على أنه اضطراب نمائي يظهر خلال مرحلة الطفولة، وفي كثير من الحالات قبل عمر 07 سنوات، ويوصف بمستويات نمائية غير مناسبة في جانب الانتباه البصري والسمعي و/أو السلوك النشاط الزائد والاندفاعية. وحتى يتم تشخيص الطفل على أنه لديه هذا الاضطراب فلا بد أن تكون أعراض هذا الاضطراب قد تركت أثرا سلبيا على واحدة أو أكثر من جوانب الحياة، فالعلاقات الاجتماعية، الأهداف الأكاديمية أو المهنية إضافة إلى الوظائف التكيفية والمعرفية، ويمكن أن يستمر هذا الاضطراب إلى سن المراهقة وسن الرشد. (Wikipedia, 2006)

2- تعريف آكاردو وويتمان (Accardo & Whitman, 2002):

يعرّفان اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (فرط الحركة) بأنه اضطراب عصبي سلوكي يتصف بقصر فترة الانتباه والاندفاعية والنشاط الزائد، ويشخص من خلال المقابلة والملاحظة السلوكية، في حين يعرف تشتت الانتباه أو ضعفه بأنه عدم قدرة الطفل على الانتباه والمحافظة على استمراريته تجاه المهام مقارنة بالأطفال مما هم في جنسه وعمره. (Barkley, 1998)

كما يعرف النشاط الزائد (فرط الحركة) بأنه مستوى زائد من النشاط الحركي ولا يتناسب مع المرحلة النمائية للطفل.

بينما تعرّف الاندفاعية بأنها ضعف القدرة على سلوك الاستجابة وفقا لمتطلبات الموقف، فهم غالبا ما يستجيبون بسرعة قبل اكتمال التعليمات المتعلقة بالمهمة. (Fisher & Barkley, 1998)

ويقسم اضطراب ضعف الانتباه وتشتتته وفرط الحركة إلى ثلاثة أنماط، نمط ضعف الانتباه، نمط النشاط الزائد والاندفاعية والنمط المشترك ضعف الانتباه والنشاط الزائد. (Parker, 2005)

(عبيدات، 2013، 337)

وفي تعريف آخر هي عدم القدرة على الانتباه والقابلية للتشتت والحركة المفرطة، أي صعوبة الطفل في التركيز عند قيامه بنشاط مما يؤدي لعدم إكمال النشاط بنجاح. (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية، ط4، 78، DSM IV, 1994)

وتوصل (Barkley, 1985) إلى وصف الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد بعد دراسة أجراها لهذا الغرض، بأنه هو الطفل الذي يطيع الأوامر ويجد صعوبة في التعامل مع الآخرين، وهو كثير الحركة بدون داع ويبدو مشتت الانتباه ولا يستطيع إتمام أي عمل سواء في اللعب أو في الواجبات المدرسية.

3- تعريف آنا ستوبولس (Ana Stopoulous, 1999):

يعرّف أن اضطراب نقص الانتباه والاندفاعية والنشاط الزائد، وهذا الاضطراب له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسي للطفل والمراهق، والفرد الذي يعاني منه يُظهر قدرة أكاديمية منخفضة، وضعف في التحصيل الأكاديمي إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتدني مفهوم الذات. (الدسوقي، 2006، 28)

ولا تزال عدة مصطلحات تستخدم للتعريف بهذا الاضطراب، والسبب في ذلك يعود إلى الأنماط السلوكية المختلفة لهذا الاضطراب، كما يلاحظ اشتقاق هذا المصطلح من جزئين، الجزء الأول نقص الانتباه والجزء الثاني فرط الحركة ويضاف إليه الاندفاعية. (مصطفى، 2011، 154)

وعليه تعرف الباحثة بأنه عدم قدرة الطفل على التركيز والانتباه والاحتفاظ به خلال قيامه بممارسة الأنشطة، وحركته المفرطة دون هدوء مما يجعله اندفاعي للأشياء دون تفكير مسبق، والحركة المفرطة تولد عنده عدم القدرة على التركيز، كما لديهم صعوبات تعلم وغير متعاونين ويتجنبون العمل الذي يتطلب ذكاء والتكلم بطريقة مزعجة، ومحاولة التشويش على الآخرين وخاصة في مواقف التعلم والنشاط الزائد وتشتت الانتباه وزيادة الحركة عن حدودها الطبيعية المقبولة وبشكل مستمر، ولا تتناسب مع العمر الزمني للطفل وتتسبب له في مشكلات مع المحيطين به خاصة في المدرسة.

ويشيع هذا الاضطراب لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة والمتوسطة، ويتواجد في جميع المجتمعات تقريبا وهو يشكل بحد ذاته مشكلة سلوكية نمائية تنعكس آثارها سلبا في عملية الإدراك والتعلم.

- التعريف الإجرائي:

تعرفه الباحثة بأنه "عدم استطاعة الطفل تركيز انتباهه والاحتفاظ به فترة ممارسة الأنشطة مع عدم الاستقرار، والحركة الزائدة دون الهدوء أو الراحة مما يجعله مندفعاً يستجيب للأشياء دون تفكير مسبق"

- الدراسات السابقة:*1- دراسة جولدمان وآخرين (Goldman & all, 1998):** كشفت عن وجود حوالي 03% إلى 06%

من أطفال المدارس الابتدائية والإعدادية يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، وأن هذه الاضطرابات أكثر انتشارا بين البنات عنها لدى الأولاد، وأن غالبية الأطفال أثناء فترة علاجهم يبدؤون بالعلاج الدوائي قبل العلاج النفسي.

2- دراسة ميرل وبيلتر (Merrell & Boelter, 2001): وقد أشارت إلى أن الطفل ذو اضطرابات

الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، أكثر عدوانية ومستبد برأيه ومندفع وغير ناضج، وكثير الكلام وغير متعاون

مع أقرانه في الأنشطة المختلفة، إن نسبة اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد أعلى بصورة كبيرة بين الأولاد مقارنة بالبنات.

3- دراسة كوريل وهيتشسون (Corell & Hulthchison, 1987): هدفت إلى التعرف على أكثر البرامج العلاجية شيوعا التي يمكن استخدامها مع ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، فوجد أن البرامج السلوكية فعالة مع حالات العدوان، بينما للإرشاد الأسري والعلاج الطبي البيئي فعالية مع حالات اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد. (أحمد كمال، مسعد، دس، 10)

4- دراسة (Stephen, 1996): هدف من خلالها التعرف على قدرة الأطفال على القراءة الصحيحة، وقد تكونت العينة من 21 طفلا بالمرحلة الابتدائية يعانون من اضطراب الانتباه، وأوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه لا يستطيعون القراءة بصورة شاملة، حيث يقفزون من جملة إلى أخرى تاركين جمل وفقرات، مما أدى إلى نتيجة أن اضطراب الانتباه يؤدي إلى صعوبة التعلم، وأكدت على هذا دراسة (Cavanaugh) والتي قام فيها بدراسة العلاقة بين اضطراب الانتباه وصعوبات التعلم، وقد بينت نتائج دراستهم أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين صعوبات التعلم واضطراب الانتباه، كما أوضحت النتائج أن 30% من الأطفال يعانون من صعوبات التعلم واضطرابات الانتباه. (سيد أحمد، بدر، 1999، 72) ومن الدراسات العربية نجد:

5- دراسة (أحمد عواد، 1994): وهدفت إلى مقارنة اضطراب الانتباه بين التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، وتكونت العينة من 468 تلميذ منهم 255 من الذكور و220 من الإناث، متوسط أعمارهم بين 06 إلى 07 سنوات، بانحراف معياري 3.6، وقد أسفرت نتائج دراسته أن انتشار اضطراب الانتباه عند ذوي صعوبات التعلم أكثر من العاديين بنسبة 12.34% من العينة الكلية، وكانت نسبة الذكور الذين يعانون من اضطراب الانتباه عند ذوي صعوبات التعلم 6.2% بينما الإناث 5.45%. (بن عربة، 2010، 9-10).

وعليه ومما سبق طرحه ومن خلال الدراسات السابقة تبين أن اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة يؤدي إلى العديد من المشكلات وأولها صعوبات التعلم، التأخر الدراسي، وصعوبات أكاديمية تربوية متعددة.

كما أن انتشار اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد في مرحلة الطفولة، يمتد إلى ما بعدها وأن أهم البرنامج ه البرامج الإرشادية الأسرية لخفض اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، إضافة إلى مختلف العلاجات السلوكية، ذلك أن الوالدان أكثر فعالية على تقييم أطفالهم كع درتهم على تطوير المهارات الضرورية للنمو السليم لأطفالهم.

وخلاصة القول أن موضوع تشتت الانتباه المصحوب بفرط النشاط من المواضيع التي لا تزال تعيق التشخيص الصحيح، وعلاجه يتطلب المزيد من الدراسات والبحوث، وعلى حد علمنا أن هناك ندرة في مثل هذه الدراسات وخاصة العربية منها.

المبحث الثاني: ويتناول مظاهر اضطراب فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه، أسباب وعوامل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه،

المطلب الأول:

الفرع الأول: وقد تناول أهم المظاهر لاضطراب فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه، ومختلف السلوكيات الناجمة عنه.

- مظاهر اضطراب فرط الحركة والنشاط وتشتت الانتباه:

تتزايد مشكلات هؤلاء الأطفال في سن المدرسة، حيث يتوقع منهم البقاء هادئين في أماكنهم والتركيز على المهام المعروضة أو الاندماج مع الآخرين في الفصل الدراسي، وتبدأ تأثير المشكلات الدراسية للطفل في الظهور في المنزل، حيث توكل أو تدخل الطفل والأسرة معًا في معاناة حقيقية لإنهاء تلك الواجبات.

كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلة عدم القدرة على اتباع التعليمات، سواء في المنزل أو المدرسة وصعوبة أداء المهام اليومية الموكلة لهم أو إكمال الأعمال التي أوكلت لهم، كما يعانون من رفض الآخرين من الأقران بناء إنتاج سلوكياتهم الاجتماعية غير المناسبة، والتي تتزايد مع الوقت وفي نهاية مرحلة الطفولة تبدأ السلوكيات الاجتماعية بالتحسن والاستقرار إلا أن المشكلات الأكاديمية تستمر، ويشير باركلي (Barkley) إلى أن ما بين عمر 07 إلى 10 سنوات فإن على الأقل من 30% إلى 50% من الأطفال الذين لديهم تشتت أو ضعف انتباه مصحوب بنشاط زائد واندفاع (ADHD)، وقد تتطور لديهم أعراض السلوك المعارض (Conduit Behavior) أو سلوكيات أخرى كالكذب أو مقاومة السلطة، و 25% منهم قد يبادرون بالقتال مع الآخرين. (Health Center, 2000). (الخشرمي، 2007، 5)

الفرع الثاني: تم التركيز على مختلف الأسباب والعوامل المؤدية إلى ظهور النشاط الزائد وتشتت الانتباه، وبعض المشكلات المرتبطة والاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

- أسباب وعوامل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

- **الأسباب الوراثية والبيئية:** تعتبر فكرة المزاج الموروث ذات أهمية في هذا المجال، حيث أن هناك أولاد يظهرون نشيطين جدًا منذ الولادة، لذا تعتبر العوامل الوراثية هامة جدًا في ظهور النشاط الزائد، وكثيرا ما يأتي النشاط الزائد مرافقا للصرع والتوحد، إلا أن عددا كبيرا من الأولاد الذين لديهم نشاط زائد يتقد بأنهم يعانون من خلل وظيفي

في الدماغ هو الذي يسبب الحركات الكثيرة غير الهادفة، قد يحدث النشاط الزائد أيضا نتيجة الصدمات على الرأس أو التسمم، كما أن الظروف البيئية قد تشجع أو تحفز من مستوى سلوك النشاط الزائد، إنه من الضروري تحديد السبب في إصابة الولد بالنشاط الزائد، ويعتبر الفحص الطبي والنفسي هاما جدا في هذا المجال، خاصة من قبل مركز متعدد التخصصات، وهناك حالات نادرة يؤدي فيها الخلل في كهربائية الدماغ أو الاضطراب في إفراز الغدد أو الورم الدماغى للنشاط الزائد في مثل هذه الحالات النادرة، فإن التشخيص المناسب يجب أن يتم حتى يقدم للطفل العلاج الطبي المناسب. (بيبي، 1995، 222)

وعليه فإن أسباب اضطراب الانتباه متعلقة بالمخ قد ترجع لوجود خلل في وظائف الدماغ، وإما لاختلال التوازن الكيميائي في القواد الكيميائية للناقلات العصبية ولنظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ، وإما لضعف النمو العقلي.

إن العوامل البيئية تلعب دورا ليس هينا في إصابة الأطفال باضطراب الانتباه، ويبدأ أثر هذه العوامل البيئية منذ لحظة الإخصاب، إلى مرحلة الحمل، مرحلة الولادة وما بعدها وذلك من خلال تعرض الأم لقدر كبير من الأشعة أو تناولها للمخدرات أو لبعض العقاقير الطبية، أو إصابتها ببعض الأمراض كالحصبة الألمانية والزهري والجدري والسعال الديكي.

وهناك عوامل أخرى متمثلة في تناول الأطفال لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة، أو الخضر والفواكه الملوثة بالمبيدات الحشرية والمواد الحافظة التي تضاف للمواد الغذائية المجهزة، كلها تؤدي إلى إصابة الأطفال باضطراب تشتت الانتباه، أما المواد السكرية التي يتناولها الطفل لا تؤدي إلى إصابته باضطراب الانتباه، ولكنها تؤدي إلى ارتفاع مستوى النشاط الحركي من خلال زيادة نسبة الطاقة. (Miliek & Pelhom, 1986) (Kruesi, & all, 1987) (Rosen & all, 1988). (سيد أحمد، بدر، 1999، 37-42)

وتعتبر المدرسة من العوامل البيئية المهمة، حيث أشارت نتائج هجز اندرسون (1979) التي اهتمت بدراسة سلوك حجرة الدراسة عن طريق الملاحظة الموضوعية لسلوك الأطفال، إلا أن المعلمين وجدوا أعدادا كثيرة من أطفال الفصل الدراسي يُظهرون فرط النشاط الحركي.

- بعض المشكلات المرتبطة والاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

يواجه الطلبة ذوي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، مجموعة غير متجانسة من حيث الخصائص التي يُظهرونها بالاعتماد على العمر وشدة الاضطراب، وهذه هي المشكلات:

1- المشكلات الأكاديمية: يواجه الطلبة ذوي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مشكلات أكاديمية نابعة من عدم قدرتهم على الاستمرارية في الانتباه، بالإضافة إلى عدم البقاء في وضعية الجلوس ريثما تنتهي المهمة،

ونلاحظ عليهم كذلك ضعف الأداء في الاختبارات، كما لديهم ضعف في مهارات الدراسة وعدم القدرة على متابعة ما يقوله المعلم أو المناقشات الصفية، كما يقومون بالإجابة على الأسئلة قبل انتهاء المعلم من طرحها، وينتقلون إلى أخرى قبل إنهاء المهمة السابقة، وغالبية هؤلاء الطلبة يشخصون على أن لديهم صعوبات في التعلم، مما يقود إلى ضعف مستوى تحصيلهم الأكاديمي. (Barkley, 1998)

2- المشكلات السلوكية: يُظهر هؤلاء التلاميذ العديد من المشكلات السلوكية كالعدوانية والعتاد، وبعضهم يطور مشكلات سلوكية مضادة للمجتمع كالسرقة، وإشعال الحرائق وتكسير ممتلكات الآخرين.

3- المشكلات الاجتماعية: يعاني التلاميذ ذوي صعوبات الانتباه وفرط النشاط من مجموعة من المشكلات منها عدم القدرة على التعامل مع الآخرين، عدم القدرة على الاستمرار في الجماعة، إذ أنهم يكونوا غير مقبولين من الجماعة وغير متعاونين، وليس لديهم أصدقاء كثيرون وتؤدي تلك السلوكيات غير المرغوبة التي يقوموا بها مضطرب الانتباه إلى الرفض الاجتماعي من الآخرين، وينعكس ذلك بوضوح في قدرتهم على التكيف الاجتماعي.

4- انخفاض مفهوم الذات: يتصف تلاميذ ذوي صعوبات الانتباه مع فرط النشاط بانخفاض مفهوم الذات لديهم، وذلك نتيجة للإحباطات المتكررة التي يتعرضون لها، فهم يتصفون بفعالية ذات منخفضة ويظهر صدى ذلك في أنهم يعانون من نقص واضح في بذل الجهد، بالإضافة إلى أنهم ليس لديهم الإصرار والتحملي للتغلب على المشكلات التي تواجههم.

5- مشكلات التواصل: يعرض (Gelfand et al, 1998) إلى أهم الأعراض الثانوية التي تصاحب اضطراب الانتباه وفرط النشاط، ومنها الصعوبات الاجتماعية خاصة مع الأقران، ونقص النضج وعدم التعاون والتمركز حول الذات، وكثرة الشجار. (سعدت، د س، 42-44)

ومن بين الاضطرابات المصاحبة نجد ما يلي:

1- انخفاض القدرة على تحمل الإحباط، والانفجارات المزاجية والنزوع إلى السيطرة وعدم الطاعة، والإحاح المتكرر على الطلبات والتقلبات المزاجية والسلوك الفوضوي، والكآبة واضطرابات المزاج والقلق، واضطرابات التواصل.

2- صعوبات التعلم وانخفاض الأداء الأكاديمي والإنجاز المدرسي، والمشكلات مع المعلمين والزملاء والسلطات المدرسية.

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

4- عدم التوافق الاجتماعي حيث يرفض اتباع القواعد التي تحكم التعامل مع الآخرين.

5- ضعف الأداء المهني والمشاركة في الأعمال المنزلية.

6- التأخر الدراسي نتيجة كثرة النسيان، شرود الذهن، ضعف القدرة على التفكير، الكتابة الرديئة، تجنب الموقف التعليمي أي ليست لديه دافعية للتعلّم. (مصطفى، 2011، 159)

المبحث الثالث:

المطلب الأول: وتم التطرق إلى أهداف قياس وتشخيص ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وأهمية التشخيص المبكر له.

الفرع الأول:

- أهداف قياس وتشخيص ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

يقصد بقياس وتشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، دراسة أعراضه وتحديد درجته ضمن المعايير الملائمة لعمر الطفل، من خلال تطبيق مقياس أو أكثر خاص بهذا الاضطراب، وهذا يُمكن الفاحص من إصدار حكم على طفل ما، وفق معايير خاصة باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد متفق عليها من المتخصصين أو اللجان أو الجمعيات والمنظمات النفسية العالمية بعد تطبيق أداة قياس ملائمة للتعرف على مدى انطباق هذه المعايير وشدتها.

وقد عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، بأنه تحديد مدى درجة ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والاندفاعية التي تظهر على طفل ما، من خلال تطبيق مقياس خاص بهذا الاضطراب، يشمل المعايير المحددة في الدليل التشخيصي للأخصائي للاضطرابات العقلية، كما تشير الدراسات إلى شمولية وتكاملية عملية التشخيص، وذلك بدراسة التاريخ الطبي للأسرة والطفل، ودراسة فترة الحمل والولادة ومراحل الطفولة الأولى، وعمل تقرير شامل خاص لجميع المعلومات التي تتعلق بالطفل، سلوكه وحالته الصحية وعاداته واهتماماته ومهاراته.

أما التقويم (Evaluation) فهو يعطي معلومات أوسع عن الطفل تتعلق بجوانب مختلفة تفيد في التعرف على سلوكياته وأدائه، ويعرف التقويم (Evaluation) بأنه عملية منظمة لجمع المعلومات من أجل اتخاذ القرار المناسب للطفل من الناحية التعليمية التربوية، وبذلك فالتشخيص والتقويم عمليتان مترابطتان تعتمدان على بعضهما البعض. (الكيلاني والروسان، 2010)

- أهمية التشخيص المبكر لذوي ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

وقد اتفق الباحثون في هذه القضية على أهمية الكشف المبكر عن مواضع وأسباب هذه المشكلة، لأن التبكير يجعل البرامج العلاجية أكثر فاعلية، وأن التأخر في الكشف يقلل من فرص نجاح العلاج، ويصبح التعامل مع المشكلة أكثر صعوبة، وخاصة إذا كانت متصاحبة من مشكلة أخرى مثل الاضطرابات الانفعالية، صعوبات

التعلم أو التأخر الدراسي، أو إذا كانت الإجراءات العلاجية المتبعة غير كافية. كذلك فإن تأخر عملية التشخيص لذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد يؤدي إلى تكاثر وتشابك الصعوبات الأخرى التي تترتب عليها، وبالتالي فإنه سيكون من العسير تشخيصها والبحث في العلاج الملائم لها.

وتواجه عملية التشخيص المبكر لتحديد الأطفال الذين يعانون في التعلم مجموعة من الصعوبات أهمها:

1- غموض التشخيص: حيث يصعب تحديد وتنفيذ إجراءات تشخيص الصعوبات الخفيفة والمتوسطة خصوصا مع صغار السن، كما أن الصعوبات المتعلقة بالكلام أو القراءة يصعب تحديدها قبل سن السادسة أو السابعة.

2- الاختلافات النمائية: حيث تؤثر هذه الاختلافات بين الأطفال جسديا وعقليا في دقة التشخيص، فقد يعجز النمو العقلي عن مسايرة النمو الجسمي، كما أنه يصعب في معظم الأحيان تقويم الجهاز العصبي المركزي فلا تبدو الحالة مؤكدة للمقوم.

3- دلالات التسميات: عندما يصعب التأكد من دقة التشخيص فإن التسميات قد تكون غير مطابقة للواقع، فينجم عن ذلك مشكلات نفسية وآثار جانبية قد يترتب عليها شعور الطفل بأنه دون أقرانه، فتقل ثقته بنفسه ويستسلم للعجز، ومن هنا برزت الحاجة للاستعانة بمعلمين مدربين قادرين على تفهم الحالة التي يتعاملون معها وتشخيصها وبث الأمل فيها.

وقد تطورت الأساليب المتعلقة بتشخيص هذه المشكلة، والكشف عن الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، بسبب التطور المتسارع الذي حصل على أساليب التدريس وأنماط التفاعل الصفي، فإذا لاحظ ولي الأمر أو المعلم أو الطبيب أن طفلا يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، فإنه يقوم بكتابة تقرير يصف فيه الحالة، ويجوله إلى الاختصاصي النفسي الذي يقوم بتشخيص الحالة وفق مجموعة من الخطوات الآتية:

1- تحديد درجة ذكاء الطفل باستخدام مقياس ذكاء ملائم مثل اختبار وكسلر للذكاء.

2- تحديد جوانب القوة وجوانب الضعف في عملية تعلمه بواسطة واحد من المقاييس المقننة أو المقاييس المسحية السريعة.

3- تحديد الأسباب الكامنة وراء مشكلة توظيف إحدى الأدوات الآتية لملاحظة ودراسة الحالة المقاييس المقننة.

المطلب الثاني: أهم ما جاء فيه قواعد التشخيص والعلاج لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد

الفرع الأول:

- التشخيص:

إن الطريقة المثلى لتشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد هي التشخيص الشامل المتعدد

التخصصات، وقد أقتراح نموذج للتشخيص يتكون من أربع مراحل أساسية كمرتكزات للتشخيص:

1- الملاحظة الأولية من قبل الوالدين أو المدرس.

2- المسح الأولي ويتم في هذه المرحلة جمع معلومات أولية وإجراء اختبارات ذكاء وتحصيل جمعية على الطفل،

بالإضافة إلى إجراء مسح طبي عام لاستبعاد أية مشاكل في القدرات الحسية الأخرى.

3- مرحلة ما قبل التحويل للتشخيص الشامل، وفي هذه المرحلة يتم إجراء تقييم نفسي وإجراء اختبارات ذكاء

وتحصيل فردية، وتطبيق قوائم تقدير السلوك وملاحظة متقنة إلى إجراء تقييم على المنهج.

وبما أن هناك بعد طبي وتربوي أكاديمي وتربوي سلوكي ونفسي في هذا الاضطراب، فلا بد أن يكون الفريق

الذي يعمل في التشخيص فريق متعدد التخصصات مثل الطبيب النفسي وطبيب الأطفال وطبيب الأعصاب

وطبيب العائلة، وكذا الأخصائي النفسي والمدرس العادي ومدرس التربية الخاصة، بالإضافة إلى التشخيص الذي

قامت به الجمعية الأمريكية للطب النفسي بوضع مقاييس ونشرها، من خلال الدليل التشخيصي للاضطرابات

النفسية في صورتها الرابعة، وحسب الشروط التالية:

- أن يتم إجراء الاختبارات على الطفل.

- أن تكون 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 تأثيرا واضحا.

- الأعراض لا تكون محسوبة على أمراض أو حالات أخرى مثل القلق، الاكتئاب، اضطراب الشخصية، الهستيريا

أو الفصام. (نيسان، 2009، 120)

الفرع الثاني:

- العلاج:

لقد تنوعت الأساليب العلاجية المقترحة للنشاط الزائد وتشتت الانتباه، إلا أن الدراسات تبين أن أكثر الطرق العلاجية فاعلية العلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير، وكذا العلاج التربوي والأسري. (فتح الله، 2007، 193)

ومن بين الأساليب العلاجية نجد:

- العلاج النفسي:

أ- العلاج بالاسترخاء: تعتمد هذه الطريقة على تنشيط خيال الطفل من خلال تَحْيَل مشاهد تبعث الراحة أثناء عملية الاسترخاء، وهذا ما أكدت عليه دراسة قام بها كلاين وديفناشر من خلال استخدام الاسترخاء العضلي لمعالجة النشاط الزائد لدى مجموعة من الأطفال. (الزغلول، 2006، 123)

ب- العلاج من خلال تعليم برنامج التحكم الذاتي: يشمل البرنامج على مجموعة من الجلسات يتم فيها تعليم المصاب بفرط النشاط الحركي من خلال التحكم الذاتي في مجموعة سلوكيات مستهدفة ومحددة، وذلك بمتابعة وبتعاون كل من الأسرة في البيت والمعلم في المدرسة. (منصوري، 2008، 129)

ج- العلاج بالتعزيز الرمزي: المعززات الرمزية هي رموز مادية تُعطى للفرد ويستطيع استبدالها في أوقات لاحقة بالأشياء التي يرغب فيها.

د- العلاج بالتعاقد السلوكي: ويشمل هذا الأسلوب تحديد السلوك المتوقع من الطفل وإيضاح المكافأة التي سيحصل عليها بعد تأديته لذلك السلوك، ويتم تحديد المهمة السلوكية والمعززة في عقد مكتوب يفهم الطرفان (المعلم والطفل)، ويتفقان على بنوده، ويتصف بكونه واضحا وعادلا وإيجابيا فهو أداة فاعلة تساعد الطفل على تنظيم الذات، حيث يدرك أن حصوله على ما يريد يتطلب منه القيام أولا بما يريده المعلم منه. (سيد أحمد، بدر، 1999، 200)

ه- العلاج الأسري: ويعتمد على مجموعة من البرامج التي تهدف إلى تدريب الوالدين على تعديل السلوك المشكل لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه وذلك في بيئتهم المنزلية التي يعيشون فيها، وهذه البرامج الثلاثة تم إثبات فاعليتها في تعديل السلوك المشكل لدى هؤلاء الأطفال، لذا تعد أكثر البرامج شيوعا في هذا التدريب وفي الوقت الحالي، وهي برنامج باركلي، برنامج فورماند ومكماهون وبرنامج باتيرسون. (سيد أحمد، بدر، 1999، 101-112)

و- التغذية الراجعة: تتطلب التغذية الراجعة تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه، وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي. (القمش، المعاينة، 2009، 190-200)

ز- العلاج التربوي: يتطلب العلاج التربوي تحسين البيئة التربوية واستخدام أساليب المعاملة المناسبة التي لا تزيد المشكلة استفحالاً، والاعتدال والمرونة في التفاعل وتوجيه النشاط الزائد وجهة بناءة ومعتدلة تحتاج الى تركيز الانتباه، مما يؤدي الى ترشيده ويستخدم التدريس المطلق (**gentle teaching**) الذي يضمن تكوين علاقة وجدانية دافئة وديمقراطية وعادلة قائمة على مساندة الطفل زائد النشاط و رعايته. (زهران، 2005، 502)

ويحتاج العلاج التربوي إلى بعض الشروط الواجب توافرها حتى يكتب له النجاح، ونشير إلى أهمها في ما يلي:

- يجب أن يحسن اختيار المعلم الذي سيقوم بالتدريس للأطفال المصابين باضطراب الانتباه، بحيث يتمتع بالصبر، ويكون لديه الاستعداد النفسي والبدني للعمل مع هؤلاء الأطفال، وذلك لأن العمل مع هؤلاء الأطفال يحتاج إلى صبر وجهد أكثر مما يحتاجه مع الأطفال الأسوياء.

- أن يتم تدريب هذا المعلم على كيفية التدريس للأطفال المصابين باضطراب الانتباه، وتزويده بفنيات العلاج التربوي التي تساعد على نجاحه في عمله معهم.

- يجب أن يتم تكوين فريق عمل بالمدرسة يتكون من مدير المدرسة والمعلم الذي تم اختياره، ليقوم بتدريس الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي والمرضة إن وجدت، ويجب تزويدهم بالمعلومات الكافية عن اضطراب الانتباه، من حيث أسبابه وأعراضه، ومظاهره السلوكية، والاضطرابات السلوكية والانفعالية والتعليمية التي تصاحبه.

- يجب أن يقوم فريق العمل بوضع خطة علاجية شاملة يشترك فيها أعضاء هذا الفريق كل حسب تخصصه، كما يجب أن يقوم كل عضو بمتابعة الطفل الذي يعانى من هذا الاضطراب كل حسب تخصصه.

- يجب أن يكون هناك اتصال مستمر بين فريق العمل وأسرّة الطفل، لكي يحصلوا من الوالدين على بعض المعلومات المتعلقة بالتاريخ التطوري لهذا الاضطراب، وكذلك أعراضه في البيئة المنزلية لكي يمدوا الوالدين أيضا ببعض الإرشادات التي يمكنهم الاستفادة منها في البيئة المنزلية.

خاتمة:

يعد اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، اضطراب طبي نفسي يتم تشخيصه بطريقة أكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة، وطبقاً للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية (DCM IV)، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ويضمن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض المرضية تتميز بمصاعب مستمرة في ثلاث نواحي (مدى الانتباه، التحكم في الاندفاعية، النشاط الزائد أو فرط النشاط)، وهذا الاضطراب من الاضطرابات المزمنة التي تبدأ في سن مبكرة من مرحلة الرضاعة أو بداية العمر، ويمتد حتى نهاية مرحلة الرشد، ولهذا الاضطراب تأثيرات سلبية على حياة الطفل في البيت والمدرسة.

وأظهرت نتائج العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون:

- اندفاعيين.

- كثيري النسيان.

- قلقين إلى حد الاضطراب.

- غير قادرين على اتباع المعلومات أو التوجيهات أثناء أدائهم للمهام.

- لا يمكنهم التنبؤ بسلوكياتهم.

إن عدم علاج هذا الاضطراب فإن الأطفال يصبحون غير قادرين على التعلم، ولديهم ذات منخفض بالإضافة إلى المشكلات الاجتماعية والعائلية والعاطفية، والمشكلات السلوكية وكذا المشكلات المتعلقة بالأنشطة الحسية والحركية أحياناً.

- توصيات:

في ضوء هذه الدراسة نقوم بتقديم مجموعة من التوصيات التي من شأنها أن تساهم بقدر محدود في معالجة

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) من خلال:

- إجراء دراسات أخرى تتناول البرامج التدريبية وأثرها على متغيرات عديدة.

- تطبيق برامج تدريبية على عينة كبيرة من المدرسين والوالدين وتعريفهم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD).

- وجهة نظر المعلمين نحو تدريس التلاميذ ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، وعلاقته بمتغيرات أخرى

كصعوبات التعلم والضعوبات النفسية، ومستوى تعلم الوالدين والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة

- إجراء دراسات أخرى ذات العلاقة بالحاجات التدريبية الفعلية للمدرسين، وخاصة مجال التربية الخاصة.

- قائمة المراجع:**1- الكتب:**

- 1- الدسوقي، مجدي محمد (2006). اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. سلسلة الاضطرابات النفسية. مطبعة محمد عبد الكريم حسان.
 - 2- الزغلول، عماد عبد الرحيم (2006). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، عمان، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع، ط1.
 - 3- العزة، سعيد حسني (2000). الإرشاد الأسري، نظرياته وأساليبه ونظرياته وأساليبه، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
 - 4- القمش، مصطفى نوري. المعاينة، خليل عبد الرحمن (2009). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط2.
 - 5- بيبي، هدى الحسيني (1992). المرجع في الإرشاد التربوي، الدليل الحديث للمربي والمعلم، طرق الوقاية والعلاج، أكاديميا، بيروت: ب ط.
 - 6- زهران، حامد عبد السلام (1988). التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة، مصر: عالم الكتب، ط3.
 - 7- سيد أحمد، السيد علي. فائقة. بدر، فائقة محمد (1999). اضطراب الانتباه لدى الأطفال، أسبابه وتشخيصه وعلاجه، القاهرة، مصر: توزيع مكتبة النهضة المصرية، ط1.
 - 8- فتح الله، فواز (2007). أنواع الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين، غزة، فلسطين: دار الكتاب للنشر والتوزيع، ب ط.
 - 9- مصطفى، أسامة فاروق (2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1.
 - 10- منصور، مصطفى (2008). مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية (الأسباب، الوقاية، العلاج)، دار العرب للنشر والتوزيع، ط1.
- Das, J (1996). Mental Retardation and Assessment of Cognitive Process, 11 Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation, Washington: DC.

2- المجلات:

- 12- عبيدات، يحيى فوزي (2013). فاعلية برنامج تدريبي في تحسين مستوى معرفة معلمي التعليم العام في مدينة جدة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد الرابع والثلاثون (2). تشرين الأول (ديسمبر) 2013.

3- الرسائل:

- 13- أحمد كمال، صافيناز. مسعد، إبراهيم (د، س). فعالية الإرشاد الأسري في خفض اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد لدى الأطفال المعاقين. دكتوراه فلسفة في التربية تخصص صحة نفسية.
- 13- الحاج صبري، فاطمة الزهراء (2005). عسر القراءة النمائي وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير في علم النفسي المدرسي. جامعة ورقلة، الجزائر: رسالة غير منشورة.
- 14- بن عربية، زكية (2009-2010). اضطراب الانتباه وعلاقته بالأداء المدرسي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس المعرفي اللغوي، جامعة الجزائر2، الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا.

4- المواقع الالكترونية:

- 15- الخشرمي، سحر أحمد (2007). العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم، المكتبة الالكترونية، أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة. (www.gulfkids.com)
- 16- سعادات، محمود فتوح محمد (د.س). اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط (صعوبات التعلم النمائية)، جامعة عين شمس، مصر: شبكة الألوكة. (www.aluka.net)

مجلة أصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية

Journal Acil of Psychological, Educational, and Social Studies

Issn: 2830-8891

المجلة دورية دولية تصدر عن مخبر البحث و الدراسات في قضايا الانسان و المجتمع
بالمركز الجامعي الشريف بوشوشة افلو

اضطرابات اللغة الشفهية لدى المصاب بالحبسة

Oral language disorders in people with aphasia

لبقع جيهان حميدة آية¹

¹ جامعة عمار ثليجي الاغواط، (الجزائر)، h.labgaa.ss@lagh-univ.dz، مخبر الصحة النفسية

تاريخ النشر: 2023/12/26

تاريخ القبول: 2023/12/01

تاريخ ارسال المقال: 2023/10/03

* المؤلف المرسل

الملخص:

تهدف هذه الدراسة الى التعرف على الاضطرابات التي قد تمس اللغة الشفهية لدى المصاب بالحبسة، وهذا لما يتعرض له الفرد من إصابات وأضرار على مستوى سلوكه اللغوي وبهذا تتحول لغته من لغة سليمة سوية الى لغة مضطربة وانعدام للغة في حالات متقدمة، كما تسعى هذه الدراسة التعرف عن كثر على اضطراب الحبسة، ومعرفة المشاكل التي تعاني منها فئة المصابين بالحبسة للاستفادة من هذه الدراسة في ميادين وتخصصات نظرية وتطبيقية مختلفة.

الكلمات المفتاحية: اللغة الشفهية، اضطرابات اللغة الشفهية، الحبسة.

Abstract :

This study aims to identify the disorders that may affect oral language in aphasia patients. This is due to the injuries and damage that an individual is exposed to at the level of his linguistic behavior, and thus his language changes from a healthy and normal language to a disordered language and the absence of language in advanced cases. This study also seeks to closely identify the disorder of aphasia, and to know the problems that the aphasia patient category suffers from, in order to benefit from this study in different theoretical and applied fields and specializations.

Keywords: Oral language, oral language disorders, aphasia.

1. مقدمة:

إن الإنسان ليس إلا لسانا، قالو قديما: أن المرء محتبئ وراء لسانه فإذا تكلم ظهر، فتعد اللغة من اهم وسائل التواصل والتعبير عن الذات فهي عبارة عن تكوين للرموز وللأصوات والأفكار وفقا لقواعد نحوية صرفية ودلالية وذلك بهدف إيصال الأفكار والمشاعر، كما تلعب اللغة دورا مهما في معرفة العمليات النفسولسانية من جهة والعصبولسانية من جهة أخرى وفي الكشف عن أساليب المعالجة اللسانية والعصبية للكلمات والجممل.

إن اللغة مرتبطة بالجهاز العصبي وغيره من الاعضاء والحواس إذا ما أصابها خلل أو اضطراب اختلت هذه اللغة وابتعدت عن مراميها. ومن بين هذه الاضطرابات التي قد تؤثر في اللغة اضطراب الحبسة الذي عرف بأنه اضطراب حاد في الوظائف اللغوية والرمزية نتيجة إصابة دماغية، يترتب على هذه الاصابة العديد من الأنواع منها ما يظهر على شكل فقدان كلي أو جزئي للغة الشفهية أو على شكل كلام وفير لكن غير متناسق في مجمله وغير مفهوم أو قد تنعدم فيها القدرة على فهم وإنتاج الكلام.

2. أهمية الدراسة:

يستمد هذا البحث أهميته من خلال الأهداف التي يسعى الى تحقيقها ومن خلال المتغيرات التي يتناولها بالدراسة ألا وهي اللغة الشفهية للحبسي، كما ترجع أهمية هذه الدراسة الى الحاجة الى دراسة هذا الاضطراب وذلك لشيوع الإصابة به.

3. مفهوم الحبسة:

في عام 1864 كان أول ظهور لهذا المصطلح على يد الجراح بروكا (Broca) ب افيمي Aphémie بعدما تأكد بأهمية نصف الكرة المخية اليسرى في تسيير ملكة اللغة، ومن أن حدوث اصابة عصبية دماغية على مستوى الفصين الجبهي الثالث (F3) قد تؤدي الى فقدان اللغة، والفضل في تسمية الحبسة بمصطلح Aphasie يعود الى تروسو (Trousseau) (معوج، 2013/2012، ص 15).

اما تعريفها فقد ورد مصطلح الحبسة في المعجمات اللغوية العربية ليدل على:

- تعذر الكلام عند ارادته
- عدم الابانة والافصاح، فهي كالعجمة
- التوقف والمنع والامساك عن الشيء
- هي الاسم من الاحتباس، ومنه قيل "الصمت حبسة"، فهي خلاف النطق

● الوقفة في اللسان وهي خلاف الطلاقة فيه

فالحبسة والاحتباس في الكلام هو تعذر النطق عند ارادته، كما انها الثقل والعي والحصر الذي يمنع من طلاقة الكلام وفصاحة اللسان، قال " الجاحظ " : " يقال: في لسانه حبسة إذا كان الكلام يثقل عليه ولم يبلغ حد الفأفة او التمام " .

أما اصطلاحا: فتعد الحبسة اضطرابا لغويا يظهر على أثر خلل أو آفة عصبية أو دماغية تكون قد اصابت مركز اللغة، وتتمركز عادة في الفص الجبهي الأيسر من الدماغ. ويقابل مصطلح الحبسة مصطلح "الأفازيا" اليوناني الأصل الذي يتركب من قسمين هما:

● A : وتعني المنع او فقدان

● Phanai : التي تطورت الى " phasie " وتعني الكلام. (حابس، 2005م، ص 72-74)

غالبا ما تكتسب الحبسة في مرحلة الرشد، بالإضافة الى تأثيرها على اللغة المنطوقة فهي تسبب مشكلات واضطرابات في فهم كلام الآخرين والقراءة والكتابة (الزريقات، 2005م، 278)

4. أسباب الحبسة:

تتمثل أسباب الحبسة في الإصابات التي تحدث للدماغ هذه الإصابات ناجمة عن عدة أمراض يمكن حصرها فيما يلي:

1.2. الإصابات الوعائية الدماغية:

تعتبر من أكثر الاسباب المؤدية للإصابة بالحبسة عند الراشدين. تؤدي هذه الاصابة الى تغيير في بنية الأوردة المغذية للدماغ. ويمكن أن يحدث حاجز لمجرى الدم في الوريد بوجود الجلطة أو الانسداد أو خلل في غشاء الوريد والذي يؤثر على توازنه ومجراه، وينعكس ذلك على ليونته يرجع للضغط الوريدي المعتاد وينتج عن ذلك نقص معتبر في المردود الدموي والذي يؤثر على الفور في النسيج الدماغى، ويحدث على أثر هذا الانقطاع فقر دموي موضعي يؤدي الى إعاقه وظيفية مستدركة.

1.2. الجلطة الدماغية:

انسداد يحدث في الشرايين المغذية للمخ، ذلك بتخثر الدم الراجع للصفائح التي يشكلها الجدار الشرياني، وتؤدي هذه الاصابة الى تلف على مستوى المخ يختلف حجمه باختلاف درجة الانسداد.

3.2. السدة الوريدية:

وتحدث عندما يجد التدفق الدموي داخل الشريان المغذي للدماغ جسما غريبا يسد مساره.

1.2. النزيف الدموي: من أسبابه:

- ارتفاع الضغط الدموي
- الجيب الجانبي الشرياني
- الجيب الشرياني الوريدي

5.2. الصداع:

هي الأم متميزة ونابضة، وتقع في نصف واحد من الجمجمة.

6.2. الأورام الدماغية:

تعتبر أيضا من الأسباب المنتشرة المؤدية للحبسة، وسواء تعلق الأمر بالأورام الحميدة (Bénigne) أم الخبيثة (Maligne) فإنه يحدث تشكل طبقة داخل الجمجمة تهاجم الأغشية الدماغية

7.2. الأمراض التطورية:

تدل على فقدان التدريجي للخلايا العصبية في مناطق محددة في الدماغ والنخاع الشوكي، وعندما تسود هذه الأمراض القشرة الدماغية يحدث الخرف العضوي أي التدهور التدريجي للوظائف الذهنية

8.2. الأمراض الجرثومية:

تنتج عن تعفن الفص الصدغي الناتج عن الإصابة البكتيرية أو الطفيلية الذي يؤدي إلى الحبسة، ويرفق غالبا بودمة وارتفاع الضغط داخل الجمجمة. (براهيمي، 1433هـ / 2012م، ص 28-30)

9.2. الأسباب النفسية:

لقد اتضح أن الصدمات النفسية أو الانفعالية تساعد في ظهور الحبسة، والدراسة الميدانية التي قامت سنة 1996م أكدت لنا أن الصدمات النفسية والانفعالية الشديدة دورا كبيرا في حدوث الحبسة، وأن للظروف والعوامل البيئية أثرا في ظهورها. (شريط، 2013 / 2014، ص 62)

5. تصنيفات الحبسة:

1.5 الحبسة المتدفقة او الطليقة: حيث يكون هناك كلام طليق يتم فيه انتاج عدد طبيعي او متزايد من الكلمات تصل حتى الاسهال اللفظي، ما يشكل لنا كلام رطاني مع صعوبة في فهم اللغة المسموعة او إعادة المقاطع والكلمات المسموعة.

2.5 الحبسة غير المتدفقة او غير الطليقة: يكون فيها الإنتاج اللفظي منخفض ومحدود يصل حتى الخرس مع صعوبة في عملية النطق ولكن الفهم المسموع محتفظ به نسبيا، من اعراضها: فقدان النحوي الصرفي، نقص الكلمة المستهدفة، خطاب تيليغرافي.... (طيار، 2020، ص70)

6. أنواع الحبسة (الافازيا):

1. حبسة بروكا: يسميها هنري هيد الحبسة اللفظية، ويسميها لوريا الحبسة الحركية المصدرة أو الحبسة التعبيرية أو الحبسة اللاطليقة ويسميها جولدن شتين الحبسة الحركية (كحلة، بدون سنة، ص 13) وذلك لأنها تنحصر عند مرحلة المخرج الحركي للغة وليس في عملية الفهم ويحدث ذلك نتيجة لتلف في المنطقة الأمامية من النصف المخي الأيسر المسماة بمنطقة بروكا وما حولها المختصة بوظيفة إنتاج الكلام، تنشأ هذه الحبسة نتيجة جلطات أو حوادث أو إصابات (الفرماوي والنساج، 1431هـ/2010م، ص155).

تتسم هذه الحبسة بانخفاض في التاج اللفظي، وبمجهود زائد أثناء الكلام، وقصر في الجمل وخلل في الصوت، وحبسة نحوية، وغالبا ما يعاني المصابون بحبسة بروكا من صعوبة في فهم العلاقات التركيبية (القواعدية) كما يلاحظ خلل في التكرار دائما، مع عسر تسمية المواجهة (الصور والأشياء) وضعف في القراءة جهرا أما الكتابة فعسيرة وتتسم بأخطاء إملائية ويجذف الأحرف (محمد زياد يحي كبة، 2010م/1431هـ، ص 297).

2. حبسة فيرنيكس: هي حبسة ناتجة عن إصابة المناطق الحسية الإستقبالية للغة في منطقة فيرنيكس بالفص الصدغي (كحلة، بدون سنة، ص 137) هي أحد أنواع الأفازيا الإستقبالية والتي درست تحت مسميات عديدة منها الأفازيا الطليقة أو الأفازيا الرطانية أو الأفازيا الحسية يكون الكلام في هذه الحبسة منطلق جدا لكن من الصعب فهم محتواه لاحتوائه على كلمات زائدة غير متفقة مع الموضوع أو كلمات مبتدعة لا معنى لها، قد يلجأ مريض أفازيا فيرنيكس في بعض المواضع إلى الاستعاضة عن الكلمات الخطأ بكلمات أخرى، مما يؤدي إلى أخطاء تسمى بالبارافازيا والتي تشمل خلط للكلمات وعدم سهولة التعرف على الكلمات المكتوبة والأرقام مع النطق بكلمات يصعب فك شفرتها، مريض أفازيا فيرنيكس يفقد الاستبصار بحالته المرضية فالمشكلة معقدة جدا تتمثل في عدم القدرة على فهم اللغة، مضافة لذلك افتقاد القدرة على فهم الكلام الصادر عنهم مع عدم استبصار المريض بحالته (الفرماوي و النساج، 2010م/1431، ص 156)

إذ يعجز بعض المرضى تماما عن فهم أي لغة محكية في حين يفهم آخرون بعض الكلمات، حيث يجد بعض المرضى صعوبة واضحة في تمييز الفونيمات، بالإضافة إلى عسر تكرار اللغة المحكية كما تتميز التسمية بالإخفاء والاختفاء وكثيرا ما تضطرب بالقراءة ويتوافق هذا الاضطراب غالبا مع خلل في استيعاب اللغة المحكية (محمد زياد يحي كبة، 2010م / 1431هـ، 299)

2. **الحبسة التوصيلية:** هي حبسة طليقة تتميز بسلامة الاستيعاب والتلفظ اما التكرار ضعيف، مع تكرار استبدال الفونيمات بسبب فقدان القدرة على ربط المعلومات السمعية مع الخطط الحركية لإنتاجها، وقد عزا فيرنيك حبسة التوصيل إلى آفة في الوصل بين منطقتي بروكا و فيرنيك وقد ثبت وجود موقعين واضحين للمرضى في حبسة التوصيل أحدهما في الحزمة المقوسة في نصف الكرة المسيطر، وهو عادة في عمق التليف فوق الهامشي ويقول بعض الخبراء إن القشرة فوق القشرية بالذات، ولا تنشأ عن انقطاع الاتصال العصبي بين منطقتي بروكا و فيرنيك ويبدو مريض هذه الحالة كمريض أفازيا فيرنيك من حيث طلاقة كلامه، إلا أن كلامه يخلو من المعنى إلى حد ما (الفرماوي، والنساج، 2010م/1431هـ، ص161)

3. **الحبسة النسيانية:** يسميها هيد بحبسة التسمية ويسميها جولد شتين Anomique وعادة ما تصاب في المنطقة الجدارية القفوية اليسرى، تتميز بصعوبة إيجاد الكلمة حيث يسعى المريض إلى إيجاد الكلمة الصحيحة دون فائدة، ويقوم المريض بالترديد في الكلام، كما أن لديه القدرة على إنتاج كلام ذو معنى، كما ان لديه صعوبة في تسمية الأشياء غالبا ما يكون المريض لديه معرفة باستخدام الشيء ولكنه غير قادر على تسميته فمثلا إذا أشرنا على قلم يقول كتابة أو ورق لكنه لا يجد كلمة قلم لينطقها (كحلة، بدون سنة، ص 138)

يلاحظ في الحبسة النسيانية كثرة اللف والدوران حول الكلمات المطلوبة أما الاستيعاب فيكاد يكون طبيعيا والتكرار سليما، لكن التباين يزداد في القراءة والكتابة، مع صعوبات واضحة في إيجاد الكلمات في اللغة المكتوبة (محمد زياد يحي كبة، 2010م/1431هـ، ص304)

على الرغم من أن هذه الصعوبة موجودة لدى المصابين بمعظم أنواع الأفازيا، إلا ان الصورة " النقية " من أفازيا تسمية الأشياء تنتج عن إصابة المنطقة القشرية التي تقع بين الفص الصدغي، والفص الجداري، والفص القفوي وهي المنطقة التي تسمى " التليف الزاوية " وأن المصاب بالصورة النقية من أفازيا تسمية الأشياء، لديه الامكانية على الفهم العادي، كما يمكنه التحدث بصورة طبيعية وتلقائية إلى حد كبير في أثناء حديث غير رسمي. (الغزالي، 2011م / 1432هـ، ص 285)

4. **الحبسة الكلية:** تنتج عن إصابة كبيرة وممتدة لمناطق الكلام في المخ، وتسمى الحبسة المركزية (ألفت حسين كحلة، بدون سنة، ص 138) ترتبط هذه الحبسة عادة بأفة كبيرة في المنطقة حول السيلفية اليسرى. تعرف هذه الحبسة باختلال شديد في فهم اللغة والتعبير عنها، فكثيرا ما يكون المريض أبكما أو يستخدم تصويتا متكررا أما لغة التعبير تكون محدودة على الدوام، ويستطيع المريض في أغلب الأحيان استخدام تصويت مقلوب، ويستطيع أحيانا تكرار استخدام كلمات بسيطة كما أنهم غالبا يحسنون استيعاب اللغة أكثر من إنتاجها (محمد زياد يحي كبة، 2010م/1431هـ، ص 300-301)

7. أعراض الحبسة (الأفازيا):

تتميز اضطرابات الحبسة بنوع من التعقيد وهذا نتيجة لإصابات العصبية الدماغية والتي تنجز عنها عدة أعراض يمكن حصرها فيما يلي:

أ. اضطرابات اللغة الشفهية واللغة المكتوبة.

ب. اضطرابات التعبير الكتابي والفهم الكتابي.

ت. أعراض عصبية ونفسية عصبية.

ث. اضطرابات نفسية.

ج. اضطرابات الفهم الشفوي.

ومن بين هذه الأعراض نخص بالذكر اضطرابات اللغة الشفهية:

8. اضطرابات اللغة الشفهية لدى المصاب بالحبسة:

➤ نقص الكلمة:

يمتاز المصاب بصعوبة استحضار الكلمات المناسبة بطريقة إرادية، ويظهر هذا الاضطراب خاصة في اللغة العفوية والكتابية معا. كما يبدو على المصاب الحيرة وكثرة التردد.

➤ القولية:

يظهر خطاب الحالة بصفة عفوية في كل محاولة بالتكلم لأن خطابها ينحصر في تكرار مقطع لغوي معين نتيجة احتفاظها بوحدات فونولوجية متكررة وتميز نوعين من القولية:

- قولبية ذات كلمات غير دالة.

- قولبية ذات كلمات دالة.

➤ الاستمرارية:

تنشأ في جميع مستويات اللغة (الحرف، الكلمة، الجملة) ويمكن معناها في إعادة ظهور الحرف، الكلمة، أو الجملة، التي سبق وأن تكلمت بها الحالة من قبل وإن لم تعالج يمكن أن تتطور إلى قولبية.

➤ الخرص:

تستعمل الحالة إشارات قصد الاتصال وذلك للغياب الكامل للغة مع الاحتفاظ بالفهم وغالبا ما يكون مؤقت مع ظهور في بداية الإصابة.

➤ الأخطاء النحوية:

تتميز الحالة بنقص في التراكيب المورفولوجيا والنحوية وعدم احترام القواعد النحوية للغة، ومجرى الكلام بطيء ذلك لأن اللغة فقيرة من حيث أدوات الربط والأفعال والظروف " المكان والزمان ".

➤ الرطانة:

تتميز بكثرة التحويلات التركيبية والكلمات المخترعة وإنتاج لغوي مرضي، مما يؤدي إلى عدم فهم الكلام

➤ الأنارتريا:

هي اضطراب في النطق، وتظهر أعراضه في الزيادة، الحذف، الإدغام، إبدال حرف بحرف آخر، التفكك الصوتي، مع الاحتفاظ بالفهم الشفوي.

➤ اضطرابات النغمة:

هي صعوبة التحكم في الإيقاع، أو الشدة الخاصة بالصوت بحيث ينتج عنها اضطرابات في الحدود النغمية، ومكان التوقف داخل الجملة، وتقطيع الجملة.

إذ لا يلاحظ بروز نبرة غريبة لدى بعض الحالات، هذا العرض نصادفه أثناء حدوث نقص على مستوى مجرى الكلام.

➤ **شدوذ الإيقاع الكلامي:**

ويتعلق بمجرى التعبير الشفوي، ويطلق عليه تسمية السيولة اللفظية، وقد يحدث تغيراً على مستوى المجرى فنميز على إثر ذلك إما نقصاً، أي المجرى بطيء فتتخلله توقفات عديدة، وإما زيادة أي مجرى سريع فيصعب التحكم فيه.

➤ **البارافازيا:**

هو الإستعمال الخاطيء للكلمات وتعويضها بكلمات أخرى.

➤ **التغيرات اللغوية الصوتية:**

هي تحولات صوتية نتيجة إصابة عضلات الجهاز الفمي الصوتي، وتتمثل في شكل خفيف أو اضطراب المقوية العضلية.

➤ **الأخطاء التركيبية:**

وهو اضطراب في توظيف البنى الحركية نتيجة مرض لساني.

➤ **اختراع الكلمات:**

نقصد من خلال هذا المصطلح كل مقطع لساني منطوق به من طرف المفحوص على أساس أنه كلمة بالرغم من عدم وجوده في اللغة اللفظية المعترف بها من طرف الفئة الذين ينتمي إليها،

➤ **النقص اللغوي الحاد:**

هو نوع من الكف والعناء اللفظي، يرجع مروده إلى ارتفاع في درجة التفكك اللغوي الذي يؤدي إلى نوع من المسالك الاقتصادية في اللغة الشفوية. (معوج، 2013/2012، ص 35-39)

➤ **الاضطرابات النطقية Dysarthrie:** تظهر هذه الاضطرابات على شكل صعوبات في الإصدار الصوتي وذلك ينجر عنه اضطراب في سياق الكلام إذ يبدأ انفجاري ثم بطيء متذبذب و هكذا الكشف عن الجهد الكبير الذي يبذله المصاب للنطق بالأصوات اللغوية وقد يضطر إلى حذف بعضها عندما لا يستطيع النطق بها، وقد يلجأ إلى تقطيع الكلمة إذا وجد صعوبة في الانتقال من مقطع إلى آخر.

➤ **اضطرابات اللغة المكتوبة:**

- اضطرابات التعبير الكتابي: إن اضطرابات التعبير الكتابي يشبه كثيرا اضطرابات التعبير الشفوي حيث نجد نقصا عدديا للكلمات، حذف، رطانة كتابية، بارافازيا، اضطراب التصريف واضطراب النحو.
- اضطرابات فهم اللغة المكتوبة: وهي ألاكسيا وتضم نوعين: ألاكسيا أقتنوزية: وهي اضطراب الاستقبال البصري، وألاكسيا أفازيا: وهي اضطراب المعالجة اللسانية للرسائل الكتابية. (حولة، 2017، ص28)

خلاصة:

تلعب اللغة وظائف جد مهمة بالنسبة للفرد ولكن حتى يتمكن الفرد من اكتسابها والمحافظة عليها على نحو سليم يجب سلامة الأجهزة المرتبطة بها والتي من أهمها سلامة الدماغ لاحتوائه على مراكز خاصة بها، وأي خلل فيه كالحبسة سيؤدي بالضرورة إلى ظهور اضطرابات على مستوى اللغة.

بمجرد تظهور اضطرابات في اللغة الشفهية لدى المصاب بالحبسة فلا يستطيع تحديد ما يريد أو تكون لغته غامضة وغير مفهومة بحيث يجد صعوبة في التعبير عن نفسه وإيجاد الكلمة المناسبة والجملة الكاملة أثناء الحديث، أو لا يعرف أسماء الأشياء المألوفة، وقد يخطأ في استخدام بعض الكلمات حتى أنه يبتلع كلمات جديدة خارجة عن سياق الحديث فتظهر لغته على شكل تعبير غير متحكم به، وجود تحويلات دلالية ولفظية، وجود رطانة لغوية، وجود نقص الكلمة والذي يتجسد من خلال التوقفات المتكررة في مجرى الكلام، ضعف القدرة على التعبير بالكلام.

قائمة المراجع:

- ابراهيمي، سعيدة، (1433هـ/2012م). الحبسة عند الراشد. الجزائر القبة القديمة: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- حابس أحمد، مختار، الأحدي، (1425هـ/2005م). الحبسة وأنواعها. (ط1). القاهرة: مكتبة الآداب.
- رسل لوف وواندواويب، ترجمة محمد زياد يحي كبة، (1431هـ/2010م). علم الأعصاب للمختصين في علاج أمراض اللغة والنطق. المملكة العربية السعودية: النشر العلمي والمطابع.
- الزريقات، ابراهيم عبد الله فرج، (1426هـ/2005م). اضطرابات الكلام واللغة. (ط1). الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.
- شريط، بثينة، (2013/2014). تأثير المرونة العصبية عند المصاب بأفازيا بروكا. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الأطفونيا العامة، جامعة العربي بن لمهيدي، أم لبواقي.
- طيار، شهيناز، (2020)، أساليب التكفل الأطفوني بالحبسة المتدفقة وغير المتدفقة بالردوع الى أهم المدارس العلاجية، مجلة دراسات في علم الأطفونيا وعلم النفس العصبي، المجلد 5، (العدد 01).
- الفرماوي، حمدي علي، وليد رضوان، النساج. (1431هـ/2010م). الإعاقة العقلية. (ط1). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- كحلة، ألفت حسين، (بدون سنة). علم النفس العصبي. مكتبة أنجلو المصرية.
- معوج، إيمان، (2012/2013). اقتراح برنامج معلوماتي لاسترجاع اللغة الشفهية عند حبسي بروكا. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الأطفونيا، جامعة الجزائر 2.

مجلة أصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية

Journal Acil of Psychological, Educational and Social Studies

Issn: 2830-8891

المجلة دورية دولية تصدر عن مخبر البحث و الدراسات في قضايا الانسان و المجتمع
بالمركز الجامعي الشريف بوشوشة افلو

الأساليب الوقائية والعلاجية من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

Preventive and therapeutic methods of attention deficit hyperactivity disorder

عبد المالك رابحي*

¹ جامعة عمار ثليجي الأغواط (الجزائر)، aabdelmalekrabhi@gmail.com، مخبر

الارشاد النفسي وتطوير أدوات القياس في الوسط المدرسي.

تاريخ النشر: 2023/12/ 26

تاريخ القبول: 2023/10/07

تاريخ ارسال المقال: 2023/06/02

* المؤلف المرسل

الملخص:**الملخص:**

هدفت الدراسة إلى التعرف على مفهوم اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، والتعرف على أبرز العوامل المسببة لهذا الاضطراب، وكيف تتم عملية التشخيص وعرض الأساليب الوقائية والتدخلات العلاجية لهذا الاضطراب.

الكلمات المفتاحية: اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ; العلاج النفسي.

Abstract :

The study aimed to identify the attention deficit hyperactivity disorder, identify the most prominent factors causing this disorder, and how the diagnosis process is made and the presentation of preventive methods and therapeutic interventions for this disorder

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder ; Psychotherapy.

مقدمة:

يعد اضطراب نقص الانتباه و النشاط الزائد ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال، وهو في تزايد مستمر، و يشكل مصدرا أساسيا لضيق و توتر و ازعاج المحيطين بالطفل من أولياء أمور و معلمين و تلاميذ ، و لهذا الاضطراب انعكاسات و آثار سلبية ، على نمو شخصية الطفل ، و بالأخص الجانب السلوكي كما يؤثر على استجابة الوالدين و المعلمين و القائمين برعايته ، فحظيت مشكلة ADHD بالإهتمام من طرف الباحثين في مجالات التربية و علم النفس و طب الأطفال و تعددت طرق التناول من ناحية التشخيص و الأساليب الوقائية و التدخلات العلاجية المتعددة.

وتتبع مشكلة الدراسة من أن اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة من الاضطرابات السلوكية الأكثر شيوعا لدى الأطفال. والذي يتميز بنشاط حركي زائد عن الحد و الاندفاعية و نقصا في الانتباه، وهذا يخفض من التحصيل الدراسي لدى الطفل و يؤثر سلبا على نموه، لذلك من الضروري الإهتمام بهذه الفئة و تقديم المساعدة اللازمة لها و كذا برامج التدخل العلاجي المبكر المناسب لها.

والتدخل العلاجي يتطلب تضافر جهود كل من الباحثين في ميدان علم النفس و التربية و طب الأطفال و كذا التنسيق و التعاون مع المربين و المعلمين و المرشدين و أولياء التلاميذ، من أجل ذلك جاءت تساؤلات الدراسة كالآتي:

ماهو تعريف كل من العلاج النفسي والعلاج السلوكي وتعديل السلوك؟ وماهو تعريف اضطراب ADHD؟، وماهي أبرز العوامل المسببة لاضطراب ADHD؟، وكيف يتم تشخيص اضطراب ADHD؟، وكيف يتم علاجه؟

وتهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على كل من العلاج النفسي والعلاج السلوكي وتعديل السلوك، وكذا تعريف اضطراب ADHD، وكشف أسبابه وكيفية تشخيصه، وأخيرا التعرف على آلية التدخل العلاجي لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

في هذا المبحث سنتعرض إلى الجانب المفاهيمي والمتمثل في مفهوم العلاج النفسي ومفهوم اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه مع ابراز أهم الأسباب وكيفية تشخيصه وأخيرا ذكر بعض الدراسات السابقة التي تناولت الأساليب والبرامج العلاجية لاضطراب ADHD.

الإطار النظري:

قبل التطرق إلى الأساليب الوقائية والعلاجية لاضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه، فإنه يتم التعرف على مفهوم العلاج النفسي من ناحية التعريف والأنواع.

1تعريف العلاج النفسي:

العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض و تؤثر في سلوكه ، وفيه يقوم المعالج و هو شخص مؤهل علميا و عمليا و فنيا بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة و التوافق مع بيئته و استغلال إمكانياته على خير و به و مساعدته على تنمية شخصيته و دفعه في طريق النمو النفسي الصحي ، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا و أكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل .

والعلاج النفسي هو أقدم أنواع العلاج، فهو قديم قدم البشرية نفسها ولكنه مر في مراحل تاريخية تطورية أدت به إلى ما هو عليه الآن. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص 183)

وتطورت أساليب العلاج النفسي وتعددت وأصبح معروفا منها الآن على سبيل المثال: العلاج السلوكي على يد ايفان بافلوف Pavlov، وظهر العلاج النفسي الممرز حول العميل على يد كارل روجرز Rogers، ونمت

حركة التوجيه والارشاد النفسي والتربوي والمهني نموا ملحوظا، وظهرت طرق علاجية متعددة منها «..إلخ. (نفس المرجع السابق، ص 102)

2/ تعريف العلاج السلوكي:

قبل أن نعرف العلاج السلوكي نبدأ بتعريف السلوك والذي يعني كل نشاط جسمي أو عقلي أو اجتماعي أو انفعالي يصدر عن الكائن الحي نتيجة لعلاقة دينامية وتفاعل بينه وبين البيئة المحيطة به. و السلوك عبارة عن استجابة أو استجابات لمثيرات معينة و خاصة اولية من خصائص الكائن الحي. (عبد الرحمان الوافي ، بدون سنة ، ص79)

يشير مصطلح العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي. ويعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض، وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد.

وفي إطار العلاج السلوكية تعتبر الأمراض النفسية تجميعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة، ويفترض أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت في بؤرة العلاج وغيرت واحدة تلو الأخرى.

ويركز العلاج السلوكي على المشكلة الحالية للمريض و أعراض المرض النفسي كما يتمثل في السلوك المضطرب أو الشاذ، لذا نرى أن أهدافه محددة و محدودة و قابلة للتحقيق. (نفس المرجع السابق ، ص 237-238)

3/تعريف تعديل السلوك:

يعتبر تعديل السلوك أسلوب علاجي حديث يعود إلى المدرسة السلوكية التقليدية بزعامة سكينر، و هو منهج يعتمد في تناوله للسلوك المضطرب على أساس نظرية التعلم و المسلمة الرئيسية التي تعتقدها وفق هذا التصور، هي أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته و خبراته بالعالم و تفاعلات العالم و الآخرين به و استجاباتهم له ، كما يتعلم شيء من جوانب السلوك بما فيها أمراضه و طريقتة الشاذة في استجاباته للبيئة ، و يتم ذلك تدريجيا و مبكرا في حياة الإنسان إلى أن يتحول شذوذه و أمراضه السلوكية إلى عادة و أسلوب حياة . (بعزي سمية و سلطاني الويرة ، 2009، ص 4)

إن أسلوب تعديل السلوك عند سكينر يقوم على استخدام مبدأ الثواب و العقاب عند الفرد لأنماط سلوكية معينة ، فثواب الأنماط السلوكية المرغوبة ، و تعاقب السلوكيات غير المرغوبة ، ومن التعميمات الخاصة بتعديل السلوك و المنبثقة عن بعض الدراسات و البحوث ما يلي :

أ- إن تعديل السلوك يمكن أن يحقق بعض النماذج بالنسبة للأنماط السلوكية التي تحدث في كل من المدرسة و البيت من خلال خفض معدل حدوثها وتكرارها .

ب- إن تعديل السلوك لا يمكن أن يحول الطفل من حالة اللاسواء إلى حالة السواء.

ج- إن الاستجابة لبرامج ومدخل تعديل السلوك يقتصر على بعض الأطفال، وأن معظم الأطفال لا يستجيبون على نحو موجب أو مدخل تعديل السلوك. (نفس المرجع السابق، ص 4)

مفهوم اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه:

قبل اللجوء إلى عملية العلاج النفسي لأي شخص يعاني من مرض نفسي أو اضطراب نفسي، فإننا من الواجب نقوم بعملية التشخيص الدقيق والمبكر لهذا الاضطراب، ثم بعد ذلك نحدد الأساليب العلاجية المناسبة لذلك الاضطراب.

1/تعريف اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه:

هو سلوك أكثر إزعاجا و تلملا و غير مريح و يوصف الأطفال الذين لديهم هذا العرض بأنهم مفرطي الحركة ، كما أن لديهم صعوبة تتعلق بالإنخراط في الأنشطة الهادئة بما فيه مشاهدة التلفاز و يمتد النشاط الزائد و يوجد في مواقف كثيرة حتى أثناء النوم و لكنه أكثر حدوثا في المواقف الرسمية النظامية غير المواقف غير الرسمية و يظهر الأطفال عدم القدرة على الإستماع للمتحدث من حولهم، و عدم الدقة في أداء الأعمال، مما يؤدي إلى سوء توافقه النفسي و الاجتماعي، وهو أكثر قابلية للملاحظة في الفصول الدراسية . (وليد السيد خليفة و مراد علي عيسى ، 2007، ص 93)

2/العوامل المسببة لاضطراب الانتباه والنشاط الزائد:

أ) العوامل الوراثية:

تكشف العديد من الدراسات عن أن اضطرابات الانتباه مع فرط النشاط ذات جذور وراثية، فانتقال الخصائص الوراثية لهذه الاضطرابات من خلال الأسرة تكون بمعدلات عالية للانتشار زملة أعراض هذا الاضطراب بين الأقارب من الدرجتين الأولى والثانية والأقارب والبيولوجيين.

كما تظهر دراسات التوائم أن هناك اتفاقا في حدوث هذه الزملة من الأعراض بين التوائم المتطابقة أو

المتحدة.

(ب) العوامل العصبية:

إن حدوث خلل وظيفي بسيط في المخ (Minimal Brain Dysfunction (MBD) الذي يعتبر زملة الأعراض السلوكية و العصبية البسيطة المميزة له تكون سببا في ظهور زملة الأعراض التي تعكس هذا الإضطراب في كل من وظائف المخ المعرفية ، و التي تتمثل في اضطراب الإنتباه السمعى و البصرى ، والتذكر ، و التعرف ، و التمييز السمعى و البصرى ، و الإندفاع و عدم التروي كأسلوب معرفى و الوظائف الانفعالية و التي تظهر في فرط النشاط و القلق و العدوانية و بعض المؤشرات السيكوفيسيولوجية كمعدل التنفس ، والوظائف السيكوحركية التي تتمثل في التناسق العصبي الحركي الذي يظهر من خلال الكتابة و الرسم عن طريق النسخ ، والكتابة عن طريق الإملاء و ما إلى ذلك .

(ج) العوامل النفسية:

تشير الدراسات إلى وجود مجموعة من العوامل النفسية التي تسهم في حدوث اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد ومنها الضغوط النفسية والقلق والتوتر والاحباطات الشديدة واضطرابات العلاقات الأسرية، حيث أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد نشأوا في بيئات أسرية مضطربة.

فيمكن أن يوصف اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد بأنه فشل في التطبيع الاجتماعي الذي يتعلمه الطفل في غياب التسامح، كما أن ضعف القدرة على تأجيل المكافآت ونقص التوجيه من خلال الوسائل السمعية والبصرية بالنسبة للطفل والمشكلات الاجتماعية العائلية المتداخلة، كل هذا يمكن أن يساهم في ظهور اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد.

كما أن أساليب المعاملة الخاطئة التي يشعر الطفل بها والإهمال والرفض من قبل والديه تؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد. (غزال عبد الفتاح، 2014، ص 118)

كما أن اضطراب نقص الانتباه الناتج عن الإحباط سرعان ما يختفي بزوال العوامل المحيطة مثل الضغوط النفسية واضطراب التوازن العائلي أو العوامل المؤدية إلى التوتر. (بلمهدي فتيحة، 2016، ص52)

(د) عوامل بيئية:

تتضمن مضاعفات الحمل و الوضع، والتسمم و سوء التغذية و العقاقير و التعرض للإشعاع و الحوادث.

(محمد مقداد ، 2006 ، ص 193)

وأيضاً التسمم بالرصاص ربما يأتي نتيجة للأكل أو استخدام بعض اللعب، مما يؤدي إلى حالات شبيهة بأعراض اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه، واضطراب الزيادة أو النقصان في إفرازات الغدة الدرقية. و إدمان الأم على التدخين و الكحوليات و المخدرات، و إصابة الأم الحامل بأحد الأعراض التي توقف تغذية الجنين بالأوكسجين، مثل مرض السكر أو تعقد الحبل السري أو الولادة العسرة. (اليوسفي، 2005، ص 29-30)

وأيضاً تعرض الطفل للإصابات أو جراحات بالرأس أو الأمراض والالتهابات وارتفاع درجة الحرارة، وتعرض الطفل للحوادث وخاصة إذا ارتطم بشدة بالأرض، هذا بالإضافة إلى إصابة الأم ببعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية أو الزهري أو السيلان أو نقص الرعاية الجسمية والنفسية كل ذلك يؤدي إلى احتمال تعرض الجنين لحدوث تلف في المخ أو في الجهاز العصبي المركزي أو في المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه.

هـ) البيئة المدرسية:

إن اضطراب نقص الانتباه و النشاط الزائد قد يترسب بدخول الطفل إلى بيئة المدرسة ، حيث أنها بيئة جديدة أو معقدة بالنسبة له، كما أن السلطة الجديدة في المدرسة تأخذ مكانها لأول مرة في حياته ، و هذا يعد عبئا اجتماعيا جديدا قد يرسب الاضطراب لدى الطفل ، فمستوى المدارس من حيث التنظيم الإداري و طرق التعليم و التسهيلات الفيزيائية من حيث الإضاءة أو المكان المنظم و الأعداد الكبيرة من التلاميذ التي لا تقابلها النسب المتوية الملائمة من المعلمين ، و إذا وجد المعلمون فتأهيلهم محدود و هذا بالإضافة إلى عدم توافر الأنشطة الكافية التي يجد فيها التلاميذ مخرجا لطاقتهم و نشاطهم.(بلمهدي فيحة، 2016، ص 47-50)

و) طرق التدريس:

أثبتت الدراسات أن طرق التدريس التقليدية غير الجذابة سبب من أسباب النشاط الزائد، وأن إهمال المدرس للطفل وتسلطه أيضا يؤدي إلى النشاط الزائد للأطفال الذين يتعاملون معهم.(نبيل فضل شرف الدين، 2012، ص 16)

ي) العوامل البيولوجية أو العضوية:

وهي اختلال التوازن الكيميائي للناقلات العصبية، أو ضعف النمو العقلي، خلل في وظائف المخ، عدم التناسق بين نصفي كرة المخ، واضطراب الغدة الدرقية، وانخفاض الأحماض الدهنية، وانخفاض نسبة السكر في الدم، ونقص الفيتامينات. (هبة عبد الحليم، 2014، ص 107)

3/ تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه:

يتعين على المعلم أو المعالج أن يحدد بالضبط أي نوع من عدم الانتباه يعاني منه التلميذ، وثمة اختبارات عديدة لتشخيص هذه الاضطرابات.

1- اختبار تقييم اضطرابات الانتباه لدى الأطفال. تأليف ستيفن Stephen.B 1989 ترجمة وتقنين نبيلة محمد رشاد 1997.

2- مقياس ن-رلتعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال، إعداد عبد العزيز الشخص 1984.

3- اختبار تجانس الأشكال لكومان لقياس الاندفاعية لدى الأطفال إعداد عبد العزيز الشخص 1990.

ثانيا: تحديد العوامل الجسمية والانفعالية والتعليمية المسؤولة عن عدم الانتباه:

فقد يعاني التلميذ من مرض عضوي أو يتسم بعدم الاتزان الانفعالي لخبرات صادمة مر بها أو ضغوط نفسية يتعرض لها في الأسرة أو في المدرسة أو الحي، أو ربما يرجع هذا إلى المناخ السائد في بيئة الفصل من حيث سلوك المعلم أثناء الشرح أو شخصية وانعكاساتها على سلوك التلاميذ، وعلاقتهم بهم أو اتجاه التلميذ نحو المدرسة والدراسة أو مادة دراسية معينة، أو عجزه عن استيعابها لقصور في قدراته العقلية.

ثالثا: التعرف على الظروف البيئية لعدم الانتباه:

فينبغي على المعلم أو المعالج أن يحدد أي المواقف الحياتية (في المنزل / المدرسة / الفصل / المعمل / قاعة النشاط / الحي... إلخ) تتسع هذه المظاهر السلوكية لعدم الانتباه التي يعاني منها التلميذ. (بعزي سمية و سلطاني الويزة، 2009 ، ص 10)

ووفقا لمحكات الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة Diagnostic nd statistical Manual of Montal Disorder ورابطة الصحة النفسية الأمريكية APA يمكن تشخيص اضطرابات أو صعوبات الانتباه مع أو دون فرط النشاط من خلال وجود ست على الأقل من-الخصائص السلوكية المحكية التالية المتعلقة ب:

1-عجز الانتباه / وأو النشاط الزائد (فرط النشاط) و/ أو الاندفاعية تكون أكثر تكرارا وتواترا وشدة مما يلاحظ من أقرانهم العاديين. (المحك أ).

2- ضرورة ظهور هذه الأعراض قبل سن السادسة من العمر على الرغم من أن كثير من الأفراد يتم تشخيصهم بعد وجود الأعراض عندهم لعدد من السنوات. (المحك ب)

3-تواتر اضطرابات هذه الأعراض في موقفين على الأقل (في المنزل أ المدرسة أو العمل مثلا). (المحك ج)

4-وجود دلائل واضحة من سوء التفاعل الاجتماعي و الأكاديمي و المهني لا يتناسب مع عمر الفرد.(المحك د)

5- تتميز هذه الاضطرابات عن الاضطرابات النفسية الأخرى (مثل اضطراب المزاج أو اضطراب القلق أو الاضطراب التفككي أو الاشتقائي أو اضطراب الشخصية). (الزيات، 2007، ص74)

دراسات سابقة:

1/دراسة لات و لاندركامب **linderKamp et Lauth، 1998**: بعنوان برنامج تعديل السلوك لعلاج الأطفال ذوي النشاط الزائد و قصور الانتباه ، هدفت الدراسة إلى معرفة درجة الترابط بين متغيري الدراسة حيث شملت على عينة مكونة من 18 طفل في سن المدرسة يعانون من اضطراب ADHD، و لا يعانون من أمراض عصبية أو نفسية و لا يتلقون أي علاج من الأدوية المنبهة أو المنشطة ، و طبقت على العينة برنامج تنظيم السلوك بهدف تنظيم السلوك الفوضوي و سلوك الطاعة و النظام ، من خلال الأنشطة المقدمة في البرامج و تشمل على تدريب الطفل على عملية تنظيم السلوك المختلفة و تدريب الوالدين و المشتركين في البرامج من خلال ورشة عمل على عملية الشرح ، النمذجة ، لعب الأدوار مع التغذية الراجعة و مهارة تنظيم السلوك ، ثم قام الباحثان بتطبيق استبيان يجمع فيه المعلومات عن هذه البرامج و ممارستها العملية . أظهرت النتائج امتثال الأطفال للطاعة والنظام و المواقف و الأنشطة المقدمة، و هذا يدل على درجة اتفاقها في تنظيم سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد و قصور الانتباه.

2/دراسة شقير **1999**: بعنوان فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور (مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط تتمثل في: اضطراب الانتباه، فرط النشاط، العدوانية، الاندفاعية ، و من أهم الفنيات المستخدمة في البرنامج هي: النمذجة، عمليات الانتباه، عمليات الإدراك الحركي ، عمليات الدافعية، المناقشة و تبادل الحوار، التمثيل (لعب الأدوار)، الاسترخاء(العضلي)، التعزيز (التدعيم)المادي ، الاجتماعي النشاطي، الواجبات المنزلية ، استغرق البرنامج 12 جلسة بواقع جلسيتين في الأسبوع ، و تكونت العينة من 12 تلميذا بالصف الرابع ابتدائي الذين شخصوا بأنهم ذوي النشاط و قسموا إلى مجموعتين : 6 أطفال مجموعة تجريبية

يطبق عليهم البرنامج العلاجي و 6 أطفال مجموعة ضابطة لم يطبق عليهم البرنامج العلاجي. أظهرت النتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأن المجموعتين في القياس البعدي لجميع متغيرات الدراسة لصالح المجموعة التجريبية. (وزاني محمد، 2017، ص ص 62-64)

3/دراسة فؤاد حامد الموفاي (1995) : دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام أسلوب التعاقد التبادلي و أسلوب التدريس اللطيف على عينة مكونة من 66 طفلا في مرحلة ما قبل المدرسة في مدينة المنصورة و تم تصنيف العينة إلى ثلاث مجموعات ، مجموعتان تجريبيتان و مجموعة ضابطة لم تتلقى أي علاج و

كل مجموعة بها 22 طفلا ، و استخدمت الدراسة قائمة تقدير للنشاط الزائد ، تقرير المعلمات عن الأطفال . و تلقت المجموعة التحريبية الأولى علاجا بأسلوب التعاقد التبادلي و هو أحد أساليب العلاج السلوكي و هو يقوم على مبدأ تقديم المكافآت مقابل السلوك المرغوب فيه ، و أيضا على مبدأ التدعيم السلبي مقابل السلوك غير المرغوب فيه ، و تلقت المجموعة التحريبية الثانية علاجا بأسلوب التدريس اللطيف ، و هو علاج يهدف إلى تكوين رابطة وجدانية قائمة على مساندة الطفل ذوي النشاط الزائد و نقص الانتباه من خلال تقوية علاقة الدفء و التقبل و التبادل و تبني قيما لا تسلطية ، أثبتت النتائج فعالية أسلوب التعاقد التبادلي و التدريس اللطيف في خفض النشاط الزائد و نقص الانتباه . (اليوسفي ، 2005 ، ص 65-66)

4/دراسة كاسير (Kaiser, 1992) هدفت إلى إثبات مدى تأثير برنامج لتعديل السلوك داخل غرفة الصف على الوظائف الأكاديمية ، واحترام الذات لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد و نقص الانتباه . و تم تطبيق البرنامج على ستة أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 8-13 سنة حصلوا على 98% من الدرجات في مقياس كونر للمدرسين في معدلات السلوك غير المرغوب فيه و تلقى هؤلاء الأطفال البرنامج العلاجي لتنظيم هذه السلوكيات غير المرغوب فيها لمدة 10 أسابيع بواقع 5.30 ساعة يوميا حيث احتوى البرنامج على ست عمليات للتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها و التي تميز اضطراب النشاط الزائد و نقص الانتباه و هي :

1-امكث في مقعدك ولا تتحرك. (سلوكيات تنفيذ الأوامر)

2-لا تتكلم بدون إذن. (سلوكيات الطاعة / عدم الطاعة)

3-أكمل عملك. (سلوكيات إتمام العمل)

4-كن لطيفا مع الآخرين. (سلوكيات الإزعاج والتوتر)

5-حافظ على الآخرين. (سلوكيات عدم المبالاة و عدم احترام الآخرين)

6-حافظ على ممتلكاتك الخاصة. (سلوكيات التخريب)

وبعد انتهاء ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج وتقويمه، أظهرت النتائج فعالية هذا البرنامج في التعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها وتعديلها إلى سلوكيات مرغوب فيها على قدر الإمكان. (المرجع السابق، ص 61-62)

الأساليب الوقائية والعلاجية لاضطراب فرط الحركة وتشتم الانتباه:

بعد التعرف على اضطراب النشاط الزائد و نقص الانتباه وكيفية تشخيصه، فإنه لا بد من القيام بأساليب وقائية وتدخلات علاجية وهذا ما سنتناوله بالتفصيل في هذا المبحث.

1/ الأساليب الوقائية من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

قبل أن نقدم العلاج للأطفال الذين يعانون من اضطراب ADHD نلجأ إلى اجراء الأساليب الوقائية من اضطراب ADHD، والمتمثلة في: دور الوقائي لكل من الآباء والمدرسة، وأخيرا توجيهات موجهة إلى المعلمين والمرشدين والآباء.

أ/تدريب الآباء:

اتجه عدد من الباحثين والممارسين والأخصائيين إلى اكتشاف أو اختيار كفاءة فاعلية برامج تدريب الوالدين، أو الآباء على اعتبار أنهما أكثر الأشخاص البالغين تواجدا ومعايشة واهتماما بحياة الطفل.

ومن ثم فإذا تم تدريبهما على أساليب التعامل أو التدخل لمواجهة الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل الأكبر، فإنه يمكنهما السيطرة على سلوكيات الطفل لأكثر فترة ممكنة، فلا تتوافر لأي من فئات التدخل العلاجي الأخرى.

إن تدريب الوالدين على التعزيز الإيجابي للسلوك المرغوب والتعزيز السلبي للسلوك غير المرغوب، يمكن أن يؤدي إلى حدوث السلوك المشكل لأكثر فترة ممكنة، فيستجيب الطفل لكف هذا السلوك، ومع تكرار حدوث هذا الكف يكتسب الطفل هذه الخاصية خلال تفاعله مع الوالدين. وعلى من الرغم من الإيجابيات التي حققتها برامج تدريب الآباء إلا أن هناك بعض السلبيات أظهرتها نتائج بعض الدراسات منها:

إن الأطفال يجدون صعوبة في تعميم السلوكيات بالتطبيق على المواقف الأخرى حتى داخل المدرسة، كما تنمي هذه البرامج ما يمكن أن يطلق عليه ظاهرة ثمن السلوك (The cost of the behavior وهي خاصية تضعف السلوك السوي التلقائي لدى الطفل).

بالإضافة إلى تباين الأنماط التي يشملها التدريب داخل البيت و بمعرفة الوالدين عن تلك التي تحدث داخل المدرسة مع المدرسين و جماعات الأقران، تجعل قابلية نتائج التدريبات هذه للتعميم أقل.(سمية بعزي وسلطاني الويزة، ص 15)

ب /دور المدرسة:

إن كل عملية تدخل يقوم بها الفريق التربوي في المدرسة لن تحقق الأهداف المرجوة إذا لم تلحظ العوامل التالية:

1-إعادة ترتيب البيئة الصفية.

2- استخدام استراتيجيات تعلم خاصة.

3- العمل مع الأهل.

4- استخدام تقنيات تعديل السلوك.

*الرعاية الأبوية للطلاب الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بحركة زائدة:

يشكل الطلاب الذين يعانون من ضعف الانتباه مشكلة لوالديهم، وتنجح العديد من أساليب الرعاية الأبوية مع هؤلاء الطلاب المفعمين بالحركة والطاقة، وتتضمن تلك الأساليب الرعاية الأبوية الفعالة، الصبر والجهد والتعاون مع أولياء الأمور.

وفيما يلي بعض الأفكار التي قد تكون مفيدة في هذا المجال:

1- كن إيجابيا.

2- استخدم المديح والإشادة.

3- كن واقعا ومحددا ومباشرا.

4- يجب أن يكون الانضباط والانتظام إيجابيا وغير سلبيا.

5- إن تنظيم الوقت وتسلسل الأعمال مهم لهؤلاء الطلاب.

6- الوفاق بين الأبوين ضروري جدا للتعامل المتوازن مع هؤلاء الطلاب.

7- من المهم أن يرفه الأبوان عن نفسيهما بين الحين و الآخر. (هبه عبد الحليم، 2014 ، 160-161).

ج/توجيهات عامة للمرشدين والآباء والمعلمين:

-عدم الحكم على الطفل بأنه مصاب باضطراب نشاط حركي زائد إلا بعد ملاحظته و مراقبته (مدة لا تقل عن 6 أشهر). للتأكد من وجود التششت و العدوانية و السلوك المندفع المصحوب بنشاط مفرط يمارسه الطفل ، و ذلك من قبل الوالدين و المعلمين و المرشد (المختص النفسي).

- يجب على الآباء مراجعة الطبيب المختص وعلى المرشدين تحويل الطفل إلى وحدة الخدمات الإرشادية في حال الشك بأنه يعاني من هذا الاضطراب بعد الملاحظة الدقيقة للوقت الكافي.

-عدم استشارة الطفل المضطرب حتى لا تزيد عدوانيته، حيث إن العدوانية هي السلوك الغالب عليه. (نفس المرجع السابق ، ص 163)

-إبعاد الأشياء الثمينة والخطيرة قدر المستطاع.

-يحتاج هؤلاء الأطفال إلى التشجيع والمدح والتعزيز الإيجابي وبالأخص الأطفال الصغار.

-يحتاج هؤلاء الأطفال إلى الضبط دون اللجوء إلى العنف أو السخرية، ويمكن إجراء التعاقد التبادلي، حيث يتم الاتفاق مع الشخص المضطرب ووالده أو معلمه على تقديم مكافآت في مقابل التقليل من النشاط الزائد وهذا يناسب الأطفال الأكبر سنا والمراهقين.

- الطفل المضطرب يمتاز بالذكاء في غالب الأحيان لذلك ينبغي تعزيز ذلك.

- يجب تفعيل التعاون بين المدرسة والأسرة فذلك يجعل الطفل المضطرب يشعر بالأمن والثقة بالنفس وهذا من شأنه التخفيف من حدة اضطراب وزيادة تحصيله الدراسي.

- يحتاج الطفل المضطرب إلى تدريب تدريجي مستمر للجلوس على الكرسي دون حركة مفرطة أطول فترة ممكنة. (هبة عبد الحليم ، ص 164)

الأساليب العلاجية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

بعد القيام بتقديم الأساليب الوقائية نقوم بإجراء علاجات محددة، والتي تنقسم بدورها إلى شكلين: الشكل الأول يتمثل في العلاجات الفردية وتتضمن العلاج الطبي، والعلاج بالتغذية، وتعديل السلوك والعلاج السلوكي المعرفي، أما الشكل الثاني فيتمثل في العلاج التربوي، لذلك سوف يتم تناول كل شكل على حدة.

1) العلاجات الفردية:

1/ التدخل العلاجي الطبي: يشكل العلاج الطبي أكثر أنماط التدخل العلاجية شيوعا و يستخدم مع ذوي اضطرابات الانتباه و فرط النشاط (ADHD) ويعتبر ال Ritalin و هو الاسم التجاري للعقار Generic drug methylphenidate الاختيار الطبي ، بالإضافة إلى بعض العقاقير الطبية الأخرى مثل norepine phrine nonamphetamine Deyedrine and : ويقوم التدخل العلاجي الطبي على زيادة معدل ضربات القلب ، و ضغط الدم ، و حساسية الجلد ، و كذا على التأثير على إنتاج الناقلات مواد أوإنزييمات : Dopamine and norepine phrine في الجهاز العصبي المركزي .
ومن نتائج الدراسات والبحوث التي أجريت على فاعلية التدخل العلاجي الطبي:

من نصف إلى ثلثي الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه وفرط النشاط استفادت من التدخل العلاجي الطبي، وهناك عدد كبير من الدراسات التي نسبت إلى التدخل العلاجي الطبي قد أحدث تحسنا في قدرة الطالب على الانتباه والسلوك المرتبط بالمهمة، وخفض السلوك المندفِع والنشاط الحركي الزائد.

تشير بعض الدراسات الحديثة التي أجريت في مجال الرياضيات إلى تحسن الأداء على المهام الرياضية، حيث زاد عدد المسائل الرياضية التي حاول الطلاب حلها، كما ارتفع عدد الحلول الصحيحة وقل عدد الأخطاء.

إن التدخل الطبي بالعقاقير يمكن الطلاب ذوي اضطرابات الانتباه و فرط النشاط من العمل بكفاءة ودقة عند حل المشكلات الرياضية، و مع ذلك لا يمكن الوصول إلى تعميم تقرير أن العلاج الطبي بالعقاقير يمكن أن يحسن الواقع أو الوضع الأكاديمي للأطفال ذوي اضطرابات الانتباه و فرط النشاط. (بعزي سمية و سلطاني الوزيرة، 2009، ص 13-12)

تفيد المنبهات العصبية وعلى عكس المتوقع كثيرا في علاج فرط النشاط الحركي عند الطفل فهي تؤدي إلى هدوء الطفل وزيادة قدرة التركيز عنده.

ولا تعطي هذه الأدوية للأطفال ممن هم في سن التمدرس وأهمها الريتالين والدكسيريون وهي لا تعطي ولا تصرف إلا تحت إشراف طبيب نفسي وأهم التأثيرات الجانبية لهذه الأدوية هو الصداع والأرق وقلة الشهية.

العلاج الطبي أثبت فعاليته في 80 إلى 90 في المائة من الحالات بشرط مصاحبته للعلاج السلوكي.

2) دور التغذية في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

التدخل عن طريق التغذية يلعب دورا مهما في تحسين صحة مرضى اضطراب فرط الحركة وتشتمت الانتباه، حيث أن لها تأثيرا مباشرا على الدماغ وعليك باتباع ما يلي:

1- الابتعاد عن اعداد عن المكونات الصناعية مثل: المحليات، النكهات الصناعية المعلبة، الزيوت المهدرجة.

2- الابتعاد عن العوامل التي تهيج الجهاز الهضمي مثل: الكافيين، حليب الصودا، النترات الموجودة في المواد الحافظة في الطعام المصنع لتثبيت اللون، المشروبات الغازية ...

3- الابتعاد عن الأطعمة المقلية والوجبات السريعة.

4- عدم استخدام قدور الألومنيوم، الأغطية أو الصحون البلاستيكية، الميكرويف في الطبخ تقديم الطعام.

5- التركيز على الأغذية الغنية بالعناصر الغذائية والخمائر (مثل الزبادي) ومصادر أوميغا 3 (مثل الأسماك و بذور الكتان، البروتينات العالية الجودة مثل الدواجن و الأسماك و العدس و الفول).

6- البدء بنظام غذائي منخفض الفينول، يجد من تناول الأطعمة عالية الفينول (بما في ذلك جميع المكونات الاصطناعية، والفواكه الغنية بمادة ساليسلات مثل العنب، والجوافة والأناناس، الخوخ، التوت، الفراولة وغيرها).

7- اجراء اختبار حساسية القرار (igG-Test) و الأخذ بعين الإعتبار أي مشكلات اخرى متعلقة بالجهاز الهضمي مثل (الأسماك أو الإسهال) عند البدء بالنظام الغذائي المناسب. (علي اسماعيل عبد الرحمان، 2016، ص1)

3) تعديل السلوك:

وقد تم الحديث عنه، والذي نضيفه هنا هو أن يستخدم في تعديل وخفض الاستجابات غير المرغوبة اعتمادا على أساليب التعزيز الملائمة من حيث التكرار والمدة والمصدر.

ويعتمد على مجموعة من الآليات هي:

1- التشخيص والتقييم.

2- تحليل السلوك.

3- إعداد الخطة الفردية لأنماط السلوك المستهدف تعديله.

4- استثارة الدافعية.

5- تفعيل برامج وأنشطة وممارسات الخطة الفردية.

6- استخدام التعزيزات الإيجابية والسلبية الملائمة.

- متابعة مدى اكتساب الأنماط السلوكية المستهدفة. (فتحي مصطفى الزيات، 2007، ص 425)

* أما المبادئ النوعية التي تستخدم في تعديل سلوك الأطفال ذوي اضطراب الانتباه مع فرط النشاط على

النحو التالي:

1/ يحتاج الأطفال ذو اضطراب الانتباه مع فرط النشاط إلى تغذية مرتدة متكررة، حول

يفعلونه لمقابلة توقعات الآباء والمدرسين.

2/ تشير الدراسات والبحوث إلى أن الأطفال ذو اضطراب الانتباه مع فرط النشاط يؤدون على نحو أفضل عندما يجدون تغذية مرتدة متكررة حول أدائهم على المهام الأكاديمية المعرفية والمهارية.

3/ إذا كان السلوك المستهدف متبوعا بتعليمات أو توجيهات، فإنه يفضل أن تقدم لهؤلاء الأطفال تغذية متكررة كل فترة زمنية ساعة مثلا، عما إذا قدمت هذه التغذية في نهاية العمل.

4/ ويتوقف تحديد الفترة الزمنية التي تقدم بعدها التغذية المرتدة على طبيعة الطفل و برنامج العمل أو المهام التي يطلب من الطفل أدائها.

4) العلاج السلوكي المعرفي:

ويسعى هذا النوع من العلاج إلى التعامل مع خلل سلوكي محدد مثل الاندفاعية، أو خلل معرفي مثل التشتت الذهني فيتم تدريب الطفل على تحطيم هذه المشكلات. إن أهم المشكلات التي تواجه الطفل المصاب بهذا الاضطراب هو نقص القدرة على السيطرة على المثيرات الخارجية، ولذلك يحتاج هذا الطفل إلى برنامج متكامل وفق الآتي:

المرحلة الأولى: تتضمن تأمين وتهيئة بيئة اجتماعية تقلل بها المثيرات الخارجية، وخاصة خلال الجلسات التعليمية أو أداء الوجبات المنزلية.

المرحلة الثانية: تطبيق أساليب و فنيات العلاج السلوكي مثل التدعيم الإيجابي والسلبي والعزل، حيث إن هذا الطفل يحتاج إلى معززات خارجية أكثر من غيره من الأطفال.

المرحلة الثالثة: تدريب الطفل على عملية الضبط والتنظيم الذاتي لسلوكه، حيث إن هناك مجموعة من الفنيات العلاجية لسلوك الطفل غير المرغوب فيه داخل الأسرة أو في المدرسة، ولكن بتضافر جهود الجميع يصبح العلاج فعالا.

إن من فنيات العلاج السلوكي العلاجي المعرفي المناسبة لهذا الطفل ما يلي:

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.

وبالرغم من أهمية ما ذكر إلا أنه ينبغي أن يكون مصحوبا بالعلاج الدوائي الذي لا بد منه وفق وصفة الطبيب المختص، حيث يعمل العلاج الطبي على مساعدة الطفل على توجيه الانتباه والتركيز والتقليل من تشتت الذهن وبالتالي ينخفض النشاط الزائد إلى الحد المقبول. (هبة عبد الحليم، 2014، ص 157-158)

2/العلاج التربوي:

يجب أن يكون تصميم غرفة الصف بشكل يتناسب مع احتياجات الأطفال، ففي حالة تشتت الانتباه وعدم التركيز يجب أن يجلس الطفل في الصفوف الأمامية قريب من المدرس، ومن السبورة، وظهره تجاه بقية التلاميذ حتى يتفادى المثيرات والعوامل التي تشتت انتباهه وخاصة المثيرات البصرية.

كما يجب في حالة وجود طفل يعاني من نقص الانتباه وفرط الحركة في الفصل أن يكون الأطفال من حوله هم من لا يحبون المشاكل ولا يخلقونها، وأن تقل النوافذ الكبيرة والأبواب المفتوحة، وأن لا يكون الفصل قريبا من أماكن تكثر فيها الحركة كالشوارع مثلا، حيث لا يستطيع التلميذ تركيز انتباهه.

ومن الضروري أن تكون حجرة الدراسة جيدة التهوية وجيدة الإضاءة وموضوع فيها الأثاث بشكل جيد سليم، وأن تكون حجرة الدراسة خالية من المثيرات والوسائل التعليمية واللوائح التي توضع على الجدران، وتشتت تركيز الطفل بتركيز الانتباه عليها.

ولا يقل ذلك عن دور المدرس، فيجب على المدرس أن يلاحظ سلوك تلاميذه وبدون ملاحظاته حول كل تلميذ، وأن يضع نظام واضح ومبادئ قوية تحكم النظام والضبط داخل الفصل، ويطبقها دون تفرقة ودون تشدد، فهو في الأساس مربي وقادة، وليس معاقبا أو موبخا، فيجب عليه أن يكون صبور وهادئ ومتزن أثناء أي نقاش بينه وبين تلاميذه مبتعدا عن السخرية والإهانة والاستهزاء.

و يجب على المعلم أن لا يثير إحساس الطفل و يجرحه أمام زملائه أو يطلق الألفاظ والعبارات التي تكبل الطفل في داخله، فتكون معولا للهدم لا مساعد للبناء، فالمعلم الجيد هو من يحسن مراقبة تصرفات تلاميذه دون إشعارهم بذلك، وأن يلاحظ ما يدل على اضطراب أو مشكلة فلا يذكرها علانية أمام زملائه، وأن يعمل جاهدا لحلها و تعديلها إلى شكلها السوي، و إن لم يستطع فيحولها إلى الأخصائي الاجتماعي أو النفسي.(غزال عبد الفتاح، 2014، ص 158-159)

الخاتمة :

- 1/ ضرورة اهتمام كل من الأسرة والمدرسة بالصحة الجسمية والنفسية للطفل المتمدرس.
- 2/ ضرورة الاهتمام بفئة الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.
- 3/ تصميم برامج تدريبية لأولياء أمور هؤلاء الأطفال لإمكانية التعامل السوي مع هذه الفئة من الأطفال.
- 4/ توعية المعلمين بضرورة الاعتناء بهذه الفئة من الأطفال.
- 5/ تفعيل الاتصال والتعاون بين معلم الطفل وأسرته هذه الفئة من الأطفال.
- 6/ تدريب أطفال ذوي اضطراب ADHD على المهارات المتعددة: الاجتماعية والمعرفية والتنظيمية والرياضية.
- 7/ تعزيز وترقية التحاور مع فئة أطفال ADHD في المدرسة والبيت، يتم من خلالها اكسابهم الثقة بالنفس وزيادة في تقدير الذات.
- 8/ التركيز على الأنشطة ذات الطابع الفردي وتجنب الأنشطة ذات طابع جماعي، وذلك لأن في الأنشطة الفردية يزداد أداء الطفل ويكون أفضل من أدائه في الأنشطة الجماعية.
- 9/ الاكثار من الأنشطة الترفيهية والتنافسية التي تتميز بجو من الحيوية والمرح والبساطة والحرية.

قائمة المراجع:

- 1- حامد عبد السلام زهران.(1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب، ط3. القاهرة .
- 2- الزيات، فتحى مصطفى.(2007). صعوبات التعلم –الاستراتيجيات التدريسية و المداخل العلاجية – دار النشر للجامعات. ط1، القاهرة.
- 3- وليد السيد خليفة و مراد علي عيسى.(2007). كيف يتعلم المخ ذو النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه، ط1. دار الوفاء. الإسكندرية. مصر.
- 4- محمد مقداد .(2006). التكفل بالأطفال الذين يعانون عجز الانتباه المصحوب بفرط النشاط . مجلة التنمية البشرية قسم علم النفس . جامعة البحرين. العدد الثاني.
- 5- بعزي سمية و سلطاني لويظة .(2009). الأساليب العلاجية النفسية الحديثة في الوسط المدرسي : “ تعديل السلوك ” - نموذجا، ADHD و دوره في علاج بعض المشكلات لدى التلاميذ –اضطراب الانتباه و فرط النشاط الحركي . الملتقى المغاربي الأول حول العلاج النفسي بين التكوين و الممارسة ، جامعة باتنة ، باتنة .
- 6- الوافي، عبد الرحمان.(بدون سنة). قاموس مصطلحات علم النفس. دار الرسالة. الجزائر.
- 7- علي إسماعيل ، عبد الرحمان.(2014). اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد بين الأطفال ، مصر .
- 8- مشيرة ، اليوسفي (2005). النشاط الزائد لدى الأطفال. المركز العربي للتعليم و التنمية. مصر .

- 9-وزاني محمد، و قمرأوي محمد (2017).ممارسة الرياضة داخل الوسط المدرسي والحد من اضطراب فرط الحركة المصحوب بنقص الانتباه ، مجلة التنمية البشرية.الجزائر، العدد 08.ص 55-78.
- 10-غزال عبد الفتاح، و ابتسام أحمد محمد أحمد.(2014). النشاط الزائد . دار الجامعة الجديدة .الإسكندرية .
- 11-هبة عبد الحلیم عبد ربه .(2014). النشاط الزائد . دار الجامعة الجديدة . الإسكندرية .
- 12- بلمهدي فتيحة .(2016). مدى فاعلية برنامج ارشادي تدريبي في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه و تحسين التفكير الإبداعي لدى تلاميذ الابتدائي (7-12) سنة . أطروحة دكتوراه منشورة.جامعة الجزائر
- 13-نبيل، فضل شرف الدين (2012) ، تشخيص و علاج النشاط الزائد من المنظور التربوي التكاملي برياض أطفال مدينة المنصورة ، مجلة بحوث التربية النوعية ، مصر ، المجلد 2012، العدد 72، ص 1-56.

Journal Acil of Psychological, Educational and Social Studies

Issn: 2830-8891

The journal is an international periodical issued by the Research and Studies

Laboratory in Human and Society Issues

University Center Cherif Bouchoucha Aflou

**NECESSITE DE L'AMENAGEMENT PEDAGOGIQUE POUR
UNE PRISE ENCHARGE COMPLEMENTAIRE DE L'ENFANT
-TDA/H-**

Dr. Sihem Cherifi*

University Mohamed Lamine Dabaghine setif 2 (Algeria),

shmcher.ortho@yahoo.fr

Date of send: 10 / 10 / 2023

date of acceptance: 12 / 12 /2023

Date of Publication: 26/12/2023

* **Dr. Sihem Cherifi**

Résumé :

Le trouble déficitaire de l'attention/ hyperactivité (TDA/H) se manifeste par trois groupes de symptômes : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité dont l'expression et l'intensité varient selon l'âge, le sexe et pour un même enfant les situations, le TDA/H constitue par sa fréquence son évolution et ses complications éventuelles (disqualification académique, difficultés d'intégration social) un problème de santé publique.

Le TDA/H affecte la vie des personnes atteintes de nombreuses manières, mais la scolarité des jeunes touchés reste sans doute le plus grand défi à relever par tous, lorsque l'enfant, les parents , les médecins, les psychologues, les orthophonistes et les enseignants, travaillent main dans la main, l'élève atteint de TDA/H aura toutes les chances de s'épanouir au mieux et de devenir un enfant, adolescent, et plus tard, adulte heureux et épanoui.

Dans le TDA/H, seules les psychothérapies familiales et la thérapie cognitive-comportementale (TCC) ont fait la preuve de leur efficacité.

Les enfants TDAH rencontrent un peu plus de difficultés avec le langage oral expressif que les autres enfants, ainsi l'acquisition du langage écrit : tel que la dyslexie, la dysgraphie, la dysorthographe et la dyscalculie, non comme conséquence de leur trouble, mais comme trouble associé. La présence d'une dyslexie ou dysorthographe co-morbide augmente en effet considérablement les risques d'échec scolaire.

L'objectif de notre travail donc est de trouver le moyen le plus efficace et adéquat pour augmenter leur temps d'attention, améliorer leur flexibilité mentale, les aider à mémoriser et s'organiser dans le temps et favoriser leurs relations sociales. Il est donc nécessaire de hiérarchiser.

Mots clés : TDA/H; scolarisation d'un enfant avec TDA/H; aménagement pédagogique.

Introduction

Le trouble déficitaire de l'attention/ hyperactivité TDA/H affecte la vie des personnes atteintes de nombreuses manières, mais la scolarité des jeunes touchés reste sans doute le plus grand défi à relever par tous, lorsque l'enfant, les parents, les médecins, les psychologues, les orthophonistes et les enseignants, travaillent main dans la main, l'élève atteint de TDA/H aura toutes les chances de s'épanouir au mieux et de devenir un enfant, adolescent, et plus tard, adulte heureux et épanoui.

Qu'est ce que c'est qu'un TDA/H ?

Les lettres TDA/H signifient: Trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité, on peut également dire Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité; se manifeste par trois groupes de symptômes: l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité dont l'expression et l'intensité varient selon l'âge, le sexe et pour un même enfant les situations, le TDA/H constitue par sa fréquence son évolution et ses complications éventuelles (disqualification académique, difficultés d'intégration social) un problème de santé publique.

Les enfants TDA/H rencontrent un peu plus de difficultés avec le langage oral expressif que les autres enfants, ainsi que beaucoup de difficultés avec l'acquisition du langage écrit: tel que la dyslexie, la dysgraphie, la dysorthographe et la dyscalculie, non comme conséquence de leur trouble, mais comme trouble associé. Une évaluation des apprentissages et du langage est donc nécessaire chez ces enfants, et un traitement rééducatif sera indispensable parallèlement au traitement pour l'hyperactivité et les troubles de l'attention. La présence d'une dyslexie ou dysorthographe co-morbide augmente en effet considérablement les risques d'échec scolaire.

Les fonctions exécutives sont impliquées dans le contrôle attentionnel pour la flexibilité cognitive : il faut pouvoir déplacer son attention rapidement et sans se perdre en route. L'attention est également primordiale. Encore une fois, les enfants les plus en difficulté ne sont pas ceux qui sont le plus hyperactifs : ils peuvent ne pas tenir en place mais ne rien avoir perdu des propos tenus, alors que d'autres restent assis mais ne peuvent maintenir leur attention et pensent totalement à autre chose.

Les Différents Types De TDA/H :

Il existe actuellement trois classifications. Elles sont liées aux trois symptômes cardinaux du trouble.

Le DSM-IV permet, en fonction des symptômes, de classer la personne dans une des trois formes suivantes :

1- TDA/H avec inattention prédominante : Elle touche 30% des cas. Il faut que l'enfant manifeste au moins six symptômes d'inattention. C'est le type le plus difficile à diagnostiquer car l'enfant est certes dans la lune mais il est généralement sage et calme, ce qui fait qu'il ne dérange personne.

2- TDA/H avec hyperactivité et impulsivité prédominantes : Ce type est la forme la plus rare, elle ne touche que 10% des cas. Il faut que l'enfant manifeste au moins six symptômes d'hyperactivité-impulsivité.

3- TDA/H de type mixte : C'est la forme la plus fréquente qui associe les difficultés d'attention, d'hyperactivité et d'impulsivité à des degrés divers. Elle concerne environ 60% des cas. Il faut que l'enfant manifeste au moins six symptômes d'inattention et six symptômes d'hyperactivité-impulsivité.

Nouveautés du DSM-V

Les critères sont restés les mêmes (6/9 d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité) mais avec l'ajout l'exemple concrets qui s'appliquent à différentes périodes de la vie (enfance, adolescence, âge adulte).

Les changements apportés visent à mieux diagnostiquer les adolescents et les adultes :

- Réduction du nombre de critères nécessaires au diagnostic pour les 17 ans et plus (5critères sur 9)
- Changement de l'âge du début de l'apparition des symptômes : avant l'âge de 12 ans. (7 ans pour DSM 4)
- Maintien des mêmes types de présentation: inattention prédominante, hyperactivité-impulsivité et mixte

Avant d'entrer dans les différents chapitres, je souhaiterais m'attarder sur une question précise :

En quoi avoir un enfant TDA/H dans sa classe peut-il être positif ?

En effet, beaucoup de professionnels de l'enseignement voient le TDA/H comme quelque chose de négatif. Ils pensent directement à un enfant épuisant, qui bouge sans cesse, qui est impatient et j'en passe. Or, cela peut devenir positif si l'enseignant prend la peine de lui consacrer du temps.

Les pistes soumises dans ce travail sont simples, concrètes et faciles à mettre en place. L'astuce à retenir, c'est que les pistes et stratégies proposées, ci-dessous, pour aider l'enfant TDA/H à évoluer positivement, permettent à TOUS les autres enfants de la classe d'évoluer positivement également. Elles leur sont aussi bénéfiques car elles leur permettent de développer leur attention, leur concentration, leur patience, leur énergie, leur organisation, leur mémoire et leur estime de soi.

1 : l'attention

Avant de commencer rappelons qu'un enfant TDA/H a des difficultés d'attention et donc a du mal à rester concentré sur une tâche précise pendant un certain temps. Cette difficulté provient d'une incapacité à trier et hiérarchiser les nombreuses et diverses informations qui parviennent à son cerveau.

1-1-Théorie et explication du concept d'attention :

Le problème d'attention trouve sa source dans le cerveau et est lié à un dysfonctionnement des fonctions exécutives. Il résulte principalement d'une incapacité à inhiber les stimuli extérieurs.

Pour mieux comprendre ce principe et pour intervenir plus efficacement, il faut savoir qu'il existe trois types d'attention :

- **L'attention dirigée**, aussi appelée attention sélective ou focalisée. Elle permet de sélectionner une source d'informations voulue en ignorant toutes les autres sources de distractions. Les distractions peuvent être visuelles, auditives ou encore motrices.
- **L'attention divisée**, aussi appelée attention partagée. Elle permet de traiter simultanément plusieurs sources d'informations et/ou de déplacer son attention entre plusieurs activités ou types d'informations.
- **L'attention soutenue**, aussi appelée attention maintenue. Elle permet de maintenir son attention longtemps et de façon continue afin de mener à terme une tâche. Grâce à elle, la personne est donc capable de se concentrer sur une tâche malgré la présence de distractions.

Ces trois types d'attention sont déficients chez les personnes atteintes du TDA/H. Il est donc important d'apporter des pistes et des stratégies à ces personnes pour qu'elles puissent pallier, améliorer et travailler ce déficit.

Les pistes et les stratégies suivantes tiennent compte des trois types d'attention et permettent donc de diminuer l'inattention.

1-2- Pistes et stratégies pour améliorer l'attention des élèves souffrant du TDA/H.

La première chose à réaliser, c'est de s'assurer que l'environnement physique autour de l'enfant favorise l'attention. Pour cela, on peut réaliser plusieurs choses.

- Tout d'abord, installer l'élève loin des fenêtres, de la porte, des affiches et des panneaux de la classe, ou encore de la bibliothèque.
- Ensuite, pour des travaux demandant plus d'attention ou pour des consignes, il convient de libérer le banc de l'élève des objets qui ne sont

pas essentiels à la tâche demandée.

- Par ailleurs, on peut également créer un isoloir portatif en carton que l'élève utilisera lorsqu'il en éprouve le besoin. L'isoloir permet à l'élève de se couper du monde classe, donc des stimuli extérieurs, et de se concentrer sur sa tâche. Cette piste est idéale pour favoriser l'attention et la concentration lors des contrôles ou des examens.
- Enfin, si l'élève souffre de la forme TDA/H avec inattention prédominante, il faut le placer près de l'enseignant qui peut ainsi garder un contact continu avec l'élève et ainsi éviter les stimuli perturbateurs qui peuvent être produits par les autres élèves de la classe. Dans le même ordre d'idée, on peut également mettre, à côté de l'élève ayant un TDA/H, un élève calme et attentif qui pourra lui servir de modèle positif.
- Etablir une communication non verbale avec l'élève. Celle-ci sera convenue et connue uniquement de l'élève et l'enseignant. Le signal peut être un geste tel que mettre la main sur l'épaule de l'enfant, ou encore un regard. Ce que l'on peut aussi faire, c'est montrer un pictogramme ou une affiche de la classe.
- Un autre dispositif peut être mis en place : l'élaboration de cartes portant des messages clés tels que « Fais attention », « Continue à travailler », « Ecoute-moi », ... Lorsque l'élève est distrait, n'écoute pas ou ne travaille plus.

Etant donné que l'élève a un problème relatif à l'attention dirigée et soutenue, il aura du mal à rester concentré pour suivre les consignes jusqu'au bout. Les pistes qui suivent sont relativement simples à mettre en place et aideront réellement l'enfant à être plus attentif.

- Premièrement, avant d'expliquer ou de donner une consigne, il faut s'assurer que l'élève soit attentif. Ne pas hésiter à utiliser un signe non verbal comme expliqué dans la piste précédente.
- Deuxièmement, durant l'explication de la consigne, vérifier que l'élève reste attentif. Pour cela, vous pouvez établir un contact visuel avec l'élève,

- utiliser la communication non-verbale ou encore rester à proximité de lui.
- Troisièmement, s'assurer que l'élève a compris. Lui demander de répéter la consigne et annoncer à l'avance qu'il devra faire cet exercice. Il fera alors plus attention.
 - Quatrièmement, il faut se rappeler que l'attention soutenue est déficiente chez l'enfant ayant un TDA/H. Il ne sait donc pas maintenir une attention soutenue sur une tâche. Il convient dès lors d'utiliser des consignes brèves, précises et simples. Il est aussi important d'éviter de donner plus d'une consigne à la fois.
 - Cinquièmement, il est important de donner des instructions qui sont à la fois auditives, visuelles et écrites : écrire les mots-clés au tableau ou illustrer la consigne par des images, des symboles. De nombreux logiciels et des sites internet permettent d'illustrer les consignes à l'aide de symboles ou de pictogrammes. Diversifier la manière de donner les consignes permet à l'élève de réaliser le travail même s'il a été distrait lors de l'explication.

Tout comme pour les consignes, il est important d'aider l'élève en présentant le travail en petites étapes. A chaque étape terminée, féliciter l'élève. Cela peut augmenter sa motivation et l'amener à redoubler d'effort pour terminer le travail. Dans cette optique-là, il est donc nécessaire de privilégier la qualité plutôt que la quantité.

Enseigner des stratégies d'écoute active. Ces stratégies permettent à l'élève de développer son attention dirigée. En effet, l'écoute est une activité qui demande de l'effort et de la concentration. Il s'agit donc ici de donner une ligne directrice sur les bonnes habiletés d'écoute à avoir.

Par exemple, comment écoute-t-on ?

- En regardant la personne qui parle.
- En posant ses crayons et son matériel sur le bureau.
- En posant les mains à plat sur le bureau.

- En prêtant attention aux explications.
- En n'interrompant pas la personne qui parle.
- En reformulant dans ses mots ce qui a été dit.
- En posant des questions, en levant la main, s'il n'a pas compris quelque chose.

Diversifier la façon de donner cours en utilisant, intensifiant et variant les stimuli. Modifier l'intonation de la voix, utiliser des gestes et son corps pour illustrer un exemple ou une consigne, utiliser des couleurs, des formats et des écritures différentes pour écrire au tableau, utiliser des signaux auditifs, visuels et tactiles.

Changer régulièrement l'intensité de l'attention demandée en alternant les activités où les élèves doivent rester assis, où ils peuvent bouger, les activités de groupe ou individuelles, les activités qui demandent une participation ou de l'écoute,...

2 : l'impulsivité

L'enfant impulsif semble incapable de prendre un moment pour réfléchir avant d'agir. L'enfant qui fait preuve d'impulsivité a tendance à " réagir au quart de tour" et/ou à " agir avant de réfléchir ".

2-1- Théorie Et Explication Du Concept D'impulsivité :

Tout comme pour le déficit d'attention, l'impulsivité trouve son origine dans le cerveau, dans les fonctions exécutives. L'impulsivité découle ici, d'une incapacité à inhiber les stimuli internes. Ce manque d'inhibition amène la personne à agir sans réfléchir, sans être capable de retarder ses désirs. Elle est également incapable de choisir le comportement (moteur, émotionnel ou attentionnel) le plus approprié pour faire face à une situation particulière.

2-2- Pistes Et Stratégies Pour Améliorer L'impulsivité Des Elèves Souffrant Du TDA/H.

Créer et réaliser les règles avec les enfants ; les réduire à l'essentiel et les placer à un endroit de la classe où les élèves peuvent les voir. Prévoir également les conséquences, positives et négatives, relatives à ces règles.

Construire les règles de vie et leurs sanctions avec les élèves leur permet d'avoir un certain contrôle sur leur sort, d'améliorer leur capacité de concentration et leur conduite.

Par la suite, il est important de poser des limites, sans être répressif, mais en restant ferme et cohérent.

- L'enseignement explicite permet de travailler le langage intérieur donc la capacité de se parler à soi-même et de se donner des consignes. Il y a quatre phases dans cette pédagogie : le modelage, la pratique guidée, la pratique coopérative et la pratique autonome. La pratique guidée consiste à mettre le haut-parleur sur sa pensée. C'est-à-dire que l'enseignant explique à haute voix les stratégies à utiliser pour réaliser le travail.
- Le temps d'arrêt. Il permet aux esprits (élève & enseignant) de s'apaiser, aux fonctions exécutives de reprendre le contrôle mais aussi et surtout d'éviter une réaction en chaîne néfaste à la relation. Grâce au temps d'arrêt, l'échange qui suit est plus productif. Pendant ce temps d'arrêt, il est nécessaire que l'enfant se livre à une activité agréable et apaisante.
- Communication non-verbale : comme vu précédemment, cette communication permet de calmer l'élève en lui montrant qu'on a remarqué qu'il avait des difficultés à se contenir. Elle peut également être utilisée lorsque l'on voit que l'impulsivité monte. Rappel, le signal doit être convenu avec l'élève et connu uniquement de lui et son enseignant afin d'éviter d'attirer continuellement l'attention des autres sur lui.
- Apprendre des techniques de relaxation. La relaxation aide l'enfant à contrôler ses tensions, sa colère.
- La détente musculaire. L'objectif est d'apprendre à contrôler ses tensions musculaires.
- Les perceptions sensorielles (écouter, regarder, sentir,..). Le but étant de fixer son attention sur une perception afin de mettre au repos l'esprit et le corps.
- Demander un délai avant de répondre.

- Demander à l'élève d'écrire ce qu'il veut répondre avant de l'interroger ou lui faire répéter la question avant qu'il ne réponde. Cela oblige l'élève à apprendre à se contrôler.
- Rappeler les comportements adéquats. Faire des étiquettes avec ce que l'enfant doit faire et les mettre sur son bureau. Par exemple :
 1. Lever la main avant de répondre.
 2. Attendre 5 secondes avant de répondre.
 3. Reformuler la question avant de répondre.
- Ignorer autant que possible les comportements et les commentaires qui peuvent l'être. Il est important de donner directement son attention et de féliciter l'élève impulsif lorsqu'il répond en respectant les éléments mis en place comme lever la main avant de répondre, reformuler la question puis répondre,....
- Fonctionner avec des objectifs et des feuilles de route¹⁹. Le but est de réussir à rendre l'élève conscient de ses comportements et de leurs fréquences. Il faut établir ensemble les objectifs et les récompenses qui seront observés et mis en place. Les objectifs doivent être réalisables, positifs et concrets.

Par ailleurs, il est nécessaire de donner des retours fréquents sur les comportements positifs et négatifs. Si un comportement pose problème, donner un retour directement mais une fois le calme retrouvé, car l'élève vit au présent !

3 : l'agitation, l'hyperactivité

L'enfant hyperactif est un enfant dont l'activité motrice est augmentée et désordonnée par rapport aux enfants du même âge. Il est toujours débordant d'énergie, perpétuellement en mouvement, sans but précis et en toute circonstance. Tout ceci, malgré lui.

3-1- Théorie et explication du concept d'agitation et d'hyperactivité :

L'hyperactivité provient d'une incapacité à bloquer des stimuli. C'est, en partie, une conséquence du problème d'attention et d'impulsivité. En effet, le manque de focalisation d'attention provoque une sur-stimulation et le déficit de contrôle provoque de l'impulsivité. Un enfant TDA/H possède donc une hypersensibilité émotionnelle et sensorielle à toutes les stimulations ce qui fait qu'il devient plus facilement actif et/ou excité.

3-2- Pistes et stratégies pour améliorer l'hyperactivité des élèves souffrant du TDA/H :

- Procurer une balle ou un objet antistress pour que l'élève occupe ses mains silencieusement. On peut fabriquer un objet antistress facilement, il suffit de mettre de la farine ou des grains de riz dans plusieurs couches de ballons de baudruche ou dans du tissu.
- Autoriser l'élève à se mettre sur ses genoux ou à rester debout à côté de son bureau pour travailler.
- Si le local classe le permet, prévoir 2 places éloignées l'une de l'autre pour que l'élève puisse voyager, bouger en se rendant d'une place à l'autre. Une place pour écouter les consignes, près de l'enseignant et une, dans le fond de la classe, pour le travail individuel.
- Placer le cartable et les objets qui ne sont pas nécessaires à un endroit précis loin du bureau pour éviter que l'élève soit tenté de les manipuler.
- Créer un petit coin détente dans le fond de la classe et permettre à l'élève d'aller écouter de la musique calme avec des écouteurs, de se bercer sur une chaise à bascule (Bergère), de se coucher dans de gros coussins,...
- Pour éviter le bruit lié au mouvement, placer des balles de tennis en dessous des pieds des tables et des chaises. On peut également placer un tapis antidérapant en dessous du bureau de l'élève.
- Utiliser du Velcro (scratch) pour garder les objets strictement nécessaires sur le banc. Par exemple, un crayon ordinaire et une gomme.
- Permettre à l'élève de bouger autour de son bureau dans une zone délimitée

avec du scotch. L'élève peut circuler librement dans la zone délimitée mais ne peut en sortir sans avoir demandé la permission préalablement.

- Permettre à l'enfant d'aller régulièrement distribuer le courrier dans les autres classes pour qu'il puisse bouger et dépenser son énergie tout en rendant service. On peut également proposer à l'enfant d'aller faire le tour de la cour en courant si la crise est imminente.
- Remplacer régulièrement la chaise de l'enfant par un ballon d'assise ou par un petit coussin gonflable. Cela permet à l'enfant de rebondir sans bruit à son pupitre tout en réalisant son travail.
- Réaliser régulièrement des activités d'arts plastiques telles que du théâtre, de la peinture, de la danse, de la musique,... Cela permet à l'enfant de s'exprimer et de réorienter l'énergie mal canalisée dans une direction positive.

4 : l'organisation

L'organisation concerne l'action d'organiser, de structurer, d'arranger, de coordonner, de planifier et de préparer les choses

4-1-Théorie et explication du concept d'organisation :

Les problèmes d'organisation découlent directement des dysfonctionnements liés au TDA/H. En effet, cinq des neuf critères servant au diagnostic sont de nature purement organisationnelle.

L'enfant a des difficultés pour jongler avec plusieurs idées à la fois ou pour les organiser afin de résoudre un problème.

4-2-Pistes et stratégies pour améliorer l'organisation des élèves souffrant du TDA/H.

Les premières pistes permettent d'organiser le matériel.

S'assurer que l'élève possède le matériel dont il a besoin. Particulièrement au moment de rentrer chez lui. Vérifier qu'il ait son journal de classe correctement complété ainsi que ses cahiers et ses classeurs en ordre.

- Avant chaque activité, lister ou rappeler le matériel dont l'élève a besoin.

Ecrire les noms sur tous les effets personnels de l'élève, des vêtements aux crayons en passant par la boîte à tartine.

- Utiliser des gommettes de couleur pour nommer les cahiers. Exemple : le cahier de religion devient le cahier point jaune, le cahier de dictée = le cahier point vert,... Cela permet à l'enfant de retenir plus facilement le nom du cahier et de le retrouver plus aisément.
- Etablir des emplacements précis pour chaque chose avec un support visuel de l'objet devant être rangé à cet endroit. (Casiers, fardes de devoir, boîtes à tartine,...)
- Utiliser des pochettes à double rabats. D'un côté, mettre les travaux à faire, de l'autre les travaux terminés et/ou corrigés.
 - Asseoir l'élève TDA/H à côté d'un élève organisé qui pourra l'aider. Les secondes pistes permettent d'organiser la journée.
 - Etablir des routines, des rituels.
 - Faire toujours la même chose lorsque l'on rentre en classe le matin.
 - Utiliser toujours la même partie du tableau pour faire le journal de classe ou pour inscrire les devoirs.
 - Utiliser un rituel pour remettre les devoirs.

Exemple : tendre un fil en dessous du tableau. Chaque pince porte le prénom d'un enfant. A chaque début de journée, les élèves vont attacher leur devoir sur le fil.

- Etablir un menu de la journée. Ecrire le programme des activités de la journée au tableau de sorte que les élèves puissent se situer dans le temps et s'organiser.

Les autres pistes permettent d'organiser le temps.

- Utiliser une horloge afin de montrer le temps qu'il reste pour effectuer une tâche. Placer sur l'horloge un triangle de couleur correspondant au temps. Exemple : 10 min = triangle vert, 2 min = triangle rouge ,....

On peut également utiliser des sabliers indiquant différents temps.

- Utiliser des agendas et des calendriers pour planifier le temps, les devoirs, les activités.

5 : la mémoire

La mémoire concerne les activités biologiques et psychiques qui permettent de retenir des expériences.

5 -1- Théorie et explication du concept :

Tout d'abord, il est primordial de prendre conscience que la mémoire constitue la base du processus d'apprentissage. Si on l'utilise bien, elle permet des apprentissages de grande qualité.

Ensuite, la mémoire est une fonction complexe du cerveau qui fait intervenir plusieurs processus interdépendants. En effet, la mémoire accomplit principalement quatre tâches qui sont chacune reliées à une composante :

- Elle perçoit les informations, la composante reliée est la mémoire sensorielle. -- Elle traite une partie des informations, la composante est la mémoire à court terme (aussi appelée mémoire de travail).
- Elle conserve les connaissances acquises et fournit des réponses aux situations. La composante est la mémoire à long terme.

Il est donc important de connaître un minimum les différentes composantes pour pouvoir développer la mémoire et les apprentissages efficacement.

- **La mémoire sensorielle.** Elle reçoit les différentes informations fournies par les cinq sens (vue, ouïe, odorat, toucher et goût). Elle reconnaît les informations et sélectionne celles sur lesquelles il faut porter son attention avant de les transmettre à la mémoire à court terme.
- **La mémoire à court terme** aussi appelée mémoire de travail. Premièrement, elle ne peut contenir que sept unités d'informations 20 à la fois. L'information transmise par la mémoire sensorielle ne reste qu'une dizaine de secondes ; après ce délai, si elle n'est pas rappelée, elle disparaît du champ de la conscience. deuxièmement, elle traite l'information à partir des connaissances et des souvenirs stockés dans la mémoire à long terme.

- **La mémoire à long terme.** C'est une sorte d'immense entrepôt où les informations qui ont été traitées par la mémoire à court terme, sont classées. Les informations stockées dans la mémoire à long terme ne s'effacent pas. Il y a dès lors énormément d'informations. Elles sont donc organisées et classées de manière à pouvoir élaborer des liens multiples.

Les enfants atteints de TDA/H ont des problèmes de mémoire car il n'y a pas de mémoire possible sans sélection des stimuli et inhibition des éléments distrayants. Or, c'est justement là où est l'incapacité des enfants TDA/H. Il est donc plus que primordial d'aider l'enfant à développer sa mémoire et ses différentes composantes.

5-2- Pistes et stratégies pour améliorer la mémoire des élèves souffrant du TDA/H :

- Utiliser la gestion mentale. Le but est d'utiliser des gestes mentaux pour construire des représentations mentales ainsi que le contenu à mémoriser. Elle se caractérise par trois phases par lesquelles il est important de passer pour mémoriser. Ils'agit de la perception, l'évocation et la restitution. La phase la plus importante étant l'évocation car c'est l'activité principale de la mémorisation. Or, on oublie presque toujours de la travailler.

L'évocation consiste à faire exister le mot ou l'image dans sa tête.

Exemples d'évocation : Photographier le mot au tableau en le regardant puis fermer les yeux et le revoir. Faire manipuler mentalement des mots.

Exemples pour travailler les gestes mentaux : Décrire mentalement ce qu'on a fait depuis le début de la journée. Imaginer les détails d'un objet familier.

- Utiliser des mots spécifiques tels que regarder, écouter, sentir, entendre, visualiser. Cela permet de favoriser une gestion sensorielle et donc de travailler sur la mémoire sensorielle.

- Mettre en évidence les mots importants du tableau en les entourant, les soulignant, en les mettant en couleur. Cela attire l'attention de l'élève et fait en sorte de diriger les récepteurs sensoriels vers la bonne direction.

- Utiliser des aide-mémoires tels que des pictogrammes pour les rituels ou des listes de rappels. Ne pas hésiter à écrire les étapes du travail au tableau.
- Répéter plusieurs fois et très régulièrement les notions pour qu'elles soient mémorisées à long terme. Chaque matin, s'assurer que ce qui a été appris la veille est intégré.
- Enseigner avec des indices multi sensoriels. Donner des signaux visuels, sonores et kinesthésiques.
 - Utiliser de la musique pour mémoriser les tâches à réaliser ou des leçons
 - Enregistrer à l'enfant un cd avec, tout d'abord, certaines directives pour réaliser un travail ou un devoir, puis une sélection de ses musiques préférées. La capacité de l'enfant à se souvenir des étapes ou de ses devoirs est grandement améliorée.
- Partir d'exemples concrets, réels ou qui viennent des élèves. Cela donne du sens et de la pertinence aux notions à étudier, ce qui facilite la mémorisation.
- Apprendre les notions de manière active et pratique. Utiliser la pédagogie de la motricité intégrée. En effet, le fait de passer par le corps permet de mieux assimiler et de retenir le concept.
 - Utiliser des trucs mnémoniques. Ils peuvent être de plusieurs sortes :
 - Définition. Il s'agit de faire penser à la signification du mot pour donner des indices sur l'orthographe.

Exemple : la pomme est le fruit du pommier.

Histoire. Exprimer un « truc », une petite histoire qui permet à l'élève de mémoriser l'orthographe ou la règle facilement.

Exemple : le mot « mourir » ne prend qu'un seul « r » car on ne meurt qu'une fois.

- Acronyme. Il s'agit d'inventer une phrase en se basant sur les lettres des mots à retenir. Exemples : Pour retenir l'ordre des planètes du système solaire. « Mangez Vos Tartes, Mais juste Sur Une Nappe »²³ = Mercure,

Vénus, Terre, Mars, Jupiter, Saturne, Uranus, Neptune. Pour retenir ce qu'il faut à une phrase. MAPO = Majuscule et Point.

- Etymologie. Faire appel à l'étymologie du mot pour clarifier l'orthographe. Exemple : Le mot « acquis ». Son « s » est muet, pour ne pas se tromper mettre le mot au féminin où le « s » est alors prononcé.

« Un cadeau est acquis, une solution est acquise. »

- Travailler la mémoire visuelle et l'automatisation des notions.

- Montrer un schème de mathématique 30 secondes à l'élève, il doit dire combien il représenté du tac au tac.

- Montrer un calcul rapidement, l'élève doit répondre rapidement.

Pour réaliser cette activité, l'élève doit mémoriser ce qui est montré afin de pouvoir le restituer.

6 : l'estime de soi

6-1- Théorie et explication du concept d'estime de soi :

L'estime de soi, c'est tout d'abord, l'opinion que l'on se fait de soi-même.

Elle se construit selon les talents et les lacunes qu'on se reconnaît. Ensuite, la perception, l'opinion que l'on a de nous est influencée par l'image que les autres ont de nous.

Par ailleurs, l'estime de soi est un processus vivant car il est en constante évolution tout au long de notre vie.

Elle permet aux personnes de relever des défis à leur mesure et de réussir ce qu'elles entreprennent.

Colette SAUVE, dans son livre, donne une définition intéressante sur la construction de l'estime de soi. « Une bonne estime de soi se bâtit à partir d'événements vécus d'une façon satisfaisante et de situations qui procurent un sentiment de sécurité et d'emprise sur la réalité » Etant donné les nombreux échecs rencontrés, l'enfant TDA/H a très souvent une mauvaise estime de soi. Il croit aussi généralement qu'il n'a pas beaucoup de valeur et qu'il n'est bon à rien.

6-2- Pistes et stratégies pour améliorer l'estime de soi des élèves souffrant du TDA/H :

- Montrer qu'il existe des personnages célèbres de l'histoire qui étaient TDA/H et qui ont brillamment réussi leur vie (W.Churchill, Beethoven, Louis Amstrong,.....)
- Etre présent de manière chaleureuse auprès de l'enfant. Etre bienveillant.
- Utiliser des renforcements positifs, valoriser l'élève. L'objectif est de redonner confiance à l'enfant en le valorisant.

Il ne faut donc pas hésiter à le « surprendre » en train d'agir et en faire un événement important pour qu'il s'en rende compte.

On peut utiliser plusieurs sortes de renforçateurs :

- Les renforçateurs verbaux : les compliments, des paroles d'encouragement, des mots positifs,...

Exemples : « Bravo, beau travail ! », « Super ! », « Je suis fier de toi », « Ton idée est géniale »

« Continue, c'est bien ! », « Tu vois, tu sais le faire »,...

- Les renforçateurs non-verbaux : les gestes d'affection, les clins d'œil, les regards, les mimiques, les signes complices, ...

Exemples : mettre le pouce en avant, tapé sur l'épaule ou dans le dos,...

- Les renforçateurs relationnels : les activités gratifiantes, des privilèges,...
- Etablir des objectifs concrets, réalisables qui sont à la portée de l'enfant et qu'il pourra assumer.
- Evaluer plusieurs moments de la journée plutôt que la journée dans son entièreté. Cela permet que le négatif ne contamine pas toute la journée.

Lors des retours, donner du positif et du négatif ! Utiliser la règle du 4 pour 1. Pour un élément négatif, donner quatre éléments positifs.

Cela permet de développer un sentiment de compétences et l'estime de soi.

-Appuyer les interactions sociales positives en proposant de faire du tutorat, du parrainage avec les plus jeunes. Favoriser les activités de socio constructivisme où le succès dépend d'une collaboration mutuelle. Réaliser un conseil de classe où les enfants peuvent s'exprimer sur leur semaine et sur les conflits rencontrés.

Donner des « chaudoudoux ». Instaurer un temps d'échange le dimanche matin. Chaque élève à son tour dit ce qu'il a aimé de son week-end « J'ai aimé ... ». Si l'élève n'a rien aimé de son weekend, autres élèves lui donnent un « chaudoudou », c'est-à-dire quelque chose qu'ils aiment chez l'enfant, un aspect positif, une qualité,...

Mettre l'accent sur les aptitudes de l'élève. Mettre en valeur les traits de caractères prometteurs afin de les faire fructifier. Cela valorise l'enfant dans son sentiment de compétence.

Il faut aussi faire attention à l'humeur de l'enfant, souvent déprimé. Il est important de le rassurer. Si la situation devient ingérable, il faut apprendre à l'enfant à « laisser tomber », tout comme l'adulte doit apprendre à décrocher quand il est exaspéré.

Pour conclure :

Il est important de ne pas trop donner trop d'informations à la fois, savoir que les apprentissages sont compliqués, valoriser l'enfant et lui donner des tâches qu'il est capable d'accomplir. Il n'existe pas de recettes miracles, mais connaître un peu le trouble de l'enfant permet de le comprendre. Il faut analyser là où il peut être meilleur, lui donner les outils, s'adapter et adapter aux difficultés de l'enfant pour lui donner les meilleures chances d'apprendre différemment des autres.

Bibliographie :

- AMSTRONG Thomas, SIROIS Gervais Déficit d'attention et hyperactivité. Edition Chenelière éducation, Québec, 2002.

- DE COSTER P. et DE SCHAEZTEN S. TDA/H et scolarité, comprendre et accompagner l'élève atteint de TDA/H à l'école. Edition : TDA-H Belgique, 2010.
- Dr VICTOOR Laurent. Le TDA/H chez l'enfant et l'adolescent, diagnostic et traitement. Edition Vivio, Bruxelles, 2010.
- DROUIN Cristiane, HUPPE André. Plan d'intervention pour les difficultés d'attention. Edition Chenelière éducation, Québec, 2005.
- GAGNE Pierre-Paul. Trucs et astuces pour apprendre à mieux penser. Edition Chenelière éducation, Montréal, 1999.
- GUILLOUX Roselyne. L'effet domino « Dys ». Edition Chenelière éducation, Québec, 2009.
- L. KUTSCHER Martin. Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité. Edition Chenelière éducation, Québec, 2010.
- SAUVE Colette. Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit de l'attention. Edition Hôpital Sainte-Justine. Montréal, 2007.