

# تهديل سلوك الاطفال المهوتين

---

دليل الاباء والاعلمين

---

## حقوق الطبع محفوظة

١٥٥,٤٥

جمال محمد سعيد الخطيب

تعديل سلوك الاطفال المعوقين : دليل الاباء والمعلمين / جمال

محمد سعيد الخطيب . - عمان : اشراق للنشر والتوزيع ، ١٩٩٢

( ٣٠٤ ) ص

ر. ١ (١٩٩٢/٩/٦٧٥)

١ - الاطفال المعوقين - سيكولوجية ٢ - العنوان

(تمت الفهرسة بمعرفة المكتبة الوطنية)

رقم الايداع لدى المكتبة الوطنية

(١٩٩٢ / ٩ / ٦٧٥)

○ تعديل سلوك الاطفال المعوقين : دليل الآباء والمعلمين

○ تأليف : الدكتور جمال محمد سعيد الخطيب

○ الطبعة الأولى - عمان ١٩٩٣

دار اشراق للنشر والتوزيع

○ الناشر :

عمان ص . ب ٩٢٥٨٤٦ هاتف ٦٤٢١٤٣

مركز غنيم للتصميم والطباعة

○ الصف والإخراج :

عمان ص . ب ٩٢٥٨٤٦ هاتف ٦٤٢١٤٣

مكتبة الفلاح

○ توزيع :

ت : ٦٦٢١٨٩ ص.ب ١٦٤٣١ العين - دولة الامارات

# تعديل سلوك الأطفال المسوقين

---

## دليل الآباء والمعلمين

---

تأليف

الدكتور جمال محمد سعيد الخطيب

أستاذ التربية الخاصة المشارك

كلية التربية - الجامعة الأردنية

عمان - الأردن

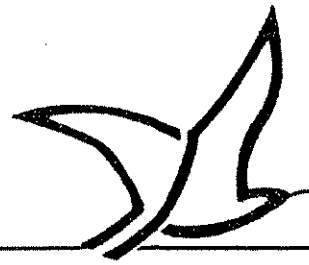


مركز غنيم للنصميم والطباعة

مناقب ٦٤٢١٤٢ - صرب ٩٢٥٨٤٦ عمان - الأردن

الاهداء

الى كل الاطفال المعوقين وأسرهم  
في العالم العربي





# بسم الله الرَّحْمَن الرَّحِيم

## مقدمة

شهدت العقود القليلة الماضية تطورات كمية ونوعية هائلة في ميدان التربية الخاصة في دول العالم المختلفة بوجه عام وفي الدول المتقدمة بوجه خاص . ويلاحظ المؤرخون ان البرامج والخدمات المقدمة للفئات الخاصة انما هي في حقيقة الأمر مرآة تعكس اتجاهات المجتمع نحوها . وقد تغيرت هذه الاتجاهات تغيرا ملحوظا عبر الحقب الزمنية المتعاقبة . وبوجه عام ، يصف المؤرخون فترة ما قبل القرن الثامن عشر على أنها فترة الخرافات واساءة فهم الاطفال المعوقين واساءة معاملتهم ، والقرن التاسع عشر على أنه عصر انشاء المؤسسات الايوائية الخاصة لهم ، والقرن العشرين على أنه عصر انشاء المدارس الخاصة لهم وتدريبهم في الصفوف والمدارس العادية .

وتعود بداية التربية الخاصة الى القرن التاسع عشر حيث قام الطبيب الفرنسي جين ايتارد بتعليم طفل شديد الاعاقة وجد ضالا في احدى غابات فرنسا . فقد استطاع ايتارد تعليم ذلك الطفل بعض المهارات الاجتماعية واللغوية الامر الذي دفع بالمؤرخين الى اعتبار الاساليب الفردية التي استخدمها بمثابة حجر الاساس الذي بني عليه ميدان التربية الخاصة . على أن التربية الخاصة الحديثة بما تتضمنه من اجراءات علمية ترجع الى عقد الستينات من هذا القرن وهو العقد الذي انبثقت فيه تكنولوجيا تعديل السلوك البشري .

فالتربية الخاصة الحديثة عملية هادفة بتوخى تعديل سلوك الطفل المعوق بغية مساعدته على بلوغ أقصى درجة ممكنة من الاستقلال الشخصي والتحصيل الاكاديمي . وذلك لا يمكن تحقيقه الا بتخطيط وتنفيذ البرامج الفاعلة المنظمة التي تعمل على تطوير ذخيرة الطفل السلوكية بحيث تتشكل لديه وتتطور الانماط السلوكية التكيفية والوظيفية وتضعف وتتلاشى من لدنه الانماط السلوكية غير المناسبة أو الشاذة . ولذلك فلا غرابة في أن يعتمد ميدان التربية الخاصة على استخدام منهجية تعديل السلوك لتحقيق الاهداف التربوية ولمعالجة المشكلات السلوكية المختلفة التي قد تصاحب الاعاقة ولإجراء البحوث العلمية ولتطوير البرامج لاعداد المعلمين للعمل مع هذه الفئات من الاطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة ومع أسرها أيضاً .

أما على الصعيد المحلي والاقليمي ، فعلى الرغم من أن السنوات الماضية قد شهدت

اهتماماً متزايداً بالأطفال المعوقين إلا أن هذا الاهتمام قد إنصب على إيضاح ماهية الإعاقة وأسبابها وسبل الوقاية منها . ولكن الاستراتيجيات العلاجية العملية للمشكلات السلوكية والنفسية والاجتماعية التي يعاني منها الأطفال المعوقين لم تحظ بالاهتمام الذي تستحقه . واستناداً إلى هذه الحقيقة ، حاولت في هذا الكتاب عرض هذه المشكلات وإيضاح طبيعتها وأسبابها وسبل معالجتها . وقد ركزت على استخدام أساليب تعديل السلوك كونها أساليب فعالة وعملية وتحقق الأهداف العلاجية والتربوية المنشودة بسرعة نسبياً .

فعلى الرغم من أن تغيير سلوك الطفل المعوق قد يكون أمراً صعباً في كثير من الأحيان إلا أن تكنولوجيا تعديل السلوك تقدم بدائل علاجية متنوعة يمكن التحقق من فاعليتها بموضوعية .

أرجو أن يكون هذا الكتاب مفيداً لآباء وأمهات الأطفال المعوقين ولعلميهم وللقائمين على إرشادهم ومعالجتهم . كما أرجو أن يجد فيه الدارسون والباحثون في ميدان التربية الخاصة علماً نافعاً .

والله ولي التوفيق

الدكتور جمال الخطيب

## الفصل الأول

---

---

تعديل سلوك الأطفال

المعوقين : مقدمة عامة

---

---

## مقدمة :

عديدة هي الاعاقات التي قد يعاني منها الاطفال . فمن الاعاقات ما هو حسي (الاعاقة البصرية والاعاقة السمعية) أو جسمي (الاعاقة العصبية والإعاقة العضلية والاعاقة العظمية والاضطرابات الصحية المزمنة) أو سلوكي (الاعاقة الانفعالية) أو تعليمي (صعوبات التعلم) أو تواصل (اضطرابات الكلام واللغة) أو عقلي (التخلف العقلي) . في هذا الفصل ، نتناول هذه الاعاقات بايجاز من حيث تعريفها وأسبابها وتصنيفها . كذلك نلقي الضوء على تاريخ التربية الخاصة للاطفال ذوي الاعاقات المختلفة والممارسات التربوية المعاصرة في هذا الميدان . وأخيراً ، يقدم الفصل نبذة تاريخية موجزة عن انبثاق تعديل السلوك وامتداده الى ميدان التربية الخاصة ويبيّن المبادئ العامة التي يقوم عليها منحنى تعديل السلوك .

## من هم الاطفال المعوقون ؟

الاطفال المعوقون (Handicapped Children) هم أطفال أولاً وقبل أي شيء لديهم الحاجات الاساسية الموجودة لدى جميع الأطفال . الا أنه ، نتيجة الاضطرابات الجسدية أو العقلية أو السلوكية أو الحسية التي يعانون منها ، يصبح لديهم حاجات خاصة إضافية لا توجد لدى الأطفال الآخرين . وتبعاً لذلك ، يجب تقديم خدمات تربوية خاصة لهم لا يحتاج إليها الأطفال العاديون . ويطلق على هذا النوع من الخدمات التربوية اسم التربية الخاصة (Special Education) والتي تتضمن تصميم وتكييف المناهج الدراسية والاساليب والمواد التعليمية وطرائق التدريس بهدف تلبية الحاجات التربوية الخاصة للأطفال المعوقين . أما مصطلح الأعاقة فهو يشير الى جميع الانحرافات عن النمو الطبيعي . وعلى وجه التحديد ، تصنّف الاعاقات الى الفئات السبع التالية :

- ١ - التخلف العقلي (Mental Retardation)
- ٢ - الاعاقة السمعية (Hearing Impairment)
- ٣ - الاعاقة البصرية (Visual Impairment)
- ٤ - اضطرابات الكلام واللغة (Speech and Language Disorders)
- ٥ - الاعاقة الجسمية (Physical Disability)
- ٦ - صعوبات التعلم (Learning Disabilities)
- ٧ - الاعاقة الإنفعالية (Emotional Impairment)

## التخلف العقلي (Mental Retardation)

ينص تعريف الجمعية الامريكية للتخلف العقلي ، والذي يعتبر أكثر التعريفات تداولاً وقبولاً في دول العالم المختلفة ، على أن التخلف العقلي يشير الى انخفاض ملحوظ في القدرات العقلية العامة وعجز في السلوك التكيفي يظهران في مرحلة النمو . بمعنى آخر ، ان تشخيص حالة الطفل على أنها تخلف عقلي تعني ضرورة حدوث العناصر الثلاثة السابقة .

وعلى وجه التحديد ، يشير الانخفاض الملحوظ في مستوى الاداء العقلي العام الى تدني درجة ذكاء الطفل بمقدار انحرافين معياريين عن المتوسط . ويساوي الانحراف المعياري الواحد ١٥ درجة في معظم اختبارات الذكاء الفردية المقننة مثل مقياس وكسلر لذكاء الاطفال . أما الدرجة التي تمثل المتوسط فهي (١٠٠) على هذه الاختبارات (حيث يتراوح المدى الطبيعي بين ٨٥ و ١١٥ درجة) . وبذلك يكون مستوى الاداء العقلي العام للطفل منخفضاً عن المتوسط انخفاضاً ملحوظاً اذا كانت درجة الذكاء على الاختبارات المعروفة أقل من (٧٠) . واعتماداً على مدى تدني الاداء العقلي العام عن المتوسط يصنف مستوى التخلف العقلي الى بسيط أو متوسط أو شديد أو حاد (شديد جداً) (أنظر الجدول رقم ١ - ١) .

### الجدول رقم (١ - ١) مستويات التخلف العقلي

الانحرافات المعيارية	درجة الذكاء مقاسة باختبار وكسلر (الانحراف المعياري = ١٥)	درجة الذكاء مقاسة باختبار ستانفورد - بينيه (الانحراف المعياري = ١٦)	المستوى
٣ - ٢	٥٥ - ٦٩	٥٢ - ٦٨	بسيط
٤ - ٣	٤٠ - ٥٤	٣٦ - ٥١	متوسط
٥ - ٤	٢٥ - ٣٩	٢٠ - ٣٥	شديد
أكثر من ٥	٢٤ أو أقل	٢٤ أو أقل	شديد جداً

وكما أوضحنا منذ قليل فان انخفاض مستوى الاداء العام بمفرده لا يجعل الطفل متخلفاً عقلياً ، اذ لا بد من أن يكون لديه عجز في السلوك التكيفي ايضاً . فما هو السلوك التكيفي ؟ بشكل عام ، يشير هذا المصطلح الى مجموعة من الانماط السلوكية ذات العلاقة بالنضج والتعلم والتكيف الاجتماعي . وهذه الانماط تختلف باختلاف

العمر الزمني للطفل وباختلاف الموقف الاجتماعي . وعلى أية حال ، يشمل السلوك التكيفي عموماً مهارات العناية بالذات ، والقدرات التعليمية ، ومهارات التواصل ، والمهارات الاجتماعية ، وكما هو الحال بالنسبة لقياس الذكاء ، ينبغي قياس مستوى السلوك التكيفي لدى الطفل لمعرفة ما اذا كان لديه تخلف عقلي أم لا . وقد طور في العقود الماضية مقاييس عديدة لتحقيق ذلك الهدف . ويعتبر مقياس السلوك التكيفي الذي طوره نهيرا ورفاقه (Nihira, Foster, Shellhass, & Leland, 1974) والذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ومقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي الذي طوره دول (Doll, 1965) أكثر هذه المقاييس استخداماً .

هذا وقد ينجم التخلف العقلي عن جملة من الاسباب العضوية وغير العضوية . على أن الاسباب في معظم حالات التخلف لا تزال غير معروفة . ومهما يكن الامر ، فالجدول رقم (١ - ٢) يبين بعض الاسباب الرئيسية المعروفة للتخلف العقلي .

### الجدول رقم (١ - ٢) بعض الاسباب الرئيسية للتخلف العقلي

اسباب مرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة :	
١ - الاضطرابات الكروموسومية	٥ - عدم توافق الدم
٢ - كبر حجم الرأس أو صغره	٦ - نقص الاكسجة
٣ - اضطرابات عملية الايض	٧ - العوامل الضارة (التدخين ،
٤ - الامراض الجنسية	العقاقير ، الاشعة السينية ، الخ)
اسباب مرتبطة بمرحلة الولادة :	
١ - الخداج	٣ - الولادة المبكرة
٢ - عُسر الولادة	٤ - الاختناق ونقص الاكسجة
اسباب مرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة :	
١ - التهاب الدماغ والتهاب السحايا	٤ - اضطرابات عملية الايض
٢ - الحرمان البيئي الشديد	٥ - الحوادث والاصابات
٣ - التسمم	

## نسبة انتشار التخلف العقلي :

ان تقدير نسبة انتشار التخلف العقلي ليس بالامر السهل عمليا . وذلك يعود الى التعاريف وأدوات القياس المستخدمة وتعدد المعايير . ومهما يكمن من أمر ، فان النسبة التقديرية للتخلف العقلي في المجتمعات الانسانية هي ٣٪ . وهذه النسبة نظرية تعتمد على نسبة الذكاء فقط ، وبالرغم من أن هذه هي النسبة التي يشار اليها عادة إلا انها تتجاهل المعيار الآخر لتحديد التخلف العقلي الا وهو السلوك التكيفي . ولقد أكد البعض على أننا لو كنا لناخذ هذا المعيار بالحسبان لكانت نسبة التخلف العقلي حوالي ١٪ فقط . وفي الولايات المتحدة الامريكية فان النسبة المعتمدة اعتماداً على العدد الحقيقي للأطفال المتخلفين عقلياً في سن المدرسة هي ٣ ، ٢٪ ويعتقد أن هذه النسبة هي الأقرب الى الواقع (Heward & Orlansky, 1980) .

ولو كنا لناخذ بهذه النسبة لتقدير عدد المتخلفين عقليا في الوطن العربي ممن هم في سن المدرسة والبالغ عددهم حوالي ٨٠ مليون شخصاً لوجدنا ان عدد الأطفال المتخلفين عقلياً يزيد على ١,٨٠٠,٠٠٠ .

## تصنيف التخلف العقلي :

لقد تغيرت طرق تصنيف التخلف العقلي عبر الحقب الزمنية المختلفة . وعلى أية حال ، نقدم في هذا الجزء التصنيف الأكثر شيوعاً والذي يصنف التخلف العقلي الى أربع فئات هي : البسيط ، والمتوسط ، والشديد ، والشديد جداً . (Cartwright, Cartwright, & Ward, 1989)

## التخلف العقلي البسيط :

يشكل الأطفال ذوو التخلف العقلي البسيط (Mildly Mentally Retarded) والذين يطلق عليهم أيضاً اسم الأطفال القابلين للتعلم (Educable Mentally Retarded) ما نسبته حوالي ٨٥٪ من مجموع الأطفال المتخلفين عقلياً . وكما يتضح من الجدول رقم (١ - ١) فان درجة الذكاء لدى هذه الفئة من الأطفال تتراوح بين (٥٥ - ٦٩) درجة . إن هؤلاء الأطفال يتمتعون بمهارات اجتماعية وشخصية ولغوية ومهنية مقبولة نسبياً . ولذلك فالتوجه الحديث في تربيتهم يركز على توفير بدائل تعليمية متنوعة لهم في البيئة التربوية العادية وليس عزلهم في مؤسسات خاصة .

## التخلف العقلي المتوسط :

تتراوح درجة الذكاء لدى الاطفال ذوي التخلف العقلي المتوسط (Moderately Mentally Retarded) بين (٤٠ - ٥٤) درجة . ويطلق على هذه الفئة من الأطفال اسم الأطفال القابلين للتدريب (Trainable Mentally Retarded) للإشارة الى أن الأهتمام في تربيتهم وتدريبهم ينصب على المهارات الحياتية اليومية ومهارات العناية بالذات وليس على التعليم الاكاديمي التقليدي ذلك أن درجة التخلف لديهم تحدّ من قدرتهم على التعلم بشكل ملحوظ .

## التخلف العقلي الشديد والشديد جداً :

أما الأطفال ذوو التخلف العقلي الشديد (Severely Mentally Retarded) فتتراوح درجة الذكاء لديهم بين (٢٥ - ٣٩) درجة والأطفال ذوو التخلف العقلي الشديد جداً (Profoundly Mentally Retarded) فتقل درجة الذكاء لديهم عن (٢٤) درجة . ويطلق على هؤلاء الأطفال إسم الأطفال الاعتماديين (Custodially Mentally Retarded) إشارة الى أنهم لا يستطيعون العناية بأنفسهم وأنهم بحاجة الى خدمات ايوائية ورعاية مستمرة .

## الأبعاد النفسية - التربوية للتخلف العقلي

### النمو المعرفي :

ليس من شك في أن أكثر خصائص التخلف العقلي وضوحاً هي تلك المتصلة بالنمو المعرفي . فالطفل المتخلف عقلياً يواجه صعوبة في الانتباه والتركيز ويعاني من مشكلات في الذاكرة . ولذلك فإن قدرته على التعلم محدودة ويتصف تعلمه بكونه بطيئاً ويكاد يقتصر على إكتساب المهارات اللموسة . إضافة إلى ذلك فإن قدرته على تعميم السلوك ونقل أثر التعلم محدودة فهو بحاجة الى التكرار والإعادة ليتعلم المهارات المختلفة . ولما كان النمو اللغوي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو المعرفي فغالبا ما تكون الذخيرة اللغوية لدى الطفل المتخلف عقلياً ضئيلة . كذلك فهو قد يعاني من اضطرابات كلامية ولغوية عديدة ومتنوعة (Klein, Pasch, & Frew, 1979).



## النمو الانفعالي والاجتماعي :

قد يواجه الأطفال المتخلفون عقليا العديد من المشكلات الانفعالية والاجتماعية مثل انخفاض مفهوم الذات والفشل في بناء العلاقات الاجتماعية وإظهار المظاهر السلوكية والاجتماعية غير التكيفية . وعلى الرغم من أن ذلك يرتبط بإنخفاض مستوى الأداء العقلي العام لدى الطفل إلا أنه يرتبط أيضاً بعوامل أخرى تتصل بإتجاهات الآخرين نحوه ومواقفهم منه وردود فعلهم لما يصدر عنه من سلوك وأفعال . كذلك فالطفل المتخلف غالباً ما يمر بخبرات فشل عديدة ومتكررة مما يؤدي الى خفض مستوى الدافعية والمبادرة لديه .

## النمو الحركي :

تعتبر مظاهر النمو الحركي الأقل تأثراً بين مظاهر النمو بالتخلف العقلي . وعلى الرغم من ذلك فإن الأطفال المتخلفين عقلياً قد يعانون من مشكلات حركية مختلفة مقارنة بالأطفال غير المتخلفين . فقد أشارت دراسات عديدة الى أن هذه الفئة من الأطفال قد لا تمتلك المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة التي يمتلكها الأطفال العاديون كذلك توضح البحوث أن الأطفال المتخلفين عقلياً أكثر عرضة للمشكلات الجسمية والصحية وأن نسبة تعرضهم لهذه المشكلات تزداد بازدياد شدة التخلف العقلي لديهم .

## الإعاقة السمعية (Hearing Impairment)

الإعاقة السمعية مصطلح يشمل كلا من الصمم (Deafness) أو فقدان السمع الكلي وضعف السمع (Hard of Hearing) أو فقدان السمع الجزئي . وهكذا ، فلإعاقة السمعية مستويات مختلفة تتراوح في شدتها من بسيطة الى شديدة جداً . وتعريف الإعاقة السمعية متنوعة فمنها الطبي ومنها التربوي . فمن ناحية طبية ، يعرف الطفل الأصم بأنه الطفل الذي يعاني من فقدان سمعي مقداره ٩٠ ديسيبل أو أكثر . أما الطفل ضعيف السمع فهو الذي يقل مقدار فقدان السمع لديه عن ٩٠ ديسيبل . وتصنف الإعاقة السمعية تبعاً لهذا المعيار الى أربعة مستويات هي :

أ - إعاقة سمعية بسيطة (٥٤ - ٢٦ ديسيبل)

ب - إعاقة سمعية متوسطة (٥٥ - ٦٩ ديسيبل)

## النمو المعرفي :

هناك جدل عنيف ومستمر حول اثر الإعاقة السمعية على النمو المعرفي ، فهناك من يرى ان النمو المعرفي يعتمد على اللغة ، وبما ان اللغة تتأثر بالإعاقة السمعية فالنمو المعرفي هو الآخر بالضرورة يتأثر . الا ان البعض الآخر يرى أن النمو المعرفي لا يعتمد على اللغة بالضرورة ولذا فهم يرون ان المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعياً .

## التحصيل الاكاديمي :

غالباً ما يعاني الأطفال المعوقون سمعياً ، وبخاصة الصم ، من مستويات متفاوتة من الضعف في التحصيل الاكاديمي وبخاصة التحصيل القرائي . وتشير الدراسات الى أن مستوى التحصيل الاكاديمي لدى معظم المعوقين سمعياً لا يصل الى مستوى تحصيل الأطفال في الصفين الرابع والخامس الابتدائي . وعلى أية حال ، فهذه الحقيقة قد لا تعني بالضرورة ان المعوق سمعياً لا يستطيع التحصيل وإنما قد تعزى لعدم فاعلية أساليب التدريس المستخدمة في تربيتهم .

## النمو الشخصي والاجتماعي :

قد تؤثر الإعاقة السمعية بشكل بالغ على النمو الشخصي والاجتماعي وذلك نتيجة لتأثيرها على عملية التواصل ونتيجة لردود فعل الآخرين واتجاهاتهم غير الواقعية نحو المعوقين سمعياً . وعلى الرغم من تباين نتائج الدراسات العلمية المتصلة بهذا الموضوع ، الا ان هناك اجماعاً على ان الإعاقة السمعية تؤثر على :

أ - مستوى النضج الاجتماعي : فمستوى النضج الاجتماعي لدى المعوقين سمعياً اقل منه لدى غير المعوقين .

ب - التفاعل الاجتماعي : فالتفاعلات الاجتماعية للمعوقين سمعياً مع الآخرين محدودة مقارنة بالآخرين .

ج - مفهوم الذات : فبشكل عام ، تبين الدراسات ان المعوقين سمعياً يخطئون في تقديرهم لذاتهم أكثر من غير المعوقين .

د - الشخصية : فالمعوق سمعياً يعاني من مشكلات في التكيف ، فهو يتركز حول الذات ويتّصف بالاندفاع وغير ذلك .

هـ - الاضطرابات الانفعالية : تشير الدراسات الى أن المعوقين سمعياً يعانون من المشكلات الانفعالية التي يعاني منها الآخرون الا ان معاناتهم أكبر من غيرهم .

هذا وكانت قضية أساليب التواصل مع المعوقين سمعياً واحدة من أكثر القضايا أهمية واثارة للجدل . فثمة أساليب عديدة في التواصل . ولا يجمع المهنيون العاملون في ميدان تربية المعوقين سمعياً على أسلوب واحد . ومن هذه الأساليب :

١ - التواصل اليدوي (Manual Communication) والذي تستخدم فيه رموز يدوية للتعبير عن المفاهيم والأفكار . ومن أشكال التواصل اليدوي ما يسمى بلغة الإشارة (Sign Language) والتهجئة بالاصابع (Finger Spelling) .

٢ - التواصل الشفهي (Oral Communication) وفي هذا النوع من التواصل يكون الكلام هو وسيلة الاتصال الرئيسية ومن أشكاله قراءة الشفاه (Lipreading) أو ما يعرف ايضا باسم قراءة الكلام (Speechreading) .

٣ - التواصل الكلي (Total Communication) : إن أكثر أساليب التواصل قبولا حالياً هو أسلوب التواصل الكلي . وهذه الطريقة تشمل استخدام الكلام ، والإيماءات ، والإشارة ، وقراءة الشفاه ، وتهجئة الاصابع ، والقراءة والكتابة (الخطيب ، ١٩٩٢) .

### الإعاقة الجسمية (Physical Disability)

يشير مصطلح الإعاقة الجسمية الى حالة الأطفال الذين يتصف مدى الحركة لديهم بالمحدودية أو تتميز قدرتهم على التحمل الجسدي بكونها ضعيفة الى حد كبير تؤثر سلباً على الاداء التربوي لهم مما يجعل توفير برامج تربوية خاصة لهم أمراً ضرورياً وهذه الفئة من الأطفال المعوقين تشمل ذوي الإعاقات العصبية والإعاقات العضلية والإعاقات العظمية والإضطرابات الصحية المزمنة . وفيما يلي وصف موجز لأكثر الإعاقات الجسدية شيوعاً .

### الشلل الدماغي (Cerebral Palsy)

ينجم الشلل الدماغي عن تلف دماغي يتصل بالمناطق المسؤولة عن الوظائف الحركية . ويترتب على هذا التلف مجموعة من الاعراض المرضية تتمثل بالضعف الحركي وعدم التوازن الجسدي . ويعود الشلل الدماغي الى جملة من الأسباب وهي :

أ - أسباب ما قبل الولادة (وتشمل نقص الاكسجة ، وإصابة الأم الحامل بالامراض المعدية مثل الحصبة الألمانية ، وعدم توافق العامل الريزيبي) .

(Iagher, 1979) ثلاثة معايير لتشخيص صعوبات التعلم وهي :

- أ - وجود تباين ملحوظ بين قدرة الطفل على التعلم وبين انجازه الفعلي .
- ب - عدم الانتماء الى أي فئة من فئات الاعاقة الأخرى (التخلف العقلي ، الإعاقة السمعية ، الإعاقة البصرية ، الإعاقة الإنفعالية ، الإعاقة الحركية) .
- ج - الحاجة الى التربية الخاصة .

ومن أهم خصائص ذوي صعوبات التعلم (Heward & Orlansky, 1984) :

- ١ - النشاط الزائد .
- ٢ - الضعف الإدراكي الحركي .
- ٣ - عدم الإستقرار الإنفعالي .
- ٤ - إضطراب عملية الانتباه .
- ٥ - الاندفاع .
- ٦ - اضطراب التفكير والذاكرة .
- ٧ - اضطراب الكلام واللغة .
- ٨ - مشكلات أكاديمية محددة في القراءة ، والكتابة ، والحساب ، والتهجئة .
- ٩ - الأعراض العصبية والأفتقار الى التوازن .

ومن حيث أسباب صعوبات التعلم فهي تتمثل بثلاث فئات أساسية هي :

أ - التلف الدماغية حيث يعتقد أن معظم هؤلاء الأطفال يعانون من تلف دماغي بسيط الا أن الدراسات حديثا توصلت إلى نتائج متباينة فليس كل من لديه صعوبات تعلم يوجد لديه تلف دماغي وليس كل من يعاني من تلف دماغي يوجد لديه صعوبات تعلم .

ب - العوامل البيئية وتشمل الأضطرابات والأفتقار الى الدافعية وعدم فاعلية البرامج التعليمية المقدمة للأطفال .

ج - العوامل البيوكيماوية إذ يُعتقد ان صعوبات التعلم تنجم عن المواد الحافظة التي تُضاف الى الطعام والمواد التي تعطي الطعام اللون أو النكهة الأصطناعية . ويعتقد آخرون أن صعوبات التعلم تنجم عن نقص في الفيتامينات . على أية حال ليس هناك أدلة علمية كافية تدعم وجهات النظر هذه .

وفيما يتعلق بتربية وتدريب الأطفال ذوي صعوبات التعلم فقد أخذت البرامج إتجاهين أساسيين :

١ - تدريب القدرات (Ability Training) حيث يركز هذا النموذج على تطوير العمليات

النفسية اللغوية لدى الطفل . ويأخذ هذا النموذج عدة أشكال منها تدريب القدرات البصرية - الإدراكية والقدرات الإدراكية الحركية وما إلى ذلك .

٢ - تدريب المهارات (Skill Training) حيث يعتقد المدربون الذين يتبنون هذا النموذج أن العجز في أداء الطفل بحد ذاته هو المشكلة وأنه ليس مجرد عرض لاضطراب في عمليات داخلية . ولهذا يركز هؤلاء المدربون على إستخدام أساليب تعديل السلوك حيث يتم تعريف المهارة إجرائياً وتجزئتها واستخدام أسلوب التعليم المباشر والقياس المتكرر لسلوك الطفل .

### إضطرابات الكلام (Speech Disorders)

ترتبط إضطرابات الكلام برموز اللغة الشفهية . وعلى وجه التحديد ، يعتبر الكلام مضطرباً اذا انحرف عن كلام الناس الآخرين الى درجة ملفتة للانتباه أو أصبح معيقاً لعملية الإتصال أو نتج عنه ازعاج للمتحدث أو للأشخاص الذين يصغون اليه (Van Riper & Emerick, 1984) .

وتأخذ إضطرابات الكلام الأشكال الأساسية التالية :

- أ - أخطاء النطق (Articulation Errors) : وتتمثل بارتكاب أخطاء في إخراج الأصوات المميّزة للغة . وهذه الأخطاء ثلاثة أشكال أساسية هي : استبدال صوت بآخر ، حذف أحد الأصوات ، أو تشويه صوت ما .
- ب - إضطرابات الصوت (Voice Disorders) : وترتبط هذه الاضطرابات بمقام الصوت أو نوعه أو جهارته .
- ج - إضطرابات السّلاسة (Fluency Disorders) : وتشمل كلا من التلعثم أو التأتأة (Stuttering) والتحدث بطريقة سريعة غير واضحة (Cluttering) .

### الإعاقة البصرية (Visual Impairment)

الأطفال المعوقون بصريا هم أولئك الأطفال الذين يحول الضعف البصري لديهم من إمكانية تعلمهم بالأساليب التربوية التقليدية . ويشير هذا المصطلح الى كل من الأطفال المكفوفين والأطفال ضعيفي البصر . ويعرف الطفل المكفوف (Blind) على أنه الطفل الذي تقل حدة البصر لديه عن  $\frac{20}{200}$  في العين الأفضل بعد التصحيح أو إذا كان مجال البصر لديه دون ٢٠ درجة . أما الأطفال ضعاف البصر (Partially Sighted) فهم الذين تتراوح حدة البصر المركزي لديهم  $\frac{20}{70}$  -  $\frac{20}{200}$  في العين الأفضل بعد التصحيح

وتجدر الإشارة الى أن هذا التعريف للمكفوفين وضعاف البصر هو تعريف طبي / قانوني . وهناك تعريف تربوي للإعاقة البصرية يشير إلى أن الطفل المعوق بصريا هو الطفل الذي يحتاج الى خدمات تربوية خاصة بسبب مشكلاته البصرية . بمعنى آخر ، انه الطفل الذي تتأثر لديه القدرة على التعلم والتحصيل ما لم يتم تكييف المواد والبيئة والخبرات التعليمية . أما المكفوف ، تربويا ، فهو الشخص الذي لديه فقدان بصري بحيث يجب تعليمه باستخدام بريل (Braille) والوسائل المماثلة . أما ضعيف البصر فلهذا عاقبة بصرية شديدة ولذلك فهو لا يستطيع تأدية المهام إلا بمساعدة معينات بصرية خاصة ومكيفة (Cartwright, Cartwright, & Ward, 1989).

ومن حيث أسباب الإعاقة البصرية فان التراخوما (Trachoma) وهو إلتهاب مزمن يرتبط بالنظافة الشخصية والظروف الحياتية وعمى النهر (River Blindness) وهو أيضا التهاب مزمن ، يعتبر من أكثر الأسباب شيوعاً خاصة في دول العالم الثالث . وهذه الأسباب يمكن الوقاية منها بالعناية الصحية المناسبة . وعلى أية حال ، فثمة أسباب عديدة أخرى للإعاقة البصرية فيما يلي وصف موجز لها :

#### الماء الأزرق (Glaucoma)

في هذه الحالة تحدث زيادة حادة في الضغط الداخلي في العين مما يحد من كمية الدم التي تصل الى الشبكة ويتلف الخلايا العصبية . وتعالج هذه الحالة عادة لدى الأطفال بالجراحة في حين انها تعالج بالعقاقير عموما لدى الكبار .

#### الماء الأبيض (Cataract)

في هذه الحالة يحدث اعتام في عدسة العين مما يؤدي الى عدم القدرة على الرؤية اذا لم تتم المعالجة في الوقت المناسب . وعلى الرغم من أن هذه الحالة تحدث لدى الكبار في السن عادة الا أنها قد تحدث لدى الأطفال نتيجة العوامل الوراثية أو الحصبة الألمانية أو الإصابات المختلفة . وتعالج هذه الحالة جراحياً حيث يتم إزالة العدسة المعتمة واستخدام عدسات طبية لاصقة .

#### انفصال الشبكية (Retinal Detachment)

يحدث انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين نتيجة ثقب في الشبكية مما ينجم عنه

تجمع السائل الأمر الذي يقود في نهاية الأمر الى إنفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها . ويتمثل العلاج في هذه الحالة أيضاً بالجراحة حيث يتم اغلاق الثقب وإعادة ربط الشبكية بجدار مقلة العين .

كذلك قد تنجم الإعاقة البصرية عن اعتلال الشبكية حيث قد يحدث نزيف في الأوعية الدموية بسبب السكري (Diabetic Retinopathy) وعن ضمور العصب البصري (Optic Nerve Atrophy) والتليف خلف العدسي والذي ينجم عن تعرض الأطفال الخدج لكميات كبيرة من الأكسجين في الحاضنات، (Hallahan & Kauffman, 1982) .

### الإعاقة الانفعالية (Emotional Impairment)

الأطفال المعوقون إنفعاليا هم أطفال يفعلون ويقولون أشياء تحد من قدرتهم شخصياً ومن قدرة الآخرين من حولهم على تأدية وظائفهم . وعلى الرغم من عدم وجود تعريف عام موحد متفق عليه للإعاقة الانفعالية الا أن التعريف الأكثر تداولاً هو التعريف الذي ينص على أن الإعاقة الانفعالية (أو الإضطرابات السلوكية) تعني قيام الطفل بسلوك ينحرف عن السلوك الذي يعتبر عاديا في مجتمع ما من حيث معدل حدوثه أو شدته أو طبعافيته (شكله) أو مدته . وهذا النوع من السلوك يحدث بشكل متكرر ويتطلب تدخلاً علاجياً مكثفاً وطويل المدى . وتستخدم مصطلحات عدّة للإشارة الى هذه الفئة من فئات الإعاقة منها : الجنوح ، اضطرابات الشخصية ، الاضطرابات النفسية ، السلوك غير التكيفي ، الاضطراب السلوكي ، وسوء التوافق الاجتماعي (Cartwright, Cartwright, & Ward, 1989) .

هذا وقد تباينت التقديرات حول نسبة انتشار الإعاقة الانفعالية تباينا شديداً الا أن أكثر التقديرات قبولا في ميدان التربية الخاصة هي ٢٪ لدى الأطفال في سن المدرسة . وتعتبر هذه الإعاقة أكثر شيوعاً لدى الذكور منها لدى الإناث . ومن أهم الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال المعوقين انفعالياً السلوك العدواني والانسحاب الاجتماعي كذلك فهم قد يعانون من معظم المشكلات التعليمية التي يعاني منها الأطفال ذوو صعوبات التعلم . ويعتبر التوحد (Autism) واحداً من أكثر أشكال الإعاقة الانفعالية خطورة . ومن أهم خصائص الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة الانفعالية الشديدة :

١ - العجز الحسي الظاهر .

- ٢ - الانفصال العاطفي الشديد .
- ٣ - الإثارة الذاتية (السلوك النمطي) .
- ٤ - الإيذاء الذاتي .
- ٥ - المشكلات الكلامية واللغوية .
- ٦ - العجز السلوكي العام .

هذا وقد اقترحت نظريات علم النفس المختلفة تفسيرات متنوعة للاعاقة الانفعالية . فالنظرية السلوكية (Behavior Theory) تقوم على افتراض ان اضطراب السلوك متعلم أي أن الطفل قد تعلم السلوك المضطرب أو أنه لم يتعلم السلوك المقبول . وتقتصر النظرية الإنسانية (Humanistic Theory) أن الطفل المعوق إنفعالياً ليس على اتصال مع مشاعره الحقيقية وأنه لا يستطيع تحقيق ذاته في الأوضاع التربوية العادية أما نظرية التحليل النفسي (Psychoanalysis) فهي ترى في الإعاقة الإنفعالية عملية إضطراب نفسي داخلي تنجم عن تفاعل الخبرة مع العمليات العقلية الداخلية (الهُو والانا والانا الاعلى) .

ويفترض النموذج البيولوجي (Biological Model) أن السلوك الشاذ انما هو اضطراب جسدي يعزى لاسباب طبية وأسباب جينية . وأخيراً ، يركز النموذج البيئي (Ecological Approach) على التفاعل بين الطفل والأشخاص المهمين في حياته وبخاصة الوالدين .

### تعديل السلوك (Behavior Modification)

تعديل السلوك هو فرع من فروع علم النفس التطبيقية يتضمّن التطبيق المنظم للإجراءات المستندة الى مبادئ التعلم (وبخاصة منها مبادئ الاشراف الاجرائي والاشراط الكلاسيكي والتعلم بالملاحظة) بهدف تغيير السلوك الانساني ذي الأهمية الإجتماعية . ويتم ذلك من خلال تنظيم أو إعادة تنظيم الظروف والمتغيرات البيئية الحالية ذات العلاقة بالسلوك وبخاصة منها تلك التي تحدث بعد السلوك . كذلك يشتمل تعديل السلوك على تقديم الادلة على أن تلك الإجراءات وحدها ولا شيء غيرها هي التي تكمن وراء التغير الملاحظ في السلوك .

وقد حققت تكنولوجيا تعديل السلوك في العقود الاربعة الماضية نجاحا هائلاً في ميدان التربية الخاصة وغيره من الميادين . وعلى وجه التحديد ، قدمت هذه التكنولوجيا استراتيجيات فعالة للتدخل العلاجي والتربوي يمكن توظيفها بنجاح



وبسهولة نسبياً لتشكيل السلوك التكيفي وإزالة السلوك غير التكيفي . وقد كان لهذا النجاح اثر بالغ على مسار التربية الخاصة حيث تمت اعادة النظر في المناهج المستخدمة بل وفي تصنيف الاعاقة وفي قضية قابلية الأطفال المعوقين وبخاصة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة منهم للتعلم والنمو .

ولعل أهم ما قدمته تكنولوجيا تعديل السلوك لميدان التربية الخاصة هو المنهجية العلمية المعتمدة على التجربة . فمن غير المتوقع أن تصبح التربية الخاصة مهنة لها كيانها واحترامها بين ميادين العلوم الانسانية ما لم تستند ممارساتها الى البحوث العلمية التي تعمل على ايضاح العلاقات الوظيفية بين المتغيرات ذات الأهمية في عملية تربية وتدريب الأطفال المعوقين . فبدون ذلك يصعب معرفة الطرق اللازمة لتفعيل الاجراءات التربوية الخاصة . وقد أدرك العاملون في هذا الميدان هذه الحقيقة منذ زمن بعيد حتى ان احدى الميزات الأساسية التي أصبح ميدان التربية الخاصة يتصف بها كونه ميداناً علمياً يستند الى البحث التجريبي .

وكان من الدراسات الأولى التي أوضحت إمكانية استخدام أساليب الأشراف الاجرائي في تعديل سلوك الأطفال المعوقين دراسة فولر (Fuller, 1949) حيث قام هذا الباحث بتعليم طفل لديه إعاقة عقلية شديدة بعض الاستجابات الحركية تبعاً لمبادئ الأشراف الاجرائي . وفي عقد الخمسينات كتب الباحث الأمريكي المعروف سدني بيجو (Sidney Bijou) مقالات مهمة وأجرى بحوثاً مستفيضة تتصل بتحليل وتعديل سلوك الأطفال المعوقين . كذلك نشر آرثر ستاتس (Arthur Stats) العديد من الدراسات المتعلقة بتعديل سلوك الأطفال المعوقين . وبعد ذلك طوّر كل من نورس هارنغ (Norris Haring) وهيو ماكنزي (Hugh Mckenzie) نماذج فعالة لتعديل سلوك الأطفال المعوقين . وقد كان لجهود هؤلاء الباحثين وغيرهم أبلغ الاثر على تطور برامج التربية الخاصة . فهذه الجهود وجّهت الأنظار الى المنهج التجريبي وقدمت وسائل جديدة لملاحظة سلوك الأطفال المعوقين وقياسه وأبرزت دور الظروف والاثارة البيئية (Berkson & Landsemen Dwyer, 1977) . وبدأت الدوريات العلمية المتخصصة بتعديل سلوك الأطفال المعوقين بالظهور تباعاً وكذلك المؤلفات والمراجع العلمية ، وبدأت برامج التدريب اثناء الخدمة وبرامج إعداد المعلمين قبل الخدمة تركز على تنمية مهارات معلمي التربية الخاصة فيما يتصل باستخدام أساليب تعديل السلوك .

ولما كانت أساليب تعديل السلوك تستند الى مبادئ الأشراف الاجرائي ومبادئ الأشراف الكلاسيكي فانه من الضروري وصفها بايجاز هنا .

## الإشراط الاجرائي (Operant Conditioning)

ان جل الاهتمام في تعديل السلوك ينصبّ على السلوك الاجرائي (Operant Behavior) وهو السلوك الذي يتأثر بالبيئة ويؤثر بها أيضاً . وتسمى العملية التي تتضمن تقوية أو إضعاف هذا السلوك من خلال تنظيم نتائجه المباشرة بعملية الاشراط الاجرائي . وعلى أية حال ، فالسلوك الاجرائي لا يتأثر بالمثيرات والاحداث البيئية التي تتبعه فحسب ولكنه يتأثر بالمثيرات والاحداث التي تسبقه أيضاً . على أن قدرة هذه المثيرات على ضبط السلوك تعتمد على النتائج التي تحدث بوجودها . فاذا اقترنت المثيرات القبلية بالتعزيز فهي تعمل بمثابة تلميح للفرد بان باستطاعته أن يسلك وفي هذه الحالة تسمى المثيرات القبلية بالمثيرات التمييزية الايجابية .

أما اذا لم تقترن تلك المثيرات القبلية بالتعزيز في الماضي فهي تعمل بمثابة تلميح للفرد بأن يمتنع عن تأدية السلوك وتسمى المثيرات في هذه الحالة بالمثيرات التمييزية السلبية .

ان تعلم الشخص للاستجابة بوجود المثيرات التمييزية الايجابية والامتناع عن الاستجابة بوجود المثيرات التمييزية السلبية يحدث من خلال الاسلوب المعروف باسم التعزيز التفاضلي (أي تعزيز السلوك بوجود مثيرات معينة وعدم تعزيزه بوجود مثيرات أخرى) . فاذا أصبح الشخص يسلك عند ظهور المثيرات التي تم تعزيزه بوجودها يقال أن سلوكه خضع لضبط المثير (Stimulus Control) وأنه تعلم التمييز بعبارة أخرى ، التمييز هو حدوث السلوك في بعض المواقف وعدم حدوثه في المواقف الأخرى . أما نقيض التمييز فهو التعميم (Generalization) والذي يعني أن الاستجابة التي تم تعزيزها في موقف معين ستحدث في المواقف المشابهة (تعميم المثير) أو أن تعزيز الاستجابة سيؤدي الى حدوث الاستجابات المشابهة لها (تعميم الاستجابة) .

## الإشراط الكلاسيكي (Classical Conditioning)

يبحث الاشراط الكلاسيكي في السلوك الاستجابي (Respondent Behavior) الذي يحدث كرد فعل انعكاسي لمثير بيئي معين يحدث قبله . وعلى وجه التحديد ، تشير عملية الاشراط الكلاسيكي الى أن اقتران المثير البيئي الذي يستجر السلوك الاستجابي بطبيعته (المثير غير الشرطي) بمثير لا يستجر ذلك السلوك (المثير الحيادي) يؤدي الى إكتساب المثير الحيادي هذا لخاصية التأثير على السلوك . وبعد عملية الاقتران هذه يطلق على المثير الحيادي بالاصل اسم المثير الشرطي .

إن هذا النوع من الاشراف يفسر بعض اشكال التعلم وبخاصة منها الاشكال المتصلة باكتساب السلوك الانفعالي على المستوى الانساني .

وينصب الاهتمام في تعديل السلوك على الاستجابات الظاهرة القابلة للملاحظة المباشرة . وتشتمل عملية تعديل السلوك على تخطيط وتنفيذ اجراءات عملية تهدف الى ضبط الظروف البيئية ذات العلاقة بالسلوك وذلك تبعا للطرائق العلمية الموضوعية المنظمة . ولعل أهم ما يميز هذا الميدان هو استناده الى الحقائق العلمية التي تم ايضاحها تجريبياً عبر العقود الماضية والتي بينت ان تعديل السلوك الانساني يتطلب التحليل الوظيفي للسلوك وعلاقته بالمتغيرات القبلية (Antecedents) والمتغيرات البعدية (Consequences) . ويمكننا وصف المبادئ العامة التي استمدت من البحوث العلمية في هذا الصدد على النحو التالي (الخطيب ، ١٩٩٠) :

- ١ - ان السلوك الانساني لا يحدث بالصدفة : فالسلوك له أسباب وهو كغيره من الظواهر الطبيعية يحدث وفق قوانين معينة وهذه القوانين هي التي توجه جميع النشاطات العلمية في ميدان تعديل السلوك .
- ٢ - ان الدراسة العلمية للسلوك الانساني لا بد لها من اللجوء الى المنهج التجريبي والذي يشتمل على القياس الموضوعي والتحليل التجريبي للظاهرة السلوكية .
- ٣ - التركيز على تعريف السلوك المستهدف اجرائياً وقياسه بموضوعية واعتماد التغير الذي يطرأ عليه بوصفه المحك الأهم للحكم على فعالية اجراءات تعديل السلوك .
- ٤ - يتضمن تعديل السلوك تنظيم أو إعادة تنظيم الظروف البيئية الحالية فهو يهتم بالحاضر لا بالماضي وهو يهتم بالمشكلات البيئية البعدية (التي تلي السلوك) ذلك ان البحوث أوضحت أن التحكم بالسلوك يعني التحكم بنتائجه . ولا يعني ذلك تجاهل العوامل الوراثية أو الخبرات الماضية . ولكننا لا نستطيع تغيير الوراثة أو الخبرات الماضية . اضافة الى ذلك ، فعندما نتحدث عن البيئة الحالية فنحن نعني البيئة الخارجية والبيئة الداخلية ايضاً رغم ان الاهتمام الأكبر ينصب على تغيير البيئة الخارجية عادة لسهولة التحكم بها نسبياً .
- ٥ - المنهج السلوكي في التعامل مع مشكلات الافراد ذو طبيعة انسانية حيث انه يركز على الفرد وخصائصه الفردية . وهو يركز على الجوانب الايجابية لا على الجوانب السلبية .
- ٦ - الإنسان يتفاعل مع بيئته باستمرار ، واذ ما ركزنا على أثر البيئة على سلوك الإنسان فهذا يجب أن لا يفهم على أنه تجاهل لتأثير الإنسان في بيئته فالعلاقة

بين الفرد وبيئته علاقة تبادلية .

- ٧ - تتم عملية تعديل السلوك في البيئة (المواقف) الطبيعية التي يحدث فيها السلوك . وهذا يتطلب مشاركة الافراد المهمين في هذه البيئة في عملية تعديل السلوك .
- ٨ - ان تعديل السلوك يولي تنمية وتطوير الانماط السلوكية التكيفية والمناسبة جل اهتمامه . فهو لا يركز على معالجة العجز السلوكي ، وهذا ما يجعل تكنولوجيا السلوك الإنساني ذات طبيعة تربوية أكثر منها علاجية .

### الخلاصة

إن من شأن المعلومات التي قدّمها هذا الفصل مساعدة المعلمين في ميدان التربية الخاصة على معرفة الخصائص العامة للاطفال المعوقين ومعرفة نموذج التدخل العلاجي والتربوي الذي يقدمه تعديل السلوك لتحليل ومعالجة المشكلات التي قد يعاني منها هؤلاء الأطفال . فقد قدّم الفصل وصفا موجزاً لفئات الإعاقة المختلفة حيث تم تعريف الإعاقات السمعية والبصرية والعقلية والجسمية والإنفعالية والتعلمية ، وتناول المبادئ الرئيسية التي يستند اليها تعديل السلوك والذي كان له أثر بالغ الأهمية على تخطيط وتنفيذ برامج التربية الخاصة .

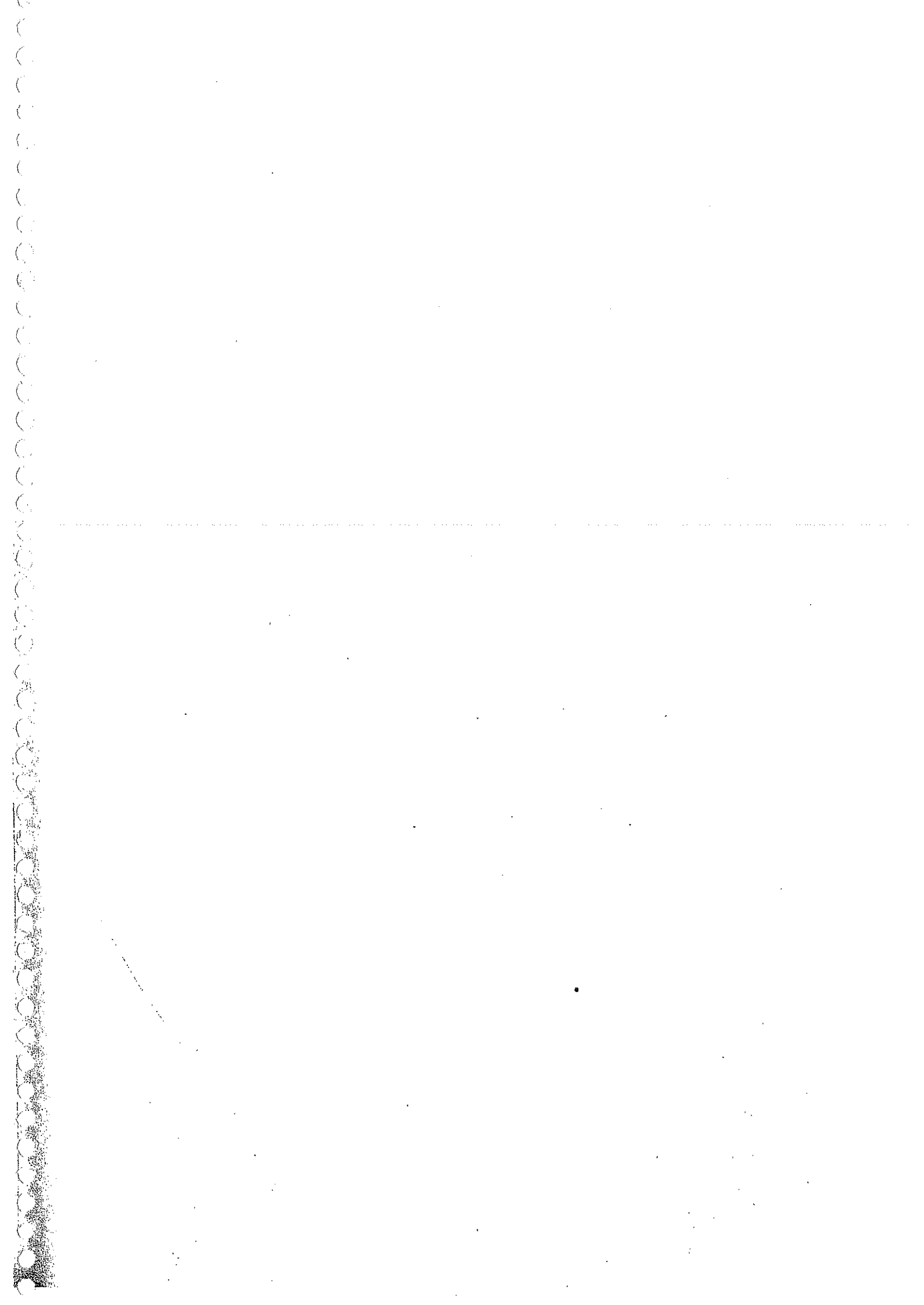
## أسئلة

- ١ - ما هو السلوك ؟ وما هو تعديل السلوك ؟ وكيف يختلف تعديل سلوك الأطفال المعوقين عن تعديل سلوك الأطفال غير المعوقين ؟
- ٢ - ما هو التخلف العقلي ؟ ولماذا تعتقد أن معدلي السلوك يفضلون التحدث عن السلوك المتخلف لا عن الطفل المتخلف ؟
- ٣ - ما الفرق بين التعريفات التربوية والتعريفات الطبية للاعاقة ؟ أيها تعتقد أنه أكثر فائدة بالنسبة لمعلمي التربية الخاصة ؟ لماذا ؟
- ٤ - ما هي المشكلات السلوكية الأساسية التي تصاحب :
  - أ - التخلف العقلي
  - ب - الاعاقة السمعية
  - ج - الاعاقة الحركية
  - د - الاعاقة البصرية
  - هـ - صعوبات التعلم
  - و - الاعاقة الانفعالية
  - ز - الاعاقة الجسمية
- ٥ - ما السبب الرئيسي وراء استخدام معلمي التربية الخاصة لاساليب تعديل السلوك ؟
- ٦ - ما الفروق الأساسية بين الاشراف الكلاسيكي والاشراط الاجرائي ؟ أيهما أكثر تداولاً في ميدان التربية الخاصة ؟ لماذا ؟
- ٧ - أين يبحث معدلو السلوك عن أسباب السلوك ؟ لماذا يفعلون ذلك ؟
- ٨ - هل تعرف خصائص أخرى مهمة لمنهجية تعديل السلوك غير تلك التي وردت في الفصل ؟
- ٩ - هل تستطيع التمييز بين أساليب تعديل السلوك وأساليب العلاج النفسي الأخرى المعروفة ؟

## المراجع

- الخطيب ، جمال (١٩٩٠) . تعديل السلوك : القوانين والاجراءات (الطبعة الثانية) . مطبعة الصفحات الذهبية . الرياض : السعودية .
- الخطيب ، جمال (١٩٩٢) . الشلل الدماغي ، عمادة البحث العلمي ، الجامعة الأردنية عمان : الأردن .
- AL-Khateeb, J. (1985). Medical and educational aspects of epilepsy. **DPH Journal**, 8, 3-15.
- Berkson, G., & Landesman-Dwyer, S. (1977). Behavioral research on severe and profound mental retardation (1955-1974) **American Journal of Mental Deficiency**, 81, 428-454.
- Cartwright, G.E., Cartwright, C.A., & Ward, M.E. (1989) . **Educating special learners** (2nd Ed.). Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Doll, E.A. (1965). **Vineland social maturity scale**. Circle press, Minnesota : American Guidance Service.
- French, R., & Jansma, P. (1982) . **Special physical education**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill .
- Fuller, P.R. (1949). Operant conditioning of a vegetative human organism. **American Journal of Psychology**, 62, 586-590.
- Hallahan, D., & Kauffman, J. (1982) . **Exceptional children : Introduction to special education** (2nd Ed.) . Englewood Cliffs, N.J. : Prentice - Hall .
- Haslam, R.H., & Valletutti, P.J. (1975). **Medical problems in the classroom** . Baltimore, Maryland : University Park Press.
- Heward, W., & Orlansky, M.D. (1980) . **Exceptional children**. Columbus, Ohio : Charles E. Merrill .
- Kirk, S., & Gallagher, J. (1979) . **Educating exceptional children**. Boston : Houghton Mifflin.
- Klein, N., Pasch, M., & Frew, T. (1979). **Curriculum analysis and design**

- for retarded learners. Columbus, Ohio : Charles E. Merrill .
- Moore, D.F. (1987) . **Educating the deaf : Psychology, principles, and practices** (3rd Ed.) . Boston : Houghton Mifflin .
- Nihira, K. , Foster, R., Shellhass, M., & Leland, H. (1974) . **AAMD adaptive behavior scale** . Washington, D.C. : American Psychological Association .
- Van Riper, C., & Emerick; L. (1984) . **Speech correction** . Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall .





## الفصل الثاني

### **استراتيجيات تعديل سلوك الأطفال المعوقين**

## مقدمة :

إن الهدف العام المتوخى من التربية الخاصة هو تشكيل المظاهر السلوكية الشخصية والاجتماعية والاكاديمية الوظيفية لدى الطفل المعوق . وتبعاً لذلك فإن هذا الفصل يحاول ايضاح أساليب تعديل السلوك المختلفة التي يستطيع المعلمون استخدامها لتحقيق هذه الأهداف . وعلى وجه التحديد ، يتناول الفصل أساليب التعزيز ، والنمذجة ، والتشكيل ، والاختفاء ، والتغذية الراجعة ، والتعليمات والقواعد السلوكية ، والتنظيم الذاتي .

ولما كان الأطفال المعوقون يظهرون العديد من الأنماط السلوكية الشخصية والاجتماعية - الانفعالية غير التكيفية أو الشاذة فإن على المعلمين أيضاً التعرف على استراتيجيات خفض السلوك غير المناسب . ولذلك يناقش الفصل أيضاً العقاب وبدائله المختلفة : المحو ، والتعزيز التفاضلي للاستجابات المناسبة ، والاقصاء ، والتصحيح الزائد ، وتكلفة الاستجابة وغير ذلك من الأساليب الفعالة .

## استراتيجيات تقوية السلوك الكيفي والمحافظة على استمراريته

### التعزيز :

استخدم المعلمون عبر القرون المختلفة أساليب متنوعة لزيادة دافعية الأطفال للتعلم والتحصيل . ولقد كانت المكافأة من هذه الأساليب ، إلا أن استخدامها بطريقة منتظمة وفق المبادئ السلوكية المنبثقة عن البحوث العلمية التجريبية حديث العهد نسبياً .

وتمتد جذور حركة الاهتمام بتوظيف مبدأ التعزيز في عملية التعلم إلى أبحاث عالم النفس الأمريكي المعاصر ب.ف سكينر (B.F. Skinner) وغيره من علماء النفس الأوائل إلا أن أول من أوضح أثر المكافأة تجريبياً هو عالم النفس الأمريكي أدوارد ثورندايك (Edward Thorndike) وذلك من خلال دراسات تجريبية مستفيضة على سلوك الحيوان في المختبر . ولقد عرف مبدأ المكافأة آنذاك بقانون الاثر (Law of Effect) . وينص هذا المبدأ على أن السلوك يقوى إذا كانت نتائجه مرضية (Satisfactory) ويضعف اذا كانت نتائجه غير مرضية (Unsatisfactory) . ومنذ الثلاثينات من هذا القرن أجريت آلاف الدراسات العلمية للتحقق من فاعلية التعزيز .

ونحن نعرف الآن أن التعزيز هو من أهم العناصر في عملية التعلم . ترى ما هو التعزيز ؟ وما هي العوامل التي تؤثر في فاعليته ؟ ومتى نستخدمه ؟ وكيف ؟

### ماهية التعزيز :

يعرف التعزيز (Reinforcement) على أنه العملية السلوكية التي تشتمل على تقوية السلوك . وفي هذه العملية ، يتبع مثير بيئي ما (حدث ، شيء ، خبرة) السلوك مباشرة بعد حدوثه فيؤدي ذلك إلى زيادة احتمالات حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المشابهة . ويسمى المثير البيئي الذي يحدث بعد السلوك فيؤدي إلى زيادة احتمالات حدوثه ثانية بالمعزز (Reinforcer) . والتعزيز يعمل بتواصل ويترك آثارا بالغة في سلوكنا أدركنا ذلك أم لا . فالتعزيز يتصف بالتلقائية (Automaticity) وما يعنيه ذلك أن حدوث التعزيز لا يتطلب بالضرورة ادراك الفرد لحقيقة أن سلوكه يخضع للتعزيز.

وما ينص عليه مبدأ التعزيز هو أن الإنسان يميل إلى تكرار السلوك الذي يعود عليه بنتائج إيجابية أو يخلصه من التعرض لنتائج سلبية . وهذه حقيقة علمية أوضحتها البحوث العلمية الأساسية والتطبيقية . على أن الآراء تختلف حول كيفية عمل التعزيز ولماذا يقوّي السلوك ، وتختلف أيضا حول ما إذا كان التعزيز كافيا لتفسير التعلم بأشكاله المختلفة . ولكن لا خلاف بين الباحثين حول حقيقة أن التعزيز ذو أثر بالغ على السلوك .

والتعزيز الذي ينجم عنه نتائج ايجابية بالنسبة للفرد يسمى التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement) ، فهو يحدث تغييرا إيجابيا في بيئة الفرد . وهذا النوع من التعزيز من أكثر أساليب تعديل السلوك استخداما . ويسمى التغيير أو المثير أو الحدث الايجابي الذي يتبع السلوك فيقويه بالمعزز الايجابي (Positive Reinforcer) . أما التعزيز الذي يعمل على إزالة أو إيقاف المثيرات السلبية (المنفرة) فيسمى بالتعزيز السلبي (Negative Reinforcer) ويسمى هذا النوع من التعزيز بالسلبي لأنه يزيل ولا يضيف المثير . ويسمى المثير الذي تعمل إزالته على تقوية السلوك بالمعزز السلبي . ومن الأمثلة على التعزيز السلبي اغلاق النافذة في يوم بارد ، وجلس الطفل بعيدا عن الآخرين تجنباً منه لمضايقاتهم وازعاجهم له ، وتنفيذ الطالب لتعليمات المعلم خوفا من ارساله إلى مدير المدرسة لنيل العقاب . ويتضح من الأمثلة السابقة أن التعزيز السلبي يقوّي السلوك المرغوب فيه من خلال التجنب (Avoidance) . أو الهرب (Escape) .

هذا وينبغي التنويه هنا إلى أنه كثيرا ما يتم الخلط بين التعزيز السلبي والعقاب . أن التعزيز السلبي يقوي السلوك مثله في ذلك مثل التعزيز الايجابي ولكن العقاب يقلل السلوك . التعزيز السلبي يقوي السلوك من خلال إزالة المثيرات السلبية ، أما العقاب فيقلل السلوك إما من خلال إزالة المثيرات الإيجابية أو إضافة المثيرات السلبية .

## أنواع المعززات :

تصنف المعززات إلى نوعين أساسيين وهما :

١ - معززات أولية (Primary Reinforcers) أو غير اشرافية . وهذه معززات غير متعلمة ، فهي مثيرات تعمل على تعزيز الطفل بسبب أهميتها البيولوجية ومن الأمثلة على ذلك الطعام ، والشراب ، والدفع ، والهواء . إن هذه المثيرات ليست بحاجة إلى عملية اشرافية (Conditioning) لتعمل كمعززات . ولكنها ، عند الحاجة إليها ، تعمل تلقائيا بمثابة معززات .

٢ - معززات ثانوية (Secondary Reinforcers) أو اشرافية . وهي معززات متعلمة ، بمعنى أنها تكون في البداية مثيرات حيادية لا أثر لها على السلوك ، ولكنها من خلال عمليات الاشراف (أي الاقتران بمثيرات تعزيزية أخرى) تكتسب خاصية التعزيز . ويمكننا تصنيف المعززات الثانوية ضمن المستويات التالية :

أ - معززات اجتماعية (Social Reinforcers) : وهذه المثيرات التعزيزية قد تكون لفظية (كالثناء) وقد تكون غير لفظية (كالانتباه ، والابتسام والمصافحة ، أو ارسال ملاحظة ايجابية لوالدي الطفل ، أو وضع اسم الطفل في لوحة شرف وما إلى ذلك) .

ب - معززات مادية (Tangible Reinforcers) : ومن الأمثلة على هذا النوع من المعززات الألعاب ، والمجلات ، والنجوم ، وأقلام الرصاص ، والألوان ، وغير ذلك .

ج - معززات نشاطية (Activity Reinforcers) : وتشمل قراءة القصص الممتعة والترفيه ، والنشاطات الرياضية المفضلة ، والرحلات ، والزيارات ، الخ .

د - معززات معممة (Generalized Reinforcers) : وهي مثيرات تعزيزية اقترنت بمعززات أولية أو ثانوية متنوعة .

ومن الأمثلة عليها الفلوس ، وما يسمى أيضا بالمعززات الرمزية (Token Rein-

(forcers) . والمعززات الرمزية هي رموز مادية تعطى للفرد ويستطيع صرفها (استبدالها) في أوقات لاحقة بالأشياء التي يرغب فيها . ومن أهم فوائد هذا النوع من المعززات أنه ليس عرضة للاشباع (Satiation) الذي يحدث عند استخدام المعزز بكثرة مما يفقده قيمته التعزيزية .

ومن الدراسات الكلاسيكية التي بينت فاعلية التعزيز دراسة قام بها بكر ورفاقه (Becker et al. 1967) . في هذه الدراسة قام الباحثون بتدريب المعلمين على استخدام التعزيز الاجتماعي (الثناء ، الملاحظات التشجيعية ، الابتسام ، الخ) . ولقد تبين أن هذه الإجراءات على بساطتها أدت إلى تقوية الأنماط السلوكية الصفية المناسبة وتقليل الأنماط السلوكية غير المناسبة . أما هول ورفاقه (Hall et al. 1968) فاستخدموا انتباه المعلم (Teacher Attention) لمعالجة الأنماط السلوكية غير التكيفية لدى مجموعة من الأطفال في مدرسة ابتدائية (مثل الفوضى ، وعدم الانتباه ، وعدم الدراسة) . وتمثلت المعالجة في انتباه المعلم إلى الأطفال والتعبير عن الاهتمام بهم أثناء تأديتهم لواجباتهم المدرسية وتجاهلهم وعدم الالتفات إليهم عند قيامهم بالسلوكيات غير المناسبة . ولقد بين الباحثون تجريبيا أن انتباه المعلم كان ذا أثر بالغ في سلوك الأطفال . كذلك أوضح مادسن ورفاقه (Madsen et al. 1968) في دراسة كلاسيكية أخرى إمكانية تعديل السلوك الصفوي للطلبة عن طريق تعديل سلوك المعلمين . ومن النقاط الهامة التي أشارت إليها هذه الدراسة أن تجاهل السلوك الصفوي غير المناسب لوحده لا يكفي بل لابد من تعزيز السلوك الصفوي المناسب أيضا . على أي حال ، فالدراسات التي أوضحت فاعلية التعزيز بالآلاف ولا تسمح طبيعة الفصل بمناقشتها أو مراجعتها . ولكننا سنكتفي هنا بالإشارة إلى أن التعزيز استخدم بفعالية لتعديل الأنماط السلوكية المختلفة من مثل : السلوك الاجتماعي ، السلوك اللفظي ، والعناية بالذات ، والمهارات الحياتية اليومية ، والسلوكيات الأكاديمية . كذلك استخدمت مبادئ التعزيز لتقليل العديد من الأنماط السلوكية غير التكيفية ومنها : العدوان ، والإثارة الذاتية ، والايذاء الذاتي ، والنشاطات الزائدة والسلوكيات الاجتماعية والأكاديمية غير المقبولة . ولقد امتدت إجراءات تعديل السلوك وبخاصة منها التعزيز إلى الأوضاع التطبيقية المختلفة مثل : رياض الأطفال ، والمدارس العادية والمدارس الخاصة ، ومراكز التأهيل والإصلاح ، والمستشفيات ، والبيوت ، والصناعة ، وبيوت العجزة ، والسجون ، وخدمة المجتمع (المواصلات ، حفظ الطاقة ، اللقاح ، التلوث البيئي ، الخ) .

إن التعزيز يؤدي وظائف متنوعة إضافة إلى تقوية السلوك وزيادته . ومن هذه الوظائف ما يتعلق بالجانب الانفعالي ، فالتعزيز يشعر الفرد بالرضا عن الذات

ويحسن مفهوم الذات لديه . ومنها ما يتعلق بالدافعية . ومن وظائف التعزيز الأخرى ما يتعلق بتوفير المعلومات فالتعزيز يوضح للفرد أي السلوكات عليه تأديتها لكونها مهمة . وبالرغم من أهمية التعزيز في حياتنا اليومية (فبعض الناس يعانون من مشكلات سلوكية فلا يفعلون السلوك المقبول لأنه لم يعزز أو لأنهم لا يتوقعون التعزيز ، والبعض الآخر يفعل السلوك غير المقبول لأنه عزز أو لأنه يتوقع التعزيز) إلا أننا كثيرا ما نخطئ في استخدامه . وتتمثل اساءة توظيف التعزيز في استخدامه عندما لا يكون هناك حاجة إليه أو عدم استخدامه عندما يكون هناك حاجة إليه . وفي هذا الصدد تجدر الإشارة إلى أن البعض يعتقد أنه ليس من الحكمة في شيء استخدام التعزيز الخارجي لأنه قد يحد من الدافعية الداخلية . بالطبع ليس من الحكمة استخدام الدافعية الخارجية لفرد لديه قدر كاف من الدافعية الداخلية . إننا لا نستخدم التعزيز جزافا ، ولكن المشكلة الأساسية لدى معظم الأفراد الذين يحتاجون إلى تعديل السلوك هو أن مستوى دافعتهم الداخلية أو الضبط الذاتي ليس كافيا أو فعالا .

### تحديد المعززات واختيارها :

كل فرد وله معززاته فطبيعة المثيرات التي تعمل كمعززات للفرد تعتمد على خبراته الماضية وخصائصه الشخصية . وإذا كان الأمر كذلك ، فإن علينا تحديد المعززات المناسبة لكل فرد على حدة . والطريقة العملية الوحيدة الممكنة لمعرفة ما إذا كان المثير معززا للفرد أم لا هي التجريب . فليس بالإمكان أن نصف شيئا بأنه معزز إذا كنا لم نلاحظ نتائجه على السلوك . ولذلك ، يخطئ الذين يقولون أنهم استخدموا التعزيز فوجدوا أنه غير فعال أو أنه لم يعمل على تقوية السلوك فهو ليس معززا أصلا . وفيما يلي وصف موجز لبعض الطرق المستخدمة لتحديد المعززات :

- ١ - اسأل الفرد وحاول أن تعرف منه هو الأشياء التي يحتاج إليها أو يرغب فيها أو يحبها ، فلعل هذه الأشياء تعمل كمعززات . لا تقرر أنت نيابة عن الفرد فأنت تبحث عن معزز له هو وليس لك أنت .
- ٢ - لاحظ الفرد وراقب النشاطات والأفعال التي تصدر عنه عادة ، فلعل هذه الأشياء التي يكررها أشياء محببة إلى نفسه .
- ٣ - قدم للفرد معززات متنوعة لي تجربها . حاول أن تكون هذه الأشياء غير مألوفا بالنسبة له .

٤ - اسأل الأفراد المهمين في حياته عن هواياته ونشاطاته المفضلة وما إلى ذلك ، فذلك يزيد من معرفتك بخصائصه وميوله .

٥ - استخدم مبدأ بريماك (Premack Principle) . وما يعنيه هذا المبدأ ببساطة هو تحديد النشاطات المحببة للطفل وذلك يتم في العادة عن طريق ملاحظته ، ومن ثم استخدام تلك النشاطات لتعزيز النشاطات غير المحببة بالنسبة له والمراد تقويتها فما ينص عليه هذا المبدأ هو أن السلوك الذي يحبذه الفرد اذا تبع السلوك الذي لا يحبذه عمل بمثابة معزز له . فالخروج إلى اللعب مع الأطفال الآخرين يسمح به فقط بعد تأدية الطفل لواجباته المدرسية ، أو اعطاء الحلوى للطفل بعد تناوله وجبة الطعام أو الايذان له بمشاهدة الصور المتحركة بعد ترتيب غرفته ، وهكذا . وهكذا فلعل الاعتبار الأهم عند استخدام التعزيز هو اللجوء إلى معززات حقيقية أما إذا كان ما استخدمناه ليس معززاً حقيقياً للطفل فلن تتحقق النتائج المتوخاة .

### العوامل التي تزيد فاعلية التعزيز

إن اختيار المعزز المناسب للطفل هو نقطة البداية ولكن حتى يعمل المعزز بفعالية فلا بد من مراعاة بعض العوامل الهامة . ومن هذه العوامل :

١ - توقيت التعزيز (Timing) . بشكل عام ، التعزيز الفوري (Immediate) أكثر فاعلية من التعزيز المؤجل (Delayed) . وبناء على ذلك ، يجب أن يعطى المعزز مباشرة بعد حدوث السلوك . ولا يعني ذلك أنه ليس للتعزيز المؤجل دور في عملية تعديل السلوك . عموماً ، تشير البحوث إلى ضرورة استخدام التعزيز المباشر في مرحلة اكتساب السلوك واستخدام التعزيز المؤجل في مرحلة الحفاظ على استمرارية السلوك ومن أجل نقل أثر التدريب أو ما يسمى بالتعميم (Generalization) .

٢ - ثبات التعزيز (Consistency) . وما يعنيه الثبات هو استخدام التعزيز وفق جداول مناسبة . فالتعزيز العشوائي أو الاعتباطي ليس من خصائص منهجية تعديل السلوك . وهناك جداول تعزيز عديدة متواصلة ومتقطعة نستطيع وصفها بإيجاز كما يلي :

أ - جداول التعزيز المتواصلة (Continuous Schedules) وفيها يُعطى التعزيز بعد كل مرة يحدث فيها السلوك المراد زيادته .

ب - جداول التعزيز المتقطعة (Intermittent Schedules) وهنا لا يعطى التعزيز

بعد كل مرة يحدث فيها السلوك ولكنه يُعطى أحيانا فقط . وهناك أربعة أشكال من التعزيز المتقطع :

١ - جداول الفترة الثابتة (Fixed Interval) . في هذا الجدول يتم تعزيز السلوك بعد مرور فترة زمنية ثابتة (كل خمس دقائق أو كل ساعة ، الخ) .

ويقدم المعزز مباشرة عند حدوث أول استجابة تصدر عن الفرد بعد مرور الفترة المحددة . أن هذا الجدول يجعل الاستجابة ثابتة (مستمرة الحدوث) إلا أنها ضعيفة نسبيا . والسبب وراء ذلك هو أن سلوك الفرد يضعف بعد حصوله على التعزيز مباشرة وهذا يسمى بالخمود الذي يلي التعزيز (Post-Reinforcement Pause) .

٢ - جداول الفترة المتغيرة (Variable Intervals) . في هذا الجدول لا تكون الفترة الزمنية ثابتة بل هي تتغير من مرة إلى أخرى . فبدلا من أن تكون الفترة التي يجب أن تمر قبل تقديم التعزيز خمس دقائق ، يقدم التعزيز مرة بعد خمس دقائق ، ومرة بعد سبع دقائق ومرة بعد عشر دقائق وهكذا (على أن يكون متوسط المدة خمس دقائق) . إن هذا الجدول يجعل الاستجابة قوية جدا ويجعل اطفائها (Extinction) أمرا بالغ الصعوبة .

٣ - جداول النسبة الثابتة (Fixed Ratio) . أما في جدول النسبة الثابتة فالمحك هو عدد الاستجابات حيث يقدم التعزيز بعد حدوث عدد ثابت من الاستجابات . إن هذا الجدول أيضا يؤدي إلى ظاهرة خمود الاستجابة بعد التعزيز الأمر الذي يجعل السلوك الذي يخضع لهذا الجدول ضعيفا .

٤ - جداول النسبة المتغيرة (Variable Ratio) . ويختلف هذا الجدول عن الجدول السابق في أن عدد الاستجابات المطلوبة لحصول التعزيز غير ثابت . إن السلوك الذي يخضع لهذا الجدول قوي جدا لأن الفرد لا يستطيع التنبؤ بموعد التعزيز .

٣ - مستوى الحرمان (Deprivation State) . بشكل عام ، كلما طالت فترة حرمان الفرد من المعزز كان التعزيز أكثر فاعلية . وبناء على ذلك ، فإن استخدام المعزز يتطلب التأكد من حرمان الفرد منه لفرات زمنية محددة قبل تقديمه له .

٤ - كمية التعزيز (Quality) : كذلك فمن العوامل الهامة التي تؤثر في فاعلية التعزيز



كمية التعزيز . والمبدأ العام المتبع هو تقليل كمية التعزيز وعدم إعطائه بكثرة في كل مرة . إلا أن كمية التعزيز يجب أن تتناسب وطبيعة الجهد الذي يبذله الفرد في تأدية السلوك . كذلك فإننا نعزز بكميات كبيرة في مرحلة اكتساب السلوك ونقلل كمية التعزيز في المراحل المتأخرة .

٥ - وهناك عوامل عديدة أخرى من شأنها زيادة التعزيز ومنها جودة التعزيز (Novelty) ونوعية التعزيز (Quality) والتعليمات (Instructions) .

### القواعد والتعليمات السلوكية (Behavioral Rules and Instructions) :

إن ضبط السلوك الصفي للأطفال المعوقين يتطلب قيام المعلم بإيضاح قواعد السلوك المناسب والمقبول لهم . فقواعد السلوك الصفي وبخاصة منها القواعد الواضحة والمعلنة قد تهيء الفرص اللازمة للامتثال للتعليمات وعدم مخالفتها . وعلى أية حال ، فعلى الرغم من أن إيضاح قواعد السلوك الصفي أمر ضروري إلا أنه ليس كافياً بحد ذاته لتنظيم وتعديل سلوك الأطفال المعوقين . وما يعنيه ذلك هو ضرورة قيام المعلم بتعزيز الأطفال عندما يحترمون التعليمات وينظمون سلوكهم وفقاً لها وتجاهلهم عندما لا يمتثلون لها (Snell, 1983) .

### التشكيل (Shaping) :

التشكيل هو تعزيز الاستجابات التي تقترب تدريجياً من السلوك النهائي المراد الوصول إليه . إنه يشتمل على الاقتراب خطوة خطوة من السلوك المطلوب وذلك من خلال مساعدة المتعلم على الانتقال على نحو متتابعي من السلوك الذي يستطيع القيام به حالياً (السلوك المدخلي) إلى السلوك الذي يُتوخى تحقيقه (السلوك النهائي) . فإذا كان الطفل لا يتفاعل اجتماعياً مع الآخرين فمن الممكن تعزيزه عندما ينظر إليهم ومن ثم عندما يقترب منهم وبعد ذلك عندما يأخذ منهم شيئاً يقدمونه له وهكذا . كذلك يستطيع المعلم تشكيل السلوك اللفظي لدى الطفل المعوق خطوة خطوة فيقوم بتعزيزه في البداية عندما ينتبه إليه ومن ثم تعزيز استجاباته غير اللفظية (كحركة اليدين أو حركة الشفاه) ومن ثم تعزيز محاولات الطفل للتقليد اللفظي حيث يعزز أية ألفاظ تصدر عنه في بادئ الأمر ومن ثم الاستجابات اللفظية التي تقترب من استجابات المعلم وهكذا .

## مبدأ بريماك (Premack's Principle) :

لقد تمت الإشارة إلى أنّ مبدأ بريماك ينص على أن النشاط المحبب إلى نفس الطفل أو السلوك الذي يصدر عنه بمعدل مرتفع يمكن استخدامه كمعزز ايجابي ليقوم بتأدية سلوك مطلوب منه ولكنه غير محبب إلى نفسه أو أنه قليلاً ما يصدر عنه .  
بعبارة أخرى ، يقوم هذا المبدأ على افتراض مفاده أن النشاط الذي يتضمن تعزيزاً للفرد يمكن استخدامه لتقوية وتدعيم النشاطات الأقل تعزيزاً له . ومن حسنات هذا النوع من التنظيم البيئي لسلوك الطفل أنه يتطلب استخدام معززات متوفرة وغير مكلفة وطبيعية .

## تسلسل الاستجابة (Response Chaining) :

تتضمن طريقة التسلسل تعليم الطفل المعوق سلوكاً معيناً من خلال تطوير ودمج سلسلة من الاستجابات المرتبطة ببعضها البعض وظيفياً . وفي هذه الحالة ، يعتمد أسلوب تحليل المهمة (Task Analysis) لتحقيق الأهداف التربوية أو العلاجية المنشودة . وفي السلسلة السلوكية تعمل كل استجابة (أو حلقة) بمثابة معزز شرطي للاستجابة السابقة ومثير تمييزي للاستجابة اللاحقة . هذا ويمكن أن تتضمن عملية التسلسل المنظمة تعليم الاستجابة الأولى فالتانية وهكذا إلى أن يؤدي الطفل السلسلة السلوكية بأكملها . وتعرف هذه الطريقة باسم التسلسل الأمامي (Foreward Chain-ing) . وقد تتضمن هذه العملية قيام المتعلم بتأدية الاستجابة الأخيرة أولاً ومن ثم ينتقل تدريجياً إلى تأدية الاستجابات السابقة إلى أن يقوم بالسلسلة السلوكية بأكملها وتعرف هذه الطريقة باسم التسلسل الخلفي (Backward Chaining) .

## النمذجة (Modeling) :

ومن الطرق البسيطة نسبياً والواضحة لتعليم الطفل المعوق سلوكاً ما طريقة النمذجة التي تشمل قيام المعلم أو شخص آخر (النموذج) بتعليم الطفل كيف يفعل شيئاً ما ومن ثم الطلب منه أن يقلد ما شاهده . ولتحقيق ذلك يحتاج الطفل إلى التشجيع والانتباه والتعزيز . هذا وقد أوضحت مئات الدراسات العلمية فاعلية النمذجة والتقليد في تعليم الأطفال المعوقين العديد من المظاهر السلوكية الصفية المناسبة .

## التعليم المبرمج (Programmed Instruction) :

يشتمل التعليم المبرمج على تنظيم المادة التعليمية على هيئة وحدات صغيرة متسلسلة منطقياً . وتتضمن كل وحدة معلومات محددة وتتطلب استجابات معينة من المتعلم وتوفر تغذية راجعة حول صحة استجاباته . وينتقل المتعلم تبعاً للتعليم المبرمج من وحدة إلى أخرى اعتماداً على سرعته في التعلم . ويمكن أن يستخدم كتيبات بسيطة أو كتب معقدة أو الآت التعليمية وغير ذلك .

## الاخفاء (Fading) :

الاخفاء هو التغيير التدريجي للمثيرات الضابطة لاستجابات الطفل بحيث تحل محلها مثيرات جديدة وذلك بغية المحافظة على استمرارية حدوث الاستجابات في ظروف جديدة . بعبارة أخرى ، يشمل الاخفاء نقل السلوك من موقف إلى موقف آخر تدريجياً وذلك من خلال تغيير الموقف الأول شيئاً فشيئاً ليصبح مشابهاً للموقف الآخر . ويعتبر الانتقال التدريجي أمراً بالغ الأهمية لنجاح عملية الاخفاء وإلا اختفى السلوك المستهدف . وذلك يتضمن عادة اخفاء أو تلاشي المثيرات والدلالات التمييزية (أو التعليمات والايضاحات والتوجيهات) المقدمة للطفل تدريجياً وذلك من أجل تشجيعه على العمل باستقلالية (Kauffman & Snell, 1977) .

## التغذية الراجعة (Feedback) :

تتضمن التغذية الراجعة تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه . وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي . وقد بين ميكولاس (Mikulas, 1978) أن التغذية الراجعة قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من النتائج التالية :

- ١ - قد تعمل التغذية الراجعة بمثابة تعزيز (التغذية الراجعة الايجابية) أو بمثابة عقاب (التغذية الراجعة السلبية) .
- ٢ - قد تغير التغذية الراجعة مستوى الدافعية لدى الطفل . فاذا حصل الطفل على علامة منخفضة فذلك قد يدفعه إلى الدراسة والتحضير .
- ٣ - قد تقدم التغذية الراجعة معلومات للطفل توجه أداءه وتعلمه (التغذية الراجعة التصحيحية) .
- ٤ - قد تزود التغذية الراجعة الطفل بخبرات تعليمية جديدة أو فرص جديدة لممارسة تعلم سابق . وهكذا يتضح أن التغذية الراجعة تلعب دوراً بالغ الأهمية في تشكيل

السلوك الإنساني . ولذلك فإن استخدامها في المواقف والظروف المناسبة يسهل عملية تعلم الأطفال المعوقين .

### برامج الاقتصاد الرمزي (Token Economy) :

تستخدم طريقة التعزيز (أو الاقتصاد) الرمزي بهدف إحداث تغييرات سريعة في سلوك الأطفال المعوقين وذلك من خلال زيادة دافعيتهم وزيادة احتمالات قيامهم بالسلوك المناسب . وتتضمن برامج الاقتصاد الرمزي العناصر الرئيسية التالية :

أ - تزويد الأطفال بمعلومات توضح لهم الاستجابات التي ستؤدي إلى التعزيز .  
ب - تنظيم العلاقة بين المعزز الرمزي (وهو معزز شرطي معمم يستمد قيمته التعزيزية من خلال ارتباطه بمثيرات تعزيزية أولية أو ثانوية أخرى) .

ج - قواعد واضحة تبين كيفية وظروف استبدال المعززات الرمزية بالنشاطات أو الأحداث أو الأشياء المعززة (المعززات الداعمة) . وينبغي الإشارة هنا إلى أن أسلوب الاقتصاد الرمزي (والذي يسمى هكذا لأنه يعمل تبعا لمبدأ العرض والطلب) ليس أسلوبا تقليديا أو طبيعيا حيث أن المعززات التي يتضمنها لا تتوفر عادة في المدارس . لذلك فمن الأهمية بمكان تذكر ذلك والتأكيد على ضرورة استبدال المعززات الاصطناعية بالمعززات الطبيعية بعد تحقيق الأهداف التربوية أو العلاجية المتوخاة (الخطيب ، ١٩٩٠) .

### التعاقد السلوكي (Behavioral Contracting) :

يعتبر التعاقد السلوكي من الأدوات الفعالة لتنظيم الاستجابات الأكاديمية والاجتماعية لدى الأطفال المعوقين . ويشمل هذا الأسلوب تحديد السلوك المتوقع من الطفل وايضاح المكافأة التي سيحصل عليها بعد تأديته لذلك السلوك . ويتم تحديد المهمة السلوكية والمعزز في عقد مكتوب يفهم الطرفان (المعلم والطفل) ويتفقان على بنوده ويتصف بكونه واضحا وعادلا ويجابيا . ويستند التعاقد السلوكي إلى مبدأ بريماك الذي أشرنا إليه قبل قليل وبذلك فهو أداة فعالة تساعد الطفل على تنظيم الذات حيث أنه يدرك أن حصوله على ما يريد يتطلب منه القيام أولا بما يريده المعلم منه (الخطيب ، ١٩٩٠) .

## التنظيم الذاتي (Self-Regulation) :

قد لا تتوفر للمعلم أو المرشد الفرص الكافية لملاحظة سلوك الطفل المعوق وتنظيم نتائجه على نحو يسمح بتعديله . لذلك طور الباحثون في ميدان التربية الخاصة أسلوب التنظيم (أو الضبط) الذاتي بهدف مساعدة الأطفال المعوقين على تحمل المسؤولية الشخصية عن استجاباتهم . ويشتمل هذا الأسلوب على تدريب الطفل على ملاحظة سلوكه وتسجيله ذاتيا وتنظيم شروط التعزيز والعقاب وتطوير استراتيجيات حل المشكلات . وعلى وجه التحديد ، يتضمن ضبط الذات الاستراتيجيات التالية :

أ - الملاحظة الذاتية (Self-Monitoring) والتي قد تقوم بحد ذاتها بدور وقائي أو علاجي .

ب - تنظيم أو إعادة تنظيم المواقف والظروف البيئية التي يحدث فيها السلوك المستهدف .

ج - تعلم استجابات بديلة .

د - تغيير نتائج السلوك على نحو يسمح باستخدام التعزيز الذاتي والعقاب الذاتي وما إلى ذلك .

## استراتيجيات خفض السلوك

### غير التكيفي

قد يُظهر الأطفال المعوقون العديد من الأنماط السلوكية غير التكيفية أو الشاذة والتي قد تشمل إيذاء الذات ، والعدوان ، والفوضى ، والتبول اللاارادي ، والنشاط الزائد ، والعصيان ، والانسحاب الاجتماعي وغير ذلك من الاستجابات غير المناسبة . وتوضح الدراسات أن هذه الأنماط السلوكية ترتبط بمتغيرات مختلفة من أهمها الجنس (حيث تشير نتائج الدراسات إلى أن المظاهر السلوكية غير التكيفية بوجه عام أكثر شيوعا بين الذكور منها لدى الإناث) والعمر الزمني (مستوى حدوث السلوك غير التكيفي يميل إلى الانخفاض مع تقدم العمر الزمني للطفل) والعمر العقلي (حيث تجمع الدراسات على أن معدل حدوث السلوك غير التكيفي يزداد بانخفاض القدرات العقلية العامة) .

وحاول الخطيب (١٩٨٨) التعرف إلى مدى انتشار المظاهر السلوكية غير التكيفية لدى الأطفال المعوقين عقليا الملتحقين بالمؤسسات التربوية الخاصة في الأردن . ولتحقيق ذلك قام الباحث بتطوير قائمة تقدير سلوكية تغطي اثني عشر سلوكا هي :

العنف ، والسلوك غير الاجتماعي ، والتمرد ، والسلوك غير الجدير بالثقة ، والانسحاب الاجتماعي ، والسلوك النمطي ، والعادات الشخصية المستهجنة ، والعادات الكلامية غير المقبولة ، وايداء الذات ، والعادات الشاذة ، والنشاط الزائد ، والاضطرابات النفسية . وبعد ذلك قام الباحث بتوزيع أداة الدراسة على معلمي ١٤٤ طفلا وطفلة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية وطلب منهم تقدير مستوى حدوث الأنماط السلوكية التي تمت الإشارة إليها لدى أفراد الدراسة . بينت النتائج أن معدل حدوث الأنماط السلوكية لم يكن مرتفعا نسبيا واتضح أن أكثر تلك الأنماط شيوعا كان النشاط الزائد والسلوك النمطي والانسحاب الاجتماعي . ولما كان هؤلاء الأطفال يظهرون استجابات خطيرة أو غير تكيفية قد تضع قيودا إضافية على قدرتهم على التعليم أو على قدرة المعلم على تعليمهم فلا بد من أن يوظف المعلم الاستراتيجيات التي تستطيع خفض المظاهر السلوكية غير التكيفية فذلك جزء لا يتجزأ من عمله .

### العقاب وبدائله

العقاب من المواضيع التي شغلت علماء النفس والتربية وأثارت جدلا عنيفا منذ بداية هذا القرن . والخوض في العقاب وفي نتائجه على السلوك قضية شائكة تنطوي على تحديات كبيرة . فالمتأمل في أدب العقاب يتبين أن الاتجاهات نحوه غالبا ما تكون مستمدة من الفلسفات الاجتماعية والقناعات الشخصية لا من نتائج البحوث العلمية . وعلى الرغم من أن الاعتراض على العقاب له مبرراته ، إلا أن أدبيات علم النفس والتربية تزخر بالتعميمات والتوصيات التي لا تستند إلى حقائق علمية مثبتة .

إن البحوث التطبيقية التي أجريت بهدف التبين من أثر العقاب على السلوك الإنساني محدودة نسبيا . ولعل السبب الرئيسي وراء ذلك يكمن في القيود الاجتماعية التي تفرض نفسها على الباحثين . وتبعاً لذلك ، فإن كثيرا مما نعرفه عن العقاب جاء من بحوث مخبرية أجريت على السلوك الحيواني في ظروف تجريبية معينة (Polsgrove & Reith, 1983) . وإضافة إلى ذلك ، فأغلبية الدراسات التطبيقية المتوافرة تعاني من مشكلات منهجية جديدة منها ضعف تصميمات البحث المستخدمة وافتقار اجراءات القياس إلى الموضوعية ، وعدم ضبط المتغيرات ذات الأهمية ، وعدم تكرار نتائج الدراسات السابقة ، وعدم تعريف السلوكات المستهدفة اجرائيا (Johnston, 1972) . ومن الواضح أن كل ذلك يحد من امكانية تحليل نتائج هذه الدراسات بموضوعية . وتتضح هذه الحقيقة في تناقض الاتجاهات في علم النفس

والتربية نحو فعالية العقاب وجدوى استخدامه . ففي حين يؤكد البعض على أن العقاب طريقة بدائية غير متحضرة وغير إنسانية ويوصي بالتوقف عن استخدامه ، يرى البعض الآخر أن العقاب أمر لا بد منه أحيانا وأنه جزء من حياتنا اليومية مثله في ذلك مثل الثواب ، وأن المشكلة لا تكمن في العقاب نفسه وإنما في كيفية استخدامه . وفي هذا الصدد ، يعلق باركي (Parke, 1970) على هذا التناقض قائلًا أن الأباء ربما كانوا أكثر حكمة من «الخبراء» الذين ما فتئوا يناشدون بالامتناع عن استخدام العقاب اعتقادًا منهم بأن لا فائدة ترجى منه في العملية التربوية .

وعلى أية حال ، تتمثل وجهة النظر الأكبر قبولا في علم النفس والتربية في الدعوة إلى اللجوء إلى العقاب كحيلة أخيرة بعد التحقق من اخفاق اجراءات الضبط البديلة . فلقد أكد سكنر (Skinner, 1953) على أن العقاب ، على المدى البعيد ، ليس في صالح المعاقب أو المعاقب ، وأنه لا يمحو السلوك من ذخيرة الفرد ، وأن فوائده المؤقتة تكلف ثمنا باهظا ، وذلك الثمن هو سعادة الفرد وقدرته على العطاء . ولم يعترض سكنر على استخدام العقاب وحسب ، بل شكك أيضا في جدوى جميع وسائل الضبط التي تشمل على الإثارة المنفرة (Aversive Control) أو ما يسمى عادة بالتدريب بالتجنب أو الهرب (Avoidance or Escape Training) . ولقد تبنى السلوكيون وجهة النظر هذه ففي أدبياتهم دعوة لاتباع ما يسمى بالنموذج العلاجي الأقل تقييدا (The Least Restrictive Treatment Model) والذي يعني ضرورة اللجوء إلى الاجراءات الأكثر سلبية بعد التحقق من اخفاق الاجراءات الأكثر ايجابية (Fox, 1982) .

## تعريف العقاب

العقاب هو الاجراء الذي تؤدي فيه توابع السلوك إلى تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل في المواقف المماثلة (الخطيب ، ١٩٩٠) . ويأخذ ذلك أحد الشكلين التاليين :

أ - إضافة مثيرات سلبية أو منفرة ويسمى العقاب في هذه الحالة بالعقاب من الدرجة الأولى (Type I Punishment) .

ب - إزالة مثيرات إيجابية أو تعزيزية ويسمى العقاب في هذه الحالة بالعقاب من الدرجة الثانية (Type II Punishment) . وهكذا فالذي يحدد كون الشيء عقابا أم لا هو نتائجه على سلوك المعاقب وليس رأي المعاقب فيه . فالعقاب كالثواب (التعزيز) يعرف وظيفيا ، أي من خلال نتائجه على السلوك . فكما أن التعزيز هو الاجراء الذي تؤدي فيه توابع السلوك إلى تقويته ، فالعقاب هو الاجراء الذي

تؤدي فيه توابع السلوك إلى اضعافه . بعبارة أخرى ، إن توبيخ المعلم للطالب قد يكون عقابا وقد لا يكون . فإذا أدى التوبيخ إلى اضعاف سلوك الطالب فهو عقاب وإذا لم يضعفه فهو ليس عقابا ، بل أنه يكون ذا وظيفة تعزيزية إذا أدى إلى تقويته . ولهذا يقال أن العقاب والثواب يعرفان بعد حدوثهما فقط .

وكما أن المثير التعزيزي هو الشيء أو الحدث الذي يلي السلوك فيزيد احتمالات حدوثه في المستقبل ، فالمثير العقابي هو الشيء أو الحدث الذي يلي السلوك فيقلل احتمالات حدوثه في المستقبل . والمثير العقابي هو الشيء الذي يعمل تجنبه أو إيقافه بمثابة معزز للشخص . والمثيرات العقابية نوعان (Johnston, 1972) :

أ - المثيرات العقابية غير الشرطية أو الأولية .

ب - المثيرات العقابية الشرطية أو الثانوية .

ويعرف المثير العقابي غير الشرطي على أنه الشيء الذي يزعج الإنسان أو يؤلمه بطبيعته . فهذا المثير لا يكتسب خاصية العقاب من خلال الاقتران بمثيرات عقابية أخرى (عملية الاشراف) . ومن الأمثلة على ذلك الصوت المزعج ، والألم ، والحر الشديد ، الخ . وعلى أية حال ، فإن معظم المثيرات العقابية في حياتنا اليومية هي مثيرات عقابية شرطية . هذه المثيرات تكون حيادية في البداية (غير مزعجة أو غير مؤلمة) ولكنها تكتسب خاصية العقاب بعد اقترانها بشكل متكرر بمثيرات بغيضة : ومن الأمثلة على هذا النوع من المثيرات العقابية تعبيرات الوجه التي تعكس عدم الرضا عن سلوك الآخرين أو قول «لا» بصوت حاد . وتعتمد القوة العقابية لهذه المثيرات على طبيعة المثيرات البغيضة غير الشرطية التي اقترنت بها ومدّة اقترانها بها .

## زيادة فاعلية العقاب

أوضحت البحوث العلمية عددا من العوامل التي تزيد فاعلية العقاب . وقبل مناقشة هذه العوامل ينبغي الإشارة إلى حقيقتين هامتين في هذا الصدد هما :

أ - أن الهدف من مراعاة هذه العوامل هو زيادة فاعلية العقاب من جهة ، والحد من إثارة السلبية من جهة أخرى . وكما سيتضح بعد قليل ، فهذه العوامل لا تختلف كثيرا عن العوامل المؤثرة في فاعلية التعزيز .

ب - تقتصر معالجتنا لهذا الموضوع على القوانين الأساسية فقط . والحديث عن هذه القوانين لا يعني وضع القيود على استخدام الإجراءات العقابية ، فباستطاعة المعالج أن يكيف طرق التطبيق لتناسب والموقف الذي سيحدث فيه العقاب



وطبيعة السلوك المستهدف . بل أن فاعلية الاجراءات العقابية تعتمد إلى درجة كبيرة على قدرة المعالج على تكييفها بشكل مناسب . وفيما يلي عرض موجز للعوامل التي تؤثر في فعالية العقاب .

إن الخطوة الأولى في تنفيذ اجراءات العقاب تتمثل في تحديد السلوك المراد تقليله أو إيقافه وتعريفه بدقة ووضوح . ويجب التأكد من أن الشخص الذي سيخضع سلوكه للعقاب يفهم جيدا ما هو متوقع منه وما هو السلوك المستهدف قبل البدء بتنفيذ العقاب . أن تعريف السلوك اجرائيا يزيد احتمالات معاقبته هو بالذات ويقلل احتمالات استخدام العقاب اعتباريا أو اعتمادا على مزاج مستخدم العقاب وحالته الانفعالية (Buckley & Walker, 1978) . كذلك يجب توخي الحذر في اختيار المثيرات العقابية ، إذ ينبغي التأكد من أن المثير الذي سيتم استخدامه مثير عقابي حقا . وقد يكون جدول العقاب (Schedule of Punishment) في بعض الظروف أكثر أهمية من نوع المثيرات العقابية المستخدمة . وفي هذا الصدد ، تشير نتائج الدراسات العلمية إلى أن جدول العقاب المتواصل أكثر فعالية من جدول العقاب المتقطع . وبناء على ذلك ، يقترح معاقبة السلوك غير المرغوب فيه في كل مرة يحدث فيها . وعلى أية حال ، يستند هذا القانون إلى البحوث المخبرية لا البحوث التطبيقية ذلك أن الدراسات التطبيقية المتعلقة بجدول العقاب تكان تكون معدومة .

وتشير البحوث إلى عوامل أخرى عديدة يجب مراعاتها عند اختيار جدول العقاب ومنها : طبيعة السلوك المستهدف ، وجدول التعزيز الذي كان السلوك يخضع له ، وتاريخ التعزيز . وما يعنيه ذلك عمليا هو ضرورة التعرف إلى المعززات التي تحافظ على استمرارية حدوث السلوك غير المرغوب فيه والعمل على إزالة أكبر قدر منها (Johnston, 1972) .

ومن العوامل الأخرى التي تؤثر في فعالية العقاب شدته (Intensity of Punishment) . ففي هذا الصدد ، توضح البحوث أنه كلما زادت شدة العقاب كان أثره على السلوك أكبر . إن ذلك لا يعني استخدام العقاب العنيف وإنما تجنب زيادة شدته تدريجيا فذلك سيؤدي في النهاية إلى تعود الشخص على العقاب . والجدير بالذكر هنا أنه لا يتوافر لدينا دراسات حول هذا الموضوع على المستوى الإنساني . كذلك فإن الأسباب التي تكمن وراء فقدان العقاب لفعاليتها في حالة زيادة شدته تدريجيا غير واضحة حتى في البحوث المخبرية (Azrin & Holz, 1966) .

وتشير البحوث العلمية أيضا إلى أن مرونة العقاب (Immediacy of Punishment)

من أهم العوامل التي تؤثر في فاعليته (Azrin & Holz, 1966) ولذلك يجب معاقبة السلوك غير المرغوب فيه بعد حدوثه مباشرة والامتناع عن تأجيل العقاب . فالغاء العقاب ربما يكون أفضل من العقاب المؤجل وبخاصة إذا أجل العقاب مدة زمنية طويلة نسبياً (Johnston, 1972) . إن العقاب المباشر يجعل الشخص يقرن السلوك غير المرغوب فيه بالعقاب ويؤكد له على أن ذلك السلوك لن يحتمل . ومن ناحية أخرى ، فقد يترتب على العقاب المؤجل معاقبة أنماط سلوكية مقبولة ربما تكون قد حدثت بعد السلوك المراد تقليله (Maetin & Pear, 1983) . وأخيراً يجب معاقبة الفرد بمجرد ابتدائه بتأدية السلوك غير المرغوب فيه وعدم الانتظار إلى أن ينتهي منه (Macmillan et. al. 1973) .

كذلك يجمع الباحثون على ضرورة الامتناع عن استخدام العقاب في الحالات الانفعالية الشديدة فذلك قد يترتب عليه عواقب وخيمة . فقد يعمل غضب وانفعال الشخص المعاقب بمثابة تعزيز لمستقبل العقاب . ومن ناحية أخرى ، فلا حاجة إلى الدخول في مناقشة مطولة عند استخدام العقاب ، بل يجب الاكتفاء بالإشارة إلى السلوك غير المرغوب فيه ، وأن هذا السلوك سيعاقب ومن ثم تنفيذ العقاب مباشرة .

ومن العوامل الحاسمة الأخرى التي تؤثر على فاعلية العقاب ثباته (Consistency of Punishment) . فلقد أوضحت البحوث العلمية الأساسية والتطبيقية أن عدم الثبات في التعامل مع السلوك غير المرغوب فيه يحد إلى درجة كبيرة من إمكانية ضبطه . ويقصد بالثبات تنفيذ التهديد بالعقاب وإلا فقد الشخص مصداقيته (Martin & Pear, 1983) . من ناحية أخرى ، قد يؤدي العقاب المتكرر إلى نتائج سلبية عديدة منها تأثر مفهوم الذات . وللحد من هذه الآثار السلبية ينبغي تعزيز السلوك المرغوب فيه . إن عقاب السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز السلوك التكيفي لدى الفرد المعاقب يؤكد له على أن لديه سلوكات تحظى بانتباهنا وتقديرنا وهذا يحد ذاته يزيد ، على المدى البعيد فاعلية العقاب . ويعود ذلك إلى حقيقة أن العقاب الذي يصدر عن شخص نكن له الاحترام وتربطنا به علاقات ايجابية أكبر أثراً في أنفسنا من العقاب الذي يصدر عن شخص لا تربطنا به علاقات ايجابية (Martin & Pear, 1983) .

قضية أخرى يجب مراعاتها عند استخدام العقاب هي أن يعمل المثير العقابي بمثابة دلالة واضحة على تجاهل السلوك غير المرغوب فيه طوال خضوعه للعقاب . فتعزيز السلوك المستهدف بعد عقابه يحد إلى درجة كبيرة من فاعلية العقاب (Azrin & Holz, 1966) . كذلك يجب تشجيع الشخص على التوقف عن السلوك غير المرغوب

فيه وذلك يتطلب التعرف إلى الظروف التي تهيء الفرصة لحدوثه من أجل ازالتها وتحديد الظروف التي تدفع الشخص إلى تأدية سلوكات بديلة من أجل توفيرها .

كذلك يجب اللجوء إلى العقاب عند الحاجة فقد . فاستخدام العقاب بشكل فائض قد يؤدي إلى التعود عليه (Adaptation to Punishment) مثله في ذلك مثل زيادة شدة العقاب تدريجياً . وفي كلتا الحالتين يفقد العقاب فعاليته . فالعقاب المتواصل يصبح أمراً روتينياً بالنسبة للشخص ويؤدي في النهاية إلى الاشباع كما هو الحال عند استخدام التعزيز المتواصل . واستناداً إلى ذلك ، ينصح باستخدام أنواع مختلفة من المثيرات العقابية وتنويع اجراءات العقاب (Sulzer & Mayer, 1977) .

وأخيراً ، فإن الهدف من العقاب هو تقليل السلوك غير المرغوب فيه أو ايقافه ، ولذلك يجب جمع بيانات صادقة عن تغير السلوك المستهدف للتأكد من أن الاجراءات المتبعة عقابية بالفعل (Martin & Pear, 1983) .

### سيئات العقاب

تؤكد البحوث العلمية على أن العقاب قد يترتب عليه نتائج سلبية خطيرة . ولهذا ، فإن على كل من يستخدمه أن يتعرف إلى هذه السيئات . فالبحوث العلمية التجريبية توضح أن العقاب ، وبخاصة عندما يكون شديداً ، يؤدي إلى الهجوم المضاد والعدوان (Skinner, 1968) . ولقد لوحظت هذه الظاهرة في التجارب المخبرية والتي تشتمل عادة على استخدام مثيرات عقابية مؤلمة جسدياً لفترة زمنية طويلة نسبياً . ونتيجة لعدم توافر دراسات تجريبية تطبيقية حول هذه الظاهرة فنحن لا نستطيع الجزم بأن عقاب السلوك الإنساني يولد العدوان بالضرورة . فمعظم الدراسات التي أجريت حول علاقة العقاب بالعدوان هي دراسات ارتباطية لا توضح علاقات وظيفية . كذلك فمن المأخذ على العقاب أنه لا يشكل أنماط سلوكية جديدة ، بل يكبح السلوك غير المرغوب فيه فقط . بمعنى آخر ، يوضح العقاب للفرد طبيعة السلوك الذي عليه أن يتجنبه ، ولكنه لا يوضح له ما الذي عليه أن يفعله . كذلك فالعقاب يعلم الشخص متى يتجنب تأدية السلوك غير المرغوب فيه ليتجنب العقاب (الخطيب ، ١٩٩٠) .

ويولد العقاب حالات انفعالية غير تكيفية كالبكاء ، والصراخ والخوف ، والخنوع ، وتعيق هذه الحالات ، في أغلب الأحيان ، تطور الأنماط السلوكية التكيفية (Martin & Pear, 1983) . كذلك قد يؤدي العقاب إلى تدهور العلاقات الاجتماعية بين مستخدم العقاب ومستقبله ، فالشيء الذي يقترن بالمثيرات المنفرة يكتسب خواص منفرة تبعاً

لقوانين الإشراف الكلاسيكي . وذلك أمر بالغ الأهمية بالطبع ، إذ أنه قد يعني تولد اتجاهات سلبية نحو مستخدم العقاب والحد من قدرته على ضبط سلوكيات الشخص المعاقب .

إن العقاب يؤدي عادة إلى إيقاف السلوك غير المرغوب فيه مباشرة ، ولعل ذلك يوضح الأسباب التي تكمن وراء لجوء الناس إليه . فإيقاف السلوك غير المرغوب فيه يعمل بمثابة معزز سلبي لمستخدمه ولهذا فهو يصبح أكثر ميلا إلى استخدام العقاب في المستقبل ، وبشكل أعنف ، وفي مواقف لا تتطلبه فعلا وهذا ما يسمى بمصيدة العقاب (Punishment Trap) . ونتائج ذلك قد تكون وخيمة في النهاية نتيجة لتعود مستخدمه عليه .

ويؤدي العقاب أيضا إلى الهرب (Escape) والتجنب (Avoidance) ونتائج ذلك بعيدة المدى دون شك سلبية إلى أبعد الحدود . فقد يبتدىء الطالب بالتمارض أو التغيب عن المدرسة إذا ما اقترنت المدرسة بالعقاب المتكرر والشديد . كذلك قد ينجم عن العقاب خمود عام في سلوك الشخص المعاقب .

وتشير البحوث العلمية أيضا إلى أن نتائج العقاب غالبا ما تكون مؤقتة (Balsam & Bondy, 1983) . فالسلوك غير المرغوب فيه يختفي بوجود الشخص الذي يستخدم العقاب ويعود فيظهر في غيابه .

ولقد كان السؤال المتعلق بعمومية أثر العقاب أحد الأسئلة التي أنطوت على تحديات كبيرة للباحثين . فهل يؤدي عقاب السلوك في موقف معين إلى تقليل احتمالات حدوثه في المواقف المشابهة التي لم يحدث فيها العقاب (تعميم المثير) ؟ وهل يؤدي عقاب السلوك إلى تقليل احتمالات حدوث السلوكيات المماثلة التي لم يتم عقابها (تعميم المثير)؟ وهل يؤدي عقاب السلوك إلى تقليل احتمالات حدوث السلوكيات المماثلة التي لم يتم عقابها (تعميم الاستجابة) ؟ ولعل أكثر المراجعات العلمية المتعلقة بهذا الموضوع شمولية مقالة ستوكس وبير (Stokes & Baer, 1977) والتي خلاصا فيها إلى القول أن التعميم لا يحدث تلقائيا . فكما أن التوقف عن التعزيز يؤدي إلى محو الاستجابة (Extinction) فالتوقف عن العقاب يؤدي إلى ظهور السلوك ثانية (Recovery) . ولذلك فمن الضروري استخدام العقاب وفق قوانين محددة إذا كنا نرغب في تعميم أثره .

وأخيرا، فالعقاب قد يؤدي إلى النمذجة السلبية (Negative Modeling) . فالأب الذي يعمل على ضبط سلوك ابنه بالعقاب الجسدي يقدم نموذجا سلبيا قد يقلده ابنه .

## حسناً العقاب

أبعد الحديث عن هذه السيئات كلها نعتقد أن للعقاب حسناً ؟ والاجابة عن هذا السؤال هي : نعم إذا ما استخدمناه بالطرق المناسبة . ومن هذه الحسنات :

أ - يوقف العقاب السلوك غير المرغوب فيه فوراً . وذلك أمر بالغ الأهمية والفائدة وبخاصة عندما يكون السلوك المستهدف خطراً على حياة الشخص المعاقب أو الأشخاص الآخرين من حوله . وكما هو معروف فإن عدم إيقاف السلوك غير التكييفي قد يؤدي إلى ترسخه وذلك يشكل عائقاً كبيراً للنمو الاجتماعي الطبيعي (Heron, 1978) .

ب - تقلل معاقبة السلوك غير المرغوب فيه من احتمالات تقليد الآخرين له . فقد تعمل معاقبة المعلم للطالب على سلوكه الصفي غير المقبول بمثابة عبرة للطلبة الآخرين في غرفة الصف ، فهم يصبحون أقل ميلاً إلى تقليد سلوك زميلهم لأنهم يدركون أنه ينتهي بالعقاب . أما إذا رأى الطلبة أن السلوك غير المرغوب فيه لا ينجم عنه عقاب ، فهم قد يفسرون سكوت المعلم على أنه يعني الموافقة على ذلك السلوك وذلك يزيد احتمالات تقليدهم له في المستقبل .

ج - وأخيراً ، فلعل أهم مزايا العقاب أنه يعمل بمثابة مثيرات تمييزية (Discriminative Stimuli) تبين للفرد المواقف التي سيحدث فيها العقاب في المستقبل . إن معاقبة السلوك غير المرغوب فيه وبخاصة إذا صاحبها تعزيز السلوك المرغوب فيه تسهل عملية التمييز بين ما هو مقبول وما هو غير مقبول (Sulzer - Azaroff & Mayer, 1977) .

## اجراءات خفض السلوك

يتناول هذا الجزء من الورقة التقنيات السلوكية التي يمكن استخدامها لكبح السلوك غير المرغوب فيه . وقبل الخوض في ذلك ينبغي الإشارة إلى نقطتين هامتين :

أ - ليس هناك إجراء مناسب واجراء غير مناسب . فجميع الاجراءات التي سنقدمها استخدمت بفعالية في معالجة الكثير من المشكلات السلوكية . وما يحدد الاجراء الذي يجب استخدامه هو طبيعة السلوك المستهدف والموقف الذي سيتم استخدامه فيه ، وخصائص كل من مستخدم العقاب ومستقبله .

ب - إن المبدأ الذي تتبناه هذه الورقة هو ضرورة الانتقال من الاجراءات الأكثر ايجابية إلى الاجراءات الأكثر سلبية فقط بعد التحقق من عدم فعالية الاجراءات الأكثر ايجابية .

## المحو (Extinction)

يستمر الأطفال أحيانا بتأدية السلوكات غير المرغوب فيها بسبب انتباه الأباء والمعلمين إليهم عند قيامهم بتلك السلوكات . ويأخذ الانتباه أشكالا مختلفة منها التذمر ، أو الصراخ ، أو التوسل إليهم بالتوقف عن السلوك . ولهذا فبالامكان معالجة تلك السلوكات بتجاهلها وهذا ما دفع بالباحثين إلى تسمية هذا الاجراء بالتجاهل المخطط له (Planned Ignoring) .

يشتمل المحو على تقليل السلوك تدريجيا من خلال ايقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوثه في الماضي . وإذا كان الاطفاء واضحا وبسيطا نظريا فتطبيقه عمليا صعب للغاية . فهو لن يقلل السلوك إلا إذا تم تحديد جميع المعززات ذات العلاقة وضبطها وذلك هدف ليس من السهل تحقيقه في كثير من الأحيان .

إن استخدام الاطفاء بنجاح يتطلب التعرف إلى طبيعة أثره في السلوك ويمكننا تلخيص خصائص السلوك الذي يخضع للاطفاء كما يلي :

١ - إن السلوك المستهدف في بادئ الأمر يقوى بدلا من أن يضعف . والسبب وراء ذلك هو أن الشخص سيحاول جاهدا أن يحصل على التعزيز الذي تعود عليه ، وللأسف ، فإن عدم تفهم هذه الحقيقة غالبا ما يدفع المعلمين والأباء إلى التخلي عن الاطفاء .

٢ - يؤدي هذا الاجراء إلى ظهور استجابات انفعالية مختلفة كالعدوان ، أو الغضب ، أو البكاء ، الخ .

٣ - كثيرا ما يظهر السلوك بعد انطفائه ، وتسمى هذه الظاهرة بالاستعادة التلقائية (Spontaneous Recovery) . وعلى أية حال ، فظهور السلوك بعد اختفائه يكون مؤقتاً في العادة ، وغالبا ما يؤدي تجاهله إلى انطفائه من جديد .

٤ - الاطفاء لا يقلل السلوك فورا بل تدريجيا . وتعتمد سرعة اختفاء السلوك الذي يخضع للاطفاء على عدة عوامل من أهمها جدول التعزيز الذي كان السلوك المستهدف يخضع له (فالتعزيز المتقطع يعني مقاومة أكبر للاطفاء) .

## اجراءات التقليل المعتمدة على التعزيز (Reinforcement - Based Reductive Techiques)

ربما تكون أكثر اجراءات التقليل ايجابية هي الاجراءات المستندة إلى التعزيز .  
فباستطاعتنا استخدام التعزيز لتقليل السلوك غير المرغوب فيه وفق القوانين التالية :

### أ - التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر (Differential Reinforcement of Other Behavior) :

يتضمن هذا الاجراء تعزيز الشخص في حالة امتناعه عن القيام بالسلوك غير المرغوب فيه لفترة زمنية محددة ، ويعتمد طول تلك الفترة على معدل حدوث السلوك المستهدف قبل البدء بمعالجته . بعبارة أخرى إذن ، يشتمل هذا الاجراء على محو السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز السلوكات الأخرى المرغوب فيها .  
ويتطلب استخدام هذا الاجراء اتباع الخطوات التالية :

- ١ - تحديد السلوك المراد تقليله وتعريفه اجرائيا .
- ٢ - تحديد الفترة الزمنية التي يجب على الشخص الامتناع عن تأدية السلوك المستهدف أثناءها .
- ٣ - قياس السلوك المستهدف أثناء تلك الفترة بشكل متواصل .
- ٤ - تعزيز الشخص في حالة امتناعه عن تأدية السلوك المستهدف في الفترة التي تم تحديدها (Deitz & Repp, 1983) .

### ب - التعزيز التفاضلي للسلوك البديل (Differential Reinforcement of Alternative Behavior) :

يسمى هذا الاجراء أيضا بالأشراط المضاد (Counterconditioning) إذ أنه يشتمل على تعزيز الشخص على القيام بسلوك لا يتوافق والسلوك غير المرغوب فيه (Deitz & Repp, 1983) . فبدلا من توبيخ الطالب أو معاقبته جسديا عندما يجيب عن الأسئلة دون أن يرفع يده ، يستطيع المعلم أن يثني عليه عندما يرفع يده ، وهو كذلك يستطيع ضبط سلوك الخروج من المقعد بتعزيز الطفل عندما يجلس في المقعد . وبالمثل يستطيع الأب أن يقلل من تنقل ابنه من غرفة إلى أخرى في البيت وفي يده الطعام بتعزيزه عندما يجلس بشكل مناسب منع الأفراد الآخرين في الأسرة لتناول الطعام . وهكذا ، يكون السلوك بديلا لسلوك آخر اذا كان من المستحيل أن يحدث معه في الوقت نفسه .

## ج - التعزيز التفاضلي لانخفاض معدل السلوك

### Differential Reinforcement of Low Rates

يشتمل هذا الاجراء على تعزيز الشخص عندما يصبح معدل حدوث السلوك غير المرغوب فيه لديه أقل من قيمة معينة يتم تحديدها مسبقا . ونستطيع وصف الخطوات التي يجب اتباعها عند استخدام هذا الاجراء كما يلي (Polsgrove & Reith, 1983) .

أ - تحديد السلوك المستهدف وتعريفه اجرائيا .

ب - قياس معدل حدوثه قبل البدء بمعالجته .

ج - تحديد معايير التعزيز .

د - تقديم المعززات اذا كان معدل حدوث السلوك أقل من القيمة المحددة (المعيار الذي تم وضعه) .

إن هذا الاجراء لا يهدف إلى إيقاف السلوك بل إلى تقليله . وهو يشبه الاجراء المعروف بالتشكيل (Shaping) حيث أن كليهما يحاول تحقيق الأهداف المتوخاة تدريجيا . ولكن التعزيز التفاضلي لانخفاض معدل السلوك يعمل على اضعاف السلوك بينما يعمل التشكيل على تقويته .

## النمذجة

### (Modeling)

أشرنا إلى أن النمذجة هي عملية تعلم تشمل على تغيير الفرد لسلوكه نتيجة لملاحظة ومحاكاة سلوك فرد آخر . وعلى الرغم من امكانية استخدام النمذجة لتحقيق العديد من الأهداف العلاجية (كزيادة السلوك المرغوب فيه ، أو تشكيل السلوك) ، إلا أن ما يهمناً في هذا الجزء هو النمذجة بوصفها اجراء لتقليل السلوك غير المرغوب فيه في هذه الحالة قد تأخذ النمذجة أحد الشكلين التاليين (Wilson & O'leary, 1980) :

#### أ - النمذجة بهدف الكف (Inhibition Modeling):

في هذه الطريقة ، إما أن يلاحظ الفرد النتائج السلبية التي تنجم عن تأدية النموذج للسلوك غير المرغوب فيه ، أو أن يلاحظ نموذجا لا يعزز على سلوكه ، أو أن يلاحظ نموذجا يؤدي السلوك المراد تقليله بشكل منخفض .



## ب - نمذجة السلوك البديل (Incompatible Behavior Modeling):

تشتمل هذه الطريقة على قيام المتعالج بملاحظة نموذج لا يؤدي السلوك غير المرغوب فيه أو يؤدي سلوكا بديلا له ( كأن يلاحظ الشخص الذي يخاف من الكلاب مثلا شخصا اخر يمر بخبرات غير مخيفة مع الكلاب) .

## الاقصاء عن التعزيز الايجابي

### (Time Out From Positive Reinforcement)

لا يؤدي الاطفاء أحيانا إلى تقليل السلوك نتيجة لصعوبة ضبط مصادر التعزيز . فعلى سبيل المثال ، قد يتجاهل المعلم سلوك الطالب الذي يسلك على نحو غير مقبول بهدف تقليله ، ولكن الطلبة الآخرين قد يعززونهم (عن غير قصد) ، وذلك سيحد من فعالية الاطفاء إلى درجة كبيرة .

إن الاجراء المناسب في مثل هذه الحالة (والحالات المماثلة التي يكون التعزيز فيها مستمدا من التفاعل الاجتماعي) هو الاجراء المعروف بالاقصاء عن التعزيز الايجابي . يشتمل هذا الاجراء على حرمان الشخص - مؤقتا - من إمكانية الحصول على التعزيز وذلك باقصائه من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة حال تأديته للسلوك المراد تقليله (Gast & Nelson, 1977)

ولعل أهم الاعتبارات التي ينبغي مراعاتها عند استخدام الاقصاء هو التأكد من أن الموقف (أو المكان) الذي يقصى عنه الشخص معزز له بالفعل وأن الموقف الذي يقصى إليه غير معزز بالمرّة أو أنه بغيض بعض الشيء وإلا فقد يؤدي الشخص السلوك غير المرغوب فيه بهدف الانتقال إلى مكان الاقصاء . فعلى سبيل المثال ، يلجأ بعض المعلمين إلى طرد الطلبة من غرفة الصف وارسالهم إلى البيت مدة يوم أو يومين جزاء لهم على سوء تصرفهم . ترى هل غرفة الصف «بيئة معززة» والبيت «بيئة غير معززة» للطلبة بالفعل ؟ ربما كانت مغادرة المدرسة شيئا ممتعا بالنسبة للطلبة (وخاصة اذا كانت قد اقترنت بالعقاب والضبط البغيض) . ويأخذ الاقصاء عن التعزيز الايجابي ثلاثة أشكال أساسية وهي :

## أ - الملاحظة الشرطية (Contingent Observation) :

في هذا النوع من الاقصاء ، والذي يستخدم عادة مع الأطفال ، يتم ابعاد الطفل عن

الأطفال الآخرين لفترة زمنية محددة ، جزاء له على تصرفه غير اللائق . وأثناء تلك الفترة يتم تجاهله بعد أن يكون قد حرم من النشاط المفضل ، ويطلب منه ملاحظة الأطفال الآخرين وهم يقومون بالنشاط ويحصلون على التعزيز .

#### ب - الاستثناء (Exclusion Time Out) :

أما في هذا النوع من الإقصاء ، يقوم المعلم بحرمان الطفل من النشاط المفضل وحرمانه من امكانية مشاهدة الأطفال الآخرين ولكن دون اللجوء إلى نقله إلى مكان خاص خارج غرفة الصف . فعلى سبيل المثال ، قد يرغب المعلم الطقل على الجلوس في كرسي وضع في أحد زوايا غرفة الصف يطلب منه أن يجلس مواجهها الحائط فترة من الزمن .

#### ج - العزل (Seclusion Time Out) :

كذلك قد يأخذ الإقصاء عن التعزيز الإيجابي شكلا أكثر عنفا من الأشكال السابقة ويسمى في هذه الحالة بالعزل . ويشتمل هذا النوع على إقصاء الشخص من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة تسمى غرفة العزل (Walker, 1983) . ولعله من الأهمية بمكان التأكيد هنا على أن العزل يجب أن لا يستمر لأكثر من عدة دقائق (فالعزل لا يعني الحبس) .

### تكلفة الاستجابة

تشير تكلفة الاستجابة إلى أن قيام الشخص بالسلوك غير المرغوب فيه سيكلفه شيئا ما ، وذلك الشيء هو فقدان جزء من المعززات التي في حوزته . بعبارة أخرى ، يشتمل هذا الاجراء على أخذ جزء من المعززات من الفرد بعد تأديته للسلوك المستهدف مباشرة وذلك بهدف تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل (Walker, 1983) .

إن هذا الإجراء يستخدم بكثرة في الحياة اليومية وهو غالبا ما يسمى بالمخالفة أو الغرامة . ومن الأمثلة على ذلك فصل الهاتف بسبب عدم تسديد الفاتورة وقت استحقاقها ، ومخالفة السائق بسبب سرعته الزائدة ، وخصم بعض العلامات بسبب عدم تسليم الطالب لواجبه المدرسي في الموعد المحدد ، الخ .

ولعل أهم النقاط التي يجب أخذها بالاعتبار عند استخدام تكلفة الاستجابة هي

ضرورة أن تتناسب كمية الغرامة مع طبيعة السلوك المستهدف . فنحن بالطبع لا نريد أن يفقد الشخص كل ما في حوزته من معززات ، فإذا حدث ذلك فلا معنى لاستخدام تكلفة الاستجابة أصلا إذ أن الشخص لم يعد لديه ما يفقده .

## التصحيح الزائد (Overcorrection)

يستند التصحيح الزائد إلى منطق بسيط يقول أن على الإنسان الذي يسيء التصرف أن يتحمل نتائج سلوكه . وتبعاً لذلك جاء هذا الاجراء ليشتمل على عنصرين أساسيين وهما (Miltenberger & Fuqua, 1981) :

أ - ارغام الشخص على أن يعيد الوضع إلى حال أفضل من الذي كان عليه قبل قيامه بالسلوك غير المناسب وهذا ما يسمى بتصحيح الوضع (Restitution) . فعلى سبيل المثال ، إذا أراد المعلم أن يوقف سلوك الكتابة على المقاعد الدراسية لدى الطلبة فباستطاعته أن يرغم الطالب الذي يفعل ذلك على أن يمسح كل ما كتبه وأن ينظف المقعد جيدا ، وأن ينظف المقاعد الأخرى في غرفة الصف أيضا . وهكذا فالتصحيح الزائد اجراء عقابي يحاول التأكيد للشخص على أن سلوكه غير المقبول سترتب عليه عواقب تزعجه وتتعبه فعلا .

ب - أما العنصر الثاني فيسمى بالممارسة الايجابية (Positive Practice) ويشتمل على ارغام الشخص في حالة قيامه بالسلوك غير المقبول على تأدية سلوك بديل له لفترة زمنية محددة . فعلى سبيل المثال ، اذا أبدى طفل متخلف عقليا سلوكا نمطيا أو ما يسمى بالاثارة الذاتية كأن يصفع وجهه بيده مثلا ، فباستطاعتنا محاولة ايقاف ذلك بارغام الطفل على الجلوس بشكل مناسب (باستخدام التقييد الجسدي أحيانا) ، وأن يضع يديه أمامه فترة زمنية معينة . وسنتكفي هنا بالإشارة إلى أن مئات الدراسات أوضحت فعالية هذا الاجراء في معالجة العديد من المشكلات السلوكية كالعدوان ، والايذاء الذاتي ، والسلوك التخريبي ، والسلوك الاجتماعي غير المقبول ، والتبول اللاإرادي ، والفوضى (Miltenberger & Fuqua, 1981) .

## الاشباع (Satiation)

يقوم هذا الاجراء على افتراض مفاده مفاده أن تقديم المعزز نفسه بكميات كبيرة في فترة زمنية قصيرة يؤدي إلى فقدان المعزز لمعناه . فكما أشرنا في سياق حديثنا عن العوامل التي تؤثر في فعالية العقاب ، يؤدي استخدام المعزز نفسه بشكل متواصل إلى الاشباع منه وذلك قد يترتب عليه فقدان المعزز لخاصيته التعزيزية . وتبعاً لذلك ، يمكننا استخدام الاشباع لكبح السلوك وذلك باعطاء الشخص كميات كبيرة من المعزز على أمل أن يؤدي ذلك إلى تقليل دافعيته لتأدية السلوك (Foxx, 1982) . وعلى الرغم من أن هذا الاجراء ذو فعالية كبيرة إذا ما استخدم وفق القواعد الصحيحة ، إلا أن استخداماته محدودة . فنحن لا نستطيع مساعدة الشخص على الاقلاع عن التدخين مثلا بالاشباع ، فعواقب ذلك على صحته قد تكون وخيمة .

## الممارسة السلبية (Negative Practice)

يشتمل هذا الاجراء على ارغام الشخص على تأدية السلوك غير المرغوب بشكل متواصل لفترة زمنية محددة على افتراض أنه سيصبح مملاً وبغيضاً في النهاية (Foxx, 1982) . وفي العادة يستخدم هذا الاجراء لتقليل السلوكات اللاارادية ، كمص الإبهام ، وقضم الأظافر ، والتأتأة ، والعرة . فالممارسة السلبية مثلها في ذلك مثل الاشباع ، استخداماتها محدودة جداً . فنحن لا نستطيع مثلا استخدام الممارسة السلبية في معالجة العدوان لأن العواقب قد تكون خطيرة .

## تغير المثير (Stimulus Change)

يُبدى الإنسان أحيانا بعض الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها في ظروف بيئية معينة . ولهذا فبالامكان ضبط تلك السلوكات من خلال ضبط الظروف التي تهيء الفرصة لحدوثها . والأمثلة على ذلك في الحياة اليومية كثيرة جداً ومنها الأم التي تضع الأشياء القابلة للكسر بعيداً عن متناول يد إبنها ، والمعلم الذي يطلب من طالب يتحدث مع جاره أن يتنقل إلى مقعد آخر ، والمعلم الذي يطلب من الطلبة أن يجلسوا

بعيدا عن بعضهم البعض أثناء الامتحان بهدف التقليل من احتمالات الغش . إن هذا الاجراء يعمل على كبح السلوك المراد تقليله بفعالية إلا أنه لا يقدم إلا حلاً مؤقتة .

## التوبيخ (Reprimanding)

التوبيخ هو التعبير عن عدم الموافقة أو عدم الرضا عن سلوك الفرد بطريقة لفظية (كقول : كلام سخيف ، جاهل ، خطأ ، الخ) أو بطريقة غير لفظية (كالنظرة الغاضبة أو الساخرة) . وتوضح الدراسات المتعلقة بأنماط التفاعل بين المعلمين والطلبة أن التوبيخ أكثر أشكال العقاب استخداما في المدارس . ويعود ذلك إلى كونه اجراء بسيطا من السهل تنفيذه واستخدامه مباشرة بعد حدوث السلوك المستهدف . وعلى الرغم من شيوع هذا الاجراء ، فإن البحوث المتعلقة به ، اذا قورنت بالبحوث التي أجريت على أشكال العقاب الأخرى الأقل شيوعا ، محدودة جدا . وتتصف نتائج الدراسات المتوافرة بالتناقض .

ومن الدراسات المثيرة للاهتمام دراسة أوليري وآخرين (Oleary et al. 1970) ، إذ أوضحت أن التوبيخ بصوت منخفض أكثر نجاعة من التوبيخ بصوت عال . أما دراسة فان هوتن وزملائه (Van Houten et al., 1983) فلقد أشارت إلى أن العوامل التالية تزيد فاعلية التوبيخ :

- أ - السلوك غير اللفظي أثناء التوبيخ (وبخاصة الاتصال العيني) .
- ب - الاقتراب من الفرد أثناء توبيخه . كذلك تشير البحوث العلمية إلى أن التوبيخ يكون أكثر فاعلية إذا اقترن بمثير عقاب فعال ، وإذا لم يشتمل على مناقشات مطولة وعنيفة مع الشخص عند توبيخه .

وأخيراً ينبغي الإشارة هنا إلى أن التوبيخ شكل من أشكال الانتباه إلى سلوك الآخرين وبناء على ذلك فهو قد يعمل بمثابة مثير تعزيزي لا عقابي . ولعل ذلك يلقي الضوء على الأسباب التي تكمن وراء عدم توقف الطلبة عن القيام بالسلوكات غير المناسبة على الرغم من استخدام المعلمين للتوبيخ بكثرة .

### أساليب الاشراف الكلاسيكي (Classical Conditioning Procedures) :

تعتمد معظم أساليب تعديل السلوك على مبادئ الاشراف الاجرائي لأن معظم ما

يصدر عنا من استجابات من النوع الاجرائي . على أية حال ، فثمة أساليب لتعديل سلوك الأطفال المعوقين وبخاصة السلوك الانفعالي (كالخوف والقلق ، الخ) تستند إلى مبادئ الإشراف الكلاسيكي . ومن هذه الأساليب أسلوب تقليل الحساسية التدريجي (Systematic Desensitization) . ويشتمل هذا الأسلوب على الإشراف المضاد (Counterconditioning) للاستجابة الانفعالية غير التكيفية وذلك باستخدام الاسترخاء (Relaxation) بوصفه استجابة مضادة أو بديلة . ويتضمن ذلك تحديد المواقف التي تستجر الاستجابة الانفعالية غير التكيفية أولاً ومن ثم تطوير استجابة بديلة ومناقضة لها ثانياً وأخيراً إشراف الاستجابة البديلة بوجود المثيرات التي تستجر الاستجابة غير التكيفية والاستمرار بعمل ذلك إلى أن تنخفض الاستجابة الانفعالية غير التكيفية أو تتوقف عن الحدوث تماماً .

طريقة أخرى من طرق الإشراف الكلاسيكي هي المعالجة بالافاضة . وتشمل هذه الطريقة ارغام الشخص على مواجهة المواقف أو المثيرات التي تحدث السلوك الاستجابي غير التكيفي لديه . وقد تتم عملية الافاضة على هيئة مواجهة بالتخيل (Implosive Therapy) أو مواجهة بالواقع (Flooding) ، أي أن الطفل يواجه المواقف ذات العلاقة بسلوكه الانفعالي غير التكيفي بشكل مباشر وليس بتخيلها . وأخيراً ، فمن طرق الإشراف الكلاسيكي المعروفة طريقة المعالجة بالتنفير (Aversion Therapy) والتي تشمل اقران السلوك غير التكيفي بمثيرات تنفيرية مثل العقاقير المسببة للغثيان أو الصدمة الكهربائية وغير ذلك من الأحداث المزعجة أو المؤلمة (الخطيب ، ١٩٩٠) .

## خلاصة

حاول هذا الفصل ايضاح استراتيجيات تعديل سلوك الأطفال ذوي الاعاقات المختلفة . فقد أوضح الجزء الأول منه استراتيجيات تشكيل وتدعيم المظاهر السلوكية التكيفية وبخاصة أسلوب التعزيز حيث تم تعريفه وتصنيفه . كذلك تم تقديم وصف موجز للإستراتيجيات الأخرى التي من شأنها تقوية السلوك مثل التشكيل ، والتغذية الراجعة ، والنمذجة ، والتسلسل ، والاقتصاد الرمزي ، والعقود السلوكية . إن لهذه الأساليب دورا بالغ الأهمية في تطوير المظاهر السلوكية الوظيفية لدى الأطفال المعوقين وليس من شك في أن ذلك يعتبر واحدا من الأهداف الرئيسية التي تحاول برامج التربية الخاصة تحقيقها .

من جهة أخرى ، عرض الجزء الآخر من الفصل استراتيجيات كبح الاستجابات

غير التكميفية . واشتملت تلك الأساليب على المحو ، وتعزيز الاستجابات البديلة ،  
وتكلفة الاستجابة ، والاقصاء ، والتصحيح الزائد ، وغير ذلك . ولما كانت هذه  
الأساليب تتضمن استخدام اجراءات منفرة لضبط السلوك فقد ينجم عنها بعض  
التأثيرات الجانبية السلبية ، لهذا اهتم الفصل بعرض أهم تلك التأثيرات والعوامل التي  
ينبغي مراعاتها للحد منها .

## أسئلة

- ١ - ما هو التعزيز السلبي ؟ هل تستطيع اعطاء أمثلة على مشكلات سلوكية محددة يعاني منها الأطفال المعوقون يمكن معالجتها باستخدام التعزيز السلبي ؟
- ٢ - ما هو مبدأ بريماك ؟ وما هي استخداماته في عملية تعديل سلوك الأطفال المعوقين؟
- ٣ - حدد مهمة اجتماعية معينة تودّ تعليمها لطفل معوق وحلّ تلك المهارة . أيهما أكثر فاعلية لتعليم الطفل تلك المهمة : التسلسل الأمامي أم التسلسل الخلفي ؟ لماذا ؟
- ٤ - إن ما نعرفه عن أثر العقاب على السلوك البشري لا يزال محدودا نسبيا . ما هي الأسباب التي تكمن وراء ذلك ؟
- ٥ - ينادي البعض بالغاء العقاب قائلين أنه ليس أسلوبا تربويا مقبولا . ما موقفك من هذا التوجه ؟ وهل يختلف موقفك من العقاب في التربية العادية عن موقفك منه في التربية الخاصة ؟
- ٦ - المثيرات العقابية أنواع مختلفة ، فمنها ما هو شرطي ومنها ما هو غير شرطي . والكلام ذاته ينطبق على المثيرات التعزيزية .
- ٧ - لماذا يقوم معدّل السلوك بتعريف السلوك بدقة ووضوح قبل تعزيزه أو معاقبته؟ ولماذا يقوم بتوضيح ذلك السلوك للطفل قبل البدء بتنفيذ برنامج تعديل السلوك؟
- ٨ - ذكر الفصل بعض السيئات التي قد تنجم عن استخدام العقاب بشكل عام . هل تعتقد أن ثمة سيئات أخرى قد تنطوي على استخدامه مع الأطفال المعوقين ؟ ما هي ؟ وما الذي يعنيه ذلك بالنسبة لمعلمي التربية الخاصة ؟
- ٩ - يبدو لأول وهلة أن الحديث عن امكانية استخدام التعزيز (وهو الأسلوب الأكثر استخداما لتقوية السلوك) لخفض السلوك غير المرغوب فيه ينطوي على تناقض . هل تستطيع أن تبين بالأمثلة عدم صحة مثل هذا الافتراض ؟
- ١٠ - ما الفرق بين :
  - أ - تصحيح الوضع والممارسة الايجابية ؟
  - ب - العقاب من الدرجة الأولى والعقاب من الدرجة الثانية ؟
  - ج - تعزيز السلوك الآخر وتعزيز السلوك النقيض ؟



## المراجع

- الخطيب ، جمال (١٩٨٨) . المظاهر السلوكية غير التكيفية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقليا الملتحقين بمدارس التربية الخاصة - دراسة مسحية ، مجلة دراسات ، ١٥ ، ١٦٢ - ١٨٦ .
- الخطيب ، جمال (١٩٩٠) . تعديل السلوك : القوانين والإجراءات (الطبعة الثانية) . مطبعة الصفحات الذهبية . الرياض : المملكة العربية السعودية .
- Azrin, N., & Holz, W. (1966). Punishment. In W.K. Hoing (Ed.), **Operant behavior: Areas of research and application**. New York: Appleton.
- Balsam, P.D., & Bondy, A.S. (1983). The negative side effects of reward. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 16, 283-296.
- Becker, W., Madsen, D., Arnold, C., & Thomas, D, (1967). The contingent use of teacher attention and praise in reducing classroom behavior problems. **Journal of Special Education**, 1, 287-307:
- Buckley, N.K. & Walker, H.M. (1978). **Modifying classroom behavior**. Champaign, Illinois: Research Press.
- Deitz, D., & Repp, A. (1983). Reducing behavior through reinforcement. **Exceptional Education Quarterly**, 3, 34-46.
- Foxx, R. (1982). **Decreasing behaviors of severely retarded and autistic persons**. Champaign, Illionis: Research Press.
- Gast, D., & Nelson, C. (1977). Legal and ethical considerations for the use of time out in special education. **Journal of Special Education**, 11, 457-467.
- Hall, R., Axelrod, S., Foundopoulos, M., Shellman, J., Campbell, R., & Cranston, S.S. (1971). The effective use of punishment to modify behavior in the classroom. **Educational Technology**, 11, 24-26.
- Heron, T. (1978). Punishment. **Journal of Special Education**, 12; 243-252.
- Johnston, M. (1972). Punishment of human behavior. **American Psychologist**, 27, 1033-1054.
- Kuuffman, J., & Snell, M. (1977). Managing the behavior of severely handicapped persons. In E. Sontag (Ed.), **Educational programming for the severely and profoundly handicapped**. Reston, Virginia: Council for Exceptional Children.
- MacMillan, D., Forness, S., & Trumbull, B. (1973). The role of punishment in the classroom. **Exceptional Children**, 40, 85-96.

- Madsen, C., Madsen, C., Saundargas, R., Hammend, W., & Edger, D. (1970). Classroom RAID (rules, approval, ignorance and disapproval). **Journal of School Psychology**, 8, 180.
- Martin, G., & Pear, J. (1983). **Behavior modification: What it is and how to do it**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Mikulas, W. (1978). **Behavior modification**. New York: Harper & Row.
- Miltenberger, R., & Fuqua, R. (1981). Overcorrection: A review and critical analysis. **The Behavior Analyst**, 4, 123-141.
- Oleary, K., Jaufman, K., Kass, R., & Drabman, R. (1970). The effects of loud and soft reprimands on disruptive behavior. **Exceptional Children**, 36, 145-155.
- Parke, R. (1970). The role of punishment in the socialization process. In R. Hoppe, G. Miltomm & E. simmel (Eds.), **Early experiences in the process of socialization**. New York: Academic Press.
- Polsgrove, L., & Reith, H. (1983). Procedures for reducing children's inappropriate behaviors in special education settings. **Exceptional Education Quarterly**, 3, 20-32.
- Skinner, B.F. (1953). **Science and human behavior**. New York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1978). **Technology of teaching**. New York: Appleton.
- Snell, M. (1983). **Systematic instruction of the severely handicapped**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Stokes, T., & Baer, D. (1977). An implicit technology of generalization. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 10, 349-368.
- Sulzer-Azaroff, B., & Mayer, G. (1977). **Applying behavior analysis procedures with children and youth**. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Van Houten, R., Nau, P., Mackenziekeating, S., Sameoto, D., 7 Calavecchia, B. (1982). An analysis of some variables influencing the effectiveness of reprimands. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 15, 65-83.
- Walker, H. (1983). Applications of response cost in school settings: Outcomes, issues and recommendations. **Exceptional Education Quarterly**, 3, 47-55.
- Wilson, G., & Oleary, K. (1980). **Principles of behavior therapy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

## الفصل الثالث

تعديل وتنفيذ برامج تعديل

سلوك الأطفال المعوقين

## مقدمة :

تعرض الفصول القادمة العديد من الدراسات التوضيحية التي تبين الخصائص العامة لبرامج تعديل السلوك . وكما سيتضح من مراجعة تلك الدراسات فإن تطبيق مبادئ السلوك بشكل فعال ليس بالأمر السهل أو المباشر كما قد يعتقد البعض لأول وهلة . فتنفيذ برامج تعديل السلوك لمعالجة المشكلات السلوكية التي قد يعاني منها الأطفال المعوقون في الأوضاع التطبيقية المختلفة ينطوي على تحديات كثيرة ويتطلب اتخاذ القرارات المناسبة بشأن العديد من القضايا المهمة بغض النظر عن الوضع الذي تجري فيه عملية تعديل السلوك .

إن هذا الفصل يحاول القاء الضوء على القضايا الرئيسية التي يجب مراعاتها عند تنفيذ برامج تعديل سلوك الأطفال المعوقين . كذلك يحاول الفصل مناقشة الصعوبات العملية التي قد يواجهها الأشخاص الذين يقومون بتطبيق هذه البرامج وبعض الاستراتيجيات التي يمكن تنفيذها للحد من تلك الصعوبات والتغلب عليها . وعلى وجه التحديد يناقش هذا الفصل القضايا الرئيسية التالية :

- ١ - تحديد المشكلة .
- ٢ - تعريف السلوك المستهدف اجرائيا .
- ٣ - قياس السلوك المستهدف .
- ٤ - تصميم برنامج تعديل السلوك .
- ٥ - تنفيذ برنامج تعديل السلوك .

## تحديد المشكلة السلوكية :

تتمثل الخطوة الأولى في تصميم برامج تعديل السلوك بالتحقق من وجود سلوك لدى الطفل المعوق بحاجة إلى تعديل أو وجود مشكلة سلوكية بحاجة إلى معالجة . ويتم اتخاذ القرار المناسب فيما يتصل بهذا الموضوع اعتمادا على اجراء عملية تقويم أولية غالبا ما تشمل المقابلة السلوكية ، وتطبيق قوائم التقدير السلوكية ، والملاحظة (Gardner, 1977) . واستنادا إلى هذه العملية يخرج معدّل السلوك بانطباعات أولية عامة غير محددة بدقة كما هو الحال في الأمثلة التالية :

- \* أنه لا ينتبه إلى ما يقال إليه في غرفة الصف .
- \* إنه طفل بطيء .

- \* إنه يعصي الأوامر .
- \* إنه طفل خجول .
- \* إنه ينفعل بشدة لأتفه الأسباب .

وقد تكون المشكلة على هيئة عجز سلوكي (Behavioral Deficit) مثل : ضعف في التمييز الحسي ، عجز في الأداء الحركي ، عجز في الاستجابة للآثار الاجتماعية ، عجز في السلوك الانفعالي ، نقص في الدافعية ، وما إلى ذلك . أو هي قد تكون على شكل حدوث السلوك بكثرة (Behavioral Excess) مثل الفوضى ، النشاط الزائد ، المبالغة في ردود الفعل الإنفعالية ، الثرثرة ، العدوان ، الخ .

### تعريف السلوك المستهدف :

تشمل الخطوة الثانية في عملية تعديل السلوك تحديد الأهداف العامة المتوخاة على هيئة نتائج سلوكية واضحة . فتحدد الأهداف المنشودة يعمل على توجيه برنامج تعديل السلوك وعلى تحديد المعايير التي سيتم في ضوءها الحكم على فاعليته . وفي برامج تعديل السلوك يتم صياغة النتائج السلوكية على هيئة أهداف مباشرة قصيرة المدى وأهداف نهائية طويلة المدى . ويراعى في تحديد الهدف قصير المدى قابليته لايضاح التغيرات في مستوى الأداء الحالي للطفل التي من شأنها أن تقود إلى الهدف النهائي . أما الهدف النهائي فيجب أن يكون واقعيًا ومنسجمًا مع القدرات الفعلية للطفل . وتختلف الأهداف قصيرة المدى عن الأهداف طويلة المدى في كونها تصف خطوات إجرائية قابلة للقياس الموضوعي المباشر حيث يتم صياغتها على شكل استجابات ظاهرة ضمن ما يعرف بالأهداف السلوكية . وتشمل الأهداف السلوكية تحديد ثلاثة عناصر هي الأداء (أفعال سلوكية واضحة يمكن قياسها بشكل مباشر) والظروف (المواقف التي سيحدث فيها السلوك والمواد والأدوات اللازمة لتأدية السلوك) والمعايير (المحكيات التي تستخدم للحكم على الأداء من حيث دقته أو نوعيته) (Gelfand & Hartman, 1984) .

### قياس السلوك المستهدف :

القياس جزء بالغ الأهمية في عملية تعديل سلوك الأطفال المعوقين . فمعالجة أية مشكلة سلوكية تحتم علينا اجراء تقييم شامل للأنماط السلوكية المستهدفة والمواقف التي تحدث فيها . فبدون ذلك قد نستمر باستخدام أساليب معينة على الرغم من أنها

غير فعالة أو قد نتوقف عن استخدام اجراءات أخرى على الرغم من أنها فعالة . ولا يقتصر القياس على مرحلة واحدة من مراحل عملية تعديل السلوك ولكنه جزء لا يتجزأ من جميع المراحل (مرحلة ما قبل العلاج ومرحلة العلاج ومرحلة ما بعد العلاج) . ويعود ذلك إلى كون القياس يحقق أهدافا متنوعة من أهمها :

- أ - وصف المشكلة السلوكية بدقة ووضوح .
- ب - التعرف على العوامل ذات العلاقة بالمشكلة .
- ج - المساعدة في اتخاذ القرارات المتصلة باستراتيجيات تعديل السلوك المناسبة .
- د - تقييم فاعلية أساليب تعديل السلوك المستخدمة (Heward, Dardig, & Rossett, 1979) .

هذا ويتصف القياس في تعديل السلوك بكونه مباشرا ومتكررا . فهو يركز على الأبعاد الرئيسية التالية : تكرار السلوك (عدد مرات حدوثه في فترة زمنية معينة) ، ومدة حدوث السلوك (الفترة الزمنية التي يستمر فيها السلوك بالحدوث) ، وشدة السلوك (مستوى قوة السلوك أو مستوى ضعفه) ، وكمون السلوك (الفترة الزمنية التي تفصل بين حدوث المثير وحدث السلوك) وطبوغرافية السلوك (الشكل الذي يأخذه السلوك) .

وبعد تحديد المشكلة السلوكية التي يعاني منها الطفل المعوق وصياغتها على هيئة أنماط سلوكية معروفة اجرائيا ينبغي على معدل السلوك تحديد طريقة القياس التي سيقوم باستخدامها . ويراعي معدل السلوك العوامل الأساسية التالية قبل البدء بعملية القياس رسميا :

- أ - السلوك الذي سيتم قياسه .
- ب - موعد قياس السلوك والمكان الذي سيتم فيه .
- ج - الفترة الزمنية التي ستستغرقها عملية القياس .
- د - الشخص الذي سيقوم بتنفيذ عملية القياس .

وعلى الرغم من أن طرق القياس المتبعة في تعديل السلوك عديدة ومتنوعة ، إلا أن الملاحظة المباشر (Direct Observation) تعتبر أكثر هذه الطرق استخداما . ويمكن تعريف الملاحظة المباشرة على أنها طريقة لجمع البيانات عن السلوك أثناء حدوثه مباشرة وتدوين تلك البيانات وفق نظام معين . وبشكل عام ، تأخذ الملاحظة المباشرة الأشكال الأربعة التالية :

### تسجيل تكرار السلوك (Event Recording) :

في هذه الطريقة يقوم معدّل السلوك بتعريف السلوك اجرائيا ويحدد الفترة الزمنية التي سيلاحظ فيها السلوك ويقوم فعليا بملاحظة وتسجيل عدد مرات حدوثه في تلك الفترة المحددة .

### تسجيل مدة حدوث السلوك (Duration Recording) :

قد لا يكون البعد الذي يهتم به معدّل السلوك متمثلا بتكرار السلوك وإنما بمدة حدوثه . في هذه الحالة تشمل الملاحظة المباشرة ملاحظة وتسجيل المدة التي يستغرقها السلوك منذ بداية حدوثه إلى نهاية حدوثه . إن معدّل السلوك عند استخدام هذه الطريقة أيضا يقوم بتعريف السلوك المستهدف اجرائيا وتحديد الفترة الزمنية التي ستحدث فيها عملية الملاحظة . وفي العادة ، يقوم معدّل السلوك بتحويل البيانات إلى نسبة حدوث (Percentage of Occurrence) وذلك من خلال قسمة مدة حدوث السلوك على فترة الملاحظة الكلية .

### تسجيل الفترات الزمنية (Interval Recording) :

تشتمل هذه الطريقة على تجزئة فترة الملاحظة الكلية إلى فترات زمنية متساوية ومن ثم القيام بملاحظة وتسجيل حدوث السلوك أو عدم حدوثه في تلك الفترات . وتكون الفترات الجزئية قصيرة إذا كان معدّل حدوث السلوك المستهدف مرتفعا ، في حين أنها تكون طويلة نسبيا إذا كان معدّل حدوث السلوك منخفضا .

### تسجيل العينات الزمنية اللحظية (Momentary Time Sampling) :

تشبه هذه الطريقة طريقة تسجيل الفترات الزمنية باستثناء واحد هو أن ملاحظة السلوك تتم في نهاية الفترة الزمنية الجزئية فقط . وكما هو الحال بالنسبة لطريقة تسجيل الفترات الزمنية أيضا فإن الفترة الجزئية قد تكون طويلة أو قصيرة وذلك اعتمادا على معدّل حدوث السلوك المستهدف . وهذه الطريقة أكثر عملية من الطرق الأخرى إذ أنها لا تتطلب الانتباه المتواصل من الملاحظ وعلى الرغم من ذلك فهي توفر بيانات لا تقل موضوعية عن تلك التي توفرها طريقة تسجيل الفترات الجزئية .

هذا وينبغي التنويه إلى أن الأشخاص الذين توكل إليهم مهمة ملاحظة السلوك

ولأسباب مختلفة قد لا يقدمون بيانات دقيقة وصحيحة . ولذلك يجب التأكد من صحة البيانات المقدمة والطريقة المستخدمة عادة لتحقيق ذلك هي أن يقوم أكثر من شخص واحد بملاحظة السلوك في الفترة الزمنية نفسها حيث يتم استخراج نسبة الاتفاق بين الملاحظين (Interobserver Agreement) .

ومن أجل التوصل إلى مستوى مقبول من الاتفاق يجب تدريب الملاحظين . وتتم عملية التدريب هذه قبل أن تستهل عملية الملاحظة الرسمية وتستمر إلى أن يتم التأكد من أن الملاحظين باتوا قادرين على جمع بيانات دقيقة وموضوعية عن السلوك المستهدف .

### تصميم برامج تعديل السلوك :

بعد جمع البيانات والتأكد من أن الطفل لديه مشكلة سلوكية بحاجة إلى علاج يجب اختيار أساليب التعديل السلوك اللازمة لتحقيق الأهداف العلاجية . ويعتمد برنامج تعديل السلوك على عدة عوامل منها تقييم الخصائص الشخصية للطفل ، ومدى توفر الامكانيات اللازمة لتنفيذ البرنامج ، ومهارة وخبرة الأشخاص الذين سيقومون بتنفيذ البرنامج . وبعد تحديد ذلك يجب وصف العناصر التي يشتمل عليها البرنامج كتابيا . وقبل البدء بتنفيذ برنامج تعديل السلوك ينبغي على معدل السلوك أن يسأل نفسه الأسئلة التالية (Knapp & Salend, 1984) :

- ١ - هل قمت بتحديد الأنماط السلوكية التي تود تعديلها ؟
- ٢ - هل ترتبط الأهداف قصيرة المدى بالأهداف طويلة المدى ؟
- ٣ - هل قمت بتحديد الوضع الذي سينفذ فيه برنامج تعديل السلوك ؟
- ٤ - هل قمت باختيار أساليب تعديل السلوك المناسبة لتحقيق الأهداف المنشودة ؟
- ٥ - هل قمت بتحديد التوابع الايجابية التي ستستخدمها لتقوية السلوك ؟
- ٦ - هل قمت بتحديد جدول التعزيز الذي ستستخدمه ؟
- ٧ - هل قمت بتحديد طريقة تقديم المعززات ؟
- ٨ - هل قمت بتحديد المعايير التي ستلجأ إليها للحكم على فاعلية الأساليب المستخدمة؟
- ٩ - هل لديك أساليب بديلة ستلجأ إليها إذا فشلت الأساليب التي قمت باختيارها ؟

وقد لا يقوم معدل السلوك في كثير من الأحيان بتطبيق برنامج تعديل السلوك بنفسه بل قد يكتفي ، اعتمادا على الظروف ، بتصميم البرنامج وتدريب أشخاص آخرين (كالمعلمين ، أو الأباء ، أو المرشدين) للقيام بتنفيذه عمليا . فالحقيقة هي أن



تعديل السلوك يوفر هذه الامكانية عمليا حيث يستطيع معدل السلوك الطلب من الأشخاص المهمين في حياة الطفل المعوق القيام بتطبيق البرنامج . وفي هذه الحالة قد يلجأ معدل السلوك إلى توظيف أساليب متنوعة لايضاح كيفية التنفيذ مثل المحاضرة أو لعب الدور أو النمذجة وما إلى ذلك . ولكي يستحث الأشخاص الذين تم تدريبهم على تطبيق البرنامج على نحو منظم وفقا للخطة المحددة فإن على معدل السلوك عمل ما يلي (Stacy, Doleys, & Bruno, 1983) :

\* حثهم على المشاركة في تحديد الأهداف المتوخاة وفي اختيار الطرائق العلاجية .  
\* التأكد من وضوح برنامج تعديل السلوك والتأكد من أنهم يعرفون عناصره وخطواته .

- \* التعبير عن التقدير والاحترام لجهودهم وخبرتهم ومعرفتهم .
- \* تبسيط أساليب القياس المستخدمة .
- \* متابعة تنفيذهم للبرنامج وتعزيز جهودهم .
- \* التركيز في برنامج تعديل السلوك على أهداف واقعية وحيوية .
- \* تزويدهم بالتغذية الراجعة بتواصل .
- \* إعادة تدريبهم إذا كان ثمة حاجة لذلك .
- \* الاجتماع بهم دوريا ومناقشة القضايا المتصلة بتنفيذ البرنامج معهم .

### تنفيذ برامج تعديل السلوك :

إن تنفيذ برامج تعديل السلوك في الأوضاع التطبيقية المختلفة (كالمدسة أو البيت أو العيادة ، الخ) ليس بالأمر السهل حيث أن عددا من العوامل قد تحد من امكانية تطبيق البرنامج على النحو المخطط له . ولما كانت برامج تعديل السلوك تعتمد المنهجية التجريبية فهي لا تهدف إلى تغيير السلوك المستهدف فحسب ولكنها تحاول أيضا ايضاح أسباب ذلك التغيير . وبلغت البحث العلمي فإن ذلك يعني ايضاح العلاقات الوظيفية بين الاجراءات العلاجية المستخدمة (المتغيرات المستقلة) والسلوك المراد تعديله (المتغير التابع) . وذلك لا يتحقق إلا عندما يتولد لدى المعالج الثقة ، استنادا إلى التحقق التجريبي ، بأن التغيير الذي طرأ على السلوك المستهدف قد حدث بسبب الاجراءات العلاجية ولا شيء غيرها . وبما أن تعديل السلوك يهتم بدراسة المظاهر السلوكية ذات الأهمية الاجتماعية في الأوضاع والمواقف الطبيعية فإن ضبط وقياس كل من المتغيرات التابعة والمتغيرات المستقلة أمر أكثر صعوبة مما هو عليه الحال في المختبر . لهذا ، فإن التحليل السلوكي التطبيقي يصبح تجريبيا بصعوبة . وبناء على

ذلك ، فإن ايضاح العلاقات الوظيفية في البحوث التطبيقية يتطلب قياس المتغير التابع والتحقق من أن المتغير المستقل قد تم تطبيقه بطريقة صحيحة (Peterson, Homer, & Wonderlich, 1982) . ومع ذلك فإن الباحثين والمعالجين يفترضون في العادة أن الاجراءات العلاجية قد تم تطبيقها على النحو المخطط له دون أن يحاولوا التحقق عمليا من ذلك . ولا ريب في أن هذه الممارسة تحد من امكانية تقييم فاعلية برامج تعديل السلوك . فإذا وجد المعالج أن أسلوب تعديل السلوك الذي استخدمه لم يغير السلوك المستهدف على النحو المنشود فنحن لا نعرف اذا كان الأسلوب غير فعال أم أن المعالج قد استخدمه بطريقة خاطئة أو غير فعالة . وبالمثل ، إذا حقق الأسلوب المستخدم النتائج المتوخاة فنحن لا نعرف اذا كان العلاج فعالا حقا أم أن المعالج قد استخدم أساليب علاجية اضافية دون أن يشير إليها في وصفه للبرنامج (Salend, 1984) .

إن قضية التحقق من صحة تطبيق الاجراءات العلاجية قد حظيت باهتمام كبير في الأونة الأخيرة (Al-Khateeb, 1985) . وقد أصبحت تعرف باسم قضية التكامل العلاجي (Treatment Integrity) أو تكامل المتغيرات المستقلة (Independent Variable Integrity) . وتشير هذه القضية إلى مدى التوافق بين ما فعله المعالج (أو الباحث) فعلا وما قدمه من معلومات في وصفه للبرنامج الذي قام بتطبيقه . بعبارة أخرى ، إن ما نحاول الاجابة عنه من خلال دراسة تكامل المتغيرات المستقلة هو السؤال التالي : هل قام المعالج (أو الباحث) بتطبيق الاجراءات العلاجية على النحو المخطط له فعلا ؟

إن تكامل العلاج لا يعني أبدا أن المعالج لا يستطيع اجراء تعديلات على الخطة العلاجية الأصلية . فطالما أن التعديلات في حالة اجرائها قد تم وصفها فبالامكان تطبيق البرنامج العلاجي بمرونة . وفي الحقيقة فإن تكنولوجيا تعديل السلوك وتصاميم البحث التجريبي ذات المنحى الفردي التي توظفها هذه التكنولوجيا لا يوضح أثر العلاج تتصف بمرورنتها حيث أنها تسمح بتغيير أسلوب تعديل السلوك المستخدم أو اضافة أساليب علاجية أخرى اذا أوضحت البيانات أن قيمة المتغير التابع لم تتغير على النحو المتوقع (Al-Khateeb, 1988) .

إن تكامل المتغيرات المستقلة قضية ذات أهمية كبيرة لا يمكن الاستمرار في تجاهلها للأسباب الرئيسية التالية :

أ - إن مصداقية العلاقات الوظيفية تقوى عندما توضح البيانات أن المتغيرات العلاجية قد تم تطبيقها كما يجب .

ب - إن تكامل المتغيرات العلاجية أمر ضروري لتكرار البحوث والبرامج العلاجية .  
والتكرار له دور مركزي في ايضاح مصداقية النتائج وعموميتها . والتكرار  
يصبح أمرا مستحيلا اذا لم يقيم المعالجون بوصف الاجراءات العلاجية بدقة  
ووضوح .

ج - وأخيرا ، فإن نتائج الدراسات العلمية تشير إلى أن أخطاء كثيرة قد ترتكب في  
تطبيق البرامج العلاجية الأمر الذي يجعل التحدث عن فعاليتها أو عدم فعاليتها  
موضع شك وتساؤل .

وفي هذا السياق يجب الاشارة إلى أن التحقق من تكامل المتغيرات العلاجية أمر بالغ  
الصعوبة اذا لم يتم تحديد وتعريف تلك المتغيرات بدقة ووضوح . على أن التعريف  
الاجرائي للمتغير العلاجي بحد ذاته لا يضمن تطبيقه بشكل صحيح . فقد يصف  
الباحث الاجراءات العلاجية بدقة ووضوح ولكنه قد لا يلتزم بتطبيقها عمليا . لذلك  
لابد من جمع البيانات الموضوعية عن طريقة تنفيذ البرنامج العلاجي .

إن الحديث عن تعديل سلوك الأطفال المعوقين نظريا غالبا ما يتجاهل جملة من  
المشكلات العملية التي يواجهها معدلو السلوك في الأوضاع التطبيقية . ولابد من  
التعريف على تلك المشكلات لأن عدم ادراكها قد يؤدي إلى فشل برامج تعديل السلوك  
في تحقيق أهدافها . وفيما يلي عرض موجز لأهم تلك المشكلات (Reppucci & Saun-  
ders, 1974) :

#### مشكلة القيود المؤسسية :

ترتبط هذه المشكلة بطبيعة ونمط الاجراءات الادارية في المؤسسات التي تقدم  
خدمات تربوية خاصة للأطفال المعوقين فالحياة الإدارية في هذه المؤسسات قد لا  
تسمح بمراعاة الفروق الفردية على النحو المطلوب وقد تحول دون تنظيم العلاقة بين  
سلوك الطفل المعوق والمتغيرات والأحداث البيئية ذات الأهمية .

#### مشكلة الضغوط الخارجية :

ترتبط هذه المشكلة بعوامل متعددة قد تعمل على الحد من فاعلية برامج تعديل  
السلوك المستخدمة . ومن هذه العوامل الاقتصادية والعوامل التنظيمية .

### مشكلة اللغة :

إن تطبيق برامج تعديل السلوك في البيئة الطبيعية بنجاح يتطلب تطوير واستخدام ألفاظ ومصطلحات مناسبة يفهمها الأشخاص الذين لهم علاقة بالبرنامج ، والذين يحتاجون عادة إلى التدريب . وفي كثير من الأحيان ، تتصف المصطلحات والمفاهيم المستخدمة بعدم الوضوح بالنسبة للمتدربين .

### مشكلة التدريب الثنائي :

عندما يطلب معدل السلوك من أشخاص آخرين القيام بتنفيذ البرنامج العلاجي فهو قد يواجه صعوبات عديدة . ولعل أهم تلك الصعوبات هي تلك المتعلقة بسلوك أولئك الأشخاص أنفسهم . فقد يصمم معدل السلوك برنامجا فاعلا إلا أن القائمين على تنفيذه قد يخفقون في تطبيقه بشكل صحيح . بعبارة أخرى ، إن على معدل السلوك تعديل سلوك الأشخاص الذين سيقومون بتنفيذ البرنامج العلاجي وذلك أمر بالغ الصعوبة .

### مشكلة محدودية الامكانيات :

إن عدم توفر الامكانيات اللازمة (مثل المواد والأدوات ، والدعم المادي ، والوقت الكافي) لتطبيق برامج تعديل السلوك بشكل فعال يحد من فاعلية هذه البرامج . فهذه العوامل تفرض قيودا على قياس السلوك وعلى توفير المعززات المناسبة وعلى تهيئة فرص نقل أثر التدريب وما إلى ذلك .

### مشكلة عدم المرونة :

إن برامج تعديل السلوك تتصف بكونها منظمة . وقد يدفع هذا بالعاملين في مؤسسات التربية الخاصة إلى تبني مواقف سلبية منها لأنها تتطلب الدقة في التخطيط والتنفيذ والمتابعة .

### مشكلة الحل الوسط :

إن معدل السلوك يواجه صعوبات وحواجز عملية في الأوضاع التطبيقية المختلفة تحد من امكانية تطبيق مبادئ تعديل السلوك بدقة وحزم . لذلك فهو لا يستطيع في

كثير من الأحيان تنفيذ برامج تعديل السلوك دون تقديم بعض التنازلات فيما يتعلق بالتحليل التجريبي والقياس المتكرر وغير ذلك .

## خلاصة

لعل أهم ما تتصف به برامج تعديل سلوك الأطفال المعوقين هو كونها برامج منظمة تراعي الدقة في التخطيط والتنفيذ والتقييم . وقد تناول هذا الفصل القضايا الرئيسية في هذا الشأن حيث أوضح الخطوات الإجرائية التي تشتمل عليها عملية تعديل السلوك وهي :

- ١ - تحديد المشكلة السلوكية .
- ٢ - تعريف السلوك المراد تعديله اجرائيا .
- ٣ - قياس السلوك المستهدف بشكل مباشر ومتكرر .
- ٤ - تصميم برامج تعديل السلوك .
- ٥ - تنفيذ برامج تعديل السلوك .

وفي الجزء الأخير ناقش الفصل أهم المشكلات العملية التي قد يواجهها معدل السلوك وهي مشكلة القيود التي تفرضها الحياة المؤسسية ، ومشكلة الضغوط الخارجية ، ومشكلة عدم وضوح اللغة المستخدمة لوصف اجراءات تعديل السلوك ، ومشكلة التدريب الثنائي (تدريب الأطفال المعوقين وتدريب الأشخاص الذين يقومون بتنفيذ البرامج المقدمة لهم) ، ومشكلة الامكانيات المحدودة ، ومشكلة عدم المرونة ، ومشكلة البحث عن حلول وسط .

## أسئلة

- ١ - تعتبر الملاحظة المباشرة والمتكررة جزءاً لا يتجزأ من عملية تعديل سلوك الأطفال المعوقين . لماذا يلجأ معدلو السلوك إلى هذا النوع من القياس ؟
- ٢ - بين الفصل أربعة أنواع من الملاحظة المباشرة وهي التكرار والمدة والفواصل الزمنية والعينات الزمنية اللحظية . اعط أمثلة على استجابات تصدر عن الأطفال المعوقين وبين طريقة الملاحظة الملائمة لكل منها .
- ٣ - من أهم ما يميز أساليب تعديل السلوك أنها تطبق في الأوضاع الحقيقية التي يحدث فيها السلوك المشكل وعلى أيدي أفراد يتعاملون يومياً مع الطفل الذي يظهر لديه ذلك السلوك . باعتقادك ما الأسباب التي تكمن وراء هذه المنهجية في العمل العلاجي ؟ وكيف نستطيع التحقق من أن الأساليب المناسبة ستطبق بطريقة صحيحة ؟
- ٤ - ما أهم العوامل التي قد تحول دون تطبيق أساليب تعديل السلوك بطريقة منتظمة في مؤسسات ومدارس التربية الخاصة؟ هل تستطيع اقتراح بعض الاستراتيجيات للتغلب على أثر تلك العوامل ؟

## الملحق رقم (٣ - ١) : تصميم وتنفيذ برامج تعديل السلوك \*

### أ - مبررات البرنامج :

- ١ - هل يمكن صياغة المشكلة التي يعاني منها الطفل المعوق على شكل سلوك قابل للقياس ؟
- ٢ - هل يولي الأشخاص المهتمون في حياة الطفل اهتماما كبيرا بالمشكلة ؟
- ٣ - هل تم التأكد من عدم وجود مضاعفات طبية لهذه المشكلة (بعبارة أخرى ، هل هناك حاجة إلى تحويل الطفل المعوق إلى اختصاصي معين ؟) .
- ٤ - هل من السهل ايجاد حل ناجح للمشكلة ؟
- ٥ - إذا تمت معالجة المشكلة ، فهل يمكن تعميم التغير والمحافظة على استمراريته .
- ٦ - هل هناك أشخاص في حياة الطفل (أصدقاء ، أقارب) يمكنهم المساعدة في قياس السلوك أو ضبط المثيرات البيئية ذات العلاقة ؟
- ٧ - إذا كان هناك أشخاص سيؤثرون سلبا في فعالية البرنامج ، فهل تستطيع الحد من ذلك إلى حد ما ؟
- ٨ - اعتمادا على اجاباتك عن الأسئلة السبعة السابقة ، هل لديك القدرة والوقت اللازم لتنفيذ البرنامج ؟

### ب - تصميم طريقة التقييم وتنفيذها :

- ١ - عرف المشكلة السلوكية المستهدفة اجرائيا .
- ٢ - حدد طريقة مناسبة لقياس السلوك المستهدف أثناء مرحلة الخط القاعدي .
- ٣ - تأكد من أن الملاحظين قد تم تدريبهم جيدا على استخدام طريقة التسجيل .
- ٤ - استخدم الاجراءات اللازمة لحث الملاحظين على تسجيل البيانات بطريقة مناسبة .
- ٥ - استخدم الطريقة المناسبة للتأكد من ثبات البيانات التي يجمعها الملاحظون .
- ٦ - بعد جمع البيانات عن السلوك في مرحلة الخط القاعدي ، قم بتحليلها وذلك من أجل اختيار طريقة العلاج المناسبة . كذلك قرر مدة مرحلة الخط القاعدي ومتى ستبدأ بالمعالجة .

\* المعلومات في هذا الملحق أخذت من (Martin & Pear, 1983)

## ج - الاعتبارات الأولية :

- ١ - هل هناك حاجة لاعادة النظر في تعريف السلوك المستهدف ؟
- ٢ - ادرس البدائل العلاجية المختلفة .
  - أ - اذا كنت تحاول مساعدة الطفل المعوق على التغلب على عجز سلوكي لديه :
    - ١ - فكر بالاجراءات البسيطة أولا .
      - أ - التعليمات .
      - ب - تغيير المثير .
      - ج - التوجيه .
      - د - النمذجة .
    - ٢ - هل ستحاول زيادة السلوك المستهدف أم ستعمل على تشكيل سلوك جديد ؟
    - ٣ - قرر أيهما أنسب : التشكيل أم التسلسل .
      - ب - اذا كنت تحاول اضعاف سلوك غير مرغوب فيه :
        - ١ - فكر بالاجراءات البسيطة أولا :
          - أ - التعليمات .
          - ب - تغيير المثير .
          - ج - التعليمات والنمذجة .
          - د - التعليمات والتوجيه .
        - ٢ - هل باستطاعتك أن تحاول الوصول إلى حل غير مباشر أو جزئي (مثل إزالة الحلقات الأولى في السلسلة السلوكية) ؟
        - ٣ - قرر إذا كان هناك حاجة لاستخدام أي من الاجراءات التالية : التعزيز التفاضلي ، الاطفاء ، التصحيح الزائد ، العقاب .
        - ٤ - في جميع الحالات ، اعمل على تعزيز الاستجابات البديلة .
          - ج - اذا كنت تحاول تغيير السلوك من خلال ضبط المثير :
            - ١ - اعمل على اختيار المثيرات التمييزية بحيث :
              - أ - لا تستثير السلوك غير المرغوب فيه .
              - ب - تستثير السلوك المرغوب فيه .
              - ج - يتم مواجهتها في المواقف التي يجب أن يحدث فيها ضبط المثير المرغوب فيه .
              - د - تختلف عن المثيرات الأخرى .
            - ٢ - حدد ضبط المثير الحالي للسلوك المرغوب فيه .



٣ - حدد الطريقة المناسبة لاختفاء ضبط المثير الحالي من أجل الوصول إلى ضبط المثير المستهدف .

٤ - اقرأ ثانية الاعتبارات التي يجب مراعاتها عند استخدام الاجراءات العلاجية التي قدمت في الفصل الثاني .

#### د - استراتيجيات تصميم البرنامج وتنفيذه :

١ - عرّف الهدف وُحدد السلوك المستهدف ومستوى الأداء المرغوب فيه ، وبعد ذلك أجب عن الأسئلة التالية :

أ - هل الوصف دقيق ؟

ب - كيف تم اختيار الهدف ؟

ج - هل تم تزويد الطفل بكل المعلومات الممكنة عن الهدف ؟

د - هل سترتب على تحقيق الهدف أية جوانب سلبية سواء للطفل أو لغيره ؟

هـ - هل أنت راضٍ عن اجاباتك عن الأسئلة السابقة ؟ إذا كان الأمر كذلك انتقل إلى المرحلة التالية .

٢ - حدد الاجراءات البسيطة التي سيتم استخدامها والبدائل الايجابية التي ستحاولها في البداية اذا كان ذلك ممكنا .

٣ - حدّد الخطوات العملية في البرنامج وذلك من خلال الاجابة عن الأسئلة التالية :

أ - ما هي المعززات التي سيتم استخدامها ؟

ب - كيف ستستخدم التشكيل ، الاختفاء ، التسلسل ، وجداول التعزيز ؟

ج - ما هي الاستجابات البديلة وكيف ستعمل على تشكيلها ؟

د - ما هي المشكلات التي قد تواجهك ؟ وكيف ستتغلب عليها ؟

٤ - حدّد اجراءات تسجيل السلوك وتصميم الرسوم البيانية .

٥ - حدد الأوضاع التي سيتم فيها التدريب . كيف ستعمل على اعادة ترتيب البيئة

بحيث تزيد من احتمالات حدوث السلوك المرغوب فيه ، وتقلل من احتمالات

حدوث السلوك المرغوب فيه ، ومن احتمالات حدوث الاستجابات البديلة له ؟

٦ - حدّد نظام التعزيز وذلك من خلال الاجابة عن الأسئلة التالية :

أ - كيف سيتم اختيار المعززات ؟

ب - كيف ستتم متابعة فعالية التعزيز ومن الذي سيفعل ذلك ؟

ج - كيف سيتم توزيع المعززات ومن الذي سيقوم بذلك ؟

د - اذا كان البرنامج يشتمل على التعزيز الرمزي فكيف سيتم تنفيذ ذلك ؟

٧ - صف الاجراءات التي ستستخدمها لتعميم السلوك :

أ - برمجة تعميم المثير :

١ - التدريب في الوضع العلاجي .

٢ - تنويع ظروف التدريب .

٣ - برمجة المثيرات العامة .

٤ - التدريب باستخدام أمثلة كافية (مثيرات متنوعة) .

ب - برمجة تعميم الاستجابة :

١ - التدريب باستخدام أمثلة كافية (استجابات متنوعة) .

٢ - تنويع الاستجابات المقبولة أثناء عملية التدريب .

ج - برمجة استمرارية السلوك :

١ - استخدام احتمالات التعزيز المتوافرة في البيئة الطبيعية .

٢ - تدريب الأشخاص المهمين في البيئة الطبيعية .

٣ - استخدام جداول التعزيز المتوافرة في البيئة الطبيعية .

٤ - مساعدة المتعالج على ضبط الذات .

٨ - اعمل على توفير جميع المواد اللازمة لتنفيذ البرنامج (كالمعززات ، والرسومات

البيانية ، الخ) .

٩ - حدد واجبات ومسؤوليات جميع المساهمين في البرنامج (المعلمين ، الوالدين ،

الأقران ، الطفل ، الخ) .

١٠ - عزز سلوك القائمين على تنفيذ البرنامج وزودهم بالتغذية الراجعة المناسبة .

١١ - حدد أوقات مراجعة البيانات .

١٢ - ادرس التكلفة المحتملة للبرنامج كما تم تخطيطه ، واعد النظر في بعض عناصره

حسب الحاجة .

١٣ - ابدأ بتطبيق البرنامج .

هـ - تقييم البرنامج :

١ - تفحص البيانات لتحديد ما إذا كان السلوك المستهدف قد تغير كما هو متوقع أم

لا .

٢ - استمع إلى رأي الأشخاص المهمين في حياة الطفل وحدد مدى رضاهم عن التغير

الذي حدث في السلوك المستهدف .

٣ - إذا كانت اجابات عن السؤالين السابقين غير مرضية ، أجب عن الأسئلة التالية :

- أ - هل فقدت المعززات جاذبيتها ؟
- ب - هل استخدمت الاجراءات العلاجية بطريقة غير صحيحة ؟
- ج - هل هناك تدخل خارجي تعتقد أنه قد قلل من فعالية البرنامج ؟
- د - هل هناك متغيرات ذاتية قد تحد من فعالية البرنامج (مثل اتجاهات القائمين على تنفيذ البرنامج أو دافعيتهم) ؟
- ٤ - اذا كانت الإجابة عن الأسئلة السابقة «لا» فربما يكون هناك حاجة إلى تعديل البرنامج .
- ٥ - حدد الاجراءات اللازمة للمحافظة على التطبيق المناسب للبرنامج إلى أن يتحقق الهدف السلوكي .
- ٦ - بعد تحقيق الهدف السلوكي ، اعمل على اعداد خطة مناسبة لتقييم أداء الطفل أثناء مرحلة المتابعة .
- ٧ - حلل البيانات ولخص الاجراءات العلاجية التي تم استخدامها والنتائج التي تم التوصل إليها لايصالها إلى من يهمهم الأمر .

## المراجع

- Al-Khateeb, J.M. (1985). **An Integrity analysis of independent variables in behavioral research**. Unpublished Doctoral Dissertation. Columbus, Ohio: The Ohio State University.
- Al-Khateeb, J.M. (1988). Independent variable integrity in behavioral research : A review of the literature. **Scandanavian Journal of Behavior Therapy**.
- Gardner, W.I. (1977). **Learning and behavior characteristics of exceptional children and youth: A humanistic behavioral approach**. Boston. Allyn and Bacon.
- Gelfand, D.M., & Hartman, D.P. (1984). **Child behavior analysis and therapy** (2nd Ed.) New York: Pergamon.
- Heward, W.L., Dardig, J.C., & Rossett, A. (1979). **Working with parents of handicapped children**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Johnston, J.M., & Pennypacker, H. (1980). **Strategies and tactics of human behavior research**.
- Kapp, S., & Salend, S.J. (1984). Maintaining teacher adherence in behavior consultations. **Elementary School Guidance and Counseling**, 18, 287-294.
- Martin, G., & Pear, J. (1983). **Behavior modification: What it is and how to do it** (2nd Ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Peterson, L., Hommer, A.L., & Wonderlich, S.A. (1982). The integrity of independent variables in behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 15, 447-458.
- Reppucci, D. N., & Saunders, J.T. (1974). Social psychology of behavior modification in natural settings. **American Psychologist**, 29, 317-339.
- Salend, S.J. (1984). Therapy outcome research: Threats to treatment integrity. **Behavior Modification**, 8, 211-222.
- Stacy, D., Doleys, D., & Bruno, J. (1983). Implementing behavior modification programs in the community. In J. Matson & F. Adrasik (Eds.), **Treatment issues and innovations in mental retardation**. New York: Pelnum Press.

## الفصل الرابع

### التبـول الـلاإرادي

## مقدمة :

التبول اللاإرادي (Enuresis) مشكلة نمائية بمعنى أن حدوثه يعتبر أمراً طبيعياً لدى الأطفال في مرحلة عمرية محددة ، ولكنه لا يعود كذلك بل يصبح مشكلة بحاجة إلى المعالجة بعد بلوغ الطفل العمر الذي يختفي فيه التبول اللاإرادي عادة لدى معظم الأطفال والذي يفترض فيه تطور القدرة على التحكم بعملية التبول والسيطرة على المثانة .

وكما هو الحال بالنسبة للتمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ عموماً فليس هناك خط فاصل واضح يبين العمر الزمني أو التكرار الذي يصبح التبول اللاإرادي معه مشكلة بحاجة إلى العلاج . فبالنسبة لعامل العمر فثمة من يرى أنه سن الثالثة ، وثمة من يعتقد أنه الرابعة ، وهناك أيضاً من يعتقد أنه الثامنة . ومهما يكن الأمر ، فإن متوسط العمر الذي يجمع عليه معظم الباحثين والمعالجين هو سن الخامسة (Oppel, Harper, and Rowland, 1968) . أما بالنسبة لتكرار التبول فيعتبر حدوثه عدة ليالٍ في الأسبوع الواحد أو كل ليلة تبولاً لا إرادياً في حين أن حدوثه بين الحين والآخر لا يعتبر كذلك .

## تصنيف التبول اللاإرادي :

التبول اللاإرادي إما أن يكون ليلياً (Nocturnal Enuresis) أو أن يكون نهارياً (Diurnal Enuresis) . وفي العادة فإن الطفل تتطور لديه القدرة على ضبط المثانة ليلاً بعد بلوغه الرابعة من عمره في حين تتطور قدرته على ضبط المثانة نهاراً في الثانية أو الثالثة من العمر . ويعتبر التبول النهاري ، بوجه عام ، أكثر خطورة من التبول اللاإرادي الليلي .

والتبول اللاإرادي أحد أكثر المشكلات شيوعاً لدى الأطفال جميعاً ، إذ تشير الدراسات إلى أن ٨٪ من الأطفال العاديين في سن المدرسة يحدث لديهم تبول لاإرادي ليلي أكثر من مرة واحدة في الشهر (Lapouse and Monk, 1959) . وتشير الدراسات أيضاً إلى أن نسبة حدوث التبول اللاإرادي الليلي تنخفض مع تقدم عمر الطفل (انظر الجدول رقم ٤ - ١) وأن نسبة حدوث هذه المشكلة لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث (Deleys and Meredith, 1982) .

## الجدول رقم (٤ - ١)

### نسبة حدوث التبول اللاإرادي الليلي في مرحلة الطفولة

النسبة	العمر
٪٢٠	٣ سنوات
٪١٥	٥ سنوات
٪١٠	٦ سنوات
٪٥	١٠ سنوات
٪٣	١٢ سنة
٪٢	١٤ سنة

هذا ويصنّف التبول اللاإرادي إلى تبول أولي (Primary Enuresis) أو متواصل عندما لا تكون القدرة على ضبط المثانة ليلا أو نهارا قد تطورت . وفي العادة يستمر هذا النوع من التبول اللاإرادي إلى مرحلة الطفولة المتوسطة أو إلى ما بعد ذلك . وتشير الدراسات إلى أن ٨٠٪ من التبول اللاإرادي من هذا النوع الذي يعود غالبا إلى عوامل عضوية أو جينية . أما النوع الثاني فيسمى بالتبول اللاإرادي الثانوي (Secondary Enuresis) أو المكتسب وهو النوع الذي يكون قد تطور لدى الطفل فيه سابقا القدرة على ضبط المثانة لمدة ٦ شهور على الأقل . ويعود هذا النوع من التبول اللاإرادي إلى التوترات النفسية التي قد تنجم عن أسباب مختلفة مثل ميلاد طفل جديد في العائلة وما قد يصحبه من شعور بالغيرة وعدم الاحساس بالأمن . وتكمن أهمية تصنيف التبول اللاإرادي إلى هذين النوعين في القابلية للعلاج حيث يعتقد أن معالجة التبول اللاإرادي الأولي أكثر صعوبة من معالجة التبول اللاإرادي الثانوي . ففي النوع الأول لا يكون الطفل قد اكتسب المهارات المتصلة بضبط المثانة بعد . أما في النوع الثاني فالمشكلة تتمثل في التوتر النفسي عموما الأمر الذي لا يتطلب عادة تقديم إجراءات علاجية أو التركيز على البرامج التدريبية المكثفة (Melamed, 1980) . وعلى أية حال ، ففي حين يُعتقد أن التبول اللاإرادي يعمل بمثابة مؤشر على وجود مشكلة نفسية يعتقد البعض الآخر بعدم صحة هذا الاعتقاد . وبغض النظر ، ينبغي التذكير بأن مشكلات عديدة قد تنجم عن التبول اللاإرادي لا على الطفل فحسب وإنما على أسرته أيضا . فالتبول اللاإرادي قد يُولد لدى الطفل شعورا بالحرج أو إحساسا

بالقلق والذنب من جهة ، وقد ينطوي على مشكلات أخرى مثل الرائحة الكريهة وردد الفعل التحسسية وربما الالتهابات من جهة أخرى . وبالنسبة للوالدين فالتبول اللاارادي ينطوي على مشكلات أخرى تشمل الغضب ، وتوبيخ الطفل ، وغسيل الملابس ، الخ .

### التبول اللاارادي لدى الأطفال المعوقين :

يجمع أدب التربية الخاصة على أن التبول اللاارادي يمثل مشكلة لكثير من الأطفال المعوقين . فعلى سبيل المثال ، تشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار التبول اللاارادي الليلي لدى الأطفال المتخلفين عقليا قد تصل إلى ٧٠٪ (Sugaya, 1967) . أما بالنسبة لذوي الاعاقات الأخرى فلا تتوفر احصائيات . وعلى الرغم من أن جميع الأطفال العاديين تتطور لديهم في نهاية الأمر القدرة على ضبط المثانة دون معالجة إلا أن الأمر بالنسبة للأطفال المعوقين ليس كذلك . ومع ذلك فإن مشكلة التبول اللاارادي لدى هؤلاء الأطفال لم تحظ بنفس القدر من الاهتمام العلاجي الذي حظيت به لدى الأطفال العاديين (Whitman, Scibak, & Reid, 1983) .

ولما كان التبول اللاارادي سلوكا غير مقبول فإن حدوثه لدى الأطفال المعوقين يشكل عقبة رئيسة في تربيتهم وتأهيلهم . فهو يحد من تفاعل الطفل مع بيئته الاجتماعية على نحو مقبول وينتهي في كثير من الأحيان بحرمانه من فرص الاندماج في مجتمع العاديين وقد يقود إلى وضعه في مؤسسات خاصة معزولة . وحتى في هذه المؤسسات فإن أعدادا كبيرة من هؤلاء الأطفال ، خاصة ذوي الاعاقات الشديدة منهم لا يتم قبولهم إلا بعد أن يكونوا قد تدرّبوا على استخدام الحمام بطريقة مناسبة . وفي حالة قبول الطفل فإن التبول اللاارادي يحدّ من الفرص المتاحة لتعليم الطفل حيث ينبغي معالجته قبل محاولة تشكيل أنماط سلوكية أخرى لديه .

من ناحية أخرى ، فإن مشكلة التبول اللاارادي تقترن بمعنويات منخفضة واتجاهات سلبية لدى كل من المعلمين والآباء ، وتعمل على تدني توقعاتهم من الطفل . وعلى الرغم من ذلك ، فإن جهودا منظمة لم تبذل لتطوير البرامج العلاجية الفعالة لهذه المشكلة قبل عقد الستينات . ويعود السبب في ذلك إلى الافتراض بأن هذه الفئة من الأطفال لا تستطيع تعلم مهارات النظافة الشخصية . ولكن هذه النظرة تغيرت مع انبثاق تكنولوجيا تعديل السلوك والتي كان من أهم تطبيقاتها العملية تدريب الأطفال المعوقين على العناية بالذات بوجه عام وعلى مهارات استخدام الحمام بوجه



خاص (McCartney and Holden, 1981) .

وكما هو الحال بالنسبة للأطفال العاديين فإن مهارة استخدام الحمام لدى الأطفال المعوقين تتطور تبعا لتسلسل نمائي منظم مثلها في ذلك مثل المهارات الأخرى (أنظر الجدول رقم ٤ - ٢) .

### الجدول رقم (٤ - ٢)

#### التسلسل النمائي الطبيعي لمهارة استخدام الحمام

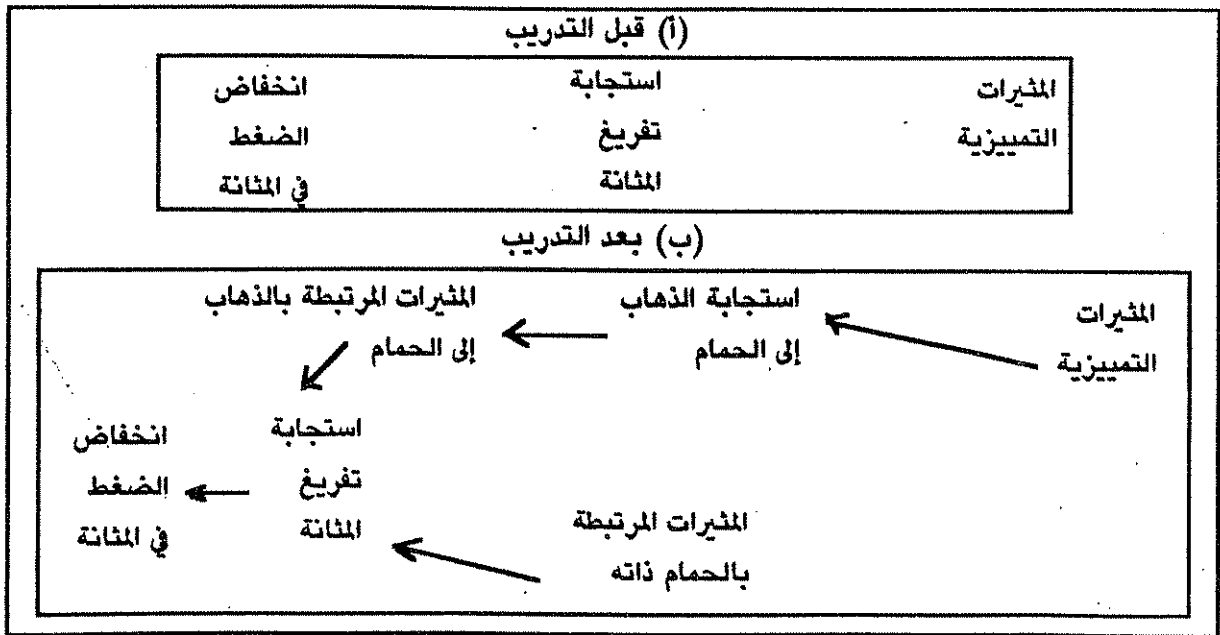
العمر بالأشهر	المهارة
الولادة	استجابة تفرغ المثانة موجودة ويمكن استئثارها بحمل الطفل.
١٠ شهور	يبدأ الطفل بالانتباه إلى عملية تفرغ المثانة، وتعبيراته الوجهية تدل على وعي الطفل للنشاط
١٥ شهرا	يجلس الطفل على المراض لمدة قصيرة عندما يوضع هناك بإشراف
٢٠ شهرا	استخدام الحمام يصبح عملية منتظمة
٢٢ شهرا	يعبر الطفل للآخرين عن حاجته إلى الدخول إلى الحمام
٢٤ شهرا	يتم تدريب الطفل على ضبط المثانة بالنهار
٣٤ شهرا	الطفل يجلس على المراض دون مساعدة
٣٦ شهرا	الطفل يذهب إلى الحمام في أوقات منتظمة ويحاول أن ينظف نفسه لكنه لا ينجح ويحاول ارتداء الملابس أو خلعها بإشراف
٤٢ شهرا	الطفل لا يبيل فراشه في الليل إلا نادرا
٤٨ شهرا	الطفل لا يواجه صعوبة في خلع الملابس أو ارتدائها
٦٠ شهرا	الطفل يعتني بنفسه في الحمام ، فهو ينظف نفسه وينظف الحمام

إن التحكم بعملية التبول في الليل يحدث بعد تطور القدرة على ضبط المثانة في النهار . لهذا يقترح معالجة التبول اللاارادي الليلي بعد أن يكون الطفل المعوق قد حقق ٧٥٪ أو أكثر من النجاح في ضبط عملية التبول في النهار (Snell, 1980) .

## التحليل السلوكي للتبول اللاارادي لدى الأطفال المعوقين :

يعتبر اليس (Ellis, 1963) أول من قدم تحليلاً سلوكياً لمشكلة التبول اللاارادي ومهارات استخدام الحمام لدى الأطفال المعوقين بعامة والأطفال المتخلفين عقلياً بخاصة . وقد أسند هذا التحليل دوراً مهماً لمبادئ الاشراف حيث أنه نظر إلى هذه المهارات بوصفها سلسلة من المثيرات والاستجابات . وقد عرف نموذج أليس لاحقاً باسم نموذج خفض الحافز (Drive-Reduction Paradigm) .

يقوم هذا النموذج على افتراض أن استجابة تفرغ المثانة (Eliminatory Response) تضبطها المثيرات (الدلالات) الداخلية التي تنشأ عن الضغط في المثانة . وتسمى هذه المثيرات بالمثيرات التمييزية (Discriminative Stimuli) . فعندما تحدث استجابة التبول ينخفض الضغط داخل المثانة وهذا بدوره يعمل على التخلص من حالة غير سارة . وبعد التدريب ، لا يستجيب الفرد فوراً للدلالات التمييزية (الضغط في المثانة) بالتبول وإنما باستجابة الذهاب إلى الحمام (Approach Response) والتي تعمل بدورها على تفعيل المثيرات التمييزية المقترنة باستجابة الذهاب إلى الحمام في بداية الأمر وبالدلالات المقترنة بالحمام ذاته في نهاية الأمر . ولذلك فعندما يقوم الطفل بعد التدريب باستجابة التبول فهو يقوم بها بوجود المثيرات التمييزية المقترنة بالحمام (مثل دخول الحمام ، ونزع الملابس الداخلية ، والضغط داخل المثانة) . وعندما يحدث ذلك فهو لا يتخلص من الضغط في المثانة فقط ولكنه يتجنب تبليل الملابس ويحظى بالموافقة الاجتماعية (انظر الشكل رقم ٤ - ١) .



الشكل رقم (٤ - ١) نموذج أليس (Ellis, 1963) في مهارات التبول

هذا وقد استحث هذا النموذج النظري بعض الباحثين على اجراء دراسات تجريبية للتحقق من مصداقيته العملية (Snell, 1980). ومن تلك الدراسات دراسة بومستر وكلوسوسكي (Baumeister &, Klosowski, 1965) التي أجريت على أحد عشر طفلا لديهم تخلف عقلي متوسط . وقد استمر العلاج وفقا لهذا النموذج ٧٠ يوماً . وقد وجد أن أثر العلاج كان مؤقتاً إذ أن أفراد الدراسة حدث لديهم انتكاس (أي أن التبول اللاارادي عاد ليحدث مُجدداً) بعد التوقف عن المعالجة . أما دراسة هندزيك ورفاقه (Hundziak et al, 1965) والتي أجريت على ٢٩ طفلا معوقا فأوضحت أن هذا العلاج كان فعالا .

### التقييم :

يشكل التقييم حجر الأساس في عملية معالجة التبول اللاارادي . ولكي يكون التقييم ذا معنى وفائدة يجب أن يتصف بالشمولية ويتم على مستوى فردي . ويشتمل التقييم على تسجيل وتفسير البيانات حول أنماط التبول لدى الطفل قبل أي تدخل علاجي . فهل يحدث التبول اللاارادي في منتصف الليل أم في الفترة الصباحية ؟ وهل يحدث في الليل أم في النهار ؟ وماذا عن نمط النوم لدى الطفل وامكانية ايقاظه أثناء النوم ؟ وماذا عن قدرة المثانة على استيعاب البول ؟

كذلك يشمل التقييم في العادة اجراء مقابلة عيادية مع الوالدين بهدف جمع معلومات عن : تاريخ الحالة ووصفها ، وتاريخ العائلة والتاريخ الطبي ، وأية مشكلات لدى الطفل أو الأسرة ، والمحاولات العلاجية السابقة والنتائج التي تخمضت عنها ، والبيئة الأسرية .

هذا وتستمر عملية التقييم في العادة ما يقرب من ثلاثة أسابيع قبل البدء بتنفيذ البرامج العلاجية حيث يتم تسجيل تكرار التبول اللاارادي ومواعيد حدوثه واستيعاب المثانة . ويتم حساب القدرة الاستيعابية للمثانة من خلال قياس كمية البول التي يخرجها الطفل في كل مرة يتبول فيها على مدى سبعة أيام ومن ثم يستخرج متوسط كمية البول في المرة الواحدة . ويعتبر الحد الأقصى من استيعاب المثانة أكبر كمية من البول أخرجها الطفل في الأسبوع الذي تم فيه حساب متوسط استيعاب المثانة (Ciminero and Doleys, 1976) .

وعلى الرغم من أن عملية التقييم تستغرق وقتا طويلا نسبيا إلا أنها تسمح بالتعرف على مدى اتباع الطفل لتعليمات الوالدين . وذلك أمر بالغ الأهمية حيث أن

معظم الأساليب العلاجية تعتمد إلى حد كبير على اتباع الطفل للتعليمات وتعاون الوالدين . فإذا كان الطفل عنيدا وغير مطيع فلا بد من معالجة ذلك قبل البدء بمعالجة التبول اللاارادي . كذلك فإن عملية التقييم تسمح بالتعرف على مستوى دافعية الأسرة للمشاركة في العملية العلاجية ومستوى الأداء الحالي للطفل ، وتوفر معلومات تعمل بمثابة محك يسمح بتقييم أثر طريقة العلاج المستخدمة .

## معالجة التبول اللاارادي

لما كان التبول اللاارادي مشكلة متعددة الأسباب فقد تنوعت طرائق المعالجة المستخدمة وتعددت . ولا ريب في أن اختيار المعالج لطريقة علاجية دون سواها يعتمد على السبب المفترض للتبول اللاارادي من وجهة نظره . إن هذا الجزء من البحث يتضمن تقديم عرض مفصل لطرائق العلاج السلوكية المختلفة . وتشتمل هذه الطرائق على أسلوب الجرس والوسادة ، وزيادة استيعاب المثانة ، والتدريب على السرير الجاف وبعض الأساليب العلاجية الأخرى الأقل استخداما . وقبل البدء بوصف هذه الطرائق ينبغي التنويه إلى نقطتين في هذا الصدد . النقطة الأولى هي ضرورة توفر الاستعداد لدى الطفل المعوق لتعلم استخدام الحمام بطريقة مناسبة بغض النظر عن الطريقة المستخدمة . وثمة مؤشرات سلوكية محددة تدل على هذا الاستعداد (Snell, 1980) منها :

- ١ - أن يكون لدى الطفل مواعيد معروفة ومحددة للتبول .
- ٢ - أن يكون هناك أوقات محددة يكون فيها الطفل جافا .
- ٣ - أن يكون الطفل قادرا على الحركة بشكل مستقل فيستطيع الدخول إلى الحمام .
- ٤ - أن يكون الطفل قادرا على التعبير عن رغبته في التبول سواء كان ذلك بطريقة لفظية أو بالإشارة أو بأي أسلوب آخر .
- ٥ - أن يكون لدى الطفل الحركات اليدوية اللازمة للقيام بنزع الملابس وارتدائها .
- ٦ - أن يكون الطفل قادرا على الجلوس على المراض لمدة خمس دقائق على الأقل .
- ٧ - أن يكون الطفل قادرا على فهم التعليمات اللفظية البسيطة (مثل : تعال ، اجلس ، الخ) .
- ٨ - أن يشعر الطفل بعدم الارتياح عندما تتبلل ملابسه وأن يعبر عن ذلك بأسلوب أو آخر .

أما النقطة الثانية التي ينبغي التنويه إليها أيضا في هذا السياق فهي أن الآباء

والأمهات يحاولون في العادة استخدام بعض الأساليب التقليدية لمعالجة التبول اللاارادي ، وهذه الأساليب قد تشمل :

- أ - تقليل كمية السوائل التي تعطي للطفل في الفترة المسائية .
- ب - حث الطفل على الذهاب إلى الحمام قبل موعد النوم .
- ج - الكشف عن الطفل عددا من المرات للتعرف إلى مواعيد حدوث التبول .
- د - الكشف عن الطفل صباحا وتعزيزه اذا كان السرير جافا وتجاهله أو معاقبته إذا كان السرير مبللا .
- هـ - ايقاظ الطفل بعد نومه وتغيير ملابسه وشرشف السرير في حالة حدوث التبول .

إن هذه الأساليب التي يستخدمها الآباء ليس لها أثر يذكر في معالجة التبول اللاارادي الليلي أما الأطباء فهم يحاولون معالجة التبول اللاارادي باستخدام العقاقير الطبية . ولعل أكثر العقاقير استخداما هو التوفرانيل (Tofranil) . وعلى الرغم من أن طريقة عمل هذه المادة الكيماوية فيما يتصل بالتبول اللاارادي غير واضحة إلا أنه يعتقد أنها تعمل على خفض مستوى النوع ورفع المعنويات وزيادة استيعاب المثانة وتحسين مستوى ضبط العضلة العاصرة . وتشير نتائج الدراسات التي حاولت تقييم أثر هذا النوع من العلاج إلى أن ضبط عملية التبول يحدث في غضون أسبوعين تقريبا ، إلا أن توقف التبول اللاارادي كاملا يحدث في حوالي ٣٠٪ من الحالات فقط . ليس ذلك فحسب ، ولكن ٥٠ - ٩٥٪ من هؤلاء يحدث لديهم انتكاس (Relapse) بعد التوقف عن المعالجة (Doleys, 1977) .

### طريقة الجرس والوسادة (Bell and Pad Method) :

تعتبر طريقة الجرس والوسادة أو ما يعرف أيضا باسم جهاز الانذار البولي (Urine Alarm) أكثر الأساليب استخداما لمعالجة التبول اللاارادي الليلي وأكثرها فاعلية . وكان مورر ومورر (Mowrer & Mowrer, 1938) قد عملا على تطوير هذه الطريقة استنادا إلى مبادئ الاشرط الكلاسيكي (Classical Conditioning) وهي مبادئ التعلم التي تتعلق بالسلوك الاستجابي وهو السلوك الذي تسيطر عليه الأحداث والمتغيرات التي تسبقه (المثيرات القبلية) . وتستخدم طريقة العلاج هذه وسادة دقيقة خاصة توضع تحت الطفل على الفراش وتوصل بجرس كهربائي . وعندما نتبلل الوسادة (أي عندما يبدأ الطفل بالتبول) فإن دائرة كهربائية تُغلق فيحدث صوت عال موقظا الطفل من نومه حيث يقوم باغلاق جهاز الانذار ويذهب إلى الحمام ليكمل عملية التبول هناك .

وقد افترض مورر ومورر أن المثيرات الداخلية التي تستجر استجابة التبول (وهي انتفاخ المثانة وانقباض العضلة العاصرة) تكون ضعيفة لدى الطفل الذي يحدث لديه تبول لا إرادي ليلى فلا تستطيع ايقاظ الطفل من النوم ليذهب إلى الحمام ، وهذه المثيرات تعمل بمثابة مثيرات شرطية (Conditioned Stimuli) \* في حين أن صوت الجرس الكهربائي الذي قد يوقظ الطفل من نومه ويجعله يكبح استجابة التبول إنما هو مثير غير شرطي (Unconditioned Stimulus) . فإذا تكرر حدوث المثير غير الشرطي (صوت الجرس) بعد حدوث المثير الشرطي (انتفاخ المثانة) لحظة التبول فإن المثير الشرطي بمفرده يصبح قادرا على ايقاف عملية التبول في السرير . وبلغة الإشارات الكلاسيكي ، فإن التوقف عن التبول اللاارادي الناتج عن صوت الجرس يسمى استجابة غير شرطية (Unconditioned Response) بينما يسمى كبح استجابة التبول الناجم عن استيقاظ الطفل بالاستجابة الشرطية (Conditioned Response) . إن عملية الإشارات الكلاسيكي هذه تؤدّي إلى تعلم الطفل الاستجابة للمثيرات الداخلية التي يستجيب لها الأفراد عادة لضبط التبول .

وعلى الرغم من أن مورر ومورر إستندا إلى مبادئ الإشارات الكلاسيكي في تفسير دور جهاز الانذار في تنظيم عملية التبول إلا أن آخرين يفسرون هذا الدور في ضوء مبادئ الاشارات الاجرائي (Operant Conditioning) وهي مبادئ التعلم المتعلقة بالسلوك الذي تسيطر عليه المثيرات التي تتبعه (المثيرات البعدية) . فقد أكد لوفيبوند (Lovibond, 1964) إن الاستجابة المتعلمة (التوقف عن التبول اللاارادي) تُكتسب وفق مبدأ العقاب حيث يعمل صوت الجرس بمثابة مثير منفر يكبح الاستجابة التي تسبقه . وهكذا فإن استجابة التبول الصحيحة تكتسب بتجنب المثيرات المنفرة وفي ذلك تعزيز سلبي (Negative Reinforcement) يعمل على تطوير استجابة التبول بطريقة مناسبة (Attowe, 1973) .

هذا وقد أوضحت دراسات عديدة فاعلية هذه الطريقة في معالجة التبول اللاارادي لدى الأطفال المعوقين والأطفال العاديين أيضا ، وبينت أنها تحقق الأهداف العلاجية بسرعة نسبيا وأنها تتطلب جهدا قليلا مقارنة بطرق العلاج الأخرى . قد قام دوليز (Doleys, 1977) بمراجعة وتحليل نتائج اثني عشر دراسة أجريت على ما مجموعه

---

(\* المثير الشرطي هو المثير الحيادي أصلا (أي أنه لا يؤثر على السلوك) ولكنه يصبح قادرا على التأثير على السلوك من خلال عملية (الإشارات) والتي تتضمن اقتران هذا المثير بمثيرات أخرى لها علاقة بالسلوك وهذه المثيرات تسمى المثيرات غير الشرطية.

٦٢٨ طفلا تراوحت أعمارهم بين ٤ - ١٥ سنة كانت الغالبية العظمى منهم تعاني من التبول اللاارادي الأولي . وقد أوضحت المراجعة أن العلاج كان فعالا وأدى إلى توقف التبول اللاإرادي في ٧٥٪ من الحالات . وقد تراوحت مدة العلاج بين ٥ - ١٢ أسبوعاً. إلا أن هذه المراجعة أوضحت أن حوالي ٤١٪ من المتعالجين عادت مشكلة التبول اللاارادي لتحدث لديهم بعد توقف المعالجة (الانتكاس) . وكانت مراجعة سابقة للأدب العلاجي قام بها لوفيبوند (Lovibond, 1977) قد أشارت إلى أن نسبة نجاح المعالجة بطريقة الجرس والوسادة تتراوح بين ٨٠ - ٩٠٪ . هذا ويوضح الجدول رقم (٤ - ٣) عينة من الدراسات التي أوضحت فاعلية أسلوب المعالجة بالجرس والوسادة .

### الجدول رقم (٤ - ٣)

#### بعض الدراسات التي أوضحت فاعلية أسلوب الجرس والوسادة

الباحث	عدد الأطفال	المدة العمرية	مدة العلاج	نسبة النجاح	نسبة الانتكاس
يونج وتيرنر (Young & Turner, 1965)	١٠٥	٤ - ٥ سنة	أسبوعان	٦٥٪	١٣٪
ديليون وماندل (Deleon & Mandell, 1966)	٥٦	٦-١٣ سنة	أسبوعان	٩٧٪	٣٠٪
بيكر (Baker, 1969)	٢٧	٩-١٢ سنة	٤ أسابيع	٧٤٪	٢٠٪
نوفيك (Novick, 1966)	٣٦	٦-١٣ سنة	أسبوعان	٨٩٪	٥٠٪
فورسايث وريموند (Forsythe & Reymod, 1970)	٢٠٠	٥-١٥ سنة	أسبوعان	٦٦٪	٢٣٪
ديشي (Dische, 1971)	٧٩	٤-١٥ سنة	أسبوع	٨٩٪	٣٠٪
كندي وسلوب (Kennedy & Sloop, 1968)	٢١	٦-١٨ سنة	أسبوعان	٥٢٪	٣٦٪
كولنز (Collins, 1973)	٣٣	٤-١٢ سنة	١٠ أيام	٧٩٪	٣٣٪

وهكذا يتضح أن الدراسات عموماً تشير إلى أن طريقة الجرس والوسادة طريقة فعالة . وعلى أية حال ، فإن هذه الطريقة قد تنطوي على مشكلات مختلفة منها :  
التقرحات الجلدية التي قد تنجم عن التيار الكهربائي (Buzzer Ulcer) في حالة عدم استيقاظ الطفل ، والمشكلات المرتبطة بالكلفة والصيانة وردود الفعل التحسسية .  
وكذلك فقد أجري على طريقة الجرس والوسادة تعديلات مختلفة في السنوات الماضية بغية الحد من المشكلات التي قد تنجم عنها . وقد طور عبر السنين الماضية أكثر من أحد عشر نوعاً مختلفاً من أجهزة الانذار لمعالجة التبول اللاإرادي النهاري لدى الأطفال المعوقين . ولعل أكثر هذه الأجهزة استخداماً هو جهاز الانذار الصوتي (Auditory Signal Generator) الذي طوره فان واجينان وميردوك (Van Wagenan and Murdock, 1966) . هذا الجهاز يوضع على خاصرة الطفل فإذا تبلت ملابسه يُصدر صوتاً عالياً عندما تغلق الدائرة الكهربائية . وقد طور فان واجينان ورفاقه هذا الأسلوب العلاجي واستندوا في ذلك إلى افتراض مفاده أن الطريقة التقليدية لتدريب الأطفال على التبول بطريقة مناسبة غير فعالة لأنها تشمل عادة استخدام الأساليب العقابية والاجراءات المنفرة . فالوالدان قد ينتظران حدوث أي مؤشر على رغبة الطفل في التبول فيذهبان به سريعاً إلى الحمام ويجلسان بانتظار حدوث عملية التبول . في هذه الطريقة ، تُعلم الحلقة الأخيرة في السلسلة السلوكية المتصلة بالتبول (أي التبول في الحمام) أولاً وتعلم الحلقة الأولى في السلسلة (عدم التبول في الملابس) أخيراً . وهذا ما دفع بهؤلاء الباحثين إلى اقتراح أسلوبهم المعروف باسم التدريب على التوجه الأمامي (Foreward-Moving Training) والذي يشمل تعليم الطفل كبح التبول في المكان غير المناسب أولاً ومن ثم تعليمه الذهاب إلى الحمام مباشرة والتبول هناك . ولتحقيق هذا الهدف يستخدم جهاز الانذار الصوتي حيث يؤخذ الطفل إلى الحمام بمجرد سماع صوت الجرس ، حيث يُعتقد أن هذا الأسلوب يجعل الطفل يتوقف عن التبول في ملابسه . وقد استخدم فان واجينان وآخرون هذه الطريقة العلاجية في بعض الدراسات وكانت النتائج مشجعة (Sloop Eennedy, 1973) .

كذلك طور آزرن وفوكس (Azrin and Foxx, 1971) برنامجاً عملياً لمعالجة التبول اللاإرادي النهاري لدى الأطفال المتخلفين عقلياً يشتمل على استخدام جهازين ، أحدهما جهاز انذار صوتي يوصل بملابس الطفل (Pants Alarm) ، والجهاز الثاني يوصل بالحمام (Toilet Signal Apparatus) . وفي حين يهدف الجهاز الأول إلى الكشف عن التبول في الملابس مباشرة يهدف الجهاز الثاني إلى توفير الفرصة لتعزيز الطفل مباشرة بعد تبوله في الحمام . ويشمل البرنامج أيضاً إعطاء الطفل كمية من السوائل



كل نصف ساعة وذلك بهدف زيادة كمية البول ووضع الطفل على المراض بشكل متكرر . وعند حدوث التبول بطريقة مناسبة يعزز الطفل وفي حالة التبول اللاإرادي يعاقب الطفل (يعزل الطفل لوحده في مكان يخلو من التعزيز لمدة عشر دقائق) . وهكذا فالهدف الأساسي من هذا البرنامج العلاجي هو توجيه الطفل الى الحمام وتعزيز التبول بطريقة صحيحة . وكان أول من أجرى دراسة تجريبية بهدف التحقق من فاعلية هذا البرنامج آزرن ورفاقه (Azrin, Bugle, and O Brien, 1972) حيث أجريت الدراسة على أربعة أطفال متخلفين عقلياً وقد تبين ان هذه الطريقة العلاجية أوقفت التبول اللاإرادي النهاري لديهم كاملاً في فترة وجيزة . وأضاف باسمان (Passman, 1975) الى الجهاز الموصل بالحمام آلة صغيرة تزود الطفل بالطوى مباشرة بعد قيامه بالتبول في الحمام وذلك ليتجنب المدرب الوقوف بانتظار الطفل الى ان يبول في الحمام ليقوم بتعزيزه هذا وقد أوضحت دراسات عديدة فاعلية هذه الطريقة (انظر الجدول رقم ٤-٤) .

#### الجدول رقم (٤ - ٤)

قائمة ببعض الدراسات التي أوضحت  
فاعلية البرنامج العلاجي لآزرن وفوكس  
(Azrin & Foxx, 1971)

العمر الزمني	عدد أفراد الدراسة	الباحث
١١ سنة	١	تروت (Trott, 1977)
٤ - ١٦ سنة	١٤	سادلروميركرت (Sadler & Merkert, 1977)
٦ - ٥٢ سنة	٥	سميث ورفاقه (Smith et al., 1975)
١٢ - ٥٠ سنة	٨	بيتسون ورفاقه (Bettison et al., 1976)
١٨ - ٥ سنة	٥	سميث (Smith, 1979)
٦ - ٥٢ سنة	١٣	سميث وسميث (Smith & smith, 1977)
٧ - ٩ سنة	٢	لويسلي ورفاقه (Luiselli et al., 1979)
١٦ سنة	١	سونج ورفاقه (Song et al., 1976)
—	٢	رابون (Smith, 1978)

## زيادة استيعاب المثانة (Increasing Bladder Capacity)

تبين دراسات عديدة أن استيعاب المثانة الوظيفي (Functional Bladder Capacity) أي قدرتها على الاحتفاظ بالبول ، لدى الأطفال المعوقين الذين يعانون من التبول اللاإرادي محدود وأقل مما هو عليه لدى الأطفال الذين لا يعانون من هذه المشكلة (Stardield, 1967) . وذلك يؤدي الى التبول بشكل متكرر في النهار والى عدم تطور استجابات كبح البول والى عدم الشعور برغبة في التبول عند تجمع كمية قليلة من البول في المثانة .

وقد دفع هذا الافتراض بالباحثين والمعالجين الى الاعتقاد بأن زيادة القدرة الاستيعابية للمثانة سيقول من التبول اللاإرادي وبخاصة منها التبول اللاإرادي النهاري . وقد عرف هذا الاسلوب في الأدب العلاجي بإسم التدريب على الاحتفاظ بالبول (Retention Control Training) . ويتضمن هذا الاسلوب اعطاء كميات كبيرة من السوائل للطفل وحثه على تأجيل عملية التبول لفترات زمنية تزداد مدتها تدريجياً وتعزيزه عند قيامه بذلك .

وكان من الدراسات الأولى التي أوضحت أن لزيادة الاستيعاب الوظيفي للمثانة أثراً ايجابية على خفض التبول اللاإرادي الليلي دراسة ستارفيلد وملتس (Stardield and Mellits, 1968) . وبعد ذلك استخدم كيمل وكيمل (Kimmel & Kimmel, 1970) هذا الأسلوب مع ثلاثة أطفال فتبين أن العلاج أوقف التبول اللاإرادي بعد أسبوعين . وأوضحت دراسة ميلر (Miller, 1973) التي أجريت على مجموعة من المراهقين فاعلية هذا الاسلوب ايضاً إذ أنه أوقف التبول اللاإرادي كاملاً خلال فترة قصيرة نسبياً . وأجريت دراسات عديدة أيضاً في السنوات الماضية . وإذا كانت هذه الدراسات تبين أن الافتراض القائل بأن التدريب على زيادة استيعاب المثانة له ما يبرره ، الا ان دوليز (Doleys, 1981) وغيره من الباحثين يذكرون بأن الدراسات التي حاولت التحقق من فاعلية هذا الاسلوب قليلة وتعاني من مشكلات منهجية متنوعة تحول دون التوصل الى استنتاجات أكيدة حول نجاعة هذه الطريقة العلاجية . فبعض هذه الدراسات اشتمل على استخدام عناصر علاجية اضافية (كالتعزيز مثلاً) ، أو اجري على أعداد قليلة الامر الذي يحد من إمكانية تعميم النتائج ، أو لم يقدم بيانات متابعة للتحقق من الاثر طويل المدى لهذا العلاج . اضافة الى ذلك ، فان بعض الدراسات قد أوضح أن هذه الطريقة لم تكن فعالة . ومن تلك الدراسات الدراسة التي قام بها دوليز ورفاقه (Doleys et al., 1977) والتي حاولت مقارنة فاعلية هذه الطريقة بطرق

الاشراط الاجرائي فبينت ان طريقة التدريب على زيادة استيعاب المثانة لم تحقق الاهداف العلاجية المنشودة . وقد توصلت دراسات كل من روكلين وتلكر (Rocklin & Tilker, 1973) وباشاليس ورفاقه (Paschalis et al., 1972) الى نتائج مشابهة . وفي ضوء ذلك ، فثمة حاجة ماسة الى اجراء المزيد من الدراسات حتى يتسنى لنا التوصل الى استنتاجات واضحة حول فاعلية هذا الاسلوب في خفض التبول اللاإرادي .

### التدريب من أجل سرير جاف (Dry-Bed Training)

تعتبر طريقة التدريب على السرير الجاف والتي طورها آزرن (Azrin, Sneed, and Foxx, 1974) ورفاقه من أحدث الطرق العلاجية السلوكية لمعالجة التبول اللاإرادي . وتشمل هذه الطريقة عناصر علاجية متعددة منها : زيادة كمية السوائل التي يتناولها الطفل قبل موعد النوم ، وإيقاظه في الليل وتدريبه على مهارات النظافة الشخصية ، والممارسة الايجابية (سيرد شرحها بعد قليل) ، والتعزيز ، والتدريب على ضبط المثانة اضافة الى الجرس والوسادة . وقد عمل آزرن وثاينز (Azrin and Thines, 1978) مؤخرا على تطوير هذه الطريقة وتعديلها وذلك بهدف تقليل الجهد المطلوب من المدرب فأصبحت تشمل التدريب المكثف بعد الظهر وفي المساء لمدة يوم واحد فقط وبعد ذلك يتم اخفاء الاجراءات العلاجية بأسرع وقت ممكن . وفيما يلي وصف شامل لطريقة العلاج هذه .

### ١ - التدريب المكثف (Intensive Training)

يستهل تنفيذ البرنامج العلاجي بايضاح جميع الخطوات التي سيتم اتباعها في معالجة المشكلة للطفل . وقبل موعد نوم الطفل بساعة تقريبا يوضع جهاز الانذار الصوتي في السرير . ومن ثم تطبق اجراءات الممارسة الايجابية (Positive Practice) للتدريب على استخدام الحمام . وتشمل الممارسة الايجابية عشرين محاولة تتضمن :

- أ - استلقاء الطفل في السرير والتظاهر بالنوم لمدة ثلاث دقائق .
  - ب - النهوض والذهاب الى الحمام للتبول هناك .
  - ج - العودة الى السرير والاستلقاء مجدداً ، وهكذا عشرين مرة متتالية .
- وقبيل موعد النوم مباشرة يعطى للطفل أكبر كمية من السوائل يستطيع تناولها

وذلك بهدف زيادة احتمالات التبول . وبعد أن يستغرق الطفل في نومه يتم ايقاظه كل ساعة باستخدام الحد الأدنى من الصوت لايقاظه ويتم توجيهه الى الحمام ويجلس هناك لتفريغ المثانة . واذا لم يتبول خلال خمس دقائق يعيده الوالدان الى السرير ويثنيان عليه ويعطيانه كمية جديدة من السوائل ويطلبان منه ان يلمس الشراشف للتأكد من أنها جافة ومن ثم يعود الى النوم . فاذا حدث وأن تبول الطفل في السرير فان الوالدين يفصلان جهاز الانذار ويوقظان الطفل ويوبخانه ويوجهانه الى الحمام ليتمّ عملية التبول هناك . وبعد ذلك مباشرة يبدأ الوالدان بتنفيذ عملية التدريب على النظافة (Cleanliness Training) والتي تتضمن الطلب من الطفل تغيير ملابسه وإزالة الشراشف المبللة وإرسالها الى مكان الغسيل واحضار شراشف جديدة . وبعد ذلك يقوم الطفل بالممارسة الايجابية والتي تشمل (٢٠) محاولة تدريبية لا تختلف عن تلك التي مورست في وقت سابق في المساء . وهذه الممارسة الايجابية يقوم بها الطفل أيضا في المساء التالي في حالة حدوث التبول اللاإرادي .

## ٢ - الإشراف بعد التدريب (Posttraining Supervision)

في اليوم الثاني يوضع جهاز الإنذار في السرير مجدداً ويقوم الوالدان بتذكير الطفل بضرورة الابقاء على السرير جافاً وأنه في حالة حدوث التبول اللاإرادي سيطلبان منه القيام بالممارسة الايجابية والتدرب على النظافة كما حدث في الخطوات السابقة وفي تلك الليلة يوقظ الوالدان الطفل ليذهب الى الحمام مباشرة قبل موعد نومهما . وبعد كل ليلة جافة يبدأ الوالدان بايقاظ الطفل تبعاً لجدول زمني يتناقص بمقدار نصف ساعة ليلياً الى أن يصبح موعد ايقاظه أخيراً بعد ساعة من نومه اذ عندئذ يتوقفان عن ايقاظه . فاذا تبول الطفل في السرير يحدث ممارسة ايجابية وتدريب على النظافة الشخصية في تلك الليلة وفي مساء اليوم اللاحق ، أما اذا لم يتبول في السرير يقدم الوالدان معززات مختلفة للطفل في ذلك اليوم .

## ٣ - الاجراءات الروتينية (Normal Routine)

وبعد مرور سبع ليالٍ متتابة دونما تبول لا ارادي يتوقف الوالدان عن استخدام جهاز الانذار ويقومان بالكشف عن السرير في الصباح . فاذا كان مبللاً ، يُطلب من الطفل تنفيذ اجراءات التدريب على النظافة مباشرة وتنفيذ الممارسة الايجابية مساءً . أما اذا لم يحدث تبول الا ارادي فان الوالدين يقومان بتعزيز الطفل . واذا

حدث تبول في السرير مرتين في أسبوع واحد يعود الوالدان الى تنفيذ خطوات مرحلة الإشراف السابقة الى أن يتوقف التبول اللاإرادي .

لقد أوضحت دراسات عديدة فاعلية هذا الاسلوب في معالجة التبول اللاإرادي الليلي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، بل أن نتائج البحوث العلمية تظهر أن هذا الأسلوب هو الاكثر فاعلية بين الطرق المتوافرة حالياً (Snell, 1983) . فعلى سبيل المثال ، استخدم دوليز ورفاقه (Doleys et al., 1977) هذه الطريقة لمعالجة التبول اللاإرادي الليلي لدى (١٣) طفلاً فحققوا نجاحاً كبيراً في غضون ستة أسابيع . واستطاع آزرن ورفاقه (Azrin et al., 1978) إيقاف التبول اللاإرادي كاملاً لدى اثنين وعشرين طفلاً خلال أربعة أسابيع . وحقق آزرن وثاينز (Azrin and Theinese, 1978) نجاحاً كبيراً في معالجة التبول اللاإرادي لدى ثمانية وعشرين طفلاً في غضون أسبوعين فقط . أما بولارد ورفاقه (Bollard et al., 1982) فاستطاعوا إيقاف التبول اللاإرادي الليلي كاملاً لدى ثلاثين طفلاً ، الا أن مدة المعالجة كانت طويلة نسبياً حيث استغرقت ثلاثين أسبوعاً .

وعلى الرغم من فاعلية هذه الطريقة فثمة محددات عديدة ومتنوعة قد تحول دون استخدامها على نطاق واسع فهي تتطلب القيام بتدريبات ومهمات بالغة العسوبة والتعقيد تشكل عبئاً كبيراً بالنسبة لكل من الطفل والوالدين .

### طرق علاجية أخرى

على الرغم من أن الطرق العلاجية الثلاث التي تم وصفها آنفاً تعتبر أكثر الطرق استخداماً وفاعلية ، الا أن معالجة التبول اللاإرادي لدى الأطفال لا تقتصر على تلك الطرق . فالأدب العلاجي المتصل بهذه المشكلة يتضمن عدداً غير قليل من الدراسات التي استخدمت أساليب علاجية أخرى . وفيما يلي وصف موجز لهذه الأساليب :

### العقاب

العقاب اجراء سلوكي يستخدم بهدف خفض الانماط السلوكية غير المناسبة . وهو يحقق ذلك اما من خلال حرمان الشخص مما يحب أو تعرضه لما لا يحب في حالة قيامه بالسلوك غير المناسب (انظر الفصل الثاني) . وتبعاً لمبدأ العقاب يتم التعامل مع التبول اللاإرادي بوصفه سلوكاً يتأثر بنتائجه الا اذا كان هناك خلل ما في الجهاز

العصبي المركزي الامر الذي يعتبر نادر الحدوث (Ellis, 1963). هذا وقد يشمل العقاب كأسلوب لمعالجة التبول اللاإرادي أشكالاً متنوعة منها عدم تغيير ملابس الطفل المبللة لفترة زمنية محددة . وقد استخدم هذا الأسلوب بفعالية كل من بومستر وكلوسوسكي (Baumeister & Kloszski, 1965) وسمث (Smith, 1979) ووين وملنير (Wayne & Melnyr, 1973). وفي دراسات أخرى تمثل العقاب بالتوبيخ اللفظي واجراءات منفرة أخرى (Azrin & Foxx, 1971, Smith et al., 1975).

وعلى أية حال ، فان العقاب لا يعدّ اسلوباً مقبولاً لمعالجة التبول اللاإرادي أو غيره من المشكلات النمائية وذلك لجملة من الأسباب الاخلاقية والاجتماعية من جهة ولان العقاب قد يؤدي الى شعور الطفل بمزيد من القلق أو الخجل من جهة أخرى مما قد يزيد الأمر سوءاً .

### التحليل النفسي

تتعامل نظرية التحليل النفسي ، وهي إحدى نظريات علم النفس المعروفة ، مع التبول اللاإرادي بوصفه عرضاً لاضطراب نفسي داخلي . ولذلك فالعلاج وفقاً لهذه النظرية يهدف الى إكتشاف الاضطراب الداخلي ومعالجته وليس معالجة التبول اللاإرادي ذاته بشكل مباشر . وعلى وجه التحديد ، يعتقد اتباع هذه النظرية ان التبول اللاإرادي انما هو وسيلة دفاعية نفسية يستخدمها الأنا (Ego) يطلق عليها اسم النكوص (Regression) . وتشمل هذه الوسيلة الدفاعية الانسحاب أو الرجوع الى مرحلة نمائية سابقة تخلو من التهديد النفسي كما هو الحال مثلاً عند ولادة طفل جديد . فمثل هذا الامر قد يؤدي الى الغيرة. فيستخدمه الطفل لتذكير الوالدين بأن الأطفال الأكبر سناً هم أيضاً بحاجة الى الرعاية والاهتمام .

وأخيراً ، فان دراسات أخرى قد حاولت التحقق من فاعلية الايقاظ في الليل أو توجيه الطفل الى الحمام وفقاً لجداول زمنية محددة . والجدول (٤ - ٥) يبين بعض تلك الدراسات ويوضح الأساليب العلاجية التي استخدمت فيها .

الجدول رقم (٤ - ٥)

بعض الأساليب العلاجية الأخرى للتبول اللاارادي

النتائج	الطريقة	العمر الزمني	عدد أفراد الدراسة	الباحث
ثلاثة أطفال فقط استفادوا من العلاج ، وكان أثر هذا العلاج طويل المدى محدودا .	تعزيز التبول في الحمام ومعاقبة التبول في الملابس (باستخدام العزل والتوبيخ والعقاب البدني البسيط)	٩-٥ سنوات	٥	أندو (Ando, 1977)
كان العلاج محدود الفاعلية	أساليب الاشراف الاجرائي	—	١٠٣	ليفين واليوت (Levine & Elliot, 1970)
توقف التبول اللاارادي بعد مرور خمسين يوما	التعزيز	٧ سنوات	١	ليترونيك (Litrownik, 1974)
توقف التبول اللاارادي في غضون أسبوعين	التعزيز	٥ سنوات	١	سنغ (Singh, 1976)
الاسلوب كان.فعلا جدا	تعزيز التبول بطريقة مناسبة ومعاقبة التبول اللاارادي	١٩٧٧ سنة	٥	جايلز وولف (Giles & Wolf, 1966)
توقف التبول اللاارادي بعد ٨ أسابيع	ايقاظ في الليل وفقا لجدول زمني يتناقص تدريجيا	٧ سنوات	١	سمعان (Samaan, 1972)
نسبة النجاح كانت ٥٠٪ الا أن نسبة الانتكاس كانت عالية	ايقاظ في الليل وفقا لجدول زمني يتناقص تدريجيا	١٣-٧ سنة	٩	كريير وديفز (Creer & Davis, 1975)
كمية غسيل الملابس المبللة انخفضت بنسبة ٥٠٪	تعزيز التبول المناسب وتجاهل التبول غير المناسب	١٥-٨ سنة	٢٥	ديان (Dayan, 1964)
انخفض التبول اللاارادي انخفاضا ملحوظا بعد ٨ شهور	أساليب الإشراف الاجرائي	١٩٦٦ سنة	٤٠	كمبرل ورفاقه (Kimbrell et al., 1967)

## دور الوالدين في معالجة التبول اللاإرادي :

إن نجاح عملية معالجة التبول اللاإرادي يتطلب مشاركة الوالدين في تنفيذ العناصر العلاجية ، فقد أكدت دراسات عديدة على أن اتجاهات الوالدين تلعب دوراً حاسماً في نجاح عملية المعالجة (Doleys, 1977) . ومنذ أن طور مورر ومورر (Mowrer and Mowrer, 1938) أسلوب الجرس والوسادة أكد على أهمية دور الوالدين واتجاهاتهما وقد جرت العادة على أن يقيم الباحثون اتجاهات الوالدين نحو الطفل وردود فعلهما نحو ظاهرة التبول اللاإرادي قبل البدء بالمعالجة وذلك بعد أن أوضحت دراسات مختلفة أن نتائج المعالجة تختلف باختلاف اتجاهات الوالدين ودافعيتهم (James & Foreman, 1973) . وفي هذا الصدد يشير الأدب العلاجي ذو العلاقة إلى أن دافعية الوالدين ترتبط بكيفية ادراكهما لاسباب التبول اللاإرادي وبمدى تحملهما لهذه المشكلة . فاذا اعتقد الوالدان أن سبب التبول اللاإرادي يرتبط بالطفل نفسه وليس بعوامل خارجية فانهما يكونان أقل تحملاً للمشكلة وأقل دافعية للمشاركة الأمر الذي يحد من فاعلية العلاج .

## الخلاصة

تناول هذا الفصل مشكلة على جانب كبير من الأهمية بالنسبة لاسر ومعلمي الأطفال المعوقين وهي مشكلة التبول اللاإرادي . فقد تمت الإشارة إلى أن هذه المشكلة أحد أكثر المشكلات شيوعاً لدى الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ، وتم عرض الأسس النظرية التي يستند إليها منحنى التحليل السلوكي في تفسير ظاهرة التبول اللاإرادي والعناصر الرئيسية التي تتضمنها البرامج العلاجية المنبثقة عن هذا المنحنى . فهذا المنحنى يركز على العوامل البيئية الخارجية والخبرات التعليمية أو الإشرافية ، وتبعاً لذلك تهتم الاجراءات العلاجية السلوكية بتطوير دلالات تمييزية من شأنها حث الطفل المعوق على كبح التبول اللاإرادي من جهة وتطوير قدرته على السيطرة على المثانة وتنمية مهارة التبول بطريقة مناسبة من جهة أخرى .

إن تحليلاً واعياً لنتائج الدراسات التجريبية المتعلقة بمعالجة مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال المعوقين لا بد وأن يتضمن التأكيد على نقطتين أساسيتين . النقطة الأولى هي أن هذه المشكلة يمكن التغلب عليها فهي ليست مشكلة مستعصية كما يميل الكثير من المعلمين والآباء إلى الاعتقاد . وعلى أية حال ، فمعالجة التبول



اللاارادي تتطلب اختيار الطريقة المناسبة اعتماداً على التقييم السلوكي الشمولي والموضوعي للمشكلة من أبعادها المختلفة . والنقطة الثانية هي أن أياً من الطرائق العلاجية المستخدمة حالياً لا يقدم دواء سحريا أو علاجاً مضموناً في كل الحالات . فالحقيقة هي أن كل هذه الطرق ، على الرغم من أنها طرق فعالة عموماً ، قد تخفق في إيقاف التبول اللاارادي أو قد تنجح في إيقافه مؤقتاً . ومن جهة أخرى ، فإن بعض هذه الأساليب قد لا تتوفر امكانية استخدامها على الصعيد المحلي (كما هو الحال بالنسبة لطريقة الجرس والوسادة) وحتى في حالة توفرها فهي مكلفة نسبياً ، وبعضها الآخر يتطلب بذل جهود مضمّنية لتحقيق الأهداف المتوخاة منها الأمر الذي قد يدفع بالوالدين الى رفض استخدامه (كما هو الحال بالنسبة لطريقة التدريب على السرير الجاف) .

كذلك فإن نسبة كبيرة من الدراسات ذات العلاقة تعاني من مشكلات منهجية عديدة . ومن هذه المشكلات : عدم تقديم بيانات حول ثبات البيانات وصدقها ، وعدم استخدام تصاميم البحث التجريبية المناسبة ، وعدم تقديم الأدلة العلمية اللازمة حول الصدق الداخلي للبحوث والصدق الخارجي لها (McCartney and Holden, 1981) .

علاوة على ذلك ، فإن عدداً غير قليل من الدراسات التي تمت مراجعتها لم يقدم وصفاً كافياً لافراد الدراسة ، ولم يوضح الاجراءات التي استخدمت في تدريب الآباء أو المعلمين . وما يعنيه ذلك كله هو ضرورة اجراء المزيد من الدراسات العلمية بهدف التعرف على العوامل التي من شأنها زيادة فاعلية الاجراءات العلاجية .

## أسئلة

- ١ - ما الفرق بين التبول اللاارادي الأولي والتبول اللاارادي الثانوي ؟ هل تختلف طريقة معالجة التبول اللاارادي باختلاف نوعه ؟ لماذا ؟
- ٢ - هل تختلف أسباب التبول اللاارادي لدى الأطفال المعوقين عنها لدى الأطفال غير المعوقين ؟ هل باستطاعتك ذكر أسباب أخرى غير تلك التي وردت في الفصل ؟
- ٣ - ما هي أفضل طريقة لتقييم أبعاد مشكلة التبول اللاارادي لدى الأطفال المعوقين ؟ لماذا ؟
- ٤ - ما هي القضايا الرئيسية التي ينبغي مراعاتها قبل البدء بمعالجة التبول اللاارادي؟
- ٥ - تعتبر طريقة الوسادة والجرس من أكثر الطرق استخداماً لمعالجة التبول اللاارادي لدى الأطفال المعوقين والأطفال غير المعوقين . الا أن هذه الطريقة قد ينجم عنها بعض المشكلات . أذكر تلك المشكلات وقدم بعض الاقتراحات للتغلب عليها .
- ٦ - قدم الفصل طرقاً مختلفة لمعالجة التبول اللاارادي لدى الأطفال المعوقين . هل تستطيع تحديد خصائص مشكلة التبول اللاارادي التي تم في ضوءها اختيار كل من تلك الطرق ؟
- ٧ - ما هي العناصر الحاسمة التي تتضمنها طريقة التدريب على السرير الجاف ؟ وما هي المعايير التي يتم الحكم في ضوءها على فاعلية هذه الطريقة ؟
- ٨ - ما هي حسنات معالجة التبول اللاارادي بالعقاقير الطبية ؟ وما هي سيئاتها ؟

## المراجع

- Ando, H. (1977). Training autistic children to urinate in the toilet through operant conditioning techniques. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**, 7, 151 - 163.
- Attowe. J.M. (1973). Nocturnal enuresis and behavior therapy: A Functional analysis/ In R.B. Rubin, J, Henderson, H. Fensterheim, and L. P. Ullman (Eds), **Advances in behavior therapy** (Volume 4). New York: Academic Press.
- Azrin, N. H., Bugle, C., and O'Brien, F. (1971). Behavioral engineering: Two apparatuses for toilet training retarded children. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 4, 429 - 452.
- Azrin, N.H., and Foxx, R. (1971). A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 4, 89 - 99.
- Azrin, N.H. , Sneed, T.J., and Foxx, R. (1973). Dry bed: A rapid method of eliminating bedwetting (enuresis) of the retarded. **Behavior Research and Therapy**, 11, 427 - 434.
- Azrin, N.H., and Thienes, P.M. (1978). Rapid elimination of enuresis by intensive learning without a conditioning apparatus. **Behavior Therapy**, 9, 342 - 354.
- Baker, B.L. (1969). Symptom treatment and symptom substitution in enuresis. **Journal of Abnormal Psychology**, 74, 42 - 49.
- Baumeister, A., and Klosowski, R. (1965). An attempt to group toilet train severely retarded patients. **Mental Retardation**, 3, 24 - 26.
- Bettison, D., Davidson, D., Taylor, P., and Fox B. (1976). The long-term effects of a toilet training program for the retarded: A pilot study. **Australian Journal of Mental Retardation**. 4, 18 - 35.
- Bollard, J., Nettelbeck, T.A., and Roxbee, L. (1982). Dry-bed training for childhood bedwetting: A comparison of group with individually administered parent instruction. **Behavior Research and Therapy**, 20, 29 - 217.
- Butler, R.J., Brewin, C.R., and Forsythe, W. (1986). Maternal attributions and tolerance for nocturnal enuresis. **Behavior Research and Thera-**

- py, 24, 307 - 311.
- Cimminero, A.R., and Doleys, D.M. (1976). Childhood enuresis: Considerations in assessment. **Journal of Pediatric Psychology**, 4, 17 - 20.
- Collins, R/W. (1973). Importance of the bladder cue buzzer contingency in the conditioning treatment of enuresis. **Journal of Abnormal Psychology**, 82, 299 - 308.
- Creer, T.L., and Davis, MM.H. (1975). Using a staggered- wakening procedure with enuretic children in an institutional setting. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 6, 23 - 25.
- Dayan, M. (1964) . Toilet training retarded children in a state residential institution. **Mental Retardation**, 2, 116 - 117.
- Deleon, G., and Mandell, W.A. (1966). A comparison of conditioning and psychotherapy in the treatment of fuctional enuresis. **Journal of Clinical Psychology**, 22, 326 - 330.
- Dische, S. (1971).Management of enuresis. **British Medical Journal**, 2, 33 - 36.
- Doleys, D.M. (1977). Behavioral treatments for nocturnal enuresis in children: A review of the recent literature. **Psychological Bulletin**, 84, 30 - 54.
- Doleys, D.M., Ciminero, A.R., Tollison, J.W., Wells, K. (1977). Dry-bed training and retention control training- A comparison. **Behavior Therapy**, 8, 541 - 548.
- Doleys, D.M., and Meredith, R.L. (1982). Urological disorders. In D/M. Doleys, R.L. Meredith, and A.R. Ciminero (Eds.), **Behavioral medicine: Assesment and treatent strategies**. New York: Plenum Press.
- Ellis, N.R. (1963). Toilet training the severely defective patient: An S-R reinforceent analysis. **American Journal of Mental Deficiency** 68, 98 - 103.
- Forsythe, W.I., and Redond, A. (1970). Enuresis and the electric alarm: Study of 200 cases. **British Medical Journal**, 1, 211 - 213.
- Giles, D.K., and Wolf, M.M. (1966). Toilet training institutionalized, severe retardates: An application of operant behavior modification techniques. **American Journal of Mental Deficiency**, 70, 766 - 780.
- Hundziak, ., Maurer, R., and Watson, L. (1965). Operant conditioning in toi-

let training of severely retarded boys. **American Journal of Mental Deficiency, 70**, 120 - 124.

James, L.E., and Foreman, M.E. (1973). A-B status of behavior therapy techniques as related to success of Mowrers conditioning treatment for enuresis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41**, 224 - 229.

Kennedy, W.A., and Sloop, E.W. (1968). Metherdine as an adjunct conditioning treatment of nocturnal enuresis in normal and institutionalized retarded subjects. **Psychological Reports, 2**, 997 - 1000.

Kimbrell, D.,L., Luckey, R.E., Barbuto, P.F., and Love, J.G. (1967). Operation dry pants: An intensive habit-training program for severely and profoundly retarded. **Mental Retardation, 5**, 32 - 36.

Kimmel, H.D., and Kimmel, E.C. (1970). An instrumental conditioning method for the treatment of enuresis. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1**, 121 - 123.

LaPouse, R., and Monk, MM. (1959). Fears and worries in a representative sample of children. **American Journal of Orthopsychiatry, 29**, 803 - 818.

Levine, M;, and Elliot, C. (1970). Toilet training for profoundly retarded with a limited staff. **Mental Retardation, 8**, 766 - 780.

Litrownik, A. (1974). A method for home training an incontinent child. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 5**, 77 - 80.

Lovibond, S.H. (1964). **Conditioning and enuresis**. Oxford, England; Pergamon, Press.

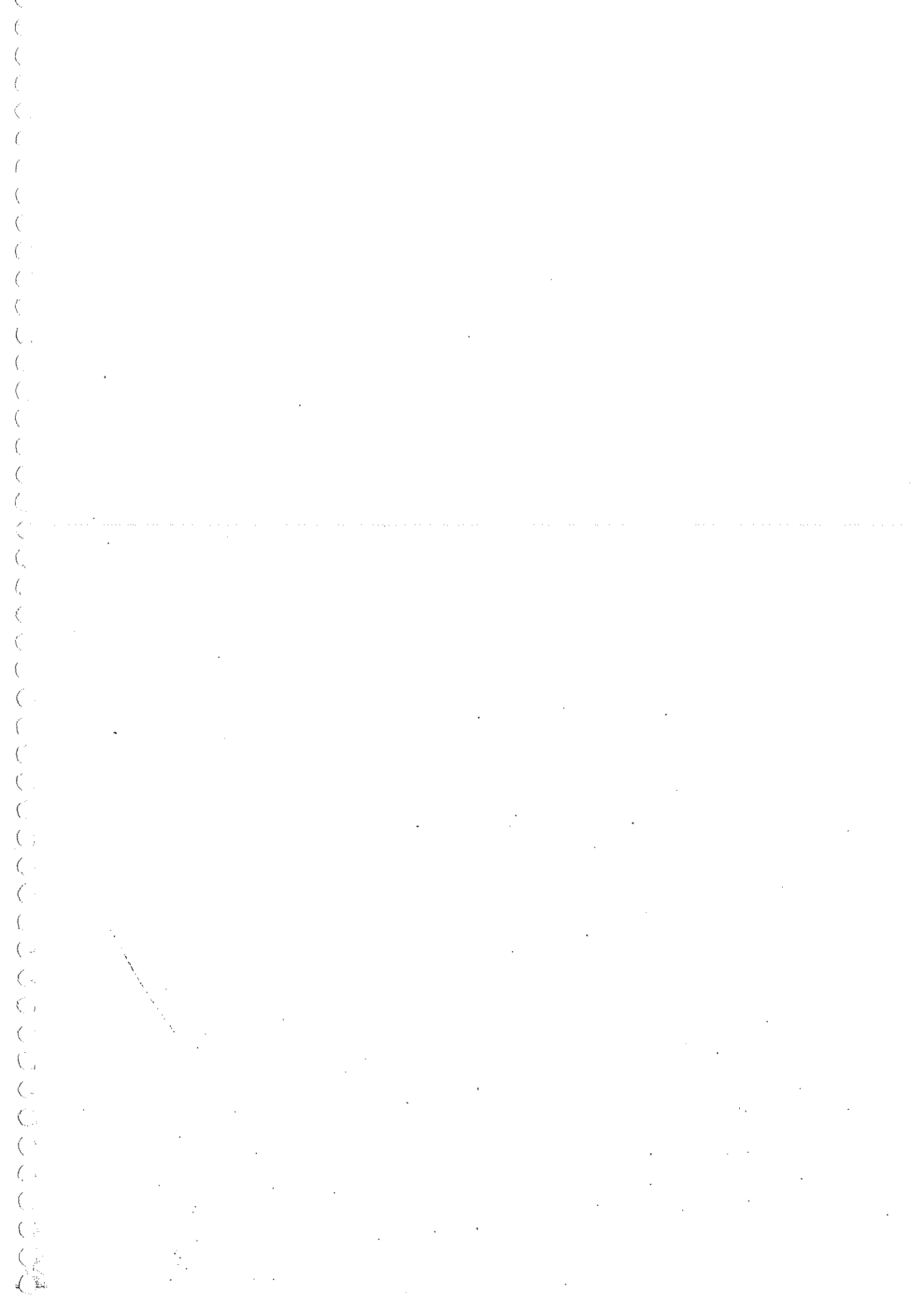
Luiselli, J.L., Reisman, J., Hellen, C.S., and Pemberton, B.W. (1979). Toilet training in the classroom. **Behavioral Engineering, 5**, 89 - 93.

McCartney, J.R., and Holden, J.C. (1981). Toilet training for the mentally retarded. In J. Matson and J. McCartney (Eds.), **Handbook of behavior modification with the mentally retarded**. New York: Plenum Press.

Melamed, B.G. (1980). Behavioral psychology in pediatrics. In S. Rachman (Ed.), **Contributions to medical psychology (Volume 2)**. Oxford: Pergamon Press.

- Miller, P.M. (1973). An experimental analysis of retention control training in the treatment of nocturnal enuresis in two institutionalized adolescents. **Behavior Therapy**, **4**, 288 - 294.
- Mowrer, O.H., and Mowrer, W.. (1938). Enuresis: A method for its study and treatment. **American Journal of Orthopsychiatry**, **8**, 436 - 459.
- Novick, J. (1966). Symptomatic treatment of acquired and persistent enuresis. **Journal of Abnormal Psychology**, **77**, 363 - 368.
- Oppel, W., Harper, P., and Rowland, V. (1968). The age of attaining bladder control. **Journal of Pediatrics**, **42**, 614 - 626.
- Paschalis, A., Kimcl, H., and Kimmcl, E. (1972). Further study of diurnal instrumental conditioning in the treatment of enuresis nocturna. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **3**, 253 - 256.
- Passman, R.H. (1975). An automatic device for toilet training. **Behavior Research and Therapy**, **13**, 215 - 220.
- Rabon, J. (1978). Classroom applications of the Foxx-Azrin toileting program. **Mental Retardation**, **16**, 173 - 174.
- Rocklin, H., and Tiker, H. (1973). Instrumental conditioning of nocturnal enuresis. Proceedings of the 81st Annual Convention of the American Psychological Association, **8**, 915 - 916.
- Sadler, W., and Merkert, F. (1977). Evaluating the Foxx and Azrin toilet training center. **Behavior Thrapy**, **8**, 499 - 500.
- Samaan., M. (1972). The control of nocturnal enuresis by operant conditioning. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **3**, 103 - 105.
- Singh, N. (1976). Toilet training a severely retarded non-verbal child. **Australian Jouranl of Mental Retardation**, **4**, 15 - 18.
- Sloop, E.W., and Kennedy, W.A. (1973). Institutionalized retarded nocturnal enuretics treated by a conditioning technique. **American Journal of Mental Deficiency**, **77**, 717 - 721.
- Smith, P.A. (1979). A comparsion of different methods of toilet training the mentally handicapped. **Behavior Research and Therapy**, **17**, 33 - 43.
- Smith, R., Britton, P., Johnson, M., and Thomas, D. (1975). Problems involved in toilet training of institutionalized mentally retarded individuals. **Behavior Research and Therapy**, **3**, 301 - 302.

- Smith, P.A., and Smith, R. (1977). Chronological age and social age as factors in intensive daytime toilet training of institutionalized mentally retarded individuals. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8**, 269 - 273.
- Snell, M.M.E. (1980). Does toilet training belong in the public schools. **Education Unlimited, 2**, 53 - 58.
- Song, A., Song, R., and Grant, P. (1976). Toilet training in School and its transfer in the living unit. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7**, 281 - 284.
- Starfield, B. (1967). Functional bladder capacity in enuretic and nonenuretic children. **Journal of Pediatrics, 7**, 777 - 781.
- Starfield, B., and Mellits, E. (1968). Increase in functional bladder capacity and improvements in enuresis. **Journal of Pediatrics, 72**, 483 - 487.
- Sugaya, K. (1967). Survey of the enuresis problem in an institution for the mentally retarded with emphasis on the clinical psychological aspects. **Japanese Journal of Child Psychiatry, 8**, 142 - 15.
- Trott, M.M. (1977). Application of Foxx and Azrins toilet training method for the retarded in a school program. **Education and Training of the Mentally Retarded, 12**, 336 - 338.
- Troup, C.W., and Hodgson, N.B. (1971). Nocturnal functional bladder capacity of enuretic children. **Pediatric Neurology, 105**, 129 - 132.
- Van Wagenan, R., Meyerson, L., Derr, N., and Mahoney, K. (1969). Field trials of a new procedure for toilet training. **Journal of Experimental Child Psychology, 6**, 147 - 159.
- Van Wagenan, R., and Murdock, E. (1966). A transistorized signal-package for toilet training of infants. **Journal of Experimental Child Psychology, 3**, 312 - 314.
- Whitman, T., Scibak, J., and Reid, D. (1983). **Behavior modification with the severely and profoundly retarded**. New York: Academic Press.
- Young, G., and Turner, R. (1965). CNS stimulant drugs and conditioning of nocturnal enuresis. **Behavior Research and Therapy, 3**, 93 - 101.





## الفصل الخامس

### السلوك التّمطي

## مقدمة :

يتناول هذا الفصل السلوك النمطي الذي يشكل واحداً من أكثر المظاهر السلوكية شذوذاً . وهذا السلوك يبدو على هيئة استجابات متباينة من الناحية الشكلية إلا أنها تتشابه في كونها غير وظيفية . في الجزء الأول من هذا الفصل نعرف السلوك النمطي ونقدّم عدداً من التسميات التي تستخدم للإشارة إليه ونوضح أكثر أشكال هذا السلوك شيوعاً لدى الأطفال المعوقين . بعد ذلك يبين الفصل نسبة انتشار هذه المشكلة السلوكية ويناقد المبادئ التي تستند إليها النظريات المختلفة في محاولة تفسير الاستجابات النمطية . وفي الجزء الأخير ، يبين الفصل طرق العلاج المختلفة التي تستخدم لمعالجة السلوك النمطي ويعرض نتائج الدراسات ذات العلاقة .

## تعريف السلوك النمطي :

يشير السلوك النمطي (Stereotypic Behavior) إلى استجابات متكررة تصدر عن الطفل المعوق بمعدل مرتفع دون أن يكون لها أي هدف واضح (Shoreder, 1970) ويطلق على هذا النوع من السلوك تسميات مختلفة منها :

أ - الإثارة الذاتية (Self - Stimulation) وتستخدم هذه التسمية نتيجة الاعتقاد بأن الطفل يقوم بهذا السلوك بغية الحصول على الإثارة (سواء كانت إثارة بصرية أو سمعية أو لمسية أو غير ذلك) .

ب - السلوك الموجّه نحو الذات (Inward-Directed Behavior) وتشير هذه التسمية إلى أن السلوك يزوّد الطفل بإثارة داخلية .

ج - السلوك غير الوظيفي (Nonfunctional Behavior) ويعني أن السلوك لا يحقق أي غرض فليس هناك نتائج بيئية محددة تتوقع من جرائه القيام به .

د - السلوك التوحدي (Autistic Behavior) ويستخدم لأن السلوك من الخصائص المميزة لدى الأطفال الذين يعانون من الإعاقة الإنفعالية الشديدة المعروفة بإسم «التوحد» .

هـ - السلوك الطقوسي (Ritualistic Behavior) ويشير هذا المصطلح إلى أن الإستجابات تأخذ نمطاً ثابتاً لا يتغير كما هو الحال في الطقوس والشعائر الدينية.

ومع أن السلوك النمطي لا يهدد سلامة الطفل المعوق ولا يعود عليه بأي أذى جسدي إلا أنه من الأهمية بمكان خفض هذا السلوك أو إيقافه إذا كان ذلك ممكناً .

فهو سلوك شاذ يجذب انتباه الآخرين مما قد يؤدي الى تطور اتجاهات سلبية لديهم نحو الطفل الذي يُظهره . كذلك فهذا السلوك يحدّ من تفاعل الطفل المعوق مع بيئته ومن انتباهه واستجابته للمثيرات مما يؤثر سلباً على قدرته على التعلم . وهذه الحقيقة كانت وراء اجماع الباحثين والمعالجين في التربية الخاصة على أهمية ايقاف هذا السلوك قبل الشروع في تعليمه أنماط السلوك التكيفي . فقد أكد رسلي (Risley, 1968) ان السلوك النمطي والسلوك الاجتماعي التكيفي نقيضان هذا وقد دعمت عدة بحوث هذا الافتراض حيث أشارت الى وجود علاقة عكسية بين السلوك النمطي والتفاعل التكيفي مع البيئة (Koegel & Covert, 1972) .

ان السلوك النمطي لدى الأطفال المعوقين قد يأخذ واحداً أو أكثر من الأشكال الأساسية التالية .

- أ - حركات جسمية متكررة .
  - ب - تحريك الأشياء أو الأغراض بشكل متكرر دونما هدف واضح .
  - ج - اصدار أصوات متكررة غير هادفة .
- هذا ويوضح الجدول رقم (٥ - ١) أكثر أشكال السلوك النمطي شيوعاً لدى الأطفال المعوقين .

#### الجدول رقم (٥ - ١)

#### الاستجابات النمطية الشائعة لدى الأطفال المعوقين

١٢ - الصراخ أو القهقهة وأشكال أخرى من الإزعاج اللفظي	١ - هز الجسم
١٣ - التصفيق باليدين	٢ - مصّ الإبهام
١٤ - الفرقة بالأصابع	٣ - وضع الأشياء بالفم
١٥ - ضرب القدمين بالأرض	٤ - حركات بالأصابع
١٦ - اللعب بالشيء نفسه	٥ - حركات باليدين
١٧ - التحديق في الفراغ	٦ - هز الرأس
١٨ - الإبقاء على أحد أطراف الجسم بوضع غير طبيعي	٧ - حك الجسم
١٩ - التحديق في الضوء	٨ - التلويح باليد
	٩ - التربيت على الوجه
	١٠ - لف الشعر
	١١ - هز الرجلين

## نسبة الإنتشار :

السُّلوك النمطي سلوك شائع جدا لدى الأطفال المعوقين وبخاصة منهم الأطفال المتخلفين عقلياً . ففي دراسة لهما ، وَجَدَ بيركسون وديفنبروت (Berkson & Davenport, 1962) ان اكثر من ثلثي الأطفال المتخلفين عقليا الملتحقين بمؤسسات التربية الخاصة ذوي الحاجات الخاصة. فهو يظهر ايضا لدى الأطفال ذوي الإعاقة الانفعالية الشديدة (Lavaas & Koegel, 1973) ولدى الأطفال المعوقين بصريا اذ يسمى هذا السلوك لديهم بلزمات البصر (Blindisms) والتي تشمل الضغط على العين بشدة أو هزّ الجسم الى الأمام والى الخلف او الدوران في المكان نفسه أو التحديق في الضوء بشكل متواصل .

## أسباب السلوك النمطي :

تعددت الآراء حول أسباب السلوك النمطي لدى الأطفال المعوقين واختلفت وذلك باختلاف الفرضيات والنظريات التي يتم تحليله وتفسيره في ضوءها . فهناك من يرى ان هذا السلوك انما هو محاولة من الإنسان للحصول على الإثارة . ويطلق على هذا التفسير اسم منحنى التوازن (Homeostatic Perspective) . ويضم هذا المنحنى أكثر من وجهة نظر واحدة ، فثمة من يقول ان السلوك النمطي يعوّض الإنسان عن النقص في الإثارة البيئية . وعلى وجه التحديد ، تقول وجهة النظر هذه ان الانسان يلجأ الى السلوك النمطي ليحصل على مستوى أكبر من الاثارة الموجودة في البيئة الطبيعية . وهناك وجهة نظر اخرى ترى ان السلوك النمطي ينجم عن اثارة بيئية كبيرة (Hutt & Gibby, 1965) . ان من يتبنون وجهة النظر هذه يرون ان السلوك النمطي هو محاولة من الطفل المعوق للهروب من اثارة بيئية هائلة لا يستطيع ان يتعامل معها . آخرون عديدون يعتقدون ان السلوك النمطي يخفض مستوى الإثارة والقلق والإحباط (Baumeister & Forehand, 1973) .

على أية حال ، ثمة من يعتقد ان هذا التفسير التوازني (توازن الاثارة) يدور في حلقة مفرغة ، ولذلك فهم يقترحون ان السلوك النمطي سلوك اجرائي تتحكم به نتائجه . وما يعنيه ذلك هو ان النتائج التي تترتب عليه تعمل على تعزيزه (Spradlin & Girardeau, 1966) . بالنسبة لهذا المنحنى ، السلوك النمطي ليس الا سلوك خرافي شكلته وحافظت عليه جداول تعزيز متقطعة . ومعنى هذا القول عمليا هو ان السلوك النمطي يمكن معالجته (ايقافه او خفضه) من خلال ضبط النتائج التي تترتب عليه .

فمعظم الدراسات حاولت معالجة هذا السلوك بضبط الأحداث التي تنجم عنه . ومن الواضح ان وجهة النظر هذه تمثل موقف علماء النفس السلوكيين . ومع ذلك ، فالسلوك النمطي يتأثر ببعض العوامل المتصلة بالشخص نفسه . فهناك علاقة عكسية بين نسبة الذكاء والسلوك النمطي (Berkson & Davenport, 1962) . كذلك فان المُقْعِدِينَ والمكفوفين يظهران هذا السلوك أكثر من المبصرين والذين لا يعانون من قيود حركية .

وتقدم نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic Theory) فرضيتين رئيسيتين لتفسير السلوك النمطي . تتلخص الفرضية الأولى في النظر الى الطفل المعوق على أنه يواجه صعوبة في التمييز بين جسمه والبيئة المحيطة وانه يقوم باثارة ذاته لمعرفة الفروق . وهذه الفرضية غير قابلة للتحقق العلمي . أما الفرضية الثانية فتقوم على ان السلوك النمطي ينجم عن خلل شديد في العلاقات الطبيعية بين الأم والرضيع . وما يعنيه هذا الافتراض عملياً هو ضرورة منع حرمان الطفل من الأمومة الدافئة ولكن هذا الافتراض لا يوضح كيفية معالجة السلوك النمطي . بمعنى آخر ، ليس لدى التحليل النفسي علاج عملي للاستجابات النمطية (O'Brien, 1981) .

أما التفسير العضوي (Organic Explanation) فيقوم على افتراض مفاده ان السلوك النمطي ينجم عن اضطراب العمليات الفسيولوجية ويستند مُؤَيِّدو هذا المنحى الى الدراسات التي تشير الى انه كلما انخفضت نسبة الذكاء عادة ما يكون لديهم تلف فسيولوجي خاصة في الجهاز العصبي (Baumeister, 1978) . وعلى الرغم من ان وجهة النظر هذه قد تكون صحيحة الا انه لم يتم تطوير أية اساليب علاجية استناداً اليها .

ويحاول البعض تفسير السلوك النمطي من وجهة نظر النمو الطبيعي (Normal Development Approach) . وتقول وجهة النظر هذه بان السلوك النمطي يحدث اثناء عملية النمو الطبيعية ويزول من لدن الطفل العادي في مراحل عمرية محددة الا انه يبقى موجوداً لدى الاطفال المعوقين حتى بعد دخولهم تلك المراحل . بعبارة اخرى يقترح هذا التفسير أن الأطفال العاديين عندما ينضجون يطوّرون انماطاً سلوكية أكثر نضجاً وأكثر تعقيداً (السلوك التكيفي) ، وان الأطفال المعوقين يستمرون بإظهار السلوك النمطي لانهم غير قادرين على تعلم الانماط السلوكية التكيفية . وهكذا ، يُعتقد أن المشكلة هي مشكلة تناقض بين السلوك النمطي من جهة والسلوك التكيفي من جهة أخرى . وقد كان لوجهة النظر اثر كبير على استراتيجيات معالجة السلوك النمطي

وذلك تبعاً لمبادئ تعديل السلوك التالية :

أ - الغاء المعززات التي تنجم عن السلوك النمطي .

ب - منع السلوك النمطي من الحدوث وذلك بتشجيع الطفل على تعلم السلوك التكيفي.

ج - معاقبة السلوك النمطي عند حدوثه .

د - مكافأة السلوك التكيفي عند حدوثه (Foxx & Azrin, 1973) .

وأخيراً قام وتمان ورفاقه (Whitman et al., 1983) بتلخيص نتائج الدراسات التي أجريت بهدف تحديد أثر بعض المتغيرات على السلوك النمطي لدى الأطفال المعوقين والجدول رقم (٥ - ٢) يوضح تلك النتائج .

### الجدول رقم (٥ - ٢)

#### أثر بعض المتغيرات على السلوك النمطي

الرقم	المتغير	أثره على السلوك النمطي
١	البيئة المثيرة	دراسات أشارت الى انها تخفض السلوك النمطي ودراسات اشارت الى انها تقوية .
٢	البيئة غير المثيرة	تقوي السلوك النمطي
٣	الأشياء المختلفة	تضعف السلوك النمطي
٤	الأشياء المحدثة للصوت	تضعف السلوك النمطي
٥	التفاعل الاجتماعي	يضعف السلوك النمطي
٦	الصوت الصاخب	يقوي السلوك النمطي
٧	الصوت الخافت	يقوي السلوك النمطي
٨	الأصوات المختلفة	يقوي السلوك النمطي
٩	الشرائح الملونه	تضعف السلوك النمطي
١٠	الظلام	يقوي السلوك النمطي
١١	الحرمان من الطعام	يقوي السلوك النمطي
١٢	الاحباط	يقوي السلوك النمطي

## معالجة السلوك النمطي :

تعتبر أساليب تعديل السلوك أكثر الأساليب العلاجية فعالية في خفض أو إيقاف السلوك النمطي لدى الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة . ويمكن تصنيف هذه الأساليب الى أربعة أنواع أساسية هي :

- أ - تنظيم أو إعادة تنظيم الوضع البيئي أو استخدام العقاقير الطبية او المثبرات والاحداث القبلية .
- ب - الاجراءات المنفرة .
- ج - الاجراءات الايجابية .
- د - الإطفاء الحسي .

وفيما يلي مراجعة وتحليل للدراسات المهمة التي اوضحت فاعلية هذه الاجراءات العلاجية .

## تنظيم أو إعادة تنظيم الوضع (Manipulation of Setting)

تشمل الاستراتيجية العلاجية هذه ضبط المثبرات والأحداث القبلية بهدف الحد من أثر الظروف البيئية التي تهيء الفرصة لحدوث السلوك النمطي من جهة أو توفر الظروف لحدوث الأنماط السلوكية البديلة التي تتناقض والسلوك النمطي . وعلى وجه التحديد تتضمن هذه الاستراتيجية استخدام :

- أ - العقاقير الطبية .
- ب - التفاعلات الاجتماعية والبيئية .
- ج - التعليمات اللفظية والتوجيه الجسدي .

## العقاقير الطبية (Drugs)

تمثل العقاقير الطبية واحدة من الطرائق العلاجية غير السلوكية المستخدمة لمعالجة السلوك النمطي لدى الأطفال المعوقين . وتشير الدراسات التي أجريت في هذا الصدد الى نتائج متباينة . فقد استخدم ديفز ورفاقه (Davis et al. 1969) عقار الميلاريل (Mellaril) لخفض هز الجسم لدى تسعة أطفال متخلفين وكانت النتائج ايجابية . أمّا كل من بيركسون (Berkson, 1965) وهوليز (Hollis, 1967) فاستخدما عقار الدكسدرين (Dexedrine) لمعالجة استجابات نمطية مختلفة فوجدا ان هذا العقار لم

يكن فعالا . واذا كانت بعض الدراسات تبين فاعلية بعض العقاقير الطبية في معالجة السلوك النمطي ، فانها جميعا تؤدي الى تأثيرات جانبية سلبية مما حدا بالعاملين في ميدان التربية الخاصة الى الامتناع عن استخدامها (Al-Khateeb, 1989) .

### التفاعلات الاجتماعية والبيئية (Social Interactions)

تشمل هذه الاستراتيجية توفير الفرص اللازمة للتفاعلات الاجتماعية والبيئية المناسبة . فلقد قام لاجرو ورب (Lagrow & Repp, 1984) بمراجعة ثمانية دراسات حاولت التعرف على أثر زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والبيئي على مستوى السلوك النمطي لدى أطفال لديهم إعاقات مختلفة . ووضحت هذه المراجعة ان خمس دراسات أشارت الى أثر واضح لتوفر الفرص المتاحة للتفاعل الاجتماعي على السلوك النمطي في حين فشلت الدراسات الثلاث الأخرى في إيجاد علاقة بين التفاعل الاجتماعي والسلوك النمطي . وقد خلص هذا الباحثان الى أن زيادة فرص التفاعل الاجتماعي بحد ذاتها ليس لها أثر كبير على السلوك النمطي

### التعليمات والتوجيه (Instructions)

يتضمن هذا الأسلوب توجيه الطفل المعوق لعدم تأدية السلوك النمطي (من خلال إعطائه تعليمات محددة) والطلب منه او تشجيعه على تأدية مهمات معينة بهدف منعه من القيام بالسلوك النمطي . ومن الدراسات التي استخدمت هذا الأسلوب دراسة بتل وهيك (Bittle & Hake, 1977) . وقد أجريت الدراسة على طفل يعاني من حالة التوحد وتبين ان هذا الأسلوب العلاجي كان له أثر كبير على السلوك النمطي .

### الإجراءات المنفرة (Aversive Techniques)

تتضمن هذه الأساليب استخدام الإثارة المنفرة لخفض السلوك النمطي . وعلى الرغم من ان هذه الإستراتيجية هي الأكثر فعالية بين أساليب تعديل السلوك النمطي الا أنه ينبغي عدم اللجوء اليها الا بعد التحقق من فشل الإجراءات الإيجابية في خفض السلوك النمطي . ويعود ذلك الى كونها قد تنطوي على تأثيرات جانبية سلبية وقد ينجم عنها قضايا اخلاقية وفلسفية وإجتماعية مثيرة للجدل . وعلى أية حال ، فذلك لا يعني ان هذه الإستراتيجية غير مقبولة او انه يجب الامتناع عن استخدامها ولكن



المقصود هو اللجوء اليها كحيلة اخيرة بعد اخفاق الأساليب الأخرى الممكنة . وتشمل هذه الاستراتيجية استخدام الأساليب التالية :

- ١ - الصدمة الكهربائية .
- ٢ - التقييد الجسدي .
- ٣ - التوابع المنفرة .
- ٤ - الموسيقى المنفرة .
- ٥ - التصحيح الزائد .
- ٦ - الاقصاء عن التعزيز الإيجابي .

### الصّدمة الكهربائية (Electric Shock)

في العقود الماضية كانت الصدمة الكهربائية واحدة من الأساليب المستخدمة بكثرة لمعالجة المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأشخاص المعوقون . فلم تكن قد تطورت بعد أساليب فعالة للتغلب على العديد من المشكلات . ففي عام ١٩٦٥ ، قام لوفاس ورفاقه (Lovaas et al. , 1965) بإستخدام الصّدمة الكهربائية لمعالجة السلوك النمطي لدى طفلين متخلفين عقليا . وقد اوضحت النتائج ان هذا الأسلوب كان فعالا اذ انه عمل على خفض السلوك المستهدف بشكل ملحوظ . واستخدم بومستر وفورماند (Baumeister & Forehand, 1973) الأسلوب ذاته بنجاح لايقاف السلوك النمطي (هز الجسم) لدى ثلاثة أطفال لديهم تخلف عقلي شديد وقد تابع الباحثان اولئك الأطفال لمدة عشرة شهور بعد التوقف عن المعالجة فوجدا انه لم يحدث اية انتكاسات .

### التقييد الجسدي (Physical Restraint)

التقييد الجسدي هو الآخر واحد من الأساليب التي استخدمت لمعالجة السلوك النمطي . فقد استطاع شابيرو وباريت واولندك (Shapiro, Barrett, & Ollendick, 1980) خفض السلوك النمطي لدى مجموعة من الأطفال المعوقين وتبين أن أثر التقييد الجسدي كان مباشرا وبالغا ، وقد توصل كل من بتجود وكرو وسوارز وبيترز (Salzberg & Bitgood, Crowe, Suarez, & Peters, 1980) وساللزبرج ونابوليتان (Napolitan, 1974) الى نتائج مشابهة . وفي دراسات أخرى استخدم التقييد الجسدي مع أساليب علاجية أخرى . فقد استخدم كويجل وفايرستون وكرام

ودنلوب (Koegel, Firestone, Kramme, & Dunlop, 1974) التقييد الجسدي والتوبيخ ، واستخدام باركلي وزوبنك (Barkley & Zupnick, 1976) التقييد الجسدي وتعزيز الامتناع عن السلوك النمطي .

### التوابع المنفرة (Aversive Consequences)

تأخذ التوابع المنفرة أشكالاً متعددة مثل التوبيخ اللفظي أو توجيه صفة إلى يدي الطفل أو هز الجسم بعنف أو قول لا بصوت عالٍ وغير ذلك . فعلى سبيل المثال ، استطاع رسي (Risley, 1968) خفض السلوك النمطي لدى طفل في السادسة من عمره لديه حالة التوحد وذلك من خلال هز ذراع الطفل بقوة وتوبيخه حال قيامه بالسلوك النمطي . واستطاع كويجل وكوفرت (Koegel & Covert, 1972) إيقاف السلوك النمطي لدى ثلاثة أطفال يعانون من حالة التوحد وذلك بتوبيخ وتوجيه صفة إلى يديه مباشرة بعد تأديته للسلوك النمطي . أما لامال (Lamal, 1976) فاستخدم مادة اللسترين (Listerine) وهي مادة منفرة في حالة شمها وتبين أن ذلك أدى إلى توقف السلوك النمطي .

### الموسيقى المنفرة (Aversive Music)

لقد استخدم هذا الأسلوب في دراسة سابقة (Green, Hoalts, & Hornick, 1970) وتبين أنه أسلوب فعال إذ عمل على خفض هز الجسم لدى طفل يعاني من التخلف العقلي والإعاقة البصرية . واشتمل الأسلوب على استخدام الموسيقى الصاخبة والمشوشة حال قيام الطفل بهز جسمه .

### التصحيح الزائد (Overcorrection)

إن أسلوب التصحيح الزائد قد طُوِّر بالأصل لمعالجة السلوك النمطي لدى الأطفال المعوقين . والتصحيح الزائد بما يتضمنه من إثارة مزعجة ومنفرة للطفل يعتبر واحداً من أشكال العقاب من الدرجة الأولى (انظر الفصل الثاني) . وكان فوكس وآزرن (Foux & Azrin, 1973) أول من استخدم هذا الأسلوب لمعالجة أشكال مختلفة من السلوك النمطي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً . وقد تبين في تلك الدراسة أن التصحيح الزائد أسلوب فعال وأنه أكثر فاعلية من تعزيز غياب السلوك أو العقاب الجسدي .

بعد ذلك استخدم آزرن وكابلان وفوكس (Azrin, Kaplan, & Foxx, 1973) هذا الأسلوب لمعالجة السلوك النمطي لدى ثمانية أطفال متخلفين عقليا . وقد تبين أيضا ان هذا الأسلوب استطاع خفض السلوك النمطي في فترة زمنية وجيزة جدا . ومن ثم ظهرت عشرات الدراسات التي توضح فاعلية اسلوب التصحيح الزائد في خفض السلوك النمطي . وفي الحقيقة يعتبر هذا الاسلوب حاليا أكثر الأساليب العلاجية للسلوك النمطي فاعلية ، فقد استخدم كلمان ووتمان وجونسون-كولمان (Coleman, Whitman, & Johnson, 1979) التصحيح الزائد من نوع الممارسة الايجابية (حركات يدوية لمدة دقيقتين) مع مراهق لديه تخلف عقلي فتبين ان الأثر كان كبيرا وفوريا . واستخدم دني (Denny, 1980) أيضا أسلوب الممارسة الايجابية (القيام باستجابات حركية مقررة) مع ثلاثة أطفال متخلفين عقليا . وتمثل السلوك النمطي بحركات يدوية غير هادفة ووضع اليد وأشياء مختلفة بالفم . وقد كان اثر هذه الطريقة كبيرا ومباشراً وذلك بعد مرور (5 - 7) أسابيع على المعالجة .

أما ابستين ورفاقه (Epstein et al., 1974) فاستخدموا هذا الأسلوب لمعالجة استجابات حركية نمطية في اليدين والرجلين لدى طفلين لديهما حالة التوحد . وقد أدى هذا الأسلوب الى خفض الإستجابات النمطية بشكل كبير . وعالج نيومان ورفاقه (Newman et al., 1977) السلوك النمطي اللفظي لدى طفل متخلف عقليا يبلغ من العمر ثماني سنوات باستخدام اسلوب الممارسة الايجابية (حركات يدوية معينة لمدة نصف دقيقة في كل مرة يحدث فيها السلوك اللفظي غير المناسب) . وقد انخفض السلوك المستهدف بعد المعالجة ولكن الانخفاض لم يكن كبيرا . وقام كيسل ووتمان (Kissel & Whitman, 1977) بمعالجة السلوك النمطي (هز الرأس الى الأمام والخلف ووضع الأشياء بالفم) باستخدام الممارسة الإيجابية (التدريب على الحركات الوظيفية) فكان اثر ذلك على الاستجابات المستهدفة كبيرا الا أنه لم يدم طويلا .

واستخدم رولنجز ورفاقه (Rollings et al., 1977) الأسلوب ذاته مع طفلين لديهما تخلف عقلي شديد جدا لمعالجة هز الرأس والجسم . وقد أوقف هذا الأسلوب السلوك النمطي لديهما الا انه حدث انتكاس بعد التوقف عن المعالجة .

هذا واوضحت دراسات عديدة أخرى فاعلية التصحيح الزائد في معالجة الاستجابات النمطية لدى الأطفال المعوقين والجدول رقم (5 - 3) يبين بعض الاستجابات التي استخدم هذا الأسلوب لمعالجتها بنجاح .

الجدول رقم (٥ - ٣)  
بعض الاستجابات النمطية التي استخدم  
التصحيح الزائد لمعالجتها بنجاح

١ - وضع الأشياء المختلفة بالفم	٩ - لمس الأنف بشكل متكرر
٢ - حك الرأس	١٠ - حركات نمطية في الرجلين
٣ - ضرب الحائط	١١ - تحريك اليدين أمام الوجه
٤ - النقر على الأشياء	١٢ - ضرب المنضدة
٥ - صفع الوجه	١٣ - التقيؤ المتكرر
٦ - هز الجسم	١٤ - الدمدمة
٧ - حركات نمطية في اليدين	١٥ - إثارة جنسية ذاتية
٨ - اصوات غير مناسبة	١٦ - نقل الشيء ذاته من يد الى أخرى

الاقصاء عن التعزيز الإيجابي (Time Out)

لقد بيّنت بعض الدّراسات امكانياً استخدام الاقصاء عن التعزيز الايجابي من نوع العزل لخفض السلوك النمطي لدى الأطفال ذوي الاعاقات المختلفة . فقد استخدم بندر جراس (Pendergrass, 1972) هذا الاسلوب بفعالية لخفض السلوك النمطي لدى طفلين يعانين من التخلف العقلي الشديد .

واستخدم ساش (Sachs, 1973) العزل أيضاً لمعالجة السلوك النمطي لدى طفل لديه توحد يبلغ من العمر ثلاث عشرة سنة . وقدم تبين ان هذا الاسلوب كان فعالاً في هذه الدراسة أيضاً .

وعلى أية حال ، فان الاقصاء لا يعتبر اسلوباً فعالاً لمعالجة السلوك النمطي ذلك لأن هذا السلوك قد يستمر بالحدوث في فترة الاقصاء . اضافة إلى ذلك فالاقصاء عموماً لا يحقق الاهداف العلاجية اذا كان معدل حدوث السلوك النمطي مرتفعاً ، وهو قد يؤدي الى ظهور تأثيرات جانبية سلبية (مثل انخفاض مستوى الاستجابات الاخرى المناسبة أو زيادة مستوى بعض الاستجابات غير المناسبة) .

## الإجراءات الإيجابية (Positive Reductive Techniques)

تسمى هذه الإجراءات العلاجية بهذا الإسم لأنها لا تتضمن الإثارة المنفرة بل تقتصر على استخدام التعزيز بانواعه المختلفة لخفض الاستجابات النمطية ولأنها تركز على تشكيل الاستجابات المناسبة . ويعتمد نجاح هذه الأساليب في معالجة السلوك النمطي على قدرة معدّل السلوك على اختيار وتقديم معززات خارجية اقوى من المعززات الداخلية التي ينطوي عليها السلوك النمطي ذاته .

وكما هو معروف تشمل هذه الأساليب :

أ - تعزيز غياب السلوك .

ب - تعزيز السلوك البديل .

ج - تعزيز انخفاض السلوك .

وقد استخدمت الأساليب الثلاثة هذه في دراسات مختلفة لخفض السلوك النمطي . فقد استخدم كوفو (Cuvo, 1976) وفيفل (Favell, 1973) وربّ ووديتنر وسيبر (Repp, Deitz, & Speer, 1974) تعزيز غياب السلوك (أو تعزيز الامتناع عن السلوك النمطي) بشكل فعال لخفض استجابات نمطية متنوعة لدى فئات مختلفة من الأطفال المعوقين . وبشكل عام تمثل هذا الأسلوب بالثناء على الطفل أو تعزيزه بأشكال مختلفة عندما يمتنع عن القيام بالسلوك النمطي في فترات زمنية مقررّة . واستخدم الخطيب (Al-Khateeb, 1989) هذا الأسلوب مضافا اليه التصحيح الزائد لخفض الإثارة الذاتية لدى طفلة متخلّفة عقليا في السابعة من عمرها . وقد قامت معلمة الصف بتنفيذ الإجراءات العلاجية بعد تدريبها . وبينت النتائج ان البرنامج العلاجي عمل على كبح السلوك المستهدف في فترة زمنية قصيرة حيث ان معدل حدوث الإثارة الذاتية انخفض من ٦٣٪ من الوقت في مرحلة ما قبل المعالجة الى ١٣٪ من الوقت بعد معالجته .

واستخدمت دراسات أخرى اسلوب تعزيز السلوك البديل (أو ما يُعرف بالاشراط المضاد) والذي يتضمن تشكيل استجابات تكيفية لتحل محل السلوك النمطي وذلك باستخدام التعزيز التفاضلي . وقد وجد كل من بومستر وفورماند (Baumeister & Forehand, 1971) وأزرن ورفاقه (Azrin et al., 1973) أن هذا الأسلوب قد عمل على خفض السلوك النمطي لدى أطفال متخلفين عقليا .

وأخيراً ، حاولت دراسات قليلة التحقق من فاعلية تعزيز انخفاض السلوك في كبح السلوك النمطي . وهذا الأسلوب يتضمن تعزيز الطفل عندما يظهر السلوك النمطي بمعدل منخفض شيئا فشيئاً . فعلى سبيل المثال ، وجد هوليز (Hollis, 1967) أن هذا

الاسلوب خفض السلوك النمطي لدى طفل متخلف عقليا من (٨٠) استجابة في الدقيقة الواحدة قبل المعالجة الى (٤) استجابات بعد المعالجة .

### الإطفاء الحسي (Sensory Extinction)

يستند اسلوب الإطفاء بوجه عام الى إلغاء المعززات التي تحافظ على السلوك غير المرغوب فيه . والمعززات إما ان تكون خارجية وإما ان تكون داخلية . وقد تتمثل المعززات الخارجية في الانتباه للطفل وتزويده بأشياء يحبها عند قيامه بالسلوك . وفي هذه الحالة يشتمل الإطفاء على تجاهل الطفل عند تأديته للسلوك المراد ايقافه . وقد استخدم بعض الباحثين هذا الأسلوب لمعالجة السلوك النمطي لدى الأطفال المعوقين . فقد استخدم لوز ورفاقه (Laws et al., 1971) هذا الأسلوب بنجاح لخفض استجابات نمطية في الرأس وفي اليد لدى طفلين لديهما تخلف عقلي . واشتمل الإطفاء على تجاهل الطفلين (عدم النظر اليهما عندما يقومان بالسلوك النمطي) والانتباه إليهما والتفاعل معهما عندما يتوقفان عن تأدية هذا السلوك .

وإذا كان التعزيز الذي يحافظ على السلوك النمطي داخليا او ذاتيا فان هذا النوع من الإطفاء لن يترك أثرا يذكر على السلوك . فقد يكون التعزيز حسياً (لمسياً أو بصرياً أو سمعياً ، الخ) . في هذه الحالة يستخدم أسلوب الإطفاء الحسي (اطفاء سمعي أو إطفاء لمسي ، الخ) . وقد استخدم رنكوفر وكوك وبيبلز وباكارد (Rincover, Cook, Peoples, & Packard, 1979) هذا الأسلوب العلاجي لايقاف الاستجابات النمطية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد بشكل فعال . وقد اخذ الإطفاء الحسي عدة أشكال منها تغطية الشيء بمواد عازله او بمواد تمنع حدوث الصوت او الضوء الذي ينبعث عن الاستجابات النمطية المختلفة .

هذا وقام لاجرو ورب (LaGrow & Repp, 1984) بتلخيص نتائج (٨٩) دراسة تتعلق باستراتيجيات معالجة السلوك النمطي لدى الأطفال المعوقين . وقد بين هذان الباحثان مستوى فاعلية الأساليب العلاجية المختلفة في خفض هذا السلوك والجدول (٥ - ٤) يوضح ما توصل اليه هذان الباحثان .

الجدول رقم (٥ - ٤)  
فاعلية الأساليب العلاجية المختلفة في خفض السلوك النمطي

مستوى الفعالية	عدد الدراسات	الاسلوب العلاجي
فعال بدرجة منقطعة النظير	٢	١ - الصدمة الكهربائية
فعال جداً	٧	٢ - التقييد الجسدي
فعال جداً	٥	٣ - التوابع المنفرة
فعال جداً	١	٤ - الموسيقى المنفرة
فعال جداً	٢٣	٥ - التصحيح الزائد
فعال جداً	٦	٦ - الاقصاء
فعال	٩	٧ - التوبيخ اللفظي
فعال جداً	١	٨ - الاثارة الذاتية كمعزز
فعال جداً	٥	٩ - تعزيز السلوك البديل
فعال	٨	١٠ - تعزيز غياب السلوك
فعال جداً	٢	١١ - الاطفاء الحسي
فعال جداً	١	١٢ - ضبط المثيرات القبلية
فعال	٣	أ - التعليمات
فعال	٣	ب - العقاقير
غير فعال	٨	ج - التفاعل الاجتماعي
فعال بدرجة منقطعة النظير	١	١٣ - التقييد الجسدي والتصحيح الزائد
فعال بدرجة منقطعة النظير	١	١٤ - التقييد الجسدي وتعزيز غياب السلوك
فعال بدرجة منقطعة النظير	٤	١٥ - التصحيح الزائد وتعزيز السلوك البديل
فعال جداً	٢	١٦ - العواقب المنفرة وتعزيز السلوك البديل

## دراسات توضيحية :

نعرض في هذا الجزء دراسة قام بها لويسلي \* بغية التعرف على فاعلية تطبيق التصحيح الزائد لفترة زمنية وجيزة في خفض السلوك النمطي لدى الأطفال المعوقين عقليا . وقد تضمنت الدراسة معالجة عدة أطفال متخلفين عقليا ولكننا سنكتفي هنا بعرض النتائج التي توصل اليها الباحث فيما يتعلق بأحد اولئك الأطفال وهو طفل كان يعاني من التخلف العقلي الشديد . كان الطفل في الثانية عشرة من عمره ، أمّا السلوك النمطي لديه فتمثل بوضع أصابع اليد بالفم لثانية أو ثانيتين ومن ثم اخراجها من الفم وفركها بعضها ببعض .

ولأهداف جمع البيانات تم تعزيز السلوك المستهدف على أنه قيام الطفل بوضع إصبع أو أكثر في فمه . ولأن هذا السلوك كان يحدث لبضع ثوان فقط فقد استخدم تسجيل التكرار وليس المدة . وسجل هذا السلوك في فترتين : فترة العناية الذاتية وفترة اللغة ، واجريت جلسة واحدة مدتها نصف ساعة يوميا في كل من الفترتين .

أما البيانات فجمعت في الدقائق العشر الأولى فقط من كل فترة وكان المعلم هو الذي قام بجمعها ، وفي مراحل الدراسة المختلفة تم التحقق من ثبات البيانات اذ قام ملاحظ آخر بتسجيل تكرار السلوك في يوم واحد اسبوعياً . واثناء الملاحظة كان المعلم يجلس بعيداً عن الملاحظ الآخر لتجنب امكانية التأثير على جمع البيانات . وحسبت نسبة الاتفاق بقسمة التكرار الأصغر على التكرار الأكبر وضرب النتائج بمئة .

وبلغت نسبة الاتفاق ٨٤٪ بالنسبة لحدوث السلوك المستهدف في فترة العناية الذاتية و ٩٢٪ بالنسبة لحدوثه في فترة اللغة . نفذت مراحل الخط الأساس والمعالجة في تصميم بحيث تضمن تصميم (أ - ب - أ - ب) وتصميم الخطوط القاعدية المتعددة . ففي البداية تم معالجة السلوك النمطي في فترة العناية الذاتية في حين بقي هذا السلوك دون علاج في فترة العناية الذاتية . أتضح ان الاثر العلاجي قد تعمم الى فترة اللغة . ومن أجل تقييم ظاهرة التعميم تم التوقف عن استخدام الاجراءات العلاجية في فترة العناية الذاتية وبعد ذلك بفترة استخدمت الاجراءات تانية في الفترة ذاتها أولا ومن ثم في فترة اللغة .

---

\* Luiselli, J. (1984). Effects of brief overcorrection on stereotypic behavior of mentally retarded students. *Education and Treatment of Children*, I, 125 - 138 .



في مرحلة الأساس تجاهل المعلم الاستجابات النمطية لدى الطفل وقام بتعزيزه عندما كان يستخدم يديه في عمل منتج واشتمل التعزيز على الثناء والاقتراب من الطفل والانتباه اليه .

وفي مرحلة العلاج (الممارسة الايجابية) بقي تعزيز الاستجابات المناسبة ساري المفعول . وفي حالة وضع الطفل أصابعه بفمه نُقِّذت الممارسة الايجابية على النحو التالي :

- ١ - التقاط قطعة قماش مبللة بالماء الذي اضيف اليه مطهرٌ من وعاء قريب .
- ٢ - تنظيف راحة اليد اليمنى واليد اليسرى أيضا بقطعة القماش عشر مرات .
- ٣ - تنظيف الأصابع العشرة خمس مرات متتالية .
- ٤ - اعادة قطعة القماش الى الوعاء .
- ٥ - تنشيف اليدين والأصابع بقطعة قماش خمس مرات .

وقام المعلم بتوجيه الطفل جسديا لتنفيذ متطلبات الممارسة الايجابية مستخدما الحد الأدنى منه واستمرت عملية الممارسة الايجابية الواحدة مدة (٣٠ - ٤٠) ثانية ، وتمت متابعة الطفل على مدى ثلاث اسابيع بعد التوقف عن المعالجة . وقد تبين ان متوسط حدوث السلوك المستهدف في فترة العناية الذاتية كان ٤,٢ استجابة في مرحلة الأساس . أما في مرحلة العلاج فحدثت استجابة واحدة في اليوم الأول ولم تحدث اية استجابة في اليوم الثاني . وأدّت العودة الى مرحلة الأساس الى ازدياد تكرار السلوك فاصبح متوسطه ٥,١٥ استجابة . وعندما استخدمت الممارسة الايجابية مجدداً توقف السلوك . وفي فترة اللغة كان متوسط حدوث السلوك المستهدف (٨,١٧) استجابة في مرحلة الأساس . وفي مرحلة المعالجة أصبح المتوسط استجابتين في فترة العشر دقائق . وتبين البيانات ان السلوك في مرحلة المتابعة قد اختلف في كل فترة العناية الذاتية وفترة اللغة .

وفي دراسة أخرى بين هانلي وبرلمان وهومان \* إمكانية تدريب الأم على استخدام اساليب تعديل السلوك لمعالجة الاثارة الذاتية لدى طفلها المعوق انفعاليا البالغ من العمر سبع سنوات . وكان تاريخ الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة حافلا بالمشكلات السلوكية وكان من الصعب جدا ضبط سلوكه . لذلك اقترحت الروضة

---

\* Hanley, E., Perelman, P., & Homan, C. (1979). Parental management of a child's self-stimulation behavior through the use of timeout and DRO. Education and Treatment of Children, 2, 305 - 310.

على أسرته وضعه في مدرسة تربوية خاصة تعنى بالاطفال المضطربين سلوكيا وهناك تم تشخيص حالته على انها توحد . ومن المشكلات الأساسية لدى الطفل والتي كانت تسترعي الانتباه قيامه بحركات يديوية شاذة يرافقها أحيانا إصدار أصوات غريبة . وبشكل عام كان الطفل يتصف بالفوضى وبالعدوان وبعدم اطاعة التعليمات وقد تمت معالجة مشكلة القيام بالحركات الشاذة في المدرسة على أيدي معالجين متخصصين الا أن تلك المشكلة استمرت بالحدوث في البيت مما شكل ازعاجاً كبيراً لوالديه ولأسرته . وعبرت أمه عن ذلك للمدرسة وطلبت منهم المساعدة وتعهدت بتنفيذ الاجراءات العلاجية المقترحة بنفسها .

وفي جلسة مقترحة مسائية كل يوم قامت الأم بتسجيل تكرار سلوك الاثارة الذاتية لدى الطفل على مدى ساعة . وعُرفت اثاره الذات في هذه الدراسة على انها قيام الطفل بتحريك يديه في الهواء بشكل متكرر وعنيف . وعندما كان الطفل يعيد ذراعية الى الأسفل بجانب الجسم كانت الاستجابة تعتبر منتهية .

وتم التحقق من ثبات البيانات المسجلة مرة واحدة على الأقل في كل مرحلة من مراحل الدراسة حيث قامت اخت الطفل أو جدّه بذلك . وقد تراوحت نسبة الاتفاق بين الملاحظين بين (٨٩٪) و (١٠٠٪) .

أما مراحل الدراسة فكانت : مرحلة الأساس الأولى ومرحلة العلاج الأولى ومرحلة الأساس الثانية ومرحلة العلاج الثانية . في مرحلة الأساس الأولى قامت الأم بتسجيل عدد مرات حدوث الاثارة الذاتية لمدة ساعة كل مساء وفي هذه المرحلة استمرت الأم بالتصرف نحو الطفل كالمعتاد بأن تطلب منه أن يتوقف عن ذلك السلوك ليس أكثر .

أما مرحلة العلاج الأولى فتضمنت استخدام الاقصاء عن التعزيز الإيجابي والتعزيز التفاضلي لغياب السلوك . وبسبب إنشغال الأم بالواجبات المنزلية تقرر أن تستخدم الاساليب العلاجية في جزء من فترة الملاحظة . وابلغت الأم طفلها بانهما سيلعبان لعبة ما كل مساء . واثناء ذلك كانت الأم تراقب ساعة الحائط فاذا مرّت خمس دقائق دون ان يقوم الطفل باثارة ذاته أعطته بعض الحلوى . أما اذا قام باثارة ذاته اثناء فترة الخمس دقائق تلك قامت الأم فورا بارساله الى زاوية في البيت وطلبت منه ان يبقى هناك وحيدا دون ان يتفاعل معه أحد . وكان هذا الوضع يستمر خمس دقائق وبعد ذلك كان الطفل يعود الى اللعب حيث تبدأ الأم بمراقبته مدة خمس دقائق جديدة وهكذا استمرت الام باستخدام الاجراءات العلاجية الى ان توقفت الاثارة الذاتية عن

الحدوث في خمس جلسات ملاحظة متتالية .  
وفي مرحلة الأساس الثانية توقفت الأم عن استخدام الطرق العلاجية مدة أربعة أيام وبعد ذلك شرعت باستخدامها مجدداً في مرحلة العلاج .

اتضح ان معدّل حدوث الاثارة الذاتية اثناء مرحلة الأساس الأولى كان (٩) مرات في الساعة وأصبح مرتين في الساعة بعد استخدام الاقصاء والتعزيز التفاضلي . وفي مرحلة الأساس الثانية ارتفع المعدل مجدداً فبلغ (٧) مرات ولكنه انخفض بشكل ملحوظ في مرحلة العلاج الثانية فاصبح (٩, ٠) مرة في الساعة الواحدة . وهكذا توضح النتائج ان باستطاعة الوالدين خفض المظاهر السلوكية غير التكيفية لدى الأطفال المعوقين في البيت بشكل فعال .

### الخلاصة

استعرض هذا الفصل أشكال السلوك النمطي التي قد يبديها الأطفال ذوو الاعاقات المختلفة وبيّن التفسيرات لهذا السلوك وأساليب تعديل السلوك التي يمكن استخدامها لمعالجته . فقد بين الفصل ان هذه الاستجابات الحركية او اللفظية غير الهادفة والشاذة تظهر لدى الأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال المعوقين انفعالياً والاطفال المعوقين بصرياً بأشكال مختلفة . وقدّم الفصل ايضاً تفسيرات متنوعة لهذا السلوك تستند الى مفاهيم نظرية مختلفة تشمل مفهوم التوازن في الاثارة ، ومفهوم السلوك الخرافي الذي يشكله التعزيز العشوائي ، ومفهوم الاضطرابات الفسيولوجية ، ومفهوم العلاقات المضطربة بين الآباء والأبناء ، ومفهوم التطور النمائي .

وفي الجزء الأخير ، تم استعراض الأساليب العلاجية المختلفة والتي تتضمن التحكم بالوضع البيئي ، والاجراءات العقابية ، والاجراءات المستندة الى تعزيز الاستجابات التكيفية ، والاطفاء الحسي .

## أسئلة

- ١ - ما هي الأسباب التي تجعل معالجة السلوك النمطي امرا مهما بالنسبة للطفل المعوق ؟
- ٢ - عديدة هي النظريات التي عالجت مشكلة الاستجابات النمطية لدى الأطفال المعوقين . أيهما يقدم اجراءات عملية لمعالجة هذه المشكلة ؟ لماذا ؟
- ٣ - هل تعتقد أن معالجة السلوك النمطي تستلزم تحديد أسبابه ؟ لماذا ؟
- ٤ - بين الفصل انّ الاجراءات العلاجية التي تتضمن الإثارة المنقّرة فعالة في معالجة السلوك النمطي ، ومع ذلك فان معدلي السلوك لا يفضلون البدء باستخدام تلك الاجراءات ، لماذا تعتقد انهم يفعلون ذلك ؟
- ٥ - اذكر الطرق التي يمكن من خلالها استخدام مبدأ التعزيز لخفض السلوك النمطي لدى الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة ؟
- ٦ - السلوك النمطي لا يحدث لدى الأطفال المعوقين فحسب ولكنه قد يحدث لدى الأطفال العاديين ايضا ولكن هذا السلوك يعتبر شاذا لدى الأطفال المعوقين في حين انه لا يعامل كذلك عندما يقوم به الأطفال العاديون ما هو برأيك سبب ذلك ؟
- ٧ - ما هي الطرق التي يستخدمها معدلو السلوك عادة لقياس السلوك النمطي ؟ هل تستطيع إقتراح طرق أخرى ؟

## المراجع

- Al - Khateeb, J. (1989) . Reduction of self - stimulatory behavior by over-correction and differential reinforcement of other behaviors. **Abhath Al - Yarmok**, 5, 31 - 44 -
- Azrin, N. , Kaplan, S. , & Foxx, R. (1973) . Autism reversal : Eliminating stereotyped self - stimulation of retarded individuals . **American Journal of Mental Deficiency**. 78, 241 - 248 .
- Barkley, R. , & Zupnick, S. (1976) . Reduction of stereotypic body contractions using physical restraint and DRO . **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 7, 167 - 170 .
- Baumister, A. (1978) . Origins and control of stereotyped movements. In C. Meyers (Ed.), **Quality of life in severely and profoundly mentally retarded people**. Washington, DC : American Association on Mental Deficiency .
- Baumeister, A. , & Forhand , R. (1971) . Effects of extinction of an instrumental response on stereotyped body rocking in severe retarded. **Psychological Record**, 21, 235 - 240.
- Vaumeister, A. , & Forehand, R.(1973) . Stereotyped acts. In N. Ellis (Ed.) , **International review of research in mental retardation** (Vol . 9) . New York : Academic Press.
- Berkson, G. (1965) . Stereotyped movements of mental defectives. **Perceptual and Motor Skills**, 21, 698.
- Bakson, G. , & Davenport, R. (1962). Stereotyped movements in mental defectives. **American Journal of Mental Deficiency** , 66, 849 - 852.
- Bitgood, S. , Crowe ,M., Suarez, Y. , & Peters, R. (1980) . Immobilization : Effects and side effects on stereotyped behavior in children . **Behavior Modification**, 4, 187 - 208 .
- Bittle, F. , & Hake, D. (1977). A multielement design model for component analysis and cross - setting assessment of a treatment package . **Behav-**

**ior Therapy** , 8, 906 - 914 .

Coleman, R. , Whitman, T., & Johnson , M. (1979). Suppression of selfstimulatory behavior of a profoundly retarded boy across staff and settings. **Behavior Therapy**, 10, 266 - 280.

Cuvo, A. (1976) . Decreasing repetitive behavior in institutionalized mentally retarded residents. **Mental Retardation**, 14, 22 - 25.

Davis, K. Sprague, F. , & Werry, J. (1969). Stereotyped behavior and activity level in severe retardates : The effects of drugs. **American Journal of Mental Deficiency**, 73, 721 - 727.

Denny, M. (1980). Reducing self - stimulatory behavior of mentally retarded persons by alternative positive practice . **American Journal of Mental Deficiency**, 84, 610 - 615.

Epstein, L., Doke, L.? Sahwaj , T. , Sorrell, S. & Rimmer, B. (1974) . Generality and side effects of overcorrection . **Journal of Applied Behavior Analysis** , 7, 285 - 390.

Favell; J. (1973). Reduction of stereotypies by reinforcement of toy play. **Mental Retardation**. 11, 21 - 23 .

Foxx, R. , & Azrin, N. (1973). The elimination of autistic self - stimulatory behavior by overcorrection . **Journal of Applied Behavior Analysis**, 6, 1 - 14.

Greene, F. , Hoats, D. , & Harnick , A (1970) . Music distortion : A new technique for behavior modification . **Psychological Record**, 20, 107 - 109.

Hollis, J. (1967) . Vertical operant manipulation for profoundly retarded children. **Perceptual and Motor Skills**, 24, 465 - 466 .

Hutt, M. , & Gibby , R. (1965). **The mentally retarded child** (2nd ed, . Boston : Allyn & Bacon .

Kissel, R. , & Whitman, T. (1977) . An examination of the direct and generalized effects of a play - training and overcorrection procedure upon the self - stimulatory behavior of a profoundly retarded boy. **AAESPH Review** , 2, 141 - 150 .

- Koegel, R., & Covert, A. (1972) The relationship of self - stimulation to learning in autistic children . **Journal of Applied Behavior Analysis**, **5**, 381 - 387.
- Koegel, F. , Firestone, P. , Kramme, K. , & Dunlop G. (1974). Increasing spontaneous play by suppressing self - stimulation in autistic children. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **7**, 521 - 828.
- LaGrow, S. & Repp, A. (1984). Stereotypic responding : A review of intervention research; **American Journal of Mental Deficiency**, **88**, 595 - 609.
- Laws, D. , Brown, R. , Epstein, J. , & Hocking , N. (1971) . Reduction of inappropriate social behavior in disturbed children by an untrained paraprofessional therapist. **Behavior Therapy** , **2**, 519 - 533.
- Lovaas, I, Schaeffer, B. , & Simmons , J. (1965) . Building social behavior in autistic children by use of electric shock. **Journal of Experimental Research in Personality**, **1**, 99 - 109.
- Nawman, R. , Whorton , D. , Simpson, R. (1977) . The modification of self-stimulatory verbalizations in an autistic child through the use of an overcorrection procedure . **AAESPH Review**, **2**, 152 - 163 .
- O'Brien, F. (1981). Treating self - stimulatory behavior. In J. Matson & J. R. McCartney (Eds.) , **Handbook of behavior modification with the mentally retarded**. New York : Plenum Press. (Pp117 - 150) ,
- endergrass, V. (1972) . Timeout from positive reinforcement following persistent, high rate behavior in retardates. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **5**, 85 - 91.
- Repp, A. , Deitz, S. , & Speir, N. (1974). Reducing stereotypic responding of retarded persons by differential reinforcement of other behaviors. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **7**, 279 - 284.
- Rincover, A. (1978). Sensory extinction : A procedure for eliminating self-stimulatory behavior in psychotic children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, **6**, 299 - 310.

- Rincover, A. , Cook, R., Peoples, A, & Packard, D. (1979). Sensory extinction and sensory reinforcement principles for programming multiple adaptive behavior change. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **12**, 221 - 233 .
- Risley, T. (1968). The effects and side effects of punishing the autistic behavior of a deviant child. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **1**, 21 - 34.
- Rollings, J. , Baumeister, A., & Baumeister, A. (1977) . The use of overcorrection proceduress to eliminate stereotyped behaviors in retarded individuals. **Behavior Modification**, **1**, 29 - 46.
- Sachs, D. (1973). The efficacy of time - out proceduress in a variety of behavior problems. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **4**, 237 - 242.
- Shapior, E., Barrett, F., & Ollendick, T. (1980). A comparison of physical restraint and positive practice overcorrection in treating stereotypic behavior. **Behavior Therapy**, **11**, 227 - 233.
- Shroeder, S. (1970). Usage of stereotypy as a descriptive term. **Psychological Record**, **20**, 337 - 342.
- Spradlin, J., & Girardeau, F. (1966). The behavior of moderately and severely retarded persons. In N. Ellis (Ed.) ; **International review of research on mental retardation**. New York : Academic Press.
- Whitman, T. ; Scibak; J. , & Reid, D. (1983). **Behavior modification with the severely and profoundly retarded: Research and application**. New York: Academic Press.



## الفصل السادس

### السلوك الفوضوي

## مقدمة :

يستعرض هذا الفصل واحدا من المظاهر السلوكية العامة الشائعة ليس في مدارس ومؤسسات الأطفال المعوقين فحسب وانما في المدارس العادية أيضاً ، وهذا السلوك هو سلوك الفوضى . وقد يبدو لاول وهلة ان تعريف الفوضى أمر سهل ، الا أن الحقيقة غير ذلك . فلعل أيا من الانماط السلوكية لا يتصف بالعمومية كالسلوك الفوضوي .

إن الهدف الأساسي من هذا الفصل هو تحديد المعالم الرئيسية لهذا السلوك ووصف الأساليب العلاجية المناسبة لخفضه . وعلى وجه التحديد ، ينصب الاهتمام في الفصل على إيضاح اثر الانتباه ، والثناء ، والتجاهل ، والتعزيز بأنواعه ، وبدائل العقاب المختلفة .

## تعريف السلوك الفوضوي :

يشير السلوك الفوضوي (Disruptive Behavior) الى مجموعة من الاستجابات التي تشترك في كونها تسبب اضطرابا في مجريات الأمور او تحول دون تأدية شخص آخر لوظائفه بشكل أو بآخر . وفي غرفة الصف ، يشير السلوك الفوضوي الى الاستجابات التي تؤثر سلبيا على العملية التعليمية التعلمية .

ويستثنى من ذلك الاستجابات التي تشمل العدوان الجسدي المباشر والسرقة والنشاط الزائد وعدم الانتباه . وهكذا يقتصر تعريف السلوك الفوضوي على المشكلات المتصلة بضبط السلوك الصفي . ويعرف هذا السلوك اجرائيا على إنه الخروج من المقعد والتحدث دون استئذان والتجول في غرفة الصف والقاء الاشياء على الأرض والإزعاج اللفظي وما الى ذلك من الأفعال غير الانضباطية .

وعلى أية حال ، فليس كل طفل يخرج من المقعد او يتحدث دون استئذان لديه سلوك فوضوي بحاجة الى المعالجة . فكما هو الحال بالنسبة للتمييز بين السلوك المناسب والسلوك غير المناسب يعتبر السلوك فوضويا اذا انحرف من حيث تكراره وشدته عما يعتبر سلوكا صافيا مناسبا تبعا لقواعد السلوك الصفي وتبعا لتوقعات المعلمين واحتمالهم للسلوك (Ross, 1981) . هذا ويوضح الجدول رقم (٦ - ١) بعض الاستجابات التي غالبا ما تعامل بوصفها محدثة للفوضى (Coulby & Harper, 1985)

## الجدول رقم (٦ - ١)

### بعض الاستجابات المحدثة للفوضى في غرفة الصف

٩ - الضحك بطريقة غير مناسبة	١ - المشي في غرفة الصف
١٠ - اصدار أصوات غير مفهومة	٢ - مغادرة الصف
١١ - التحدث الى الجار	٣ - تغيير المقعد
١٢ - اخذ ممتلكات الآخرين	٤ - نقل المقعد من مكان الى آخر
١٣ - الكتابة على الحائط	٥ - اللعب بالممتلكات
١٤ - عدم الامتثال لتعليمات المعلم	٦ - التملل بعصبية
١٥ - التأخر عن موعد الحصة	٧ - هز الجسم اثناء الجلوس
١٦ - الغناء أو الصفير	٨ - رمي الأوراق على الأرض

### معالجة السلوك الفوضوي :

تستند أساليب تعديل السلوك الفوضوي الى مبادئ تعديل السلوك العامة والمتمثلة في التحليل التجريبي للسلوك وتحديد العلاقات بينه وبين المتغيرات البيئية التي تهيء الفرصة لحدوثه والعوامل البيئية التي تدعمه وتحافظ على استمرارية حدوثه . فالسلوك الفوضوي سلوك يتعلمه الطفل تبعاً لمبادئ التعلم العامة المعروفة . ولذلك فمن الطبيعي ان ينصب اهتمام الباحثين والمعالجين على ضبط المتغيرات المتصلة بالبيئة الصفية والمعلم والأقران بغية الحد من الفوضى .

في هذا الجزء من الفصل نستعرض الأشكال الرئيسية التي تأخذها أساليب تعديل السلوك الفوضوي وهي :-

- ١ - التعزيز
- ٢ - التعزيز التفاضلي
- ٣ - لعبة السلوك الجيد
- ٤ - الضبط (التنظيم) الذاتي
- ٥ - التصحيح الزائد
- ٦ - التوبيخ
- ٧ - الإقصاء عن التعزيز الإيجابي

٨ - تشكيل الاستجابات البديلة

٩ - تكلفة الاستجابة

١٠ - أساليب أخرى

### التعزيز :

اجريت دراسات عديدة بهدف التعرف على إمكانية خفض السلوك الفوضوي من خلال التعزيز . وفي هذه الحالة فان ما يتم تعزيزه هو السلوك الصفي المناسب الذي يصدر عن الطفل . ولعل أكثر أشكال التعزيز استخداما في هذا النوع من الدراسات هو انتباه المعلم . ويأخذ إنتباه المعلم (Teacher Attention) أشكالا عديدة مثل الابتسام ، او التبريت على كتف أو ظهر الطفل تعبيرا عن الرضى ، او المديح . الا أن النظرة الغاضبة او التوبيخ والانتقادات هي الاخرى من اشكال الانتباه . ولا نستطيع ان نحكم على اثر هذه الاشكال من الانتباه مسبقا او ما اذا كانت ايجابية او سلبية او حيادية الا بعد التحقق من نتائجها على مستوى حدوث السلوك . فالثناء قد لا يكون تعزيزا ايجابيا لكل الأطفال . وبالمثل فالتوبيخ قد لا يكون عقابا بالضرورة . فكما هو معروف ، ان التعزيز والعقاب يعرفان وظيفيا اي من خلال اثرهما على السلوك (انظر الفصل الثاني) ، فكلمة الاطراء قد لا تكون لطفل ما مكافأة وقد لا يكون التوبيخ لطفل اخر عقابا .

قضية أخرى يجب الإشارة اليها في هذا السياق هي أن الانتباه يحدث في بيئة اجتماعية وليس في فراغ . فانتباه المعلم لطالب يود تعديل سلوكه وردة فعل ذلك الطالب لانتباه المعلم قد تعمل بمثابة متغيرات تؤثر على سلوك كل من المعلم والطالب (O'leary & O'leary, 1977) . ليس ذلك فحسب ، فهناك ايضا علاقة قوية بين استراتيجيات ضبط السلوك الصفي واستراتيجيات ضبطه في البيت . فاذا تمت محاولة تعديل السلوك الصفي بطريقة ما في المدرسة وقام الوالدان باستخدام طريقة مضادة او لا تنسجم مع الطريقة المستخدمة في المدرسة فان ذلك سترك اثرا واضحا يحدد الى درجة كبيرة نجاح او اخفاق طرائق العلاج المستخدمة .

ومن الدراسات التي بينت فاعلية انتباه المعلم في خفض السلوك الفوضوي الدراسة التي قام بها ماثيوز ومكلوفين وهنسيكر (Mathews, Mclaughlin, & Hunsaker, 1980) . فقد قام الباحثون بتدريب المعلمين على الانتباه الى الأطفال الذين يتسمون بالفوضى فقط عندما يركزون على المهمات الدراسية الموكلة اليهم . وقد بينت النتائج

ان هذا الاسلوب على بساطته ادى الى تغيرات ملحوظة في سلوك الأطفال خلال ثلاثة أسابيع على الرغم من الاجراء العلاجي لم ينفذ الا في حصة الفن اليومية ومدتها (٤٥) دقيقة . كذلك استطاع مكألستر ورفاقه (McAcAllester, Conderman, & Baer, Stachowlak) خفض سلوك الفوضى لدى مجموعة من الطلاب في مدرسة ثانوية باستخدام انتباه المعلم . هذا وقد اوضحت دراسات عديدة فاعلية هذا الأسلوب في خفض السلوك الفوضوي لدى الأطفال العاديين والأطفال المعوقين من المراحل العمرية المختلفة . وسنكتفي هنا بالاشارة الى دراسات الين ورفاقه (Allen, Hart, Buell, Har-ris, & Wolf, 1964) وبكر ورفاقه (Becker, Madsen, Arnold, & Thomas, 1967) وورد وبيكر (Ward & Baker, 1968) .

واستخدمت دراسات اخرى اشكالا مختلفة من التعزيز لخفض السلوك الفوضوي فقد استطاع كوين ورفاقه (Cowen, Jones, & Bellack, 1979) خفض السلوك الفوضوي وتقوية السلوك الصفي المناسب لدى مجموعة من الأطفال في المرحلة الابتدائية باستخدام الوقت الحر (Free Time) كمعزز . وتمكن دورتي ودورتي (Dougherty & Dougherty, 1977) معالجة السلوك الفوضوي لدى مجموعة من الاطفال تراوحت اعمارهم بين (٨ - ١١) سنة من خلال ارسال تقارير يومية (Daily Report Cards) للوالدين ليقوما بتعزيز الأطفال في البيت في حالة امتثالهم لقواعد السلوك الصفي المقررة . وطور ايلون وجاربر وبيزر (Ayllon, Garber, & Pisor, 1975) نظاما مشتركا بين المدرسة والبيت لزيادة دافعية الطلاب وحثهم على احترام قواعد السلوك الصفي . واشتمل هذا النظام على ارسال «بطاقة حسن سلوك في الصف» الى الوالدين ليقوما بتعزيز ابنهما تبعا لبرنامج محدد .

وأخيراً ، فان من أساليب التعزيز الشائعة الاستخدام اسلوب التعزيز الرمزي . فقد استخدم اليري وبلاميد وبلاك (Ellery, Blampied, & Black, 1975) هذا الأسلوب في خفض السلوك الفوضوي في غرفة الصف . وتكونت عينة الدراسة من أطفال تتراوح أعمارهم بين (٨ - ١٠) سنوات واشتمل الاسلوب على قيام المعلم بايضاح قواعد السلوك الصفي المناسب وايضاح نظام التعزيز الرمزي . في المرحلة الأولى من العلاج كان الطفل يحصل على رمز اذا حافظ على الهدوء (امتنع عن تأدية السلوك الفوضوي) لمدة خمس دقائق . وعندما يبلغ عدد الرموز التي يحصل عليها الطفل خمسة كان يستطيع استبدالها بمعززات داعمة يتم اختيارها من قائمة تعزيز أعدت خصيصا لهذا الغرض . وفي المرحلة الثانية كان الطفل يحصل على المعززات الداعمة بعد ان يحصل جميع الأطفال في المجموعة على خمسة معززات رمزية وقد تبين ان

السلوك الفوضوي انخفض بشكل كبير في كلتا المرحلتين .

وحاول ايلون وروبرتس (Ayllon & Roberts, 1974) خفض السلوك الفوضوي بتقوية الاداء الاكاديمي وتحسينه لدى مجموعة من الأطفال في الصف الخامس الابتدائي . فقد عمل الباحثان على تحسين الاداء الاكاديمي للاطفال من خلال برنامج تعزيز رمزي اشتمل على توفير معززات رمزية كان باستطاعة الأطفال استبدالها يوميا او اسبوعيا بمعززات داعمة . وقد وجد ان هذا الأسلوب كان له اثر كبير على مستوى السلوك الفوضوي .

وقام كاردن وفولر (Carden & Fowler, 1984) باستخدام نظام التعزيز الرمزي لمعالجة السلوك الفوضوي لدى ١٧ طفلا يعانون من الاعاقة الانفعالية . وقد أوكلت مهمة الاشراف على نظام التعزيز الرمزي الى مجموعة من الرفاق حيث طلب منهم تنفيذ البرنامج ومتابعته . وقد استطاعوا عمل ذلك بنجاح حيث انخفض معدل حدوث السلوك الفوضوي وازداد سلوك المشاركة المناسبة في النشاطات داخل غرفة الصف وخارجها . كذلك استطاع درابمان وسبلتالنيك وسبلتالنيك (Drabman, Splitalnik, Splitalnik, 1974) خفض السلوك الفوضوي لدى (٢٣) طفلا في الصف الاول الابتدائي باستخدام برنامج تعزيز رمزي . وتضمن البرنامج حصول الأطفال على نقطة واحدة لكل سلوك صفي مقبول يصدر عنهم . وكان باستطاعة الأطفال استبدال تلك النقاط بوقت حر يمكنهم فيه ممارسة النشاطات المحببة الى انفسهم ، وقد كانت هذه الاجراءات فعالة .

### التعزيز التفاضلي :

يشتمل التعزيز التفاضلي على تعزيز الاطفال عندما يسلكون على نحو مقبول وعدم تعزيزهم (تجاهلهم) عندما يسلكون على نحو مقبول . وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح لمعالجة المشكلات الصفية المختلفة بما فيها السلوك الفوضوي .

ففي دراسة لهم ، قام بكر ومادسن وارنولد وتوماس (Becker, Madsen, Arnold, & Thomas, 1967) بالاياعاز للمعلمين بتجاهل الأطفال عندما يخالفون قواعد السلوك الصفي فيتصرفون تصرفا فوضويا والانتباه اليهم عندما يمتثلون لتلك التعليمات . وقد تم تطبيق هذه الأساليب بشكل منتظم فكانت النتائج ايجابية . ودرس بردون وبروس ومشل وكارتر وهول (Brodin, Bruce, Mitchell, Carter, & Hall, 1970) اثر الانتباه للسلوك الصفي المناسب وتجاهل السلوك الفوضوي على الفوضى

التي يظهرها طفلان متخلفان عقليا . وقد قام بتطبيق الاجراءات العلاجية معلمة الصف لمدة ٢٣ يوما حيث توقف السلوك الفوضوي تماما بعد ذلك . واستطاع زمرمان وزمرمان (Zimmerman & Zimmerman, 1962) خفض سلوك الفوضى لدى طفلة متخلفة عقليا بالانتباه اليها عندما تتصرف بطريقة مقبولة وتجاهلها عندما تتصرف بطريقة فوضوية . واخيراً فمن الدراسات الكلاسيكية في هذا السياق دراسة مادسن وبكر وThomas (Madsen, Becker, & Thomas, 1968) . هذه الدراسة اوضحت تجريبيا اثر كل من التعليمات والثناء والتجاهل على سلوك الفوضى في غرفة الصف لدى مجموعة من الاطفال في الروضة وفي الصف الثاني الابتدائي . وكانت المشكلات لدى الأطفال تتمثل بالازعاج اللفظي والتجول في غرفة الصف والتحدث بطريقة غير مقبولة وعدم تأدية الواجبات . وفي المرحلة الأولى (مرحلة ما قبل المعالجة) قام ملاحظون مدربون بملاحظة وتسجيل الانماط السلوكية التي تصدر عن مجموعة الأطفال .

إضافة الى ذلك تمت ملاحظة سلوك المعلم حيث تم تسجيل ردود فعله لسلوك الأطفال من مثل التجاهل او الموافقة او عدم الموافقة على سلوكه . وبعد تسجيل معدل حدوث تلك الانماط السلوكية تم وضع تعليمات واضحة للاطفال تبين السلوك الصفي وتم وضع تلك التعليمات على لوحة علقت في مكان واضح في غرفة الصف . وبعد ذلك طلب من المعلم تجاهل السلوك الصفي غير المناسب . وفي المرحلة اللاحقة استمر المعلم بتجاهل السلوك غير المناسب وابتدأ بمكافأة السلوك الصفي المناسب .

أشار مادسن ورفاقه الى ان المرحلة التي تم فيها ايضاح التعليمات فقط لم يكن لها اثر يذكر على سلوك الأطفال في الصف . أما مرحلة التعليمات والتجاهل فقد ادت الى زيادة السلوك الفوضوي . وعندما استخدم المعلم التعليمات وتجاهل السلوك الفوضوي ومكافأة السلوك المناسب فقد انخفضت جميع الاستجابات الفوضوية بشكل ملحوظ .

### لعبة السلوك الجيد :

طور هذا الاسلوب بارش وسوندرز وولف (Barrish, Saunders, & Wolf, 1969) لخفض سلوك الفوضى حيث تم استخدامه مع ٢٤ طفلا في الصف الرابع الابتدائي . قبل البدء بتطبيق البرنامج العلاجي قام ملاحظان بتسجيل حدوث او عدم حدوث بعض الاستجابات الفوضوية (الخروج من المقعد ، والتحدث دون استئذان) في

حصتي القراءة والرياضيات يوميا . وبعد ذلك اوضحت المعلمة للاطفال في الصف قواعد «لعبة السلوك الجيد» . وكتبت تلك القواعد على لوحة علقت على الحائط ، ثم قسمت المعلمة الاطفال في الصف الى فريقين وابلغتهم ان الفريق الذي يقوم احد افراده بمخالفة تلك القواعد سيخسر نقطة واحدة . فقد كان الهدف هو ان يخسر الفريق عدداً اقل من النقاط ليفوز باللعبة . وكان الفريق الفائز يحصل على نجوم وتوضع اسماء افراده في لوحة شرف ويحصلون على وقت حر . اما الفريق الخاسر فكان يطلب منه ان يبقى في غرفة الصف والاستمرار بتأدية المهمات الدراسية . قبل العلاج كانت نسبة حدوث الخروج من المقعد ٨٢٪ والتحدث بدون استئذان ٩٦٪ . أما بعد العلاج فاصبحت النسبة ٩٪ بالنسبة للخروج من المقعد و ١٩٪ بالنسبة للتحدث بدون استئذان . وقد استخدمت هذه الطريقة بنجاح في عدة دراسات نكتفي هنا بذكر دراسة واحدة منها وهي تلك التي اجراها هيغل وكسكرو وكوش (Hegerle, Kesecker, & Couch, 1979) والتي استطاع الباحثون فيها خفض السلوك الفوضوي باستخدام لعبة السلوك الجيد .

### التنظيم الذاتي :

حاولت دراسات عديدة التعرف على امكانية تدريب الاطفال الفوضويين انفسهم على تحليل سلوكهم وتعديله ذاتيا . وتتمثل الخطوة الاولى في برامج التنظيم الذاتي على المتابعة الذاتية . وثمة ادلة علمية تبين ان ملاحظة الانسان لسلوكه قد تلعب دورا علاجيا . فعلى سبيل المثال ، قام بردون ورفاقه (Brodin et al., 1971) بتدريب طفل في الصف الثامن على تسجيل عدد المرات التي يتحدث فيها في غرفة الصف دون استئذان . وقد تبين ان ذلك بحد ذاته ادى الى انخفاض معدل التحدث غير المناسب بشكل فوري . وعندما تم التوقف عن التسجيل الذاتي ثانية وجد ان ذلك لم يترك اثر مهما في مستوى السلوك الفوضوي لديه . بعبارة أخرى ، ان التسجيل الذاتي له اثر ولكن ذلك الاثر قصير الامد فقط .

وقام ابستين وجروس (Epstein & Gross, 1978) ايضا بتدريب طفل في الصف الخامس الابتدائي على تنظيم الذات لمعالجة السلوك الفوضوي لديه . واشتمل التنظيم الذاتي على الملاحظة الذاتية وتحديد معايير ليتم الحكم في ضوئها ذاتيا على مستوى السلوك الذي يظهره الطفل . وقد تغير سلوك الطفل تغيرا ملحوظا في هذه الدراسة وكان هذا التغيير طويل الامد . هذا واستخدم باحثون آخرون التنظيم الذاتي بفعالية



لمعالجة السلوك الفوضوي . ومن اولئك الباحثين درايمان وسبتالك  
واوليري (Drabman et al., 1974) وتيركوتز واوليري وايرونسمت (Turkewitz et  
al., 1975) وبولستاد وجونسون (Bolsted & Johnson, 1972) .

### التصحيح الزائد :

من البدائل العلاجية الاخرى الممكنة لمعالجة السلوك الفوضوي لدى الأطفال  
المعوقين التصحيح الزائد من خلال الممارسة الايجابية . في هذه الطريقة يرغم الطفل  
بعد قيامه بالسلوك الفوضوي مباشرة على ممارسة السلوك الصفي المناسب . ولما  
كانت هذه الممارسة تستغرق وقتا طويلا نسبيا وتتطلب جهدا كبيرا فانها تعمل بمثابة  
اجراء منقّر للطفل . الا ان هذه الممارسة ذات وظيفة تعليمية حيث انها تعلم الطفل  
التصرف بطريقة مقبولة ولذلك يطلق عليها اسم الممارسة الايجابية . بعبارة اخرى ،  
ان هذه الطريقة تعاقب السلوك الفوضوي من جهة وتعلم الطفل الاستجابة الصحيحة  
من جهة اخرى . وبالطبع تعتمد طبيعة الممارسة الايجابية على الشكل الذي يأخذه  
السلوك الفوضوي . فاذا كان هذا السلوك متمثلاً بالتحديث دون استئذان فالسلوك  
الذي ينبغي على الطفل تعلمه هو التحديث بطريقة مناسبة .

وقد استخدم ازرن وبورز (Azrin & Powers, 1975) هذا الأسلوب لمعالجة سلوك  
الفوضى لدى مجموعة من الأطفال المضطربين سلوكيا . واشتمل العلاج على إرغام  
أي طفل يخالف قواعد السلوك المعلنة على البقاء في الصف في فترة الاستراحة . وكان  
الطفل يتعلم التصرف الصحيح في غرفة الصف ومن ثم يطلب اليه ان يمارس ما تعلمه  
عدة مرات بشكل متكرر . وبعد ذلك اصبح الباحثان يغيران في فترة الممارسة  
الايجابية بحيث اصبحت تقل شيئا فشيئا مع مرور الأيام . وقد ادى هذا الأسلوب إلى  
توقف السلوك الفوضوي كاملاً في غضون اربعة أسابيع .

### التوبيخ :

على الرغم من ان تجاهل السلوك الفوضوي والانتباه الى السلوك غير الفوضوي  
(التعزيز التفاضلي) اسلوب فعال كما تبين لنا في الصفحات السابقة الا ان هذا  
الاسلوب لا يقدم للمعلمين البديل المناسب للتعامل مع السلوك الذي لا يمكن تجاهله .  
ان الطريقة التي يتبعها المعلمون في هذه الحالة تتمثل بتوبيخ الطالب ولفت انتباهه الى  
ضرورة التوقف عن السلوك الفوضوي والإهتمام بتأدية واجباته المدرسية . وفي

العادة يوبخ المعلم الطالب عن بعد وبصوت يسمعه الطلاب الآخرون . وقد يؤدي ذلك الى تشتت انتباه الطلاب الذين يعملون في غرفة الصف وقد يدفعهم الى الانتباه الى الطالب الذي اظهر السلوك الفوضوي والنظر اليه وما الى ذلك . وهذا كله قد يعمل بمثابة مكافأة له الامر الذي يقود الى اتساع دائرة الفوضى في غرفة الصف احيانا واتساع نطاق التوبيخ . وهذه الافتراضات دفعت اوليري وكوفمان وكاس ودرابمان (O'leary et al. 1970) الى التحقق من فاعلية التوبيخ بطريقة مختلفة (التوبيخ عن قرب بحيث لا يسمعه الا الطالب المستهدف وحده) . وقد استخدم الباحثون هذا النوع من التوبيخ لضبط السلوك الفوضوي (التحدث دون استئذان ، الازعاج اللفظي ، الخروج من المقعد) لدى مجموعة من الأطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة . بينت النتائج ان التوبيخ عن قرب وبصوت منخفض كان اكبر اثرا من التوبيخ عن بعد وبصوت مرتفع . وفي دراسة اخرى اوضح فان هوتن ونو وماكنزي - كيتنغ (Van Houten, Nau, & Mckenzie-Keating, 1982) العوامل التي من شأنها زيادة فاعلية التوبيخ . وقد اجريت هذه الدراسة على مجموعة من الأطفال المعوقين والاطفال العاديين . وتبين ان التوبيخ عن قرب كان أكثر فاعلية من التوبيخ عن بعد وان التوبيخ المتضمن للاتصال العيني والضغط على كتف الطالب بقوة كان أكثر فاعلية من الأشكال الاخرى من التوبيخ .

#### الإقصاء :

ان استخدام التوبيخ لضبط السلوك الفوضوي يكون مناسباً في الصفوف العادية حيث ان معدل حدوثه محدود نسبياً . أما في الصفوف الخاصة التي يلتحق بها الأطفال المعوقون فغالباً ما يكون معدل السلوك الفوضوي مرتفعاً الامر الذي يستدعي تدخلاً علاجياً مكثفاً . ومن أساليب التدخل العلاجي المكثف الاسلوب المعروف باسم الاقصاء والذي يشتمل على نقل الطفل حال قيامه بالسلوك الفوضوي من الموقف المعزز له الى موقف يخلو من التعزيز . فقد وظف ليهي ومكنيس ومكنيس (Lahey, McNees, & McNees, 1973) هذا الاسلوب لخفض السلوك الفوضوي لدى طفل في العاشرة من العمر كان يعاني من تخلف عقلي بسيط . لقد ادى الاجراء الى خفض السلوك الا ان اثره كان مؤقتاً حيث حصل انتكاس لدى الطفل بعد التوقف عن المعالجة . وتوصل رامب والریش ودولاني (Ramp, Ulrich, & Dulaney, 1971) الى نتائج مشابهة في دراسة لهم اجريت على طفل في التاسعة من عمره . فعلى الرغم من أن السلوك الفوضوي لدى هذا الطفل انخفض في مرحلة المعالجة الا انه عاد الى المستوى السابق بعد التوقف عن المعالجة .

## تشكيل الاستجابات البديلة :

طريقة اخرى من الطرق المستخدمة لمعالجة العديد من الانماط السلوكية التكيفية بما فيها السلوك الفوضوي هي العمل على تشكيل استجابات لا تتوافق وتلك الانماط او تعزيز عدم حدوثها او تعزيز انخفاض معدل حدوثها (انظر الفصل الثاني) . وقد استخدمت عدة دراسات هذه الاساليب لمعالجة السلوك الفوضوي لدى الاطفال المعوقين . فعلى سبيل المثال ، استطاع فريمان (Friman, 1990) ايقاف السلوك الفوضوي لدى طفل معوق عقليا باستخدام التعزيز التفاضلي للسلوك البديل (D.R.I.) وتمثل السلوك المستهدف في هذه الدراسة بالخروج من المقعد . وقد حقق الاجراء العلاجي هذا الاهداف المتوخاه مباشرة وبشكل كامل . كذلك استخدم ديتز ورب (Deitz & Repp, 1973) التعزيز التفاضلي لانخفاض معدل السلوك الفوضوي (D.R.I.) بنجاح لمعالجة الفوضى لدى مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا . واشتمل العلاج على قياس معدل حدوث السلوك قبل معالجته ومن ثم تعزيز الأطفال في حالة قيامهم بخفض ذلك السلوك تدريجيا . وقام ديتز ورب وديتز (Deitz, Repp, & Deitz, 1976) بخفض السلوك الفوضوي لدى اربعة أطفال متخلفين عقليا من خلال تعزيز الأطفال عند امتناعهم عن القيام بذلك السلوك . وعلى الرغم من ذلك ، فان اساليب الضبط هذه لا تعتبر بوجه عام من الأساليب الفعالة لخفض السلوك الفوضوي الا اذا استخدمت مع اساليب علاجية اخرى .

## تكلفة الاستجابة :

ان الدراسات التي حاولت خفض السلوك الفوضوي لدى الأطفال المعوقين باستخدام اسلوب تكلفة الاستجابة قليلة جدا . فنادرا ما يستخدم هذا الاسلوب بمفرده لتحقيق الاهداف العلاجية . ومن أجل توضيح هذا الاسلوب سنعرض في هذا السياق دراسة سوانسون (Swanson, 1979) . هذه الدراسة اجريت على ستة اطفال وكانت المشكلة الاساسية لديهم تتمثل بالفوضى (ازعاج الاخرين ، الخروج من المقعد التحدث بطريقة غير مناسبة ، الخ) . واشتملت تكلفة الاستجابة على حرمان الطفل من دقيقتين من فترة الاستراحة مقابل كل استجابة فوضوية تصدر عنه ، وقد حقق هذا الاجراء الهدف المتوخى منه .

## أساليب أخرى :

واخيرا فان دراسات عديدة قد حاولت الحد من السلوك الفوضوي لدى الأطفال المعوقين باستخدام برامج علاجية متعددة العناصر . ومن الامثلة على تلك الدراسات دراسة ايواتا وبيلي (Iwata & Bailey, 1974) والتي استخدمت اسلوبَي التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة لخفض السلوك الفوضوي لدى (١٥) طفلا متخلفا عقليا . وتضمّن البرنامج اعطاء الاطفال معززات مجانية مختلفة في المرحلة الاولى ومن ثم الطلب منهم التوقف عن السلوك الفوضوي . وفي حالة عدم التزامهم بذلك كانوا يخسرون نقاطا معينة تؤدي الى حرمانهم من جزء من المعززات التي تم توفيرها لهم مسبقا . وقد كان هذا البرنامج العلاجي فاعلا اذ حقق الهدف في فترة وجيزة . وحاول مايلز وكوفو (Miles & Cuvo, 1980) خفض السلوك الفوضوي لدى طفل متخلف عقليا في التاسعة من عمره كان ملتحقا بمؤسسة تربوية خاصة . وكان السلوك الفوضوي لدى ذلك الطفل يتمثل بضرب اليدين بالمقعد بقوة ، واصدار اصوات مسموعة ولكن غير مفهومة ، والخروج من المقعد ، ونقل الكرسي من مكان الى آخر ، والتصفيق ، والنوم في غرفة الصف .

واشتمل العلاج على التعزيز الايجابي (التعزيز الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي) عند عدم قيامه بالسلوك الفوضوي والإقصاء (العزل في غرفة خاصة لمدة دقيقتين) عند قيامه بالسلوك الفوضوي . واستمر العلاج مدة ثلاثة شهور تقريبا وكان يتم تطبيقه لمدة ساعة في صباح كل يوم من الايام الدراسية . وقد عرض الباحثان النتائج التي توصلا اليها في رسومات بيانية توضح الاثر الكبير للبرنامج العلاجي .

## دراسات توضيحية

يعتبر الاقتصاد الرمزي من أساليب تعديل السلوك الفعالة التي يمكن توظيفها لمعالجة السلوك الفوضوي لدى كل من الاطفال العاديين والاطفال المعوقين . وتعتبر دراسة اوليري وبكر من الدراسات الكلاسيكية في ادبيات تعديل السلوك الصفي . هذه الدراسة اوضحت ان المعززات الرمزية كونها تُستبدل بمعززات داعمة متنوعة تكتسب خصائص تعزيزية مؤثرة لانها لا تعتمد على الحالة الآنية للطفل .

اجريت هذه الدراسة على (١٧) طفلا في التاسعة من العمر كانوا جميعا يعانون من الاعاقة الانفعالية ولذلك السبب كانت عملية تدريسهم تتم في غرفة خاصة . وعلى الرغم من ان برنامج الاقتصاد الرمزي تم تطبيقه على جميع الاطفال في الصف الا ان عملية جمع البيانات اقتصرت على الاطفال الثمانية الاكثر شغبا في الصف .

لوحظت الانماط السلوكية الشاذة لدى الاطفال من قبل طالبين جامعيين بين الساعة الثانية عشرة والنصف والثانية في ثلاثة أيام في الاسبوع . وقام طالب ثالث بالملاحظة من أجل التحقق من ثبات البيانات مرتين في الاسبوع الواحد . وتضمنت الاستجابة التي تمت ملاحظتها الدفع ، والاجابة دون رفع اليد ، ومضغ العلكة ، وتناول الطعام ، والتلامز باللقاب ، والازعاج اللفظي . وقام كل طالب بملاحظة اربعة اطفال على نحو عشوائي مدة اثنتين وعشرين دقيقة في جلسة الملاحظة الواحدة . وتمت الملاحظة باستخدام ما يعرف باسم تسجيل الفواصل الزمنية الجزئية (٢٠ ثانية للملاحظة و ١٠ ثواني للتسجيل) . واثناء عملية الملاحظة كان الاطفال يقومون بنشاطات ثلاث هي : الاستماع الى القصص ، واجراء العمليات الحسابية ، والقراءة الجماعية . واثناء القيام بهذه النشاطات كان يُتوقع من الاطفال التزام الهدوء والجلوس في المقاعد .

استهلّت الدراسة بمرحلة الاساس حيث طلب من المعلمين الاستجابة لسلوك الاطفال كالمعتاد . وقام الطلبة الملاحظون بجمع بيانات عن حدوث السلوك الفوضوي لدى الاطفال لمعرفة مستواه قبل البدء بتطبيق الاجراءات العلاجية .

وللتغلب على ردود الفعل لدى الاطفال للملاحظة طلب من الطلبة الملاحظين الدخول الى غرفة الصف قبل ثلاثة اسابيع من البدء بجمع البيانات الرسمية .

\* O'Leary, K., & Becker, W. (1967). Behavior modification of an adjustment class : A token reinforcement program. *Exceptional children*, 33, 637-642.

وفي اليوم الاول من مرحلة العلاج (تطبيق برنامج الاقتصاد الرمزي) كتب الباحثون التعليمات التالية على اللوح : اجلس في المقعد ، انظر الى الامام ، ارفع يدك ، اعمل واجبك ، انتبه ، ابق مقعدك نظيفا . ومن ثم قام الباحثون بتوضيح برنامج الاقتصاد الرمزي للاطفال .

الرموز كانت تقديرات توضع في كتيبات صغيرة موجودة على مقعد الطفل . وابلغ الاطفال انهم سيحصلون على تقديرات من (١) الى (١٠) اعتمادا على مدى امتثالهم للتعليمات ، وانه بإمكانهم استبدال تلك التقديرات بمعززات داعمة متنوعة شملت طائرات ورقية ، وعلكة ، وحلوى واشياء اخرى .

وقام الباحث بقراءة التعليمات مجددا في كل يوم من ايام المرحلة العلاجية لمدة اسبوع . الا ان المعلم هو الذي قام بتسجيل التقديرات لكل طفل وذلك في نهاية الحصة . وقد خفض عدد التقديرات اليومية تدريجيا من (٥) الى (٣) وزيد عدد النقاط المطلوبة للحصول على جائزة تدريجيا ايضا . في الأيام الاربعة اللاحقة اصبحت تستبدل مرة كل يومين وبعد ذلك وعلى مدى الايام الخمس عشرة التالية اصبحت الفترة الفاصلة بين التعزيز الرمزي والحصول على المعززات الداعمة ثلاثة أيام . واخيرا اصبحت تلك الفترة اربعة ايام على مدى الأيام الاربعة والعشرين الباقية . كذلك فان المعززات الداعمة اصبحت تعطي في نهاية اليوم الدراسي وليس بعد انتهاء فترة التعزيز الرمزي في الاسبوعين الاخيرين من مرحلة العلاج . وكان الهدف من زيادة المتطلبات السلوكية للحصول على المعزز وتأجيل موعد تقديم التعزيز هو تعميم السلوك من خلال الانتقال من تعزيز رمزي الى تعزيز اجتماعي (الثناء والانتباه) .

تبين ان نسبة حدوث الاستجابات الصفية غير المقبولة تراوحت ما بين (٦٦٪) و (٩٩٪) يوميا في مرحلة ما قبل العلاج وانخفضت بشكل كبير عند البدء بتطبيق برنامج الاقتصاد الرمزي اذ تراوحت النسبة بين (٣٪) و (٣٢٪) يوميا . أما المتوسط لجميع الاطفال فكان ٧٦٪ اثناء مرحلة الاساس واصبح ١٠٪ اثناء مرحلة العلاج . وباستخدام التحليلات الاحصائية اللازمة تبين ان العلاج كان مسؤولا عن النسبة الكبرى من التباين في استجابات الاطفال .

وفي دراسة ثانية استخدم درابمان وسبتالنك \* اسلوب العزل الاجتماعي والذي

\* Drabman, R., Spitalnik, R. (1973). Social isolation as a punishment procedure : A controlled study. *Journal of Experimental Child Psychology*, 16, 484-497.

يعرف عادة باسم الاقصاء عن التعزيز الايجابي لخفض السلوك الفوضوي لدى خمسة من الاطفال المضطربين سلوكيا . تمثلت الخطوة الاولى في الدراسة بملاحظة جميع الصفوف في احدى مؤسسات الطب النفسي للاطفال التي تراوحت اعمار الاطفال المتحقين بها ( ٩ - ١١ ) سنة . ومن خلال هذه الملاحظة تم تحديد الاطفال الاكثر شغبا في الصف حيث تم اختيارهم كأفراد في عينة الدراسة . وقد طبق اسلوب العزل الاجتماعي على اولئك الاطفال فقط وابلغ المعلمون بضرورة معاملة الاطفال الاخرين كالمعتاد .

تمت ملاحظة ثلاثة صفوف في كل أيام الأسبوع في جلسات ملاحظة يومية مدتها ساعة ، وقام طلبة جامعيون كانوا يدرسون احد المساقات العملية بملاحظة الاطفال المستهدفين وذلك بعد تدريبهم على استخدام اسلوب الملاحظة .

وتمت عملية الملاحظة والتسجيل بطريقة مشابهة للطريقة التي استخدمها اوليري وبكر في الدراسة التي تمت الاشارة اليها قبل قليل . واشتملت الاستجابات المستهدفة على الخروج من المقعد ، والعدوان الجسدي ، والازعاج اللفظي . وحسبت قيمة المتغير التابع في هذه الدراسة والمتمثل بالاستجابات الثلاث المذكورة اعلاه من خلال قسمة التكرار الكلي للاستجابة الواحدة على عدد فترات الملاحظة الجزئية .

وتضمنت الدراسة استخدام مساعدي معلمين بلغ عددهم (١٢) طالبا جامعي عمل كل اثنين منهم في احد الصفوف . وكانت المهمة الاساسية الوكالة اليهم ارسال الاطفال الى مكان العزل واخراجهم منه بعد انقضاء المدة المحددة . اضافة الى ذلك فقد عملا على مساعدة المعلمين في تنفيذ المهام التعليمية .

واجريت الدراسة على ثلاثة مراحل هي : مرحلة الاساس الاولى ، ومرحلة العزل الاجتماعي ، ومرحلة العزل الثانية . في مرحلة الاساس الاولى قام الملاحظون بتسجيل تكرار الاستجابات المستهدفة . اضافة الى ذلك قام الملاحظون بتسجيل ما اطلق عليه اسم «العزل الاجتماعي الكاذب» حيث سجلوا المخالفات للقواعد السلوكية التي كانت ستنتهي بالعزل في حالة تطبيقه . وقد ساعد ذلك الباحثين على اختيار الخروج من المقعد والعدوان الجسدي كاستجابات مستهدفة علاجيا . وقد استمرت هذه المرحلة مدة (١١) يوما .

وفي المرحلة الثانية (مرحلة العزل الاجتماعي) التي استمرت مدة (١٦) يوما قرر الباحثون البدء بمعاينة العدوان والخروج من المقعد في حالة حدوثهما . وقام الملاحظ باعطاء مساعد المعلم اشارة واضحة تدل على حدوث السلوك المستهدف وقام مساعد

المعلم بإبلاغ الطفل بالاسم انه اساء التصرف وان عليه مغادرة غرفة الصف والذهاب الى غرفة العزل الاجتماعي . وكانت غرفة العزل غرفة صغيرة ، وفارغة ، وذات اضاءة خافتة ، وبعد انقضاء عشر دقائق كان مساعد المعلم يعيد الطفل الى غرفة الصف حيث كانت تتم ملاحظته مجددا الى نهاية الفترة المحددة . والجدير بالذكر انه لم يحدد سقف معين لعدد مرات العزل الاجتماعي في الفترة العلاجية الواحدة .

وفي مرحلة الاساس الثانية والتي دامت عشرة أيام تم التوقف عن استخدام العزل الاجتماعي دون ان يبلغ الاطفال رسميا بذلك ولكن الباحثين استمروا بملاحظة الاستجابات المستهدفة وبتسجيل «العزل الاجتماعي الكاذب» الذي تمت الاشارة اليه سابقا .

تبين ان متوسط نسبة حدوث الخروج من المقعد كان ٣٤٪ في مرحلة ما قبل العلاج ولكنه اصبح ١١٪ عند استخدام العزل الاجتماعي . وعند التوقف عن استخدام العزل ارتفع المتوسط قليلا فأصبح ١٥٪ . وبالنسبة للسلوك العدوانى فقد كان معدل نسبة حدوثه في فترات الملاحظة المختلفة ٢,٨٪ قبل العلاج واصبح ٣٧,٠٪ عند تطبيق العزل الاجتماعي . واخيرا ، فعلى الرغم من ان الازعاج اللفظي لم يعالج الا انه انخفض من ٣٢٪ اثناء مرحلة ما قبل العلاج الى ٢٨٪ بعد معالجة العدوان والخروج من المقعد ومن الواضح ان الانخفاض كان محدودا جدا . وفي ذلك دليل على ان الاستجابات التي عوقبت بالعزل الاجتماعي فقط هي التي انخفضت بشكل ملحوظ مما يؤكد فاعلية العلاج .



## خلاصة

استعرض هذا الفصل اساليب تعديل السلوك الفوضوي وهو سلوك شائع يبدو لدى كل من الاطفال المعوقين والاطفال العاديين ولكن بدرجات متفاوتة . وعلى الرغم من ان اساليب تعديل السلوك المستخدمة لمعالجة الفوضى في الصف العادي وفي الصف الخاص متشابهة الى حد كبير من حيث منهجيتها الا انها تختلف من حيث آلية تنفيذها ومتابعتها وطبيعة العناصر العلاجية التي تتضمنها . ويتضح من المراجعة السابقة ان الاساليب العلاجية المنفردة اكثر فاعلية في تحقيق الاهداف المنشودة من الاساليب المعتمدة على الضبط الايجابي . ولما كانت الاساليب المنفردة قد تنطوي على تأثيرات جانبية سلبية فانه ينصح بعدم اللجوء اليها الا عندما يتبين فشل اجراءات الضبط غير المنفردة . واخيرا ، ينبغي الاشارة الى مشكلتين في هذا الصدد . المشكلة الاولى هي ان معظم الدراسات المتصلة بمعالجة سلوك الفوضى دراسات تعتمد على منهجية البحث ذات المنحى الفردي حيث ان عدد افراد الدراسة قليل جدا . لذلك يجب التحقق من عمومية النتائج التي تمخضت عنها الدراسات ذات العلاقة باستخدام منهجية البحث ذات المنحى الجمعي . أما المشكلة الثانية فهي تتعلق بمدى تأثير الاساليب العلاجية حيث تشير دراسات كثيرة الى ان هذا التأثير غالبا ما يكون قصير المدى . ولذلك ينبغي على الباحثين تطوير الاستراتيجيات اللازمة لاحداث تغيرات طويلة الامد في سلوك الاطفال المعوقين .

## أسئلة

- ١ - هل توافق على التعريف الذي اعطي للسلوك الفوضوي في هذا الفصل من حيث وضوحه وامكانية قياسه ؟ هل تقترح اية تعديلات ؟ ما هي ؟
- ٢ - باعتقادك ، ما هي اسباب حدوث السلوك الفوضوي لدى الأطفال المعوقين ؟
- ٣ - أوضحت دراسات عديدة امكانية معالجة السلوك الفوضوي باستخدام الانتباه المخطط له والمنظم . ومع ذلك فان الانتباه قد لا يخفض السلوك الفوضوي بل هو احيانا قد يؤدي الى نتائج عكسية . لماذا يحدث ذلك ؟
- ٤ - ما الذي يشتمل عليه التعزيز التفاضلي ؟ هل تستطيع التفكير بمشكلات سلوكية اخرى غير الفوضى يمكن معالجتها بهذا الاسلوب ؟
- ٥ - ما هي لعبة السلوك الجيد ؟ هل ترى انها طريقة تعزيز ام طريقة عقاب ؟ لماذا ؟
- ٦ - ما رأيك باستخدام الاقصاء كأسلوب لتعديل سلوك الأطفال المعوقين ؟
- ٧ - ما رأيك بطريقة القياس التي استخدمها اوليري وبكر في دراستهما التي وردت في نهاية الفصل ؟ هل كان باستطاعتها استخدام طرق اخرى لقياس السلوك المستهدف ؟ ما هي ؟

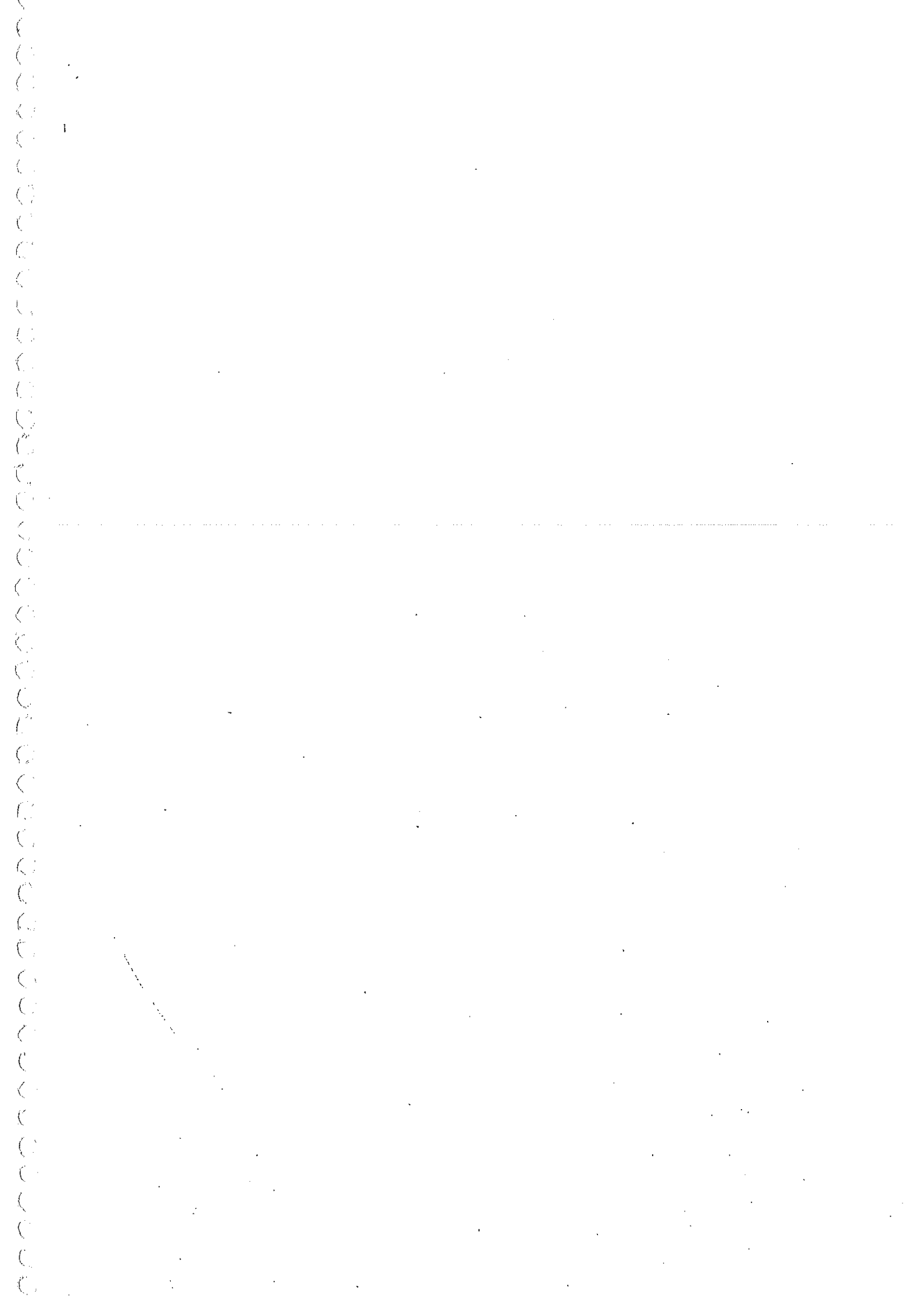
## المراجع

- Allen, K., Hart, B., Buell, J., Harris, F., & Wolf, M. (1964). Effects of social reinforcement on isolate behavior of a nursery school child. **Child Development**, **35**, 511-518.
- Ayllon, T., Garber, S., & Pisor, K. (1975). The elimination of discipline problems through a combined school-home motivational system. **Behavior Therapy**, **6**, 616-626.
- Ayllon, T., Roberts, M. (1974). Eliminating discipline problems by strengthening academic performance. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **7**, 71-76.
- Azrin, N., & Powers, M. (1975) . Eliminating classroom disturbances of emotionally disturbed children by positive practice procedures. . **Behavior Therapy**, **6**, 525-534.
- Barrish, H., Saunders, M., & Wolf, M. (1969) . Good behavior game : Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **2**, 119-129.
- Broden, M., Hall, R., & Mitts, B. (1971) . The effects of self-recording on the classroom behavior of two eighth - grade students. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **4**, 191-199.
- Carden, L., & Fowler, S. (1984) . Positive peer pressure : The effects of peer monitoring on children's disruptive behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **17**, 213-227.
- Coulby, D., Harper, T. (1985). **Preventing classroom disruption**. London : Croom Helm.
- Cowen, R., Jones, F., & Bellack, A. (1979). Grandma's rule with group contingencies. **Behavior Modification**, **3**, 397-418.
- Deitz, S., Repp, A. (1973). Decreasing classroom behavior through the use of DRL schedules of reinforcement. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **6**, 457-463.
- Deitz, S., Repp, A., & Deitz, D. (1976). Reducing inappropriate classroom behavior of retarded students through three procedures of differential

- reinforcement reinforcement. **Journal of Mental Deficiency Research**, 20, 155-140.
- Dougherty, E., & Dougherty, A. (1977). The daily report card : A simplified and flexible package for classroom behavior management. . **Psychology in the Schools**, 14, 191-195.
- Drabman, R., Spitalnick, R., & O'leary, K. (1974). Teaching self-control to disruptive children. **Journal of Abnormal Psychology**, 82, 10-16.
- Drabman, R., Spitalnick, R., & Spitalnick, K. (1974). Sociometric and disruptive behavior as a function of four types of token reinforcement programs. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 7, 93-101.
- Ellery, M., Blampied, N., & Black, W. (1975). Reduction of disruptive behavior in the classroom : Group and individual reinforcement contingencies. **New Zealand Journal of Educational Studies**, 10, 59-65.
- Epstein, R., & Gross, C. (1978). Case study : A self-control procedure for the maintenane of nondisruptive behavior in an elementary school child. **Behavior Therapy**, 9, 109-117.
- Friman, P. (1990) . Nonaversive treatment of high-rate disruption : Child and provider effects. **Exceptional Children**, 57, 64-69.
- Hegerle, D., Kesecker, M., & Couch, J. (1979). A behavior game for the reduction of inappropriate classroom behavior. **School Psychology Digest**, 8, 339-343.
- Iwata, B., & Bailey, J. (1974) . Reward vs. cost token systems : An analysis of the effects upon students and teachers. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 7, 567-576.
- Lahey, B., McNeese, M., & McNeese, M., (1973). Control of an obscene "verbal tic" through timeout in an elementary school classroom. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 6, 101-104.
- Madsen, C., Becker, W., & Thomas, D. (1968). Rules, praise, and ignoring : Elements of elementary classroom control. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 1, 139-150.
- Mathews, B., Mclaughline T. & Hunsaker, D. (1980). Effects of teacher attention and activity reinforcers on on-task behavior. **Education and**

**Treatment of Children, 3, 13-19.**

- McAllester, L., Stachowiak, J. Baer, D., & Conderman, L. (1969). The application of operant conditioning techniques in a secondary school classroom. **Journal of Applied Behavior Analysis, 2, 277-285.**
- Miles, C., & Cuvo, A. (1980). Modification of the disruptive and productive classroom behavior of a severely retarded child. **Education and Treatment of Children, 3, 113-121.**
- O'Leary, K., Kaufman, K., Kass, R., & Drabman, R. (1970). The effects of loud and soft reprimands on the behavior of disruptive students. **Exceptional Children, 37, 145-155.**
- O'Leary, K., & O'leary, S. (1977). **Classroom management : The successful use of behavior modification** (2nd ed.). Englewood Cliffs, N.J. : Pergamon Press.
- Ramp, E., Ulrich, R., & Dunlery, S. (1971). Delayed timeout as a procedure for reducing disruptive classroom behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis, 4, 235-239.**
- Ross, A. (1981). **Child behavior therapy**. New York : John Wiley & Sons.
- Swanson, L. (1979). Removal of positive reinforcement to alter learning disabled adolescent's preacademic problems. **Psychology in the Schools, 16, 286-292.**
- Turkewitz, H., O'leary, K., & Ironsmith, M. (1975). Generalization and maintenance of appropriate behavior through self-control. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 577-583.**
- Van Houten, R., Nau, P., & Mckenzie-Keating, S. (1982). Analysis of some variables influencing the effectiveness of reprimands. **Journal of Applied Behavior Analysis, 15, 65-83.**
- Ward, M., & Baker, B. (1968). Reinforcement therapy in the classroom, **Journal of Applied Behavior Analysis, 1, 323-328.**
- Zimmerman, E., & Zimmerman, J. (1962) . The alteration of behavior in a special classroom situation. **Journal of of the Experimental Analysis of Behavior, 5, 59-60.**



## الفصل السابع

---

---

### ايذاء الذات

---

---

## مقدمة :

يعالج هذا الفصل واحداً من أكثر المظاهر السلوكية ازعاجاً وخطورة لدى الأشخاص المعوقين وبخاصة منهم المتخلفين عقلياً والذين يعانون من حالة التوحد . وهذا السلوك يطلق عليه اسم سلوك الايذاء الذاتي لأنه يتضمن ايذاء الشخص جسدياً لنفسه . ويشبه الايذاء الذاتي سلوك الاثارة الذاتية من حيث أن كلا منهما يشمل قيام الشخص بأنماط من الاستجابات المتشابهة شكلياً على نحو متكرر ، إلا أن الاثارة الذاتية لا تنطوي على أذى جسدي للشخص كما هو الحال بالنسبة لسلوك ايذاء الذات. ولقد وضعت نظريات مختلفة بهدف تفسير ايذاء الذات إلا أن معظم تلك النظريات فشلت في اقتراح طرائق علاجية عملية يمكن التحقق تجريبياً من فاعليتها . إن هذا الفصل يحاول القاء الضوء على هذا السلوك الخطر ويستعرض النظريات التي قدمت تفسيرات له . كذلك يتوخى الفصل ايضاح الطرق العلاجية المختلفة التي يمكن استخدامها لأيقاف ايذاء الذات .

## التعريف :

يشير مصطلح ايذاء الذات (Self-Injurious Behavior) إلى استجابات حركية مختلفة تنتهي بالايذاء أو التلف الجسدي للشخص الذي تصدر عنه . وغالباً ما يكون الضرر الناجم عن هذا النوع من الاستجابات فورياً . وعلى الرغم من أن ايذاء الذات قد يحدث لدى الأطفال العاديين في المراحل العمرية المبكرة إلا أنه يستمر بالحدوث وبشكل متكرر ومزمن لدى بعض الأفراد المعقوين وبخاصة منهم ذوي الاعاقات الشديدة (Favell, 1982) . ومن الواضح أن هذا السلوك قد يشكل خطراً يهدد حياة الإنسان أو سلامته الشخصية ويحرمه من الاستفادة من البرامج التربوية والتأهيلية المقدمة له . ولذلك فلا غرابة في أن يولي الباحثون والمعالجون اهتماماً كبيراً بتحديد أسباب هذا السلوك وتطوير الأساليب العلاجية الفعالية التي تستطيع الحد منه .

هذا وتجدر الاشارة إلى أن مصطلحات عديدة أخرى تستخدم للاشارة إلى ايذاء الذات منها :

- أ - اساءة معاملة الذات (Self-Abuse)
- ب - التشويه الذاتي (Self-Mutilation)
- ج - اتلاف الذات (Self-Destructive Behavior)
- د - العقاب الذاتي (Self-Punishment)



ويوضح الجدول رقم (٧ - ١) بعض أشكال الايذاء الذاتي الشائعة لدى الأشخاص المعوقين .

### الجدول رقم (٧ - ١) أشكال ايذاء الذات الشائعة

Head Banging	١ - ضرب الرأس بعنف
Face Slapping	٢ - صفع الوجه
Hair Pulling	٣ - شد الشعر
Self Biting	٤ - عض أجزاء من الجسم
Scratching	٥ - الخدش
Eye Gouging	٦ - الضغط بشدة على العين
Pinching	٧ - القرص
Burning Parts of the Body	٨ - الحرق
Banging Body Against Object	٩ - ضرب الجسم بعنف

### نسبة الانتشار

تشير الدراسات إلى أن سلوك ايذاء الذات قد يحدث لدى فئات الاعاقة المختلفة بوجه عام والمتخلفين عقليا بوجه خاص . فقد وجد بومستر ورولنجر (Baumeister & Rollings, 1976) إن نسبة انتشار هذا السلوك لدى الأشخاص المتخلفين عقليا تبلغ حوالي ١٠٪ وانها تزداد بازدياد شدة التخلف العقلي . كذلك يظهر هذا السلوك لدى الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٩ - ٢٣ شهرا . وتقدر نسبة انتشاره لديهم بحوالي ١٥٪ (Whitman et al., 1983) . وقد تمت الإشارة سابقاً إلى أن الأطفال العاديين يتوقفون عن القيام بهذا السلوك تلقائيا (وذلك يحدث عند بلوغهم الخامسة من العمر) في حين أنه لا يختفي لدى الأطفال المعوقين إلا اذا استخدمت أساليب علاجية مناسبة .

## أسباب الإيذاء الذاتي

لا تزال أسباب إيذاء الذات غامضة إلى درجة كبيرة على الرغم من أن عدة نظريات قدّمت تفسيرات مختلفة لهذا السلوك . ويمكن تصنيف تفسيرات سلوك إيذاء الذاتي ضمن المناحي الأساسية التالية :

### المنحى الطبي :

يحول المنحى الطبي (Medical Model) تفسير إيذاء الذات على ضوء الأمراض الجسدية التي يعاني منها الأطفال المعوقون . وعلى وجه التحديد ، يهتم هذا المنحى بتحديد العوامل الطبية المسؤولة عن إيذاء الذات وذلك بهدف تصميم البرامج الوقائية والعلاجية المناسبة . فبعض حالات إيذاء الذات ترتبط ارتباطاً قوياً ووضوحاً بالاضطرابات الجسمية وخاصة منها اضطراب ليش نيهان (Lesch-Nyhan Syn-drome) وهو اضطراب في عملية الأيض يُحمل على الكروموسوم الجنسي وتشمل صورته العيادية ظهور تشجنات ، وحركات التوائية راقصة ، وانخفاض في القدرة العقلية العامة والعدوان وإيذاء الذات . ومن الاضطرابات الأخرى التي يرتبط بها إيذاء الذات اضطراب كورنيليا دي لانج (Cornelia de Lange Syndrome) وهو اضطراب لا يعود إلى العوامل الجينية أو إلى خلل بيوكيمياوي محدد . وفي هذا الاضطراب يولد الطفل ووزنه أقل من الوزن العادي ويحدث لديه تخلف نمائي وتشوهات في أصابع اليدين .

### المنحى التحليلي النفسي :

قدم المنحى التحليلي النفسي (Psychoanalytic Approach) عدة تفسيرات لإيذاء الذات لدى الأطفال المعوقين . فقد وُصف هذا السلوك باعتباره محاولة يقوم بها الطفل المعوق بهدف خفض مستوى الشعور بالندم أو بوصفه واحداً من الوسائل الدفاعية اللاشعورية التي يستخدمها الأنا . وفي هذه الحالة يحوّل الطفل المعوق غضبه من الآخرين نحو الذات (الإزاحة) . ولكن هذا المنحى لم ينجح في تقديم أساليب علاجية فعالة لإيذاء الذات ، بل على العكس من ذلك تماماً فإن بعض الدراسات قد أوضحت أن الأساليب العلاجية المستندة إلى مفاهيم التحليل النفسي والتي تتضمن طمأنة الطفل المعوق عند قيامه بإيذاء نفسه تعمل على تفاقم المشكلة (Lester, 1972) .

## المنحى السلوكي :

المنحى الثالث الأساسي الذي قدم تفسيراً لايذاء الذات واقترح اجراءات عملية لمعالجته هو المنحى السلوكي (Behavioral Approach) . وتبعاً لهذا المنحى ينظر إلى الايذاء الذاتي بوصفه سلوكاً اجرائياً متعلماً تضبطه المثيرات البعدية التعزيزية وتتهيء الفرصة لحدوثه المثيرات القبلية التمييزية . وعلى وجه التحديد ، يقترح المنحى السلوكي أن ايذاء المعوق لنفسه يحدث ويستمر بالحدوث لأنه يزوده بالتعزيز الإيجابي (ممثلاً بانتباه الآخرين له واهتمامهم به عندما يؤدي نفسه) أو بالتعزيز السلبي (ممثلاً بتخليص الطفل من المثيرات والأحداث المنفرة وتمكينه من التهرب من المواقف المزعجة أو المملة أو المخرجة) . بعبارة أخرى أن ايذاء الذات يُتعلم كوسيلة لتجنب أحداث أكثر تنفيراً منه وهذا ما يطلق عليه اسم فرضية التعلم التجنبي (Avoidance Hypothesis) أو للحصول على انتباه الآخرين حيث يعمل الايذاء الذاتي بمثابة مثير تمييزي لهم للعمل على تلبية حاجات الطفل المعوق وهذا ما يعرف بأسم فرضية الاستجابة التمييزية (Discriminative Response Hypothesis) .

وجهة نظر أخرى يتبناها البعض لتفسير ايذاء الذات ترى أن هذا السلوك ينتج بسبب افتقار الطفل المعوق للآثارة وتفسره على أنه محاولة للحصول على مستوى أكبر من الآثارة البيئية . واستناداً إلى هذا المفهوم ، يفترض أن بالإمكان خفض الايذاء الذاتي إذا أصبحت البيئة غنية بالآثارة . إلا أنه يصعب التحقق من هذا الافتراض تجريبياً وقد وصفه البعض بأنه تفسير يدور في حلقة مفرغة .

وأخيراً ، يعتقد البعض أن الايذاء الذاتي هو نتيجة متوقعة لاضطراب عملية النمو الطبيعي لدى الطفل المعوق . ويبرر أنصار هذا المنحى تفسيرهم بالإشارة إلى حقيقة أن هذا السلوك يظهر في المراحل العمرية المبكرة لدى الأطفال العاديين ولدى الأطفال المعوقين . ولكنه يختفي من ذخيرة الأطفال العاديين السلوكية نتيجة نضجهم وتطورهم ولكنه لا يختفي من ذخيرة الأطفال المعوقين لأن عملية النمو لديهم ليست عادية .

## معالجة الايذاء الذاتي

إن الطريقة التي يستخدمها المعالج للتغلب على مشكلة ايذاء الذات تعتمد على تفسيره لذلك السلوك ووجهة نظره في أسبابه ، ولذلك فإن طرق معالجة هذا السلوك تنوعت تبعاً لتنوع النماذج النظرية التي حاولت تفسيره وتحديد أسبابه . فالمنحى

الطبي مثلًا يركز على استخدام العقاقير الطبية وقد استخدمت هذه العقاقير في بعض الدراسات وحققت نجاحًا . ومن العقاقير الطبية المستخدمة لمعالجة ايداء الذات الكاربيدوبا (Carbidopa) والهيدروكسيترتوفان (Hydroxytryptophan) (المزيد من المعلومات حول هذا الموضوع انظر Picker, Poling, & Parker, 1979) . من ناحية أخرى ، فإن النماذج النظرية الأخرى تقترح أساليب غير طبية لمعالجة الايداء الذاتي وتشير الدراسات إلى أن أكثر الأساليب العلاجية فاعلية هي أساليب تعديل السلوك التي يقترحها النموذج السلوكي وفيما يلي عرض موجز للدراسات التي استخدمت تلك الأساليب .

### التعزيز التفاضلي

يحاول هذا الأسلوب استبدال الايداء الذاتي بسلوك آخر مناسب للحصول على التعزيز وذلك من خلال عدم تعزيز ايداء الذات مما يضعفه وتعزيز الأنماط السلوكية المناسبة والتكيفية التي لا تتضمن ايداء الذات مما يقويها . ويأخذ التعزيز التفاضلي كأسلوب لمعالجة ايداء الذات أكثر من شكل ، فهو قد يطبق ضمن ما يعرف بأسم تعزيز الامتناع عن السلوك حيث يزود الطفل المعوق الذي يؤدي ذاته بالتعزيز بعد مرور فترات زمنية محددة مسبقًا لا يقوم الطفل فيها بأيداء نفسه ، كذلك قد يطبق هذا الأسلوب بحيث يشمل تعزيز الطفل الذي يؤدي ذاته في حالة قيامه بسلوك لا يتوافق وايداء الذات (التعزيز التفاضلي للسلوك البديل) . وقد استخدمت دراسات مختلفة هذين الأسلوبين فوجد في بعضها أنهما يحققان الأهداف العلاجية في حين فشل البعض الآخر في تقديم أدلة على فعاليتها . ولذلك فإن المعالجين غالبًا ما يستخدمون أساليب التعزيز التفاضلي مع الأساليب العلاجية السلوكية الأخرى (Myers, 1975) .

ففي دراسة لهما أجريت على طفلة متخلفة عقليا عمرها (٩) سنوات كان لديها ايداء ذاتي يشمل صفع اليدين والرأس ، والخدش ، والقرص ، استطاع لوفاس وسيمونز (Lovaas & Simons, 1969) خفض هذه المظاهر السلوكية الشاذة باستخدام أسلوب التعزيز التفاضلي للامتناع عن السلوك . ولكن أثر العلاج اقتصر على الوضع العلاجي حيث لم تعمم النتائج إلى الأوضاع الأخرى غير التدريبية . واستخدم نونز ورفاقه (Nunes et al., 1977) الأسلوب ذاته مع طفل عمره (١٢) سنة لديه تخلف عقلي شديد وقد خفض هذا الأسلوب الايداء الذاتي بشكل فعال .

وفي دراسات أخرى استخدم أسلوب التعزيز التفاضلي مع أساليب علاجية أخرى . ومن تلك الدراسات دراسة بيترسون وبيترسون (Peterson & Peterson, 1968) التي حاولت معالجة الايذاء الذاتي لدى طفل يعاني من التخلف العقلي الشديد جدا باستخدام التعزيز التفاضلي للامتناع عن السلوك والاقصاء عن التعزيز الايجابي . وكان الطفل في الثامنة من عمره وتمثل ايذاء الذات لديه بضرب الرأس والذراعين واتلاف الأسنان . وقد كان البرنامج العلاجي المستخدم فعالا . واستخدم كل من دورتي ولين (Dougherty & Lane, 1976) ولوسيرو ورفاقه (Lucero et al., 1976) الأساليب ذاتها لمعالجة الايذاء الذاتي . ففي دراسة دورتي ولين والتي أجريت على طفلة عمرها سنتان ونصف تحقق الهدف العلاجي بعد مضي شهر من المعالجة . وفي دراسة لوسيرو ورفاقه والتي أجريت على ثلاث فتيات يعانين من التخلف العقلي تمثل الأسلوب العلاجي بحرمانهن من الطعام في حالة حدوث ايذاء الذات وبالتوقف عن الانتباه إليهن . وقد كان الحرمان من الطعام أكبر أثرا . كذلك استخدم ميرز ودايبرت (Myers & Deibert, 1971) التعزيز التفاضلي للامتناع عن السلوك والتوبيخ مع طفل يعاني من التخلف العقلي والاعاقة البصرية أيضا . ولقد انخفض السلوك ولكنه لم يتوقف ولم يعمم الأثر العلاجي إلى الأوضاع غير التدريبية .

ومن الدراسات الأخرى المعروفة في هذا الصدد دراسة ربّ وديتز (Repp & Deitz, 1974) والتي حاولت تقييم فاعلية برنامج علاجي يتضمن التعزيز التفاضلي للامتناع عن ايذاء الذات والتوبيخ اللفظي لهذا السلوك في حالة حدوثه . وأجريت الدراسة على طفلة لديها تخلف عقلي شديد عمرها (١٠) سنوات . وكان ايذاء الذات لديها يتمثل بجرح الوجه بعنف ، وتمثل أسلوب التعزيز التفاضلي للامتناع عن السلوك في تعزيز الطفلة بالحلوى حيث كان يقدم لها أنواع مختلفة منها وفقا لجدول تعزيز فترة ثابتة في حالة عدم حدوث الايذاء الذاتي في تلك الفترة . وفي حالة حدوث ذلك في تلك الفترة كان الباحثان يقومان بتوبيخ الطفلة لفظيا . وقد أدى هذا الأسلوب العلاجي إلى توقف ايذاء الذات لدى الطفلة . واستخدم أسلوب تعزيز الامتناع عن السلوك في دراسة راجين وأنسون (Ragain & Anson, 1976) حيث تمت معالجة الخدش الذاتي لدى طفل متخلف عقليا عمره (١٢) سنة ، ودراسة فيفل ورفاقه (Favell, McGimsey, & Jones, 1978) حيث تمت معالجة ايذاء الذات لدى ثلاثة أطفال لديهم تخلف عقلي شديد .

وهكذا يتضح أن التعزيز التفاضلي للامتناع عن السلوك يشكل واحدا من البدائل العلاجية الممكنة لمعالجة ايذاء الذات لدى الأطفال المعوقين . ومع أن هذا الأسلوب قد

لا يكون ناجحاً جداً إذا استخدم بمفرده فأن أي برنامج علاجي للايذاء الذاتي يجب أن يتضمنه لأن التعزيز يطور السلوك المناسب . وعند استخدام هذا الأسلوب يجب تحديد معززات قوية وفعالة لأن نجاحه يعتمد على ذلك . إضافة إلى ذلك يجب تحديد طبيعة السلوك البديل المراد تقويته قبل البدء باستخدام هذا الأسلوب .

## تنظيم الظروف البيئية

تبين الملاحظات العيادية والدراسات المسحية أن إيذاء الأطفال المعوقين لأنفسهم غالباً ما يرتبط بطبيعة المواقف أو الظروف البيئية . ولذلك يفترض أن تنظيم الظروف البيئية أو إعادة تنظيمها قد يحدث تغييرات مهمة في مستوى الإيذاء الذاتي . وكطريقة علاجية ، يستخدم هذا الأسلوب بحيث يتضمن تحديد المواقف التي نادراً ما يحدث فيها الإيذاء الذاتي بهدف توفيرها للطفل المعوق من جهة وتحديد المواقف التي يحدث فيها إيذاء الذات بشكل متكرر بهدف إعادة تنظيم تلك المواقف من جهة أخرى . والمقصود بإعادة التنظيم هو إزالة المثيرات ذات العلاقة الموجودة في الموقف أو تغيير النشاطات التي يتضمنها وتعديل المهمات الموكلة إلى الطفل . وتستند هذه الإجراءات إلى مبدأ ضبط المثير (Stimulus Control) والذي يتضمن التحكم بالمثيرات القبلية التي تسبق السلوك وتتهيء الفرصة لحدوثه . وقد استخدم كار ونيوسون وبنكوف (Carr, Newson, & Binkoff, 1976) هذه الطريقة مع طفل معوق يبلغ من العمر ثلاث سنوات كان يضرب رأسه بأشياء مختلفة . وقد اشتمل العلاج على وضع الطفل في مواقف تتصف بكونها ايجابية وتتضمن نشاطات متنوعة وكان لهذا الأسلوب أثر واضح على مستوى سلوك إيذاء الذات .

## التصحيح الزائد

كان أول من استخدم التصحيح الزائد لمعالجة الإيذاء الذاتي لدى الأطفال المعوقين وبستر وأزرن (Webster & Azrin, 1973) . وشمل التصحيح الزائد في هذه الدراسة الاسترخاء الإجمالي (Required Relaxation) لمدة ساعتين وذلك مباشرة بعد قيام الطفل المعوق بإيذاء نفسه . وعلى وجه التحديد كان الباحثان يرغبان الطفل في حالة قيامه بإيذاء الذات مباشرة على البقاء في السرير دون أن يؤذي نفسه . فإذا لم يستجب لتعليماتهما وتوجيهاتهما كان يرغب على القيام بذلك باستخدام التوجيه الجسدي التدريجي وقد وجد أن هذا الأسلوب فعال . وبعد ذلك استخدم أزرن ورفاقه (Azrin

(et al., 1975) هذا الأسلوب لمعالجة ايذاء الذات لدى أحد عشر طفلاً متخلفاً عقلياً . في بادئ الأمر تم تدريب الأطفال على استخدام اليدين لأهداف مقبولة (عدم استخدام اليدين لايذاء الذات بابقائهما بعيدتين عن الرأس حيث أنهم كانوا يضربون رؤوسهم) وفي حالة قيامهم بايذاء الذات كان الأطفال يرغبون على تأدية نشاطات حركية محددة (ابقاء اليدين فوق الرأس أو ابقاؤهما بعيدتين عن الجسم ، الخ) . وقد كان أثر هذا الأسلوب العلاجي كبيراً وسريعاً جداً . أما ميزل وألفيري (Measel & Alfieri, 1978) فاستخدما هذا الأسلوب مع شخصين لديهما تخلف عقلي شديد أحدهما يبلغ من العمر (١٦) سنة والأخر يبلغ من العمر (١٤) سنة . ولم يكن هذا الأسلوب فعالاً إلا مع واحد منهما . وأخيراً فقد استخدم دي كاتنزارو وبالدون (DeCatanzaro & Bald-win, 1978) أسلوب التصحيح الزائد لمعالجة الايذاء الذاتي لدى طفلين متخلفين عقلياً . وقد تمثل التصحيح الزائد بتمارين يدوية متعبة كان الطفلان يرغبان على تأديتها بعد القيام بايذاء الذات مباشرة .

## الإطفاء

يعتبر الإطفاء من الطرق الفعالة لمعالجة ايذاء الذات في حالة كون هذا السلوك يعزز من خلال انتباه الآخرين للطفل المعوق عند قيامه بايذاء نفسه . بعبارة أخرى ، يتضمن الإطفاء إيقاف التعزيز الذي كان يحدث بعد الايذاء الذاتي في الماضي . ولما كان التعزيز قد يتمثل في تجنب المواقف المزعجة أو التهرب منها فإن الإطفاء يتم من خلال منع الطفل من تجنب تلك المواقف أو التهرب منها عندما يقوم بايذاء ذاته . وقد استخدم الإطفاء في دراسات قليلة لمعالجة ايذاء الذات ، وأوضحت هذه الدراسات أن هذا الأسلوب فعال في بعض الحالات وغير فعال في حالاتٍ أخرى (Favell, 1982) .

إن أسلوب الإطفاء غير قابل للتطبيق في برامج معالجة ايذاء الذات اذا كان التعزيز غير معروف أو اذا تعذر إلغاؤه . اضافة إلى ذلك فإن الإطفاء كما هو معروف لا يعمل على خفض السلوك في بادئ الأمر وذلك قد يشكل خطراً على الطفل . لذا ينبغي توخي الحذر الشديد عند استخدام هذا الاسلوب لمعالجة هذا السلوك .

ومن الدراسات التي استخدمت هذا الأسلوب لمعالجة ايذاء الذات دراسة جونز وسيمونز وفرانكل (Jones, Simmons, & Frankel, 1974) . في هذه الدراسة توقف ايذاء الذات ولكن بعد (١٧) أسبوعاً من العلاج المستمر . إلا أن دراسات أخرى قد أوضحت عدم فاعلية هذا الأسلوب ونذكر هنا دراسة لوفاس وفريتاج وجولد

وكاسورلا (Lovaas Fritage, Gold, & Kassorla, 1965) .

## الإقصاء

في حين أن الإطفاء يشمل الغاء التعزيز فإن الإقصاء يتضمن إبعاد الشخص عن الموقف المعزز أو إزالة الموقف المعزز ذاته عند حدوث سلوك الإيذاء الذاتي . ويستند الإقصاء عن التعزيز الإيجابي إلى افتراض مفاده أن الطفل المعوق عندما يؤذي ذاته فهو يكون في بيئة غنية بالتعزيز لإيذاء الذات . ولذلك فإن أسلوب الإقصاء يعتمد على طبيعة الموقف ، فقد يتضمن حرمان الطفل من مزاولة النشاط الذي يقوم به ، أو تقييده جسدياً وذلك بعد قيامه بإيذاء نفسه . وقد أوضحت دراسات عديدة فاعلية هذا الأسلوب في معالجة إيذاء الذات ومنها دراسة ولف ورسلي وميس (Wolf, Risley, & Mees, 1967) .

## الأساليب المنفرة

وأخيراً فإن دراسات عديدة حاولت معالجة إيذاء الذات باستخدام الطرائق العلاجية العقابية التي تتضمن الإثارة المنفرة . ولعل أكثر أشكال الإثارة المنفرة استخداماً الصدمة الكهربائية . فقد استخدم رسلي (Risley, 1968) هذا الأسلوب بنجاح لإيقاف الإيذاء الذاتي لدى طفلة في السادسة من عمرها تعاني من التوحد . واستخدم تيت (Tate, 1972) الصدمة الكهربائية والإقصاء لمعالجة فتاة متخلفة عقلياً في السادسة عشر من عمرها . وقد انخفض إيذاء الذات لديها بشكل ملحوظ بعد أسبوع واحد . وعلى الرغم من أن الدراسات توضح فاعلية الصدمة الكهربائية إلا أن أثر هذا الأسلوب ليس طويل المدى . إضافة إلى ذلك ، فإن هذا الأسلوب ليس مقبولاً لأنه مؤلم وعرضة لآساءة الاستخدام . ولذلك حاولت دراسات عديدة استخدام أساليب منفرة بديلة مثل سكب عصير الليمون في فم الطفل ، أو تعريضه لروائح كريهة ، وما إلى ذلك (Tanner & Zeiler, 1975) .



## دراسات توضيحية

من الدراسات التي بينت امكانية استخدام أساليب تعديل السلوك بنجاح لخفض الايذاء الذاتي لدى الأطفال المعوقين دراسات بارتون ولاجور . هذه الدراسة أجريت على طفلتين ، الأولى عمرها خمس سنوات وتعاني من اعاقات متعددة شملت الاعاقة البصرية والاعاقة السمعية والتخلف العقلي ، والثانية عمرها تسع سنوات وتعاني من التخلف العقلي الشديد جدا والاعاقة البصرية والاعاقة السمعية . والطفلتان كانتا تعيشان في البيت وتدرسان في مؤسسة تربوية خاصة نهارية ، وتظهران سلوك الايذاء الذاتي وخاصة عند تأدية المهام التعليمية . وقام الباحثان بجمع البيانات عن ايذاء الذات لدى الطفلتين لمدة عشرة أيام قبل البدء بالمعالجة (مرحلة الأساس) . وقد حصل الباحثان على موافقة الوالدين وإدارة المؤسسة قبل البدء باستخدام التصحيح الزائد لمعالجة ايذاء الذات . وتم التحقق من ثبات البيانات في كل من مرحلة الأساس ومرحلة العلاج ووجد أن نسبة الاتفاق بين الملاحظين كانت أكثر من ٨٥,٠ في كل الحالات .

واشتمل التصحيح الزائد على تثبيت يد الطفلة أفقياً ومن ثم فوق الرأس وأخيراً إلى جانب الجسم لمدة ثلاثين ثانية بالنسبة لكل وضع . وهذا الاجراء كان يُنفذ بتواصل لمدة عشرين دقيقة في كل مرة يحدث فيها ايذاء الذات لدى الطفلتين .

واستمرت مرحلة العلاج لمدة (٢٦) يوماً وكانت المعالجة تبدأ مع وصول الطفلة إلى المدرسة وتنتهي مع مغادرتها إلى البيت . وتم تدريب جميع العاملين في المؤسسة الذين يتفاعلون مع الطفلتين على استخدام التصحيح الزائد .

تبين أن متوسط سلوك ايذاء الذات لدى الطفلة الأولى بلغ (٦٦) مرة في اليوم الواحد و (٢٥) لدى الطفلة الثانية وذلك في مرحلة الأساس . وعند البدء بتطبيق التصحيح الزائد انخفض ايذاء الذات بشكل ملحوظ وفوري . فبالنسبة للطفلة الأولى انخفض ايذاء الذات من (٦٦) إلى (١٦) مرة في اليوم الأول من العلاج وإلى أقل من خمس مرات في الأيام الخمس عشرة اللاحقة وإلى صفر في تسعة من العشرة أيام الأخيرة . وبالنسبة للطفلة الثانية انخفض ايذاء الذات من (٢٥) مرة إلى ثماني مرات في اليوم الأول من العلاج . وفي الأيام الخمسة والعشرين اللاحقة انخفض السلوك

---

Barton, L., & LaGrow, S. (1983). Reducing Self-injurious and aggressive behavior in deaf-blind persons through overcorrection. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 77, 421 - 424.

المستهدف إلى أقل من خمس مرات يوميا وواصل الانخفاض في الأيام الأخيرة .  
وفي مرحلة المتابعة لم يظهر ايذاء الذات إلا نادرا لدى الطفلتين .

أما ونتن وسنغ ودوسن فحاولوا التعرف على امكانية معالجة ايذاء الذات لدى  
طفل متخلف عقليا بتغطية الوجه مباشرة بعد قيامه بايذاء ذاته . فهذا الأسلوب كان  
قد استخدم في دراسات سابقة لمعالجة السلوك النمطي اللفظي والسلوك الفوضوي  
والخروج من المقعد وأشكال متنوعة من الايذاء الذاتي .

هذه الدراسة أجريت على طفل عمره (١٢) سنة يعاني من التخلف العقلي الشديد  
جدا والاضطرابات السلوكية الحادة . وكان عمره الاجتماعي مكافئا لعشرة شهور  
وذلك ما أوضحه تطبيق مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي . وكان يعاني من ايذاء  
الذات على مدى شهور طويلة . وقد أجريت عدة محاولة لمعالجة ذلك السلوك  
باستخدام التعزيز التفاضلي والعقاب البدني والعقاقير الطبية إلا أن أثر تلك الأساليب  
كان قصير المدى .

أجريت جلسات الملاحظة والمعالجة في غرفة تدريب خاصة في المؤسسة التي كان  
ملتحقا بها . في تلك الغرفة كان الطفل يقضي ساعتين تقريبا يوميا مع أطفال متخلفين  
آخرين . أما الجلسات التدريبية فأجريت مرتين يوميا مرّة في الصباح ومرّة أخرى بعد  
الظهر . وسُجّل تكرار سلوك الايذاء الذاتي في كل جلسة والذي تمثل في هذه الدراسة  
بقيام الطفل بصفع وجهه . في مرحلة ما قبل العلاج تم تسجيل تكرار ايذاء الذات في  
الجلستين الصباحية والمسائية لمدة عشرة أيام . ولم تستخدم في هذه المرحلة أية  
اجراءات علاجية منظمة .

وفي المرحلة العلاجية الأولى والتي استمرت أيضا مدة عشرة أيام استخدم الباحثون  
طريقتين علاجيتين على نحو متعاقب . وهاتان الطريقتان هما تغطية الوجه كاملا أو  
الاكتفاء بتغطية العيون .

وفي المرحلة العلاجية الثانية قام الباحثون بتغطية وجه الطفل مباشرة بعد قيامه  
بايذاء ذاته وتوقفا عن تغطية عينيه لأن البيانات أوضحت أن كلتا الطريقتين كانت  
بنفس المستوى من الفاعلية . واستمرت هذه المرحلة العلاجية مدة عشرة أيام أيضا .  
وعلى مدى الأسابيع العشرة التالية أصبح الأسلوب العلاجي (تغطية الوجه عند

---

\* Winton, A., Singhe, N., & Dawson, M., (1984). Effect of facial screening and blindfold  
on self-injurious behavior. *Applied Research in Mental Retardation*, 5, 29-42.

حدوث الايذاء الذاتي) يستخدم لمدة ثمانى ساعات يوميا . فقد تم تدريب جميع العاملين في المؤسسة على كيفية استخدام ذلك الأسلوب . وبعد انتهاء هذه المرحلة والتي اطلق عليها الباحثون اسم مرحلة المحافظة على استمرارية السلوك ثم التوقف عن المعالجة . إلا أن الأسلوب العلاجي كان يستخدم في بعض الأحيان . واستمرت مرحلة المتابعة هذه مدة سنة كاملة .

تبين أن العلاج عمل على خفض ايذاء الذات فورا . وعلى وجه التحديد ، كان معدل حدوث هذا السلوك قبل المعالجة ٩, ١٢ استجابة في الساعة الواحدة وأصبح ٣, ١٣ استجابة عندما ابتداء الباحثون باستخدام تغطية الوجه أو تغطية العينين . وقد استمر هذا السلوك بالانخفاض فأصبح معدل حدوثه ٦, ١ استجابة في الساعة عند استخدام تغطية الوجه فقط في المرحلة التجريبية الثانية . وبعد ذلك ، انخفض السلوك أكثر في مرحلة المحافظة على استمراريته فأصبح معدل حدوثه ٢٠, ٠ استجابة فقط و ٥, ٠ استجابة في الساعة الواحدة في مرحلة المتابعة .

## خلاصة

تناول هذا الفصل الايذاء الذاتي لدى الأطفال المعوقين من حيث أشكاله الشائعة وأسبابه المحتملة ، وطرق معالجته . فقد دفعت خطورة وشدة هذا السلوك الشاذ بالباحثين إلى اجراء العديد من الدراسات لتحديد الأساليب العلاجية الفعالية . ولعل أكثر تلك الأساليب فاعلية الأساليب العقابية المنفّرة مثل التصحيح الزائد ، والاثارة المنفّرة ، والاقصاء . وعلى أية حال ، فأن علاج الايذاء الذاتي لا يقتصر على استخدام هذه الأساليب حيث تبين البحوث العلمية امكانية تطبيق الأساليب الاقل تنفيراً لمعالجته ومن هذه الأساليب التعزيز التفاضلي للأمتناع عن ايذاء الذات وتجاهل هذا السلوك (الاطفاء) .

## أسئلة

- ١ - ما الفرق بين اثارة الذات وايدات الذات ؟ هل تعتقد أن ثمة أوجه شبه بينهما ؟ ما هي ؟
- ٢ - لقد حاولت نظريات عديدة تفسير الايذاء الذاتي لدى الأطفال المعوقين . أيها تؤيد ولماذا ؟ هل تستطيع التفكير بأسباب أخرى لايذاء الذات غير التي ذكرت في الفصل ؟
- ٣ - الاطفاء أحد أساليب تعديل السلوك الفعالة ، ومع ذلك فهو لم يحقق إلا نجاحا محدودا في معالجة ايذاء الذات . ما أسباب ذلك ؟
- ٤ - ما الحكمة في تعزيز الاستجابات المناسبة التي تصدر عن الطفل المعوق عند معالجة ايذاء الذات لديه ؟
- ٥ - باعتقادك ، كيف يعمل التصحيح الزائد على خفض سلوك الايذاء الذاتي ولماذا ؟

## المراجع

- Azrin, N., Gottlieb, L., Hughart, L., Wesolowski, M., & Rahn, T. (1975). Eliminating self-injurious behavior by educative procedures. **Behavior Research and Therapy**, **13**, 101-111.
- Baumeister, A., & Rollings, P. (1976). Self-injurious behavior. In N. Ellis (Ed), **International review of research in mental retardation** (Volume 9),. New York: Academic Press.
- Carr, E., Newsom, C., & Bonkoff, J. (1976). Stimulus control of self-destructive behavior in a psychotic child. **Journal of Abnormal Child Psychology**, **4**, 139-153.
- Decatanzaro, D., & Baldwin, G. (1978). Effective treatment of self-injurious behavior through a forced arm exercise. **American Journal of Mental Deficiency**, **82**, 433-439.
- Dougherty, E., & Lane, J., (1976). Naturalistic alternatives to extinction: An application to self-injurious behavior. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **7**, 373-375.
- Favell, J: (1982). The treatment of self-injurious behavior. **Behavior Therapy**, **13**, 529-554.
- Favell, J., McGimsey, J., & Jones, M. (1978). The use of physical restraint in the treatment of self-injury and as positive reinforcement. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **11**, 225-241.
- Jones, F., Simmons, J., & Frankel, F. (1974). Case study: An extinction procedure for eliminating self-destructive behavior in a 9-year-old autistic girl. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**, **4**, 241-250.
- Lester, D. (1972). Self-mutilating behavior. **Psychological Bulletin**, **78**, 119-128.
- Lovaas, I., Freitag, G., Gold, V., & Kassarla, I. (1965). Experimental studies in childhood schizophrenia: Analysis of self-destructive behavior. **Journal of Experimental Child Psychology**, **2**, 67-84.
- Lovaas, I., & Simmons, J. (1969). Manipulation of self-destruction in three retarded children. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **2**, 143-157.
- Lucero, W., Freiman, G., Spoering, K., & Fehrebacher, J. (1976). A compar-

- ison of three procedures in reducing self-injurious behavior. **American Journal of Mental Deficiency**; **80**, 548-554.
- Measel, J., & Alfieri, P. (1976). Treatment of self-injurious behavior by a combination of reinforcement for incompatible behavior and overcorrection. **American Journal of Mental Deficiency**, **81**, 147-153.
- Myers, D., (1975). Extinction, DRO, and response cost procedures for eliminating self-injurious behavior. **Behavior Research and Therapy**, **13**, 189-191.
- Myers, D., & Diebert, A. (1971). Reduction of self-abusive behavior in a blind child by using a feeding response. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **2**, 141-144.
- Nunes, D., Murphy, R., & Ruprecht, M. (1977). Reducing self-injurious behavior of severely retarded individuals through withdrawal of reinforcement procedures. **Behavior Modification**, **1**, 499-516.
- Peterson, R., & Peterson, L. (1968). The use of positive reinforcement in the control of self-destructive behavior in a retarded boy. **Journal of Experimental Child Psychology**, **6**, 351-360.
- Picker, M., Poling, A., & Parker, A. (1979) A review of children's self-injurious behavior. **The Psychological Record**, **29**, 435-452.
- Ragain, R., & Anson, J. (1976). The control of self-mutilating behavior with positive reinforcement. **Mental Retardation**, **14**, 22-25.
- Repp, A., & Deitz, S. (1974). Reducing aggressive and self-injurious behavior of institutionalized retarded children through reinforcement of other behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **7**, 313-325.
- Risley, T. (1968). The effects and side-effects of punishing the autistic behavior of a deviant child. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **1**, 21-34.
- Tanner, B., & Zeiler, M. (1975). Punishment of self-injurious behavior using aromatic amonia. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **8**, 235-237.
- Tare, B., (1972). Case study: Control of chronic self-injurious behavior by conditioning proceduress. **Behavior Therapy**, **3**, 72-83.
- Webster, O., & Azrin, N. (1973). Required relaxation. **Behavior Research and Therapy**, **11**, 67-78.

Whitman, T., Scibak, J., & Reid, D. (1983). **Behavior modification with the severely and profoundly retarded.** New York: Academic Press.

Wolf, M., Risley, T., & Mees, P. (1964). Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child. **Behavior Research and Therapy, 1**, 305-312.





## الفصل الثامن

---

---

### النشاط الزائد

---

---

## مقدمة :

يهدف هذا الفصل الى تقديم المعلومات الأساسية عن النشاط الزائد بوصفه اضطرابا حركيا - اجتماعيا شائعا لدى عدد غير قليل من الاطفال ذوي الاعاقات المختلفة . ففي الجزء الأول ، يبيّن الفصل خصائص النشاط الزائد والتي تشمل الحركة الزائدة ، وعدم القدرة على الانتباه والتركيز فترة كافية ، والتهور ، وغير ذلك من الخصائص السلوكية . وبعد ذلك يوضح الفصل الاسباب المحتملة لهذا الاضطراب بما فيها الاسباب العضوية ، والنفسية ، والبيئية . وفي الجزء الأخير يتناول الفصل طرق معالجة النشاط الزائد والتي تتضمن العلاج بالعقاقير وباستخدام أساليب تعديل السلوك .

## تعريف النشاط الزائد :

النشاط الزائد (Hyperactivity) اضطراب مثير للجدل على أكثر من صعيد ، فثمة فروق كبيرة وتباين ملحوظ في تعريفه وفي تحديد اسبابه وبالتالي في اختيار طرق معالجته . وقد تغيرت تعريفات هذا الاضطراب السلوكي عبر العقود الماضية الأمر الذي نجم عنه قدر كبير من اساءة الفهم واساءة التفسير . ولا غرابة في ذلك فهذه التعريفات انبثقت من جهات مختلفة مثل الطب والتربية وعلم النفس ولم يكن هناك معايير متفق عليها لتعريف النشاط الزائد . وتستخدم عدة مصطلحات للإشارة الى هذا الاضطراب ومنها الحركة الزائدة (Hyperkinesis) والنشاط المفرط (Overactivity) والتلف الدماغى البسيط (Minimal Brain Dysfunction) . ولكنّ أياً من هذه المصطلحات لم يحظ بالقبول في أوساط الباحثين والمعالجين كذاك الذي حظي به مصطلح النشاط الزائد (Piazza, 1980) .

واستخدم هذا المصطلح في الماضي للإشارة الى حالة عامة تتصف بالحركات الجسمية المفرطة . ولكن المشكلة ليست مقتصرة على الجانب الحركي فقط . فهناك ايضا خصائص سلوكية مرافقة منها : التهور والاندفاع (Impulsivity) والقابلية للإثارة (Excitability) وعدم المقدرة على الانتباه (Short Attention Span) . وهذا كله يقود الى ضعف في التحصيل المدرسي والى مشكلات سلوكية واجتماعية اخرى . وما يعنيه ذلك هو ان الاطفال الذين يتمّ تشخيصهم على أنهم يعانون من النشاط الزائد ليسوا فئة متجانسة بل هم مجموعة غير متجانسة وان كانت تظهر جملة من المظاهر السلوكية العامة المشتركة ومن أهمها العجز في الانتباه (Attentional Deficit) . وكما

هو معروف فالانتباه يلعب دورا بالغ الأهمية في عملية التعلم . فخصائص النشاط الزائد تشمل الضعف الشديد في التركيز وهذا الضعف يعبر عن نفسه في عدم القدرة على الانتباه لفترة طويلة حيث أن الطفل لا يستطيع الانتباه لمهمة ما أكثر من بضع دقائق والتشتت (Distractability) حيث أنه يفقد الاهتمام بسبب الأصوات أو المشاهد الجانبية ، واضطراب الوظائف الحركية . علاوة على ذلك ، فهؤلاء الأطفال يظهرون في العادة نشاطا جسديا مفرطاً يفتقر الى التنظيم . وعلى أية حال ، ينبغي الإشارة في هذا السياق الى أن الأطفال ذوي النشاط الزائد لا يظهرون مستويات عالية من النشاط الحركي في جميع المواقف فهم لا يفعلون ذلك في الأوضاع التي لا تتطلب منهم القيام بمهام محددة في وقت محدد (Whalen & Henker, 1976) . من ناحية أخرى ، فإن من الخصائص المميزة للأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد الاندفاع ، فالتهور غالبا ما يرافق النشاط الزائد ويشير هذا المصطلح الى استجابة الطفل المباشرة للاثارة . بعبارة أخرى ان الطفل يستجيب قبل ان يفكر ولهذا يطلق على هؤلاء الأطفال اسم الأطفال الذين توجههم نزواتهم (Impulse Rid den Children) .

هذا وتشير الدراسات المسحية الى أن نسبة انتشار النشاط الزائد لدى الأطفال في سن المدرسة تقدر بحوالي ٥ - ١٥٪ (Epanchin & Paul, 1987) وانه أكثر شيوعا لدى الذكور منه لدى الاناث بنسبة (٤) ذكور الى (١) اناث . وعلى الرغم من أن هذا الاضطراب قد ينخفض بشكل ملحوظ أو قد يختفي مع تقدم عمر الطفل (اذ ان مستوى نشاط الفرد في مرحلة المراهقة يصبح محدودا) الا ان النشاط الزائد في الطفولة غالبا ما يقود الى مشكلات أكاديمية واجتماعية طويلة الأمد .

وعلى الرغم من ان النشاط الزائد يعامل بوصفه اضطرابا سلوكيا يتصل بصعوبات التعلم الا انه كثيرا ما يظهر لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك (الاعاقة الانفعالية) ويظهر ولكن بدرجة أقل لدى الأطفال المتخلفين عقليا والاطفال المعوقين سمعيا والاطفال العاديين أيضاً ، هذا ويبين الجدول (٨ - ١) أهم الخصائص التي تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد .

## الجدول رقم (٨ - ١)

### الخصائص العامة المرتبطة بالنشاط الزائد

(Impulsivity)	١ - التهور
(Temper Trantrums)	٢ - نوبات الغضب الشديدة
(Low Frustration Tolerance)	٣ - عدم القدرة على تحمل الاحباط
(Short Attention Span)	٤ - عدم القدرة على الانتباه
(Mood Swings)	٥ - تغيرات ملحوظة في المزاج
(Distractability)	٦ - التشتت
(Disturbed Social Relationships)	٧ - علاقات اجتماعية مضطربة
(Disruptiveness)	٨ - الفوضى
(Aggression)	٩ - العدوان
(Abnormalities of Motor Functions)	١٠ - اضطراب الوظائف الحركية
(Overactivity)	١١ - النشاط الجسدي المفرط
(Excitability)	١٢ - القابلية للاثارة

### أسباب النشاط الزائد :

حاولت نظريات عديدة تفسير النشاط الزائد وتحديد أسبابه . وتشير تلك النظريات الى جملة من الأسباب المفترضة للنشاط الزائد تشمل العوامل الوراثية والمشكلات المتعلقة بمرحلة ما قبل الولادة والمواد المضافة الى الاغذية والأزمات الانفعالية . ولما كانت نتائج الدراسات قد أخفقت في دعم أي من الأسباب المقترحة فان الباحثين يميلون الى الاعتقاد بأن النشاط الزائد ليس نتيجة لعامل واحد بل هو نتاج عدة عوامل تتفاعل فيما بينها . وفيما يلي عرض لأهم تلك العوامل :

١ - العوامل الجينية (Genetic Factors) : تبين الدراسات وجود علاقة بين العوامل الجينية ومستوى النشاط . ولكن البحوث أخفقت في التوصل الى علاقة واضحة بين هذه العوامل والنشاط الزائد كظاهرة مرضية (Johnson, 1981) . وقد استخدم الباحثون طريقتين رئيسيتين للتعرف على الأسس الجينية للنشاط الزائد

وهما :

أ - دراسة الأقارب من الدرجة الأولى .

ب - دراسة التوائم .

بالنسبة لدراسات الأقارب من الدرجة الأولى فقد لمحت الى ان النشاط الزائد اضطراب أسري ينتقل من الآباء الى الأبناء . وعلى وجه التحديد ، تشير النتائج عموماً الى ان والديّ الاطفال الذين يعانون من النشاط الزائد غالباً ما يكونا قد عانوا من الاضطراب ذاته في طفولتهما .

وقد خلص جونسون (Johnson, 1981) من تحليل نتائج دراسات الاقارب الى القول : «بشكل عام ، تؤكد الدراسات التي اجريت على الأقارب ان النشاط الزائد اضطراب أسري ينتقل من جيل الى جيل . أما طريقة انتقال النشاط الزائد وراثياً فهي لا تزال غير معروفة» (ص ، ٣٤٩) . أما دراسات التوائم المتعلقة بالنشاط الزائد فهي محدودة . وعلى أية حال ، تشير تلك الدراسات الى ان العوامل الجينية قد تؤثر على مستوى نشاط الفرد ولكن الأدلة المتوفرة حالياً لدعم ذلك لا تزال غير كافية .

٢ - العوامل العضوية (Organic Factors) : إن من الاعتقادات السائدة لدى الباحثين أن النشاط الزائد ينجم عن تلف دماغي . وعلى الرغم من أن دراسات كثيرة قد أوضحت أن الأطفال الذين يظهرون نشاطاً زائداً لديهم اضطراب دماغي بسيط ، الا ان بعض الدراسات بينت أن التلف الدماغي قد لا يؤدي بالضرورة الى النشاط الزائد وان النشاط الزائد لا يعني حتمية وجود تلف دماغي (Werry, 1972) . كذلك فان دراسات أخرى أجريت حول العلاقة بين مشكلات الحمل والولادة من جهة والنشاط الزائد من جهة أخرى قد فشلت في ايجاد علاقة قوية (Stewart & Olds, 1973) . وعلى اية حال ، فان بعض البحوث قد أوضحت ان الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد يظهر لديهم اضطرابات في تخطيط الدماغ تفوق بكثير تلك التي تظهر لدى الأطفال العاديين (Satterfield et al, 1974) .

٣ - العوامل النفسية (Psychological Factors) : كذلك تشير الدراسات الى ان العوامل النفسية تلعب دوراً مهماً في تشكّل النشاط الزائد وتشمل هذه العوامل الضغوط النفسية الهائلة والاحباطات الشديدة . ومن ناحية أخرى يعتقد أن الاطفال يتعلمون النشاط الزائد من خلال الملاحظة (النمذجة) للوالدين وأفراد الأسرة الآخرين . كذلك قد يعزز الوالدان النشاط الزائد لدى الطفل من خلال

طريقة استجابتهما لما يصدر عنه من أفعال . وكما هو الحال بالنسبة للمتغيرات الأخرى ، فإن الأدلة العلمية المتوفرة لا تزال محدودة وهناك حاجة كبيرة الى اجراء المزيد من الدراسات للتعرف على طبيعة أثر العوامل النفسية .

٤ - العوامل البيئية (Environmental Factors) : تتضمن العوامل البيئية التسمم والمواد الاصطناعية وردود الفعل التحسسية (Allergic Reactions) . فثمة من يعتقد أن ردود الفعل التحسسية قد تساعد على حدوث النشاط الزائد . وسواء كانت ردود الفعل هذه ناجمة عن الطعام او عن غيره يعتقد انها تسبب اثارة كبيرة للجهاز العصبي المركزي الأمر الذي قد يؤدي الى النشاط الزائد .

ويعتقد ان النشاط الزائد قد ينجم عن التسمم بالرصاص (Johnson, 1981) والمواد الاصطناعية التي تضاف الى الأغذية لاعطائها نكهة أو لونا ما أو للمحافظة عليها . وعلى الرغم من ان بعض الدراسات قد بينت وجود علاقة بين الغذاء الذي يتناوله الطفل والنشاط الزائد الا ان الأدلة العلمية المتوفرة حول هذه القضية محدودة جدا أيضا .

هذا وقبل الخوض في طرق معالجة النشاط الزائد ينبغي التذكير بضرورة تقييم الطفل تقييما شموليا . وسنكتفي هنا بذكر مقياس النشاط الزائد (Hyperactivity Rating Scale) الذي طوره سبرنج وبلندر وجرينبرغ ويلن (Spring, Blunden & Yellin, 1977) والذي يعتبر واحدا من الأدوات الحديثة المعروفة في عذا الصدد . كذلك فمن المقاييس الأخرى المعروفة مقياس كونزر (Conners, 1969) والجدول رقم (٨ - ٢) يوضح الفقرات التي يتضمنها هذا المقياس .

الجدول رقم (٨ - ٢)  
بعض الفقرات من مقياس كونزر للنشاط الزائد

سلوك	لا يحدث	يحدث قليلاً جداً	يحدث كثيراً	يحدث كثيراً جداً
١ - لا يجلس بهدوء	صفر	١	٢	٣
٢ - يُبدي نشاطات زائدة	صفر	١	٢	٣
٣ - سريع الانفعال	صفر	١	٢	٣
٤ - متهور	صفر	١	٢	٣
٥ - يتململ باستمرار	صفر	١	٢	٣
٦ - يُزعج الاطفال الآخرين	صفر	١	٢	٣
٧ - يبكي كثيراً لأتفه الأسباب	صفر	١	٢	٣
٨ - يتغير مزاجه بسرعة	صفر	١	٢	٣
٩ - يظهر لديه غضب شديد	صفر	١	٢	٣
١٠ - لا يُنهي الأعمال التي يبدأ بها	صفر	١	٢	٣
١١ - طلباته يجب ان تُلبى بسرعة	صفر	١	٢	٣
١٢ - قدرته على التركيز محدودة	صفر	١	٢	٣
١٣ - يحبط بسرعة	صفر	١	٢	٣

معالجة النشاط الزائد :

لما كان النشاط الزائد يسبب صعوبات أكاديمية واجتماعية طويلة الأمد للطفل فان معالجته يجب أن تتم في مرحلة مبكرة جداً من العمر وذلك بغية الحيلولة دون تفاقم المشكلات التي يواجهها الطفل . وعلى الرغم من تنوع الأساليب العلاجية المقترحة للنشاط الزائد الا ان الدراسات تبين ان اكثر الطرق العلاجية فاعلية العلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير . وتبين الدراسات أيضاً أن استخدام كلا الاسلوبين معا اكثر نجاعة وأفضل من استخدام أي منهما بشكل منفرد على المدى القصير . أما على المدى الطويل فالدراسات لم تقدم بيانات علمية كافية يمكن الاعتماد عليها .

## العلاج بالعقاقير (Pharmacotherapy)

لقد تمثل علاج النشاط الزائد تاريخياً بالعقاقير الطبية المنشطة (Stimulants) ولم يعط العلاج التربوي - النفسي اهتماماً كافياً . ومع ان المعالجة بالعقاقير فعالة في حالات النشاط الزائد (حيث تبلغ نسبة النجاح حوالي ٦٥ - ٧٥٪) الا انّ العقاقير يجب أن لا تمثل أكثر من عنصر واحد في عملية علاجية متعددة العناصر . هذا ويعتبر الريتالين (Retalin) والساليرت (Cylert) والدكسدرين (Dexedrine) أكثر العقاقير استخداماً لمعالجة هذا الاضطراب . فهذه العقاقير أكثر فاعلية من غيرها الا ان طريقة عملها غير واضحة تماماً وان كان يعتقد انها تزيد من قدرة الطفل على الانتباه وتضعف النزعة لديه نحو السلوك المتهور . وبما انّ هذه العقاقير ليست مهدئة فانها لا تحدّ من الأداء المعرفي للطفل بل هي تزيد من قدرته على التعلم لأنها تخفض مستوى السلوك غير المقبول لديه (Baker, 1976) . ولكنّ هذه العقاقير كغيرها من العقاقير الطبية قد تنطوي على تأثيرات جانبية سلبية . هذا ويوضح الجدول رقم (٨ - ٣) المعلومات الأساسية المتعلقة بهذه العقاقير .

### الجدول رقم (٨ - ٣)

#### العقاقير المستخدمة لمعالجة النشاط الزائد

دكسدرين (Dextroamphetamine)	ساليرت (Pemoline)	رتالين (Methylphenidate)	
١٠ ، ٥	٣٧ ، ٥ ، ١٨ ، ٧٥	٢ ، ١ ، ٥	كيفية توفرها (بالمغم)
	٧٥		
٤ - ٥	١١٢ ، ٥ ، ٣٧ ، ٥	٦٠ - ١٠	الجرعة اليومية (بالمغم) //
خلال ساعة	متباين	خلال ساعة	حدوث التأثيرات السلوكية
٤ ساعات	غير محدد	٣ - ٤ ساعات	مدة تأثيرها على السلوك



## العلاج السلوكي :

ينصب الاهتمام في العلاج السلوكي للنشاط الزائد على تقوية الانتباه لدى الطفل كوسيلة لخفض الانماط السلوكية غير المناسبة أو الاستجابات التي لا تتعلق بالمهام المطلوب تأديتها (Off-Task Behavior). وكان سترأوس (Strauss) من أوائل من اقترحوا معالجة النشاط الزائد بأساليب غير طبية فعرف النشاط الزائد في عقد الاربعينات باسم اضطراب سترأوس (Strauss Syndrome). وعلى وجه التحديد ، اقترح سترأوس معالجة النشاط الزائد من خلال تنظيم البيئة الصفية ، اذ اقترح بيئة تفتقر الى الاثارة وتشمل محطات تعليمية خاصة لكل طفل ، وغرفاً صغيرة ، وجدراً تخلو من الاثارة البصرية (الالوان والصور والملصقات) . وفيما بعد تطورت الأساليب العلاجية بحيث اصبحت تشمل تعديل الظروف البيئية الصفية والمنزلية واستخدام نشاطات مختلفة لزيادة الانتباه . وفي هذا الجزء نركز على أساليب العلاج السلوكي التالية : التنظيم الذاتي ، والتعزيز الرمزي ، والاسترخاء ، وأساليب أخرى .

## التنظيم الذاتي :

يشمل التنظيم الذاتي الملاحظة الذاتية (Self Observation) والمتابعة الذاتية (Self Monitoring) والتعزيز الذاتي (Self Reinforcement) . ويتمثل المبرر الأساسي لاستخدام التنظيم الذاتي لمعالجة النشاط الزائد في افتراض مفاده ان الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينه يستطيع تعميم التغيرات التي تطرأ على سلوكه الى ظروف اخرى دونما تدخل علاجي خارجي . وقد طور ميشنيوم وجودمان (Meichenbaum & Goodman, 1971) هذا الاسلوب في بداية السبعينات بغية تدريب الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد على ضبط انفسهم من خلال التحدث الى الذات (الضبط الذاتي اللفظي) . وقد استمر التدريب مدة أربع ساعات واشتمل اضافة الى التحدث الذاتي على النمذجة ، والممارسة السلوكية ، والتلقين ، والتغذية الراجعة ، والتعزيز الاجتماعي . وقد طبق البرنامج التدريبي هذا على خمسة أطفال في الصف الثاني الابتدائي وتبين أنه قد أحدث تغيرات مهمة في أدائهم .

وفي دراسة لاحقة طور بورنستاين وكوفييلون (Bornstein & Quevillon, 1976) هذا الاسلوب واستخدماه لمعالجة النشاط الزائد لدى ثلاثة أطفال في سن ما قبل المدرسة وتمثلت مشكلاتهم الرئيسية بعدم اتباع التعليمات ، والتشتت ، وعدم الانتباه أو التركيز . وحاول هذان الباحثان معالجة تلك المشكلات من خلال تقوية السلوك

المتصل بتأدية المهمات الموكلة اليهم (On-Task Behavior) وخفض السلوك غير المتصل بالمهمات المطلوبة (Off-Task Behavior) .

وقد أشارت نتائج الدراسة الى ان انتباه وتركيز أفراد الدراسة قد ازداد من ٢٠٪ (اثناء مرحلة الخط القاعدي) الى ٧.٥٪ (اثناء مرحلة العلاج) . وقد استمرت التغيرات السلوكية الايجابية بالحدوث في مرحلة المتابعة . وعلى الرغم من ذلك فقد فشلت عدة دراسات في تكرار النتائج التي توصلت اليها دراسة بورنستاين وكوفيلون . فقد وجد أرنولد وفورهاند (Arnold & Forehand, 1978) ان التدريب الذاتي لم يكن فعالا في احداث أية تغييرات ذات أهمية في الانماط المعرفية لدى مجموعة من الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد . وفشل فردلنج واوليري (Friedling & O'leary, 1979) في معالجة النشاط الزائد لدى أطفال في الصفين الثاني والثالث الابتدائي باستخدام التدريب الذاتي . وفي دراسة حديثة حاول بلنجز وواسك (Billings & Wasik, 1985) التحقق من فاعلية التدريب الذاتي في خفض النشاط الزائد لدى مجموعة من الأطفال في سن ما قبل المدرسة فوجد ان هذا التدريب أحدث تغييرا طفيفا غير ذي دلالة وان هذا التغير كان قصير المدى .

### التعزيز الرمزي :

اذا كانت دراسة فردلنج واوليري (Friedling & O'leary, 1979) قد اخفقت في معالجة النشاط الزائد باستخدام اسلوب التدريب الذاتي فهي قد استطاعت تحقيق الاهداف العلاجية من خلال التعزيز الرمزي . وقد اوضحت دراسات اخرى فاعلية هذا الأسلوب في خفض النشاط الزائد لدى أطفال من مراحل عمرية مختلفة . ففي دراسة اجريت على تسعة اطفال في المرحلة الابتدائية استطاع اوليري وبلهام وروزنبوم وبراييس (O'leary, Pelham, Rosenbaum, & Price, 1976) احداث تغيير ذي دلالة احصائية وعيادية كبيرة في مستوى النشاط الزائد لديهم . وقد صمم الباحثون برنامجا علاجيا سلوكيا شاركت فيه أسر الأطفال بشكل عام من خلال تعزيزهم تبعا لنظام تم الاتفاق عليه .

كذلك استخدم ايلون وليمان وكاندل (Ayllon, Layman, & Kandel, 1975) اسلوب التعزيز الرمزي في معالجة النشاط الزائد لدى ثلاثة اطفال تراوحت اعمارهم بين (٨ - ١٠) سنوات . وقد كان الأطفال الثلاثة يُعالجون بالعقاقير فيما قبل . وقد بينت النتائج ان مستوى فاعلية هذا الأسلوب كان بمستوى فاعلية العقاقير . علاوة

على ذلك فقد أدى التعزيز الرّمزي الى تحسن ملحوظ في التحصيل الأكاديمي للاطفال الذين أجريت عليهم الدراسة .

### الاسترخاء :

استخدم مكبريان (McBrien, 1978) اسلوب الاسترخاء العضلي التام بنجاح في معالجة النشاط الزائد لدى اطفال في الصف الأول الابتدائي . ويستند هذا الأسلوب الى افتراض مفاده أن تدريب الطفل على الاسترخاء يهدىء الطفل ويقلل من تشتته . وتضمن البرنامج العلاجي ايضا استخدام التخيل (Imagination) وذلك بهدف مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تبعث الراحة في أنفسهم أثناء الاسترخاء . وفي دراسة اخرى استخدم كلاين ودفنباشر (Klein & Deffenbacher, 1977) الاسترخاء العضلي لمعالجة النشاط الزائد لدى (٢٤) طفلا بنجاح .

هذا واستخدمت اساليب أخرى لمعالجة النشاط الزائد منها التعاقد السلوكي (Epanchin & Paul, 1987) والتغذية الراجعة . فقد استخدم شولمان وسوران وستيفنز وكوبست (Schulman, Suran, Stevens, & Kupst, 1979) جهازا الكترونيا يقيس مستوى النشاط الحركي للطفل ويعطي تغذية راجعة سمعية (صوتا مسموعا) وكان صدور الصوت يعني ان مستوى النشاط الحركي مرتفع وفي هذه الحالة كان المعالجون يمتنعون عن تعزيز الأطفال ، في حين ان عدم صدور الصوت كان يعني ان مستوى النشاط الحركي منخفض وفي هذه الحالة كان المعالجون يقومون بتعزيز الأطفال . وقد كان لهذا الأسلوب اثر كبير على النشاط الزائد لدى تسعة أطفال تراوحت اعمارهم بين ٩ - ١٣ سنة .

## دراسات توضيحية

نعرض في هذا الجزء بشيء من التفصيل دراستين تمت الاشارة اليهما في هذا الفصل الدراسة الأولى برنستين وكيفلون اللذين استخدمتا التدريب الذاتي لمساعدة ثلاثة أطفال لديهم نشاط زائد على تنظيم استجاباتهم بأنفسهم . كان الأطفال في هذه الدراسة في الرابعة من العمر وقد تم اختيارهم بناء على تقارير المعلم . فقد وصف أحدهم بأنه لا يستطيع اتباع التعليمات لفترة زمنية معقولة ، وأنه يظهر نوبات غضب عنيفه ، ولا ينهي الواجبات المطلوبة منه . ووصف الطفل الثاني بأنه يستحيل ضبطه في غرفة الصف ، وأنه لا يستطيع التركيز والانتباه وكثيرا ما يظهر العدوان ومستويات عالية من النشاط . أما الطفل الثالث فوصف بان انتباهه يشتت بسهولة وأنه كان يقضي معظم الوقت متنقلا في غرفة الصف أو محمقا في الفراغ وأنه لا يصفي للتعليمات .

كان السلوك المستهدف من العلاج في هذه الدراسة هو العمل على الواجبات المدرسية المطلوبة من الاطفال في غرفة الصف من جهة والسكوت والانتباه عندما يقوم المعلم باعطاء تعليمات معينة من جهة . وقد اعتبر قيام الطفل بالتنقل في غرفة الصف او الصراخ والمشاجرة أو مغادرة غرفة الصف على انها جميعا استجابات غير مقبولة . على ان العلاج لم يركز على هذه الاستجابات فقط .

جمعت البيانات في أربعة أيام مدرسية اسبوعيا على أيدي إثنين من الملاحظين المدرسين بشكل مستقل . واستخدمت طريقة الفواصل الزمنية للملاحظة المباشرة والتي جرت في فترتين زمنيتين يوميا مدة كل منها ثلاثون دقيقة وتبين ان نسبة الاتفاق بين الملاحظين كانت عالية جدا .

ولتحديد أثر التدريب الذاتي استخدم الباحثون تصميم الخطوط القاعدية المتعددة ففي الأيام الثمانية الأولى كان الأطفال الثلاثة يلاحظون يوميا . وبعد ذلك دُرّب الطفل الأول على كيفية استخدام التدريب الذاتي في جلسة استمرت ساعتين . وجرى التدريب على النحو التالي :

- ١ - قام المدرب بنمذجة (ايضاح) المهمة وهو يتحدث مع نفسه بصوت مسموع ،
- ٢ - قام الطفل بتأدية المهمة والمدرّب يوجهه لفظيا بصوت مسموع ،

---

Bornstein, P., & Quevillon, R. (1976). The effects of a self - instructional\*  
Journal of Applied Behaviorpackage on overactive preschool boys,  
443 - 454 .Analysis, 5,

٣ - قام الطفل بتأدية المهمة وهو يتحدث الى نفسه بصوت مسموع في حين كان المدرب يتحدث اليه ولكن بصوت منخفض .

٤ - قام الطفل بتأدية المهمة وهو يتحدث الى نفسه بصوت منخفض وكان المدرب يحرك شفاه دون ان يقول اي شيء ،

٥ - قام الطفل بتأدية المهمة مكتفيا بمجرد تحريك الشفاه دون ان يصدر عنه اي صوت ،

٦ - قام الطفل بتأدية المهمة وهو يتحدث الى نفسه بشكل خفي (دون ان يحرك حتى شفاه) .

وتضمنت النمذجة أربعة أنواع :

أ - أسئلة تدور حول المهمة المطلوبة (مثل : ما الذي يريده المعلم مني ؟) .

ب - أجوبة عن الأسئلة على هيئة ممارسة معرفية (مثل : لقد فهمت ، انه يريد مني أن أرسم هذا الشكل) .

ج - التدريب الذاتي اثناء تأدية المهمة (مثل : إن عليّ ان ارسم خطا هنا أولاً) .

د - التعزيز الذاتي (مثل : حسنا فعلت ، ان الخط الذي رسمته جيد) .

وعندما ابتداءً الطفل الأول باستخدام التدريب الذاتي على النحو الذي تم وصفه ارتفع مستوى السلوك الصفي المناسب من (٤, ١٠٪) في مرحلة الأساس الى (٣, ٨٢٪) في مرحلة العلاج . أما الطفل الثاني والذي بقي في مرحلة الأساس لمدة (١٦) يوماً فقد ابتداءً باستخدام اسلوب التدريب الذاتي في اليوم السابع عشر وقد ازداد متوسط سلوكه هو ايضا من (٦, ١٤٪) اثناء مرحلة الأساس الى (٨, ٧٠٪) اثناء مرحلة العلاج . واخيراً ، ابتداءً الطفل الثالث باستخدام الاسلوب العلاجي ذاته في اليوم الخامس والعشرين بعد أن بقي في مرحلة الاساس (٢٤) يوماً وقد تحسّن سلوكه هو الاخر تحسنا ملحوظا .

أما الدراسة الثانية فهي دراسة أوليري ورفاقه والتي تضمنت معالجة النشاط الزائد لدى تسعة أطفال كان متوسط عمرهم الزمني تسع سنوات . وقد اشتملت الدراسة أيضا على دراسة ثمانية أطفال يعانون ايضا من النشاط الزائد كمجموعة تجريبية . ولم يظهر الأطفال أي مؤشرات على وجود تلف دماغي ولم يكن أي منهم

---

\* O'Leary, K., Pelham, W, Rosenbaum, A., & Price, G. (1976). Behavioral-treatment of hyperkinetic children : An experimental evaluation of its usefulness. *Clinical Pediatrics*, 15, 510 - 515 .

يتناول عقاقير طبية .

وقد تم تقييم مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل العلاج وبعد العلاج باستخدام مقياس كونرز الذي أشرنا اليه في بداية هذا الفصل وقد بلغ متوسط درجات الأطفال في المجموعتين على المقياس (١٩,٧) درجة .

وتضمن الاسلوب العلاجي المستخدم تعاون البيت والمدرسة حيث أنه اسلوب تشرف عليه المدرسة وتوزع المعززات المستحقة أسر الاطفال . في بداية كل يوم حدّد المعلم الاهداف المتوخاة من الاطفال في غرفة الصف وقام بالثناء على محاولاتهم تحقيق تلك الاهداف طوال اليوم . وفي نهاية اليوم الدراسي قام المعلم بتقييم سلوك كل طفل فما يتعلق بالتقدم نحو تحقيق الاهداف وبعث بتقرير الى الوالدين حول تقدم الطفل وقام الوالدان بدورهما بتعزيز الطفل عند تحقيقه للأهداف .

ومن الجدير بالذكر هنا أن البرنامج العلاجي لم يركز على النشاط الزائد بشكل مباشر . فالاهداف لم تتضمن الجلوس بهدوء أو الانتباه أو عدم التنقل من مكان الى آخر . ولكن العلاج ركز على اهداف اكااديمية واجتماعية مثل تأدية الواجبات المدرسية واحضار الواجبات المنزلية وعدم المشاجرة وغير ذلك . بعبارة أخرى ، انّ البرنامج العلاجي ركز على السلوك التعليمي المناسب والذي يعتبر سلوكا قليل الحدوث لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد .

أشار الباحثون الى ان اختيار المعززات الفعالة كان المهمة الاكثر صعوبة في هذه الدراسة . الا انهم استطاعوا تحديد معززات يومية واسبوعية عديده ومتنوعة تجنبا لمشكلة الاشباع . وقد بينت النتائج ان هذا الاسلوب كان فعالا في خفض النشاط الزائد ومشكلات سلوكية أخرى .

فقد اعيد تطبيق مقياس النشاط الزائد وقائمة تقدير للسوك المشكل بعد عشرة أسابيع من التوقف عن المعالجة وتبين ان الفروق في اداء المجموعتين فيما يتعلق بالسلوك المشكل والنشاط الزائد كانت ذات دلالة إحصائية .

## الخلاصة

ناقش هذا الفصل الاضطراب المعروف باسم النشاط الزائد وهو اضطراب كان ولا يزال عرضة لقدر كبير من اساءة الفهم سواء فيما يتصل بخصائصه أو أسبابه أو طرق معالجته . والنشاط الزائد قد يكون المشكلة الوحيدة التي يعاني منها الطفل وقد يكون مشكلة مرافقة لحالات الاعاقة المختلفة يشيرون الى اسباب عديدة قد تكمن وراء هذا الاضطراب ومنها الاسباب العضوية البيولوجية والاسباب الجينية والعوامل النفسية والبيئية . وأكد الفصل ان اكثر الطرق العلاجية فاعلية العلاج بالعقاقير الطبية وبأساليب تعديل السلوك . الا انه من الصعب تحديد العوامل التي يمكن في ضوءها التنبؤ باستجابة الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد للعلاج من نوع أو آخر . ولذلك فلا بد من اجراء تقويم شامل لحالة الطفل قبل الشروع بالمعالجة .

## أسئلة

- ١ - ان النشاط الزائد لا يعني مجرد زيادة في مستوى النشاط الحركي للطفل . ما الذي تعنيه هذه العبارة ؟
- ٢ - ما العلاقة بين النشاط الزائد والتلف الدماغى ؟ وما الذي يعنيه ذلك بالنسبة لمعدّل السلوك ؟
- ٣ - ما الذي توصلت اليها الدراسات فيما يتعلق بموروثية النشاط الزائد ؟
- ٤ - يفَضّل معدّلو السلوك مساعدة الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد على تطوير استراتيجيات التنظيم الذاتى على ان يستخدموا معهم اساليب تعديل السلوك الاخرى المعروفة . لماذا تعتقد انهم يفعلون ذلك ؟
- ٥ - أشارت نتائج دراسة بورنستاين وكيفيلون أن التدريب الذاتى كان له أثر بالغ على النشاط الزائد .. ولكنّ دراسات لاحقة قد فشلت في تحقيق نفس المستوى من النجاح الذي حققته هذه الدراسة . ما هي أسباب هذا التباين في النتائج برأىك ؟ وكيف تعتقد أن على الباحثين التعامل مع هذه الحقيقة ؟



## المراجع

- Arnold, S.C., & Forehand, R. (1978). A comparison of cognitive and response cost procedures in modifying cognitive styles of impulsive children. **Cognitive Therapy and Research**, 2, 183 - 187.
- Ayllon, T., Layman, D., & Kandel, H. (1975). A behavioral - educational alternative to drug control of hyperactive children. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 8, 137 - 146.
- Baker, A. (1976). **Hyperactivity : Methods of treatment**. Division for Children with Learning Disabilities. CEC : Reston : Virginia .
- Billings, D., & Wasik, B. (1985) . Self - instructional training with preschoolers : An attempt to replicate. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 68, 61 - 67.
- Bornstein, P., & Quevillon, R. (1976). The effects of a self - instructional package on overactive preschool boys. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 9, 178 - 188.
- Conners, C., (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. **American Journal of Psychiatry**, 126, 884 - 888. .
- Epanchin, B., & Paul, J. (1987). **Emotional Problem of Childhood and adolescence**. Columbus, Ohio : Charles E. Merrill.
- Finegold, B. (1973). Food additives and child development. **Hospital Practice**, 8, 11 - 19.
- Friedling, C., & O'Leary, S. (1979) . Effects of self - instructional training on second and third - grade hyperactive children. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 12, 211 - 219.
- Johnson, J. (1981). The etiology of hyperactivity. **Exceptional Children**, 47, 348 - 354.
- Klein, S., & Deffenbacher, J. (1977). Relaxation and exercise for hyperactive impulsive children. **Perceptual and Motor Skills**, 45, 1159 - 1162.

- McBrien, R. (1978) . Using relaxation methods with first - grade boys.  
145 - 152. **Elementary School Guidance and Counseling**, **12**,
- Meichenbaum, D., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children  
**Journal** to talk to themselves : A means of developing self - control.  
115 - 126. **of Abnormal Psychology**, **77**,
- O'Leary, K., Pelham, W., Rosenbaum, A., & Price, G. (1976). Behav-  
ioral treatment of hyperkinetic children : An experimental evaluation  
510 - 515 . **Clinical Pediatrics**, **15**, of its usefulness.  
. Guilford, Conn. : Spe-Readings in hyperactivity
- Piazza, R. (1980) .  
cial Learning Corporation.
- Hyperactivity : Research, theory, and**
- Ross, D., & Ross, S. (1976).  
New York : John Wiley and Sons. **action.**
- Satterfield, J., Cantwell, D., Saul, R., & Yusin, A. (1974). Intelligence,  
academic achievement, and EEG abnormalities in hyperactive chil-  
391 - 395. **American Journal of Psychiatry**, **131**, dl-n.
- Schulman, J., Suran, B., Stevens, T., & Kupst, M. (1979). Instructions,  
feedback, and reinforcement in reducing activity levels in the class-  
441 - 447. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **12**, room.
- Spring, D., Blunden, D., Greenberg, L., & Yellin, A. (1977). Validity  
**Journal of Special Education**, **11**, and norms of a hyperactivity scale.  
313 - 321.
- New **Raising a hyperactive child.** Stewart, M., & Olds, S. (1973).  
York : Harper & Row.
- Werry, J. (1972). Organic factors in childhood psychopathology. In H.  
. **Psychological disorders of childhood** Quay and J. Werry (Eds.),  
New York : John Wiley and sons.
- Whalen, C., & Henker, B. (1976). Psychostimulants and children : A  
1113 - 1130. **Psychological Bulletin**, **83**, review and analysis.

## الفصل التاسع

### الانحباب الاجتماعي

## مقدمة :

الانسحاب الاجتماعي نمط سلوكي شائع لدى معظم الفئات ان لم يكن كل فئات الاعاقة . وينتج هذا النمط السلوكي عن عوامل عدة فاذا كان الطفل يعاني من تلف في الجهاز العصبي المركزي فان هذا التلف قد يحول دون قيام الطفل بالنشاطات المطلوبة للتفاعل الاجتماعي . كذلك فقد يعاني بعض الأطفال المعوقين من اضطرابات في الكلام واللغة أو قد يفتقرون الى المهارات اللازمة للتفاعل بطريقة اجتماعية مناسبة مما ينجم عنه تجاهل اقرانهم لهم . ومن جهة أخرى ، فقد يظهر الأطفال المعوقون انماطا سلوكية شاذة أو غير مقبولة اجتماعياً (مثل عدم النضج الاجتماعي ، أو العدوان ، أو الاثارة الذاتية) وذلك أيضا يدفع بالآخرين الى تجنبهم .

والانسحاب الاجتماعي ، بغض النظر عن العوامل المسببة له ، قابل للعلاج حيث توضح البحوث العلمية إمكانية الحد منه باستخدام أساليب تعديل السلوك . ويحاول هذا الفصل توضيح أهمية معالجة هذا النوع من السلوك غير التكيفي وسبل تحقيق ذلك . وعلى وجه التحديد ، يبين الفصل كيفية استخدام الاقران ، والانتباه ، والنمذجة والتعزيز وغير ذلك من أساليب تعديل السلوك لتطوير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعوقين .

## أهمية التفاعل الاجتماعي :

يلعب التفاعل الاجتماعي مع الاقران دورا مهما في عملية النمو الاجتماعي لدى كل من الأطفال العاديين والاطفال ذوي الحاجات الخاصة . فهذا التفاعل يزود الطفل بخبرات تعليمية عديدة تساعد على تعلم المهارات الاجتماعية وتعلم المهارات اللغوية والحركية وطرق التعبير عن المشاعر والعواطف وتعرفه بالقيم الاخلاقية . ولما كان مدى قبول المجتمع للفرد يعتمد جزئيا على كفايته الاجتماعية فان العاملين في ميدان التربية الخاصة يبدون اهتماما كبيرا بتطوير المهارات الاجتماعية والكفاية الاجتماعية للافراد المعوقين لكي يتسنى لهم الاندماج في المجتمع . وتبين الدراسات ان الأطفال المعوقين يفتقرون الى المهارات والكفاية الاجتماعية وان ذلك يعتبر من أهم الأسباب التي تكمن وراء فشل محاولات دمجهم (Renzaglia & Bates, 1983) . فالاطفال المعوقون يلتحقون بمدارس خاصة تحرمهم من فرص التفاعل مع الاطفال العاديين وتعلم المهارات الاجتماعية وذلك بسبب عدم توافر النماذج المناسبة . كذلك فان عزل هؤلاء الأطفال عن الاطفال العاديين وعدم اختلاطهم مع بعضهم البعض يؤدي الى

التخوف من اقامة العلاقات فيما بينهم . وعلى اية حال ، فان تعليم الأطفال العاديين والاطفال المعوقين في البيئة والايوضاع التربوية نفسها قد لا يقود بحد ذاته الى التفاعل المنشود بين هاتين الفئتين من الأطفال بصورة تلقائية . فثمة أسباب مختلفة قد تحول دون ذلك نذكر منها هنا :

أ - ان بعض فئات الاعاقة (مثل اضطرابات الكلام واللغة ، والاعاقة السمعية والشلل الدماغى واعاقات جسمية اخرى) لا تمكّن الاطفال المعوقين من التفاعل لفظيا مع الاخرين بطريقة مناسبة .

ب - كثيرا ما يفتقر الأطفال المعوقون الى مهارات اللعب المناسبة والمقبولة وكثيرا ما يظهرون انماطا سلوكية غير مقبولة (مثل التخريب ، او الفوضى او السلوك النمطي) مما يدفع بأقرانهم الى تجاهلهم وتجنب التفاعل معهم .

(Twardosz, Nordquist, Simon, & Botkin, 1983)

وبالفعل ، فقد أوضحت دراسات عديدة ان تفاعل الأطفال ذوي الاعاقات المختلفة مع الاطفال العاديين محدودة أو سلبية . فالخصائص الاجتماعية ، على سبيل المثال ، تكتسب أهمية خاصة في تشخيص الاعاقة الانفعالية حيث يعاني الأطفال المعوقين انفعاليا من الانسحاب الاجتماعي ويظهرون استجاباتٍ تنم عن عدم النضج الاجتماعي (Strain 1978) . كذلك فان الانسحاب الاجتماعي من المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم (Bryan, 1978) والاطفال المتخلفين عقليا (Gottlieb & Budoff, 1973) والاطفال المعوقين سمعيا (Renzaglia Meadow - Orlans, 1985) والأطفال المعوقين بصريا (Scholl, 1986) .

### تعريف المصطلحات ذات العلاقة :

عديدة هي المصطلحات التي تستخدم للتعبير عن انماط السلوك الاجتماعي من هذه المصطلحات مصطلح الكفاية الاجتماعية (Social Competence) والذي يشمل كلا من المهارات الاجتماعية (Social Skills) والمظاهر السلوكية التكيفية . والمقصود بالمهارات الاجتماعية هو الانماط السلوكية التي يجب توافرها لدى الفرد ليستطيع التفاعل بالوسائط اللفظية وغير اللفظية مع الآخرين وفقا لمعايير المجتمع . بكلمات اخرى ، تشير المهارات الاجتماعية الى الاستجابات التي تتصف بالفاعلية في موقف ما فتعود بالفوائد على الفرد مثل التفاعل الاجتماعي الايجابي او القبول الاجتماعي . وهكذا يتضح ان مصطلح المهارات الاجتماعية مصطلح ذو مدلول واسع يتضمن العديد من

الاستجابات البسيطة والانماط السلوكية المعقدة . ومن المهارات الاجتماعية المعقدة التفاعل الاجتماعي (Social Interaction) . أما المظاهر السلوكية التكيفية (Adaptive Behaviors) فهي تشمل الكفاية الاجتماعية والاداء المستقل (Gresham, 1983) .

وبوجه عام ، يتصف الاطفال الاجتماعيون بالخصائص الرئيسية التالية :

١ - يشاركون الأطفال الآخرين بما لديهم من العاب .

٢ - يلعبون مع الآخرين بطريقة منتظمة .

٣ - يساعدون الأطفال الآخرين في تأدية المهام .

٤ - يستجيبون ايجابيا لمبادرات الآخرين ومحاولاتهم للتفاعل معهم .

٥ - يتعاملون مع الآخرين ويتفاعلون معهم بطريقة ودية دافئة .

وبالنسبة للسلوك الاجتماعي الفاعل ، يشير ديفز وروجرز الى انه يشمل المهارات

والاستجابات التالية :

أ - الاستجابات الحركية غير اللفظية (التعبيرات الوجهية ، الايماءات ، التواصل العيني المظهر الجسمي) .

ب - الاستجابات اللفظية (التحدث الى الآخرين ، الاطراء ، التحية ، طرح الأسئلة ، التعبير عن الشكر والتقدير) .

ج - الاستجابات العاطفية (الاستجابة الودية ، التواصل الدافئ ، التعبير عن الاتجاهات والمشاعر الايجابية) .

د - المهارات الاجتماعية المعرفية (حل المشكلات في العلاقات مع الآخرين ، التفكير الودّي ، فهم المعايير الاجتماعية ، تمييز الدلالات الاجتماعية ، اخذ الادوار المناسبة ، ربط الافكار بالانماط السلوكية) .

وأخيرا ، يشير الانسحاب الاجتماعي (Social Withdrawal) الى حالة متعددة الأوجه والأسباب . فقد يكون السلوك الانسحابي تعبيرا عن عجز في المهارات الاجتماعية للطفل (Skill Deficit) أو قد يكون انعكاسا لعجز في الاداء الاجتماعي .

النوع الاول من العجز وهو العجز في الاداء فهو يعني ان الطفل يمتلك القدرة على تأدية المهارات المطلوبة للتفاعل الاجتماعي ولكنه لا يقوم عمليا بتأديتها لأسباب مختلفة (Ross, 1981) . ان المظاهر التي قد تنم عن الانسحاب الاجتماعي ومتنوعة فهي قد تتمثل بتجنب المبادرة الى التحدث مع الآخرين او تأدية نشاطات مشتركة معهم وقد تشمل الشعور بعدم الارتياح لمخالطة الآخرين والتفاعل معهم . اضافة الى ذلك فبعض الاطفال المعوقين (خاصة ذوي الاعاقات الشديدة) قد يظهر لديهم عدم

الاهتمام العام بالبيئة والاحداث (مثل عدم الاكتراث لما يحدث او عدم التفاعل مع الاحداث المحيطة والانفصال التام عنها) . وهذا السلوك يصاحبه احيانا عدم الشعور بالسعادة ومعاناة الاكتئاب وهو قد ينطوي على الخجل ، والقلق ، والخوف من التعامل مع الآخرين (Stainback & Stainback, 1980) .

هذا وقد طورت مقاييس عديدة للكشف عن السلوك الانسحابي وتحديد مستواه . ومن تلك المقاييس مقياس السلوك التكيفي (الصورة المدرسية العامة) الذي طورته الجمعية الامريكية للتخلف العقلي . ويتعلق الجزء الثاني من هذا المقياس بالعديد من المظاهر السلوكية غير التكيفية ومنها السلوك الانسحابي . كذلك قام روس وليسي وبارتون (Ross, Lacey, & Parton, 1965) بتطوير قائمة شطب سلوكية يعالج جزء منها السلوك الانسحابي (انظر الجدول رقم ٩ - ١ للتعرف على الفقرات التي تتضمنها هذه القائمة) .

### الجدول رقم (٩ - ١)

#### فقرات مختارة من قائمة الشطب السلوكية لروس ورفاقه

- ١ - يخاف من الراشدين الغرباء
- ٢ - ينزعج بسهولة من التغيرات في الأشياء من حوله
- ٣ - يصاب بالذعر بسهولة
- ٤ - لا يتحدث دفاعا عن نفسه حتى عندما يكون من حقه ان يغضب
- ٥ - يخاف من التعرض للاذى اثناء اللعب
- ٦ - ترتجف يداه عندما يُطلب منه ان يعيد قول شيء سمعه
- ٧ - لا يدافع عن نفسه عندما يضايقه الاطفال الآخرون
- ٨ - يقف جانبا في مكان اللعب
- ٩ - يخاف من ارتكاب الاخطاء
- ١٠ - بطيء في تطوير علاقات الصداقة
- ١١ - يرضخ بسهولة عندما يواجه الاطفال الآخرون لعمل شيء ما حسب اهوائهم
- ١٢ - يشعر بالحرج بسهولة
- ١٣ - يبدو عليه عدم الشعور بالقيمة الذاتية
- ١٤ - لا يهاجم الآخرين حتى لو بادروا الى الاعتداء عليه
- ١٥ - يفضل ان يبقى وحيدا
- ١٦ - يفضل بناء علاقة الفة مع الراشدين وليس اللعب مع الاطفال الذين هم من عمره
- ١٧ - ليس لديه اصدقاء
- ١٨ - يفعل الاشياء التي تناسب من هم أصغر منه سنا
- ١٩ - يواجه صعوبات في التحدث بوضوح عندما يتفعل

## معالجة الانسحاب الاجتماعي :

يتضح مما سبق ان مهارات التفاعل الاجتماعي المناسب مع الاقران لا تقل اهمية بالنسبة للاطفال المعوقين عنها بالنسبة للاطفال غير المعوقين . واذا كان الانسحاب الاجتماعي لا يشكل ازعاجا للمعلم في غرفة الصف فذلك لا يعني عدم الحاجة الى معالجته فالانسحاب الاجتماعي في مرحلة الطفولة كثيرا ما يعني قابلية تطور مشكلات كبيرة في مراحل النمو اللاحقة (Strain, Cooke, & Apolloni, 1976) . ولهذا اهتم الباحثون والمعالجون في ميدان التربية الخاصة بتطوير الأساليب العلاجية القادرة على تنمية المهارات الاجتماعية للاطفال المعوقين ومعالجة السلوك الانسحابي لديهم . ولعل من أكثر هذه الأساليب استخداما التلقين ، وانتباه المعلم المشروط ، وتعزيز انماط التفاعل الاجتماعي المناسبة ، والنمذجة ، والتدريب باستخدام الاقران كعمالين . وقبل ايضاح كيفية استخدام هذه الاساليب لا بد من الاشارة الى انها وان كانت اساليب علاجية فعالة فهي قد تنطوي على بعض المشكلات . فانتباه المعلم ، على سبيل المثال ، يُستخدم عادة في الأوضاع التربوية التي يكون فيها المعلم مهتما فقط بالطفل الذي يعاني من الانسحاب الاجتماعي اثناء تنفيذ البرامج العلاجي وذلك بوضوح يحد من قدرته على تأدية المهام التعليمية الموكلة اليه ما لم يتوفر له مساعدو معلمين . واذا لم يحدث ذلك فلن يستطيع المعلم تطبيق البرنامج العلاجي بطريقة منظمة ومتابعة اثره على النحو المطلوب . كذلك فهذه الاجراءات العلاجية يجب ان يقوم على تطبيقها معلمون مدربون تدريبيا جيدا وهذا ايضا قد لا يتوفر في الأوضاع التربوية التقليدية . وما يعنيه ذلك هو ضرورة تزويد المعلمين بالتدريب وبالاستشارة السلوكية والدعم قبل واثناء تنفيذ برامج تعديل السلوك الانسحابي .

هذا وتتمثل الخطوة الاولى في معالجة الاطفال الذين يعانون من الانسحاب الاجتماعي في توفير الوقت والمكان الكافيين لملاحظة التفاعلات بين الاطفال ولتطوير الشعور بالثقة والأمن . في هذه المرحلة يستطيع المعلم ملاحظة الطفل لمعرفة مستوى الانسحاب لديه والمتغيرات المرتبطة به . ومن المهم ان يتجنب المعلم ارغام الطفل على التفاعل مع اقرانه بل لأبد من الاكتفاء ببذل جهود متواضعة لتوجيهه نحو تأدية النشاطات المطلوبة وترتيب الوضع على نحو يشجعه ويزيد من دافعيته للقيام بذلك . وقد تشمل هذه الجهود توظيف اسلوب اللعب الحر لتفاعل الطفل مع اقرانه . الا ان ذلك لن يجدي إذا كان الطفل يفتقر إلى مهارات التفاعل الاجتماعي . ففي هذه الحالة ينبغي على المعلم استخدام اساليب تدريبية خاصة لتعليم الاطفال على التفاعل بطريقة مناسبة مع الاقران . ويتمثل ذلك بتعليمهم المبادأة باللعب مع الآخرين ، والاستجابة



لمحاولاتهم بطريقة مناسبة ، والاستمرار باللعب معهم ، واستخدام النشاطات ، والادوات المناسبة . وبدون ذلك قد تخفق عملية تدريب المهارات الاجتماعية . وغالبا ما يحتاج المعلم إلى استخدام التلقين بأشكاله المختلفة فاذا لم يحقق هذا الاسلوب الاهداف المتوخاة يصبح هناك حاجة إلى استخدام النمذجة بغية ايضاح الاستجابات المطلوبة . وإذا لم تنجح النمذجة ايضا بأحداث الاستجابات المناسبة على المعلم ان يلجأ إلى التوجيه الجسدي المباشر وتوظيف مبدأ التعزيز لتدعيم الاستجابات الاجتماعية المقبولة . هذا ويحاول الجزء المتبقي من هذا الفصل توضيح اكثر اساليب تعديل السلوك فاعلية في معالجة الانسحاب الاجتماعي وتطوير المظاهر السلوكية الاجتماعية التكيفية . وتشمل تلك الاساليب : النمذجة ، التعزيز الاجتماعي ، التلقين ، تدريب الاقران ، واجراءات علاجية اخرى .

### النمذجة :

تبين الدراسات بوضوح ان الاطفال المعوقين لا يقلدون السلوك الاجتماعي المناسب الذي يصدر عن الاطفال غير المعوقين بصورة تلقائية بل ان حدوث ذلك يتطلب استخدام استراتيجيات تدخل علاجي منظمة ومكثفة (Gresham, 1982) ولا غرابة في ذلك ، فكثيراً ما يفتقر الطفل المعوق إلى مهارات الانتباه والتذكر وما إلى ذلك . وكما هو معروف فإن النمذجة لن تحدث ما لم ينتبه الملاحظ (الطفل الذي نود تعليمه) إلى سلوك النموذج (الطفل الذي يوضح كيفية تأدية السلوك المطلوب) وما لم يزود بحوافز معينة لتقليد السلوك الذي يشاهده . اضافة إلى ذلك فان النمذجة تتطلب توفر القدرة لدى الطفل على القيام بالسلوك المشاهد والقدرة على الاحتفاظ بالمعلومات التي زوده النموذج بها .

تعتبر النمذجة ، والتي تعرف في الادب أيضاً بأسم التعلم بالملاحظة (Observational Learning) من أكثر الاساليب المستخدمة لتنمية المهارات الاجتماعية ومن اكثرها فعالية . ويتضمن هذا الاسلوب قيام الطفل الذي لديه انسحاب اجتماعي بملاحظة نموذج يتفاعل اجتماعيا مع اقرانه بطريقة مناسبة وذلك بهدف ان يتعلم منه كيفية التصرف . الا ان الدراسات تبين ان هذا الاسلوب غير فعال في حالة كون الانسحاب الاجتماعي شديدا . ولذلك لا يكتفي الباحثون عادة باستخدام النمذجة بمفردها ولكنهم يوظفون اسلوب التقليد ايضا (Imitation) حيث يطلب من الطفل المنسحب اجتماعيا تأدية السلوك الاجتماعي المناسب بعد ملاحظته وتعلمه ومن ثم

يعزز على ذلك بطرق مختلفة . يتضح من مراجعة الدراسات ذات العلاقة ان استخدام النمذجة والتقليد معا يحقق الاهداف العلاجية عندما يكون السلوك الانسحابي شديدا (Ross, Ross, & Evams, 1971) . ويتضح كذلك ان النمذجة تكون أكثر فاعلية عندما يستخدم معها التعليمات اللفظية والتغذية الراجعة التصحيحية .

ومن الدراسات التي استخدمت النمذجة لمعالجة الانسحاب الاجتماعي دراسة اوكونر (O'Connor, 1969) والتي اجريت على مجموعة من الاطفال في الحضارة . اشتملت الدراسة على تعيين الاطفال عشوائيا في مجموعتين واحدة تجريبية (شاهدت فيلما مدته نصف ساعة يبين التفاعل الاجتماعي المناسب بين الاطفال) واخرى ضابطة (شاهدت فيلما لا علاقة له بالتفاعل الاجتماعي مع الاقران) . بينت المتابعة ان السلوك الانسحابي لافراد المجموعة الضابطة لم يتغير في حين تحسن السلوك الاجتماعي لافراد المجموعة التجريبية بشكل ملحوظ .

في دراسة اخرى استطاع جاكبشك وسمير جليو (Jakibchuk & Smeriglio, 1976) معالجة الانسحاب الاجتماعي لدى مجموعة من الاطفال في سن ما قبل المدرسة باستخدام النمذجة المصورة (مشاهدة الافلام) . هذا ويعرض الجدول رقم (٩ - ٢) بعض الدراسات التي استخدمت النمذجة واجراءات علاجية اخرى بنجاح في معالجة الانسحاب الاجتماعي .

الجدول رقم (٩ - ٢)

بعض الدراسات التي توضح فاعلية النمذجة

واساليب اخرى في معالجة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعوقين

السلوك المستهدف	الاسلوب العلاجي	الباحث/الباحثون
التفاعل الاجتماعي المناسب (التحدث ، التعاون ، الخ)	النمذجة والتعليمات اللفظية والتغذية الراجعة	جيسون ورفاقه (Gibson et al., 1976)
التفاعل اللفظي مع الاقران	النمذجة والممارسة السلوكية والتعليمات اللفظية والتغذية الراجعة والتعزيز	برادلن ورفاقه (Bradlyn et al, 1980)
التفاعل الاجتماعي مع الاقران	النمذجة والتلقين والتغذية الراجعة والتشكيل والممارسة السلوكية والثناء .	مريدث ورفاقه (Meredith et al. 1980)
تقليد السلوك الاجتماعي المناسب واللعب التعاوني والتفاعل اللفظي الايجابي	النمذجة والتلقين والتعزيز الاجتماعي .	لانسيون (Lancioni, 1982)
التواصل العيني والتفاعل اللفظي	النمذجة والتلقين والتغذية الراجعة والممارسة السلوكية والتعزيز الاجتماعي .	رختاريك وبورنستاين (Rychtarik & Bronstein, 1979)
التفاعل اللفظي وغير اللفظي	النمذجة والتعليمات اللفظية والتعزيز الاجتماعي	نلسون ورفاقه (Nelson et al., 1973)

تدريب الرفاق :

ومن الاساليب الاخرى الشائعة والفعالة لمعالجة الانسحاب الاجتماعي لدى الاطفال المعوقين استخدام الرفاق كمعدلي سلوك . في هذه الطريقة يتم تدريب الاطفال الذين يمتلكون مهارات اجتماعية متطورة على التفاعل مع الاطفال المنسحبين اجتماعيا . وعلى وجه التحديد ، قد يتم تعليم الاطفال وتدريبهم على الاستجابة بطريقة ايجابية للطفل المنسحب اجتماعيا عندما يقترب منهم او يحاول التفاعل مع الطفل المنسحب

اجتماعيا (Wahler, 1967) ويطلق على الطفل الذي يتم تدريبه من اجل ان يعمل على تعديل سلوك الطفل المنسحب اجتماعيا اسم الشريك (Confederate). ولهذا الاسلوب العلاجي عدة حسنات من اهمها :

أ - انه يوفر فرصا مناسبة لتعلم المهارات الاجتماعية لا بالنسبة للطفل المنسحب اجتماعيا فحسب وانما بالنسبة للطفل المدرب ايضا .

ب - انه يسهل على المعلم القيام بواجباته الاخرى عموما. والمهام التعليمية الاساسية بوجه خاص ذلك لان الطفل المدرب هو الذي يقوم بالمهمة العلاجية في حين يقتصر دور المعلم على الاشراف على تنفيذ الجراءات .

هذا وحاولت دراسات عديدة معالجة الانسحاب الاجتماعي لدى الاطفال المعوقين عن طريق تدريب الاقران . ومن تلك الدراسات دراسة اودوم وهويسون وجيميسون وسترين (Odom, Hoyson, Jamieson & Strain, 1985) والتي قام الباحثون فيها بتدريب ثلاثة اطفال متخلفين عقليا في سن ما قبل المدرسة . فقد قام الباحثون بتعليم الاطفال العاديين اساليب المبادرة إلى التفاعل الاجتماعي مع الاطفال المتخلفين ومن ثم عملوا على تشجيعهم على الاستمرار بذلك باستخدام التعزيز الرمزي . بينت النتائج ان تدريب الاطفال العاديين انعكس ايجابيا على المهارات الاجتماعية للاطفال المتخلفين . الا ان اثر العلاج كان مؤقتا وهو لم يتعمم إلى الاوضاع التربوية التي لم يحدث فيها التدريب الامر الذي دفع بالباحثين إلى تنفيذ الاجراءات العلاجية في تلك الاوضاع ايضا .

وفي دراسة اخرى حاول سترين وشورز وتم (Strain, Shores, & Tim, 1977) معرفة اثر تدريب الرفاق على المبادرة بالتفاعل الاجتماعي على سلوك الانسحاب الاجتماعي للاطفال المعوقين . اجريت الدراسة هذه على ستة اطفال تراوحت اعمارهم بين (٣ - ٤) سنوات لم تكن مشكلتهم مقتصرة على الانسحاب الاجتماعي ولكنهم كانوا يعانون ايضا من تأخر لغوي وتخلف عقلي . وفي البداية قام الباحثون بتدريب عدد من الاطفال العاديين المعروفين بقدراتهم الاجتماعية المتميزة . وقد استخدم الباحثون النمذجة ولعب الادوار لتدريب الرفاق ووضحوا لهم ان الهدف المتوخى هو حث الاطفال المعوقين على اللعب معهم وبينوا لهم ايضا السلوك المتوقع من اولئك الاطفال في بداية الامر . ونفذ هذا التدريب في اربع جلسات مدة كل منها عشرين دقيقة وبعد ذلك قام الباحثون بأحضار الاطفال المعوقين إلى غرفة لعب كبيرة لمدة ثلاث ساعة يوميا . وقد تبين ان الاجراءات التدريبية كانت فعالة جدا حيث اصبح الاطفال

المعوقين يبادرون إلى التفاعل مع الاقران . وعلى اية حال ، فان هذه الدراسة لم تقدم اية بيانات عن انتقال اثر التدريب إلى الاوضاع غير العلاجية .

واستطاع يونج وكر (Young & Kerr, 1979) معالجة الانسحاب الاجتماعي لدى طفلين لديهما تخلف عقلي شديد من خلال تدريب طفل لديه تخلف عقلي بسيط على القيام بدور المعالج لهما . وقد تم تدريب هذا الطفل باستخدام النمذجة والتعليمات والتلقين والتعزيز . وبينت النتائج ان هذا التدريب عمل على تحقيق الاهداف العلاجية المتوخاة .

ومن الدراسات الاخرى التي استخدمت تدريب الرفاق لمعالجة الانسحاب الاجتماعي لدى الاطفال المعوقين دراسة قام بها شيفر واجل ونيف (Shafer, Egel, & Nef, 1984). في هذه الدراسة ايضا تم تدريب اطفال معوقين اعاقه بسيطة لمعالجة اطفال يعانون من اعاقات سلوكية شديدة وبينت النتائج ايضا ان العلاج احدث زيادة مباشرة وشاملة في التفاعل بين الاطفال ذوي الاعاقات الشديدة واقرانهم .

هذا وبينت دراسات اخرى فاعلية تدريب الرفاق في معالجة الانسحاب الاجتماعي ونذكر منها هنا دراسة ابو لوني وكوك (Apolloni & Cooke, 1979) ودي ولندمان وبول وفكس وستوتشك وشورز (Day, Lindeman, Powell, Stowitschek, & Shores, 1984).

### التعزيز الايجابي :

يعتبر التعزيز الايجابي ايضا من الاساليب المتداولة والفعالة لمعالجة السلوك الانسحابي لدى الاطفال المعوقين . وعلى الرغم من ان التعزيز الايجابي قد يأخذ اشكالا عديدة الا انه غالبا ما يتمثل بالانتباه إلى الطفل المنسحب اجتماعيا في حالة اقترابه من الاطفال الآخرين وتفاعله معهم . وكان من الدراسات الاولى التي بينت تجريبيا الاثر البالغ للانتباه على السلوك الاجتماعي للطفل دراسة الن وهارت وبول وهارس وولف (Allen, Hart, Buell, Harris, & Wolf, 1964) اجريت هذه الدراسة على طفلة في الرابعة من عمرها كانت نادرا ما تتفاعل مع الاطفال الآخرين في الحضانة وتقضي معظم وقتها قريبة من المعلمات . ولان الباحثين افترضوا ان السبب وراء تفاعل الطفلة مع المعلمات وليس مع الاطفال هو انتباه المعلمات لها ، قرروا الانتباه اليها عندما تتفاعل مع الاطفال وتجاهلها عندما تتفاعل مع المعلمات او عندما تلعب بمفردها . وبعد تطبيق هذا الاسلوب على نحو منتظم وثابت بدأت انماط التفاعل

الاجتماعي للطفلة بالتغير . فقبل العلاج كانت الطفلة تقضي حوالي ١٠٪ فقط من وقتها مع الاطفال في حين كانت تقضي حوالي ٤٠٪ من وقتها مع المعلمات . اما بعد المعالجة اصبحت الطفلة تقضي ٦٠٪ من وقتها في التفاعل مع الاطفال و ٢٠٪ منه في التفاعل مع المعلمات . بعبارة اخرى ، ان مجرد تجاهل تفاعل الطفلة مع المعلمات وتعزيز تفاعلها مع الاطفال احدث تغيرات مهمة في انماط التفاعل الاجتماعي لديها . على أية حال ، فهذه الدراسة اجريت على طفلة عادية لا تعاني من اية اعاقاة . ولكن دراسات اخرى لاحقة بينت اثر انتباه الراشدين على السلوك الاجتماعي للاطفال المعوقين . فذلك ما اوضحته دراسة سترين وتم (Strain & Ti, 1977) التي اجريت على (١٧) طفلا يعانون من الاعاقاة الانفعالية تراوحت اعمارهم بين (٣ - ٤) سنوات . وقد تمثل انتباه الراشدين في هذه الدراسة بالثناء والاقتراب من الاطفال المنسحبين في حالة تفاعلهم مع اقرانهم . وقد كان لهذا الاسلوب العلاجي اثر كبير على الاطفال الا انه لم يكن طويل المدى .

ولما كان الطفل المنسحب لا يبادر في كثير من الاحيان إلى التفاعل مع الاطفال الاخرين بصورة تلقائية فان المعالج قد ينتظر فترة طويلة ليحدث التفاعل فيعززها . وذلك ليس اجراء عمليا إذا لا بد من حث الطفل على التفاعل . ويمكن تحقيق ذلك باستخدام التلقين او التشكيل وما إلى ذلك . وثمة ادلة علمية كافية على ان التلقين والتعزيز الاجتماعي يعملان على زيادة التفاعل الاجتماعي لدى الاطفال المعوقين الذين يعانون من الانسحاب الاجتماعي والجدول رقم (٩ - ٣) يعرض بعض الدراسات التي اوضحت ذلك .

الجدول رقم (٩ - ٣)

بعض الدراسات التي بينت فاعلية التلقين والتعزيز الاجتماعي

السلوك المستهدف	افراد الدراسة	الباحث/ الباحثون
التفاعل الاجتماعي مع الاقران	طفلة في الرابعة من العمر	جtz وThomson وEtzel (Goetz, Thomson, & Etzel, 1975)
التلويح باليد والابتسام	اربعة مراهقين متخلفين عقليا	ستوكس وبير وچاكسون (Stokes, Baer, & Jackson, 1979)
التفاعل الاجتماعي مع الاقران	ثلاثة اطفال معوقين بصريا	بيترسون واوستن ولابخ (Peterson, Austin, & Land, 1979)
الترحيب الاجتماعي	ثلاثة اطفال متخلفين عقليا	لوثر ومارتن (Lowther & Martin, 1980)
التواصل العيني والاستجابات اللفظية المناسبة	ثلاثة اطفال ذوي صعوبات تعلم	بيرلر وجروس ودرابمان (Berler, Gross, & Drabman, 1982)
التفاعل اللفظي مع الاقران	اربعة اشخاص متخلفين عقليا	كلتش وويتمان وسانتون (Kleitsch, Whitman, & Santos, 1983)

الا ان الادلة العلمية حول استمرارية التغير في السلوك الاجتماعي الناتج عن استخدام التلقين والتعزيز الايجابي ليست جيدة . ففي العادة يتضح من الدراسات التي تحاول التعرف على هذه القضية ان اثر العلاج غالبا ما يكون مؤقتا . كذلك حاولت الدراسات التعرف على التغيرات التي تطرأ على الاستجابات غير المستهدفة علاجيا وهي القضية المعروفة باسم التغير السلوكي المرافق (Collateral Behavior Change) فهل يرافق التحسن في السلوك الاجتماعي للطفل المعالج أية انماط سلوكية غير مرغوبة ام تغيير السلوك الانسحابي يقود إلى تغيرات مفيدة اخرى في الذخيرة السلوكية للطفل ؟ وقد راجع سترين وكر (Strain & Kerr, 1979) الدراسات ذات العلاقة وخلصا إلى ان النتائج تبين ان التحسن في السلوك الاجتماعي المناسب يرافقه

عادة انخفاض في السلوك الاجتماعي غير المناسب وزيادة في الانماط السلوكية الايجابية الاخرى لدى الاطفال .

واشار هذان الباحثان إلى ان هذا ليس صحيحا بالنسبة للتلقين والتعزيز الاجتماعي فقط ولكنه صحيح في حالة تطبيق الاجراءات العلاجية الاخرى ايضا . وخلافا للاعتقاد السائد لدى البعض فان الدراسات توضح ان التلقين والتعزيز الايجابي للسلوك الاجتماعي المناسب للاطفال المعوقين يؤثر ايجابيا وليس سلبيا على سلوك الاطفال الاخرين الذين لا يخضعون للمعالجة .

عودة إلى قضية التعميم ينبغي التأكيد انه لا يحدث عفويا بل لا بد من مراعاة عدد من العوامل المهمة . وقد بين بول ولندمان (Powell & Lindeman, 1983) اهم تلك العوامل (انظر الجدول رقم ٩ - ٤) .

### الجدول رقم (٩ - ٤)

#### أساليب تعميم السلوك الاجتماعي

١ - التلقين	استخدام انواع مختلفة من التلقين لتدريب السلوك نفسه
٢ - الثناء	تنويع عبارات الثناء وتقديمها بطرق مختلفة
٣ - مكان التدريب	اجراء التدريب في الاماكن المختلفة التي يتفاعل فيها الاطفال معا في الاوقات الحرة .
٤ - اوقات التدريب	تجنب تدريب الطفل في نفس الوقت من اليوم
٥ - المدرب	اشترك اكثر من مدرب واحد في عملية التدريب
٦ - التدريب في مجموعات	اضافة اطفال جدد للمجموعة من حين إلى آخر
٧ - النشاطات	تنويع النشاطات وأدوات مواد اللعب بشكل متكرر .

#### تنظيم الظروف البيئية :

يتضمن هذا الاسلوب تنظيم الاحداث والمثيرات القبلية في البيئة الاجتماعية للطفل المعوق وذلك بهدف زيادة احتمالات حدوث التفاعل الاجتماعي بينه وبين الاطفال الآخرين . فذلك بحد ذاته قد يكون له اثر مهم على سلوك الطفل . فقد بينت عدة دراسات امكانية زيادة التفاعل الاجتماعي للاطفال المنسحبين اجتماعيا من خلال :



- ١ - استخدام الالعاب الجماعية او المهمات والنشاطات التي تنمي روح التعاون والتفاعل الاجتماعي .
- ٢ - استخدام النشاطات الاجتماعية الدرامية (Sociodrama) التي تتضمن قيام الطفل بلعب دور شخصيات معينة في قصص الاطفال .
- ٣ - الحد من اللعب الفردي (Stainbak & Stainbak, 1980)

### التدريب على المهارات الاجتماعية :

ومن الاساليب المعروفة لمعالجة الانسحاب الاجتماعي الاسلوب الذي يطلق عليه اسم التدريب على المهارات الاجتماعية (Social Skills Training) والذي يشتمل على استخدام النمذجة ولعب الادوار والتعليمات والتغذية الراجعة والتعزيز كزمرة علاجية متعددة العناصر لتنمية المهارات الاجتماعية للطفل المنسحب اجتماعيا . وقد استخدم بورنستاين وبلاك وهيرسن (Bornstein, Bellack, & Hersen, 1977) هذا الاسلوب بنجاح لمعالجة الانسحاب الاجتماعي لدى اربعة اطفال تراوحت اعمارهم بين ٨ - ١١ سنة . وقد تمثلت مشكلتهم لا بالانسحاب الاجتماعي فحسب وانما بالخجل والسلبية وعدم التواصل البصري وقلة التحدث او التحدث بصوت غير مسموع . واستغرق التدريب على المهارات الاجتماعية ثلاثة اسابيع قبل ان يحدث العلاج تغييرا مهما في الاستجابات الاجتماعية للاطفال . واستطاع جوتمان وجونزو وشولر (Gottman, Gonso, & Schuler, 1976) ايضا معالجة الانسحاب الاجتماعي لدى طفلين باستخدام اسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية حيث تضمن العلاج تعليم الطفلين مهارات التواصل وما إلى ذلك .

هذا وينبغي التنويه هنا إلى ان البعض يستخدم مصطلح التدريب على المهارات الاجتماعية للإشارة إلى جميع الاساليب التي من شأنها تنمية المهارات الاجتماعية ، وذلك ليس أمرا دقيقا إذ ينبغي ان يقتصر استخدامه على البرامج العلاجية المتضمنة النمذجة ولعب الادوار والتعليمات والتغذية الراجعة والتعزيز .

### دراسات توضيحية :

عديدة هي الدراسات التي بينت فاعلية اساليب تعديل السلوك في تنمية التفاعل الاجتماعي الايجابي للاطفال المنسحبين اجتماعيا . وسنعرض في هذا الجزء دراسة

قام بها دي ورفاقه . نفذت الدراسة في تسعة صفوف تم اختيارها اعتمادا على فئات الاطفال المتحقين بها . تلك الصفوف شملت ثلاثة للاطفال العاديين في مرحلة ما قبل المدرسة ، وثلاثة للاطفال المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة ، وثلاثة للاطفال المعوقين في مرحلة المدرسة . واشترك في الدراسة تسعة معلمين ، واربعة اطفال من كل صف ثلاثة منهم يعانون من الانطواء الاجتماعي والرابع ماهر اجتماعيا .

وركزت اجراءات التسجيل على الاستجابات الاجتماعية الثلاث التالية : التعاون مع الرفاق من خلال اعطائهم الاشياء المختلفة ، ومساعدتهم جسديا لتحقيق هدف ما ، وتنظيم نشاطات المجموعة من خلال توضيح قواعد التفاعل الاجتماعي وتأدية النشاطات المشتركة . هذا بالنسبة للاطفال ، اما بالنسبة للمعلمين فقد ركزت اجراءات القياس على :

أ - الثناء والانتباه إلى الاطفال ،

ب - توجيه الاطفال لفظيا او جسديا وتوضيح انماط التفاعل لهم .

وتمت ملاحظة وتسجيل استجابات الاطفال يوميا في جلسات تدريبية مدة الواحدة منها (٨) دقائق . كل واحد من الاطفال الاربعة في كل مجموعة كان يلاحظ لفترتين مدة الواحدة منها دقيقة ، كذلك لوحظ المعلمون وسجل تكرار الثناء والتلقين .

وتم التسجيل بأستخدام رموز معينة تم تطويرها مسبقا . وقد درب الملاحظون تدريبا جيدا استمر حوال خمس وعشرين ساعة .

بدأت الدراسة بمرحلة الاساس والتي تضمنت ملاحظة الاطفال الاربعة في كل صف اثناء تفاعلهم الحر لمدة ثمانية دقائق في كل جلسة . ولم يستخدم المعلمون في هذه المرحلة اية اجراءات علاجية خاصة .

وفي المرحلة الثانية التي اطلق عليها الباحثون اسم "مرحلة التدريب المرن" طلب من المعلمين ان يحاولوا مساعدة الاطفال على اللعب مستخدمين اية اساليب يختارونها لتحقيق ذلك . وفي المرحلة الثالثة أعطى المعلمون رزمة علاجية طورها الباحثون لزيادة التفاعل الاجتماعي لدى كل من الاطفال المعوقين والاطفال العاديين ، وتم تطوير هذه الرزمة العلاجية استنادا إلى عدة بحوث علمية .

---

\* Day, R. , Lindeman, D. , Powek, T. , Fox, J. Stowitschek, J. , & Shores, R. (1984) . Empirically - derived teaching package for socially withdrawn handicapped and nonhandicapped children. **Teacher Education and Special Education**, 7, 46 - 55.

وأطلق الباحثون على هذه الرزمة اسم " رزمة الكفاية الاجتماعية العلاجية للأطفال في سن ما قبل المدرسة " . وكان الهدف من الرزمة مساعدة المعلمين على استخدام اساليب تعديل السلوك بشكل فعال لتنمية المظاهر الاجتماعية المناسبة لدى الأطفال الذين يعانون من الانسحاب الاجتماعي . وقد تم تدريب المعلمين على كيفية استخدام الرزمة العلاجية .

وجد ان المعلمين لم يستخدموا اجراءات تعديل السلوك المناسبة في مرحلة خط الاساس او مرحلة التدريب المرن و لكنهم فعلوا ذلك في مرحلة تطبيق الرزمة العلاجية.

ولمعرفة الاثر الناجم عن استخدام المعلمين لتلك الاساليب تمت مقارنة معدلات حدوث التعاون والمساعدة وتنظيم النشاطات لدى الأطفال في مراحل الدراسة المختلفة وقد بينت النتائج أيضاً أن هذه الاستجابات تغيرت تغييراً ملحوظاً في مرحلة تطبيق الرزمة العلاجية وفي ذلك دليل تجريبي على فاعليتها .

ومن الدراسات الاخرى الكلاسيكية في الادب التجريبي المتصل بمعالجة الانسحاب الاجتماعي دراسة سترين وشورز وتم التي اشرنا اليها في الصفحات السابقة والتي استخدمت الرفاق كمعالجين مساعدين . واجريت هذه الدراسة على ستة اطفال تراوحت اعمارهم بين ثلاث واربع سنوات . وكان هؤلاء الاطفال لا يعانون من عجز اجتماعي فحسب لكنهم كانوا يعانون ايضا من التأخر اللغوي ويظهرون نوبات غضب شديدة بشكل متكرر ويعانون من الاعاقة العقلية . وفي غرفة العلاج كان هؤلاء الاطفال يجتمعون بطفل من نفس العمر لكنه ماهر اجتماعيا وقد دربه الباحثون على القيام بدور المعالج المساعد وذلك من خلال المبادرة إلى التفاعل الاجتماعي معهم . وكان يفعل ذلك بدعوتهم لفظيا إلى اللعب بألعاب كانت قد اختيرت لتشجيع الاطفال المعوقين على الاستجابة .

ولوحظت مجموعة الاطفال التي تعاني من الانسحاب الاجتماعي بوجود الطفل المعالج والذي طلب منه في مرحلة الاساس عدم المبادرة الى اية تفاعلات اجتماعية معينة . في هذه المرحلة تجاهلت مجموعة الاطفال الطفل المعالج ولم تبد اية استجابات

---

\* Strain, P. , Shores, R. , & Timm, M. (1977) . Effects of peer social initiation on the behavior of withdrawn preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 289 - 298.

اجتماعية نحوه . وعندما ابتدئ بتتفيذ البرنامج العلاجي ازيد السلوك الاجتماعي للمجموعة ازيدا ملحوظا مباشرة . فهم لم يستجيبوا للطفل المعالج فحسب ولكنهم اصبحوا يبادرون هم انفسهم إلى التفاعل معه . وبعد مرور تسعة ايام من مرحلة المعالجة طلب من الطفل المعالج عدم المبادرة إلى التفاعل مع المجموعة والاكتفاء فقط بالاستجابة إلى مبادراتهم هم . وقد تبين ان ذلك أدى إلى انخفاض الاستجابات الاجتماعية للمجموعة بشكل ملحوظ . ولكن تلك الاستجابات اصبحت تحدث بشكل متكرر على مدى الايام الثمانية الاخيرة من الدراسة والتي قام فيها الطفل المعالج مجددا بالمبادرة إلى التفاعل مع المجموعة . ان الدراسة لم تحاول ان تلقي الضوء على مدى انتقال اثر التدريب إلى الاوضاع غير التجريبية وذلك يشكل قضية مهمة في هذا النوع من الدراسات . وعلى كل حال ، فالنتائج التي توصلت اليها الدراسة تبين امكانية تطوير برامج علاجية فعالة تعتمد على قيام الرفاق بلعب الدور العلاجي .

## خلاصة

تحظى المظاهر الاجتماعية التكيفية باهتمام كبير من معلمي التربية الخاصة . فتطوير هذه المظاهر لدى الاطفال المعوقين لا يقل اهمية بأي حال من الاحوال عنه لدى الاطفال العاديين . فمسؤولية المدرسة عادية كانت او خاصة لا تقتصر على تعليم المهارات الاكاديمية ولكن المدرسة مؤسسة اجتماعية تعمل تطوير الذخيرة الاجتماعية التكيفية للطالب ودورها في هذا الصدد يأتي بعد دور الاسرة مباشرة من حيث الاهمية والتأثير على النمو الكلي للطفل . وعلى الرغم من ذلك فان المعلمين لم يكونوا على دراية بطرق تعديل السلوك التي يمكن استخدامها لمعالجة الانسحاب الاجتماعي من جهة وتشكيل انماط التفاعل الاجتماعي المناسبة من جهة اخرى . وقد عرض هذا الفصل اساليب تعديل السلوك التي بينت الدراسات العلمية فاعليتها وهي التلقين والتعزيز الاجتماعي ، والنمذجة ، والتقليد ، وتدريب الرفاق ، وتنظيم الظروف البيئية على نحو يشجع الاطفال المنسحبين اجتماعيا على المبادرة إلى التفاعل مع اقرانهم ، والتدريب على المهارات الاجتماعية . ان هذه الاساليب تمكن المعلمين من مساعدة الاطفال المعوقين على التواصل الاجتماعي والمشاركة في النشاطات الجماعية وتكوين علاقات الصداقة وتعلم الثقة بالذات وتحقيق التكيف النفسي - الاجتماعي .

## اسئلة

- ١ - ما الفرق بين الكفاية الاجتماعية والمهارات الاجتماعية ؟ وما الفرق بين العجز في المهارات الاجتماعية والعجز في الاداء الاجتماعي ؟
- ٢ - من المعروف ان الاطفال المعوقين لا يقلدون السلوك الاجتماعي المناسب ، ومع ذلك فان احد اساليب تعديل سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى هذه الفئة من الاطفال يتضمن النمذجة والتقليد . كيف ذلك ؟
- ٣ - كيف يستجيب معلمو التربية الخاصة عادة للطفل المنسحب اجتماعيا؟ ولماذا تفشل الطرق التي يستخدمونها في تحقيق الاهداف المتوخاة في كثير من الاحيان ؟
- ٤ - هل تستطيع ترتيب الاساليب المستخدمة لتعديل سلوك الانسحاب الاجتماعي ترتيبا تصاعديا من الاساليب الاقل صعوبة إلى الاساليب الاكثر صعوبة ؟ ما هي المبررات التي تستطيع تقديمها للترتيب الذي قمت باختياره ؟
- ٥ - يلاحظ في الدراسة التي قام بها دي ورفاقه انه قد تمّ قياس مستوى التفاعل الاجتماعي قبل البدء بالمعالجة . لماذا تعتقد ان الباحثين فعلوا ذلك ؟

## المراجع

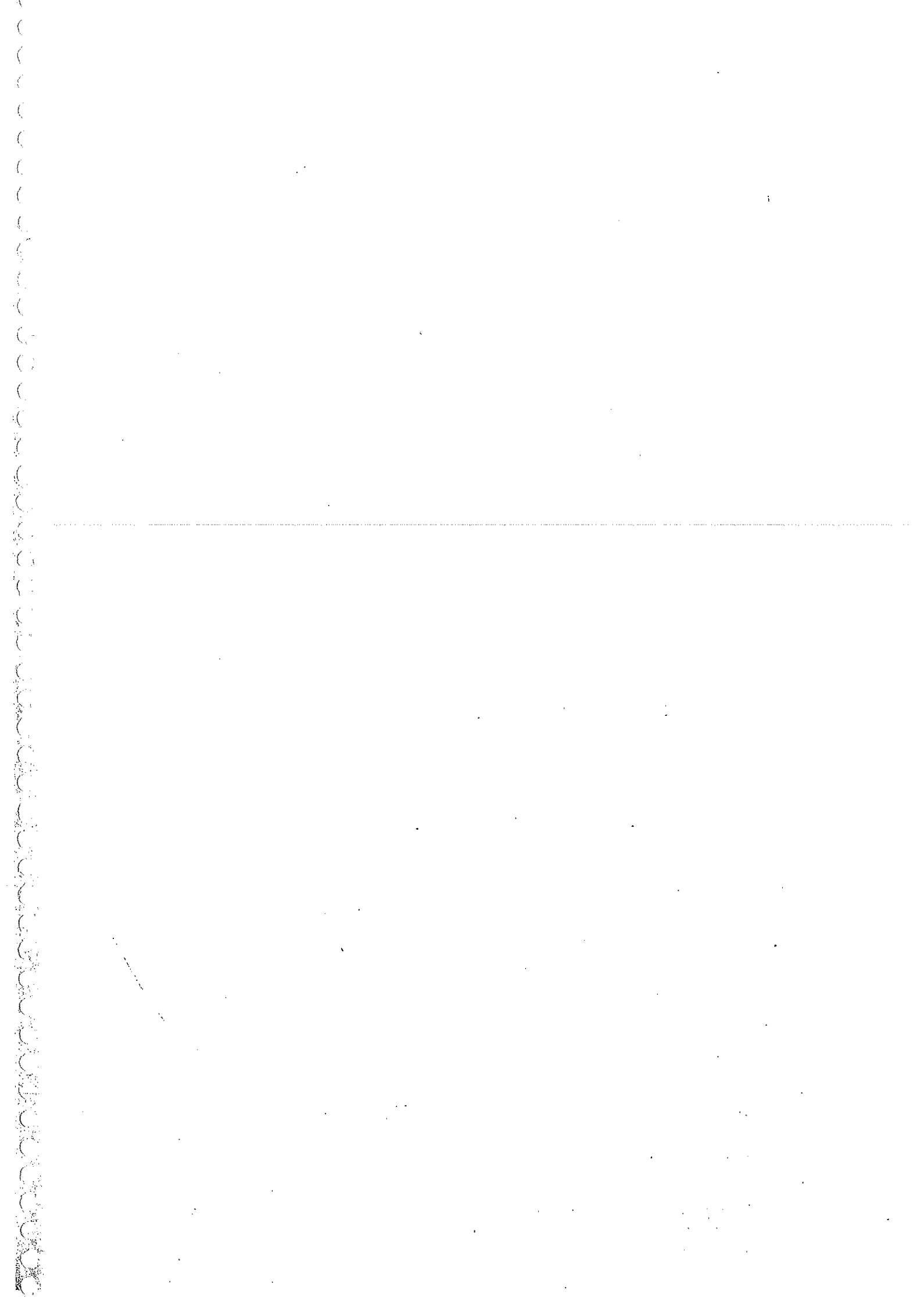
- Allen, K. , Hart, B. , Buell, J. , Harris, F. , & Wolf, M. M. (1964) Effects of social reinforcement on isolate behavior of a nursery school child. **Child Development**, **35**, 511 - 518.
- Apolloni, T. , & Cooke, T. (1979). Integrated programming at the infant, toddler, and preschool levels. In M. Guralnick (Ed.) , **Early intervention and the integration of handicapped and nonhandicapped children**. (PP. 147 - 165). Baltimore : University Park Press.
- Berler, E. , Gross, A. , & Drabmman, R. (1982). Social skills training with children: Proceed with caution. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **15**, 14 - 53.
- Bornstein, M. , Bellack, A. , & Hersen, M. (1977). Social skills training for unassertive children. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **10**, 183 - 195.
- Bradlyn, A. , Himaldi, W. , Crimmins, D. , Cristoff, K. , Graves, K. , & Dely, J. (1983). Conversational skills training for retarded adolescents. **Behavior Therapy**, **14**, 314 - 325.
- Bryan, T. (1978). Social relationships and verbal interactions of learning disabled children. **Journal of Learning Disabilities**, **11**, 107 - 115.
- Davies, R. , & Rogers, E. (1985). Social skills training with persons who are mentally retarded. **Mental Retardation**, **23**, 186 - 196.
- Day, R. , Lindeman, D. , Powell, T. , For. J. , Stowitschek, J. , & Shores, R. (1984). Empirically - derived teaching for socially withdrawn handicapped and nonhandicapped children. **Teacher Education and Special Education**, **7**, 46 - 55.
- Gibson, F. , Lawrence, P. , & Nelson, R. (1977). Comparison of three training procedures for teaching social responses to developmentally disabled adults. **American Journal of Mental Deficiency**, **81**, 379 - 387.
- Goetz, E. , Thomson, E. , & Etzel, B. (1975). An analysis of direct and indirect teacher attention and primes in the modification of child social behavior. **Merrill-Palmer Quarterly**, **21**, 55 - 65
- Gottlieb, J. , & Budoff, M. (1975). Social acceptability of retarded children

- in nongraded schools differing in architecture. **American Journal of Mental Deficiency**, **78**, 15 - 19.
- Gottman, J. , Gonso, J. , & Schuler, P. (1976). Teaching social skills to isolated children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, **4**, 179 - 197.
- Gresham, F. , (1981). Social skills training with handicapped children: A review. **Review of Educational Research**, **51**. 139 - 176.
- Gresham, F. (1982). Misguided mainstreaming: The case for social skills training with handicapped children. **Exceptional Children**, **48**, 420 - 433.
- Jakibchuck, Z. , & Smeriglio V. (1976). The influence of symbolic modeling on the social behavior of preschool children with low levels of social responsiveness. **Child Development**, **47**, 838 - 841.
- Lancioni, G., (1982) . Normal children as tutors to teach social responses to withdrawn mentally retarded schoolmates. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **15**, 17 - 4.
- Lowther, R. , & Martin, G. (1980). Multiple settings and trainers for programming generalization of a social response of severely retarded persons. **Behavior Research of Severe Developmental Disabilities**, **1**, 131 - 145.
- Meadow - Orlans, K. (1985) . Social and psychological effects of hearing loss in adulthood: A literature review. in H. Orlans (Ed.), **Adjustment to hearing loss**. London : Taylor and Francis.
- Meredith, R., Saxon, S., Doleys, D. , & Kyzer, B. (1980). Social skills training with mildly retarded young adults. **Journal of Clinical Psychology**, **36**, 1000 - 1009.
- Nelson, R., Gibson, F., & Cutting, D. (1973). Videotaped modeling: The development of three appropriate social responses in a mildly retarded child. **Mental Retardation**, **11**, 24 - 28.
- O'Connor, R. (1960). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **2**, 15 - 22.
- Odom, S., Hoyson, M., Jammieson, B., & Strain, P. (1985). Increasing handicapped preschoolers' peer social interactions. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **18**, 3 - 16.
- Peterson, G., Austin, G., & Lang, R. (1979). Use of teacher prompts to in-

- crease social behavior. **American Journal of Mental Deficiency**, **84**, 82 - 86.
- Powell, T., & Lindeman, D. (1983). Developing a social - interaction teaching program for young handicapped children. **Exceptional Children**, **5**, 72 - 75.
- Renzaglis, A., & Bates, P. (1983). Socially appropriate behavior. In M. Snell (Ed.), **Systematic instruction of the moderately and severely handicapped** (2nd Ed.). Columbus, Ohio: Charles E. Merrell.
- Ross, A., (1981). **Child behavior therapy**. New York: John Wiley & Sons.
- Ross, A., Lacey, H., & Parton, D. (1965). The development of a behavior checklist for boys. **Child Development**, **36**, 1013 - 1027.
- Ross, D., Ross, S., & Evans, T. (1971). The modification of extreme social withdrawal by modeling with guided participation. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **2**, 273 - 279.
- Rychtarid, R., & Bornstein, P. (1979) . Training conversational skills in mentally retarded adults. **Mental Retardation**, **17**, 289 - 293.
- Scholl, G., (1086). **Foundations of education for blind and visually handicapped children and youth**. New York: American Foundation for the Blind.
- Shafer, M. M., Egel, A., & Neef, N. (1984). Training mildly handicapped peers to facilitate changes in the social interaction skills of autistic children. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **17**, 461 - 476.
- Stainback, S., & Stainback, W. (1980). **Educating children with severe maladaptive behaviors**. New York: Grune & Stratton.
- Stokes, T., Baer, D., & Jackson, R. (1974). Programming the generalization of a greeting response in four retarded children. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **7**, 599 - 61.
- Strain, P. (1977). An experimental analysis of peer social interactions on the behavior of withdrawn preschool children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, **5**, 445 - 455.
- Strain, P., Cooke, T., & Apolloni, T., (1976). **Teaching exceptional children: Assessing and modifying social behaviors**. New York: Academic Press.
- Strain, P., & Kerr, M; (1979). Treatment issues in the remediation of handi-



- capped preschool children's social isolation. **Education and Treatment of Children, 2**, 179 - 207.
- Strain, P., Shores, R., & Timm . (1977). Effects of peer social initiation on the behavior of withdrawn preschool children. **Journal of Applied Behavior Analysis, 10**, 289 - 298.
- Strain, P., & Timm, M. (1977). An experimental analysis of social interaction between a behaviorally disordered preschool child and her classroom peers. **Journal of Applied Behavior Analysis, 7**, 583 - 590.
- Twardosz, S., Nordquist, V., Simon, R. & Botkin, D. (1983). The effect of group affection activities on the interaction of socially isolate children. **Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 3**, 311 - 338.
- Wahler, R. (1967). Child-child interactions in free field settings. **Journal of Experimental Child Psychology, 5**, 278 - 293.
- Young, C., & Kerr, M. (1979). The effects of a retarded child's social initiations on the behavior of severely retarded schoolaged peers. **Education and Training of the Mentally Retarded, 14**, 185 - 190.



## الفصل العاشر

### الطوك العدواني

## مقدمة :

تنبثق استجابات العنف والعدوان بوصفها أساليب لحل المشكلات في المراحل المبكرة من عمر الطفل وهذه الاستجابات ترتبط بالعوامل البيولوجية والاسرية والثقافية البيئية العامة وهي تحدث في أوضاع مختلفة مثل البيت أو المدرسة أو المؤسسة أو الشارع ، الخ . وثمة اتفاق عام على أن ضبط هذه الاستجابات يشكل قضية ذات أهمية كبيرة بالنسبة للاطفال حيث أن عليهم ان يتعلموا كيفية التحكم بغضبهم وكيفية التعبير عنه والتمييز بين الظروف التي تكون فيها تلك الاستجابات مقبولة والظروف التي تكون فيها غير مقبولة .

وقد يظهر السلوك العدواني لدى الاطفال العاديين الذين لا يعانون من أية اعاقاة أو اضطراب نفسي وهو قد يصاحب الاعاقات المختلفة أو قد يكون جزءا من اضطراب سلوكي عام . ولذلك أبدى الباحثون في ميادين علم النفس والتربية وعلم الاجتماع اهتماما كبيرا بتحليل السلوك العدواني . وعلى الرغم من ذلك فلا تزال الآراء حول أسباب هذا السلوك وطرق معالجته متباينة إلى ابعد الحدود . ففي حين يرى البعض في العدوان سلوكا فطريا غريزيا يعود إلى الطبيعة البيولوجية للانسان يرى البعض الاخر فيه سلوكا مكتسبا يتعلمه الانسان بفعل الظروف البيئية وتفاعله المتبادل معها .

ان اهتمامنا في هذا الفصل ينصب على السلوك العدواني لدى الاطفال المعوقين من حيث أسبابه وأنواعه وطرق قياسه وأساليب معالجته . فالسلوك العدواني يحظى باهتمام خاص من قبل معلمي التربية الخاصة لاسباب عدة منها أن هذا السلوك قد ينجم عنه اذى للطفل أو للآخرين من حوله . كذلك فهو يسترعي انتباه المعلمين ويفرض عليهم التعامل معه لأنه يحرم الطفل من فرص التعلم المتاحة له وقد يضع قيودا على الوقت الذي يخصصه المعلم للتعليم وقد يحد من قدرته على توفير فرص التعلم المناسبة للاطفال . وتتضح صحة ذلك إذا عرفنا ان السلوك العدواني يحدث بمستويات كبيرة وباشكال مختلفة في مؤسسات ومدارس التربية الخاصة . وعلى وجه التحديد ، يعتبر العدوان ثاني اكثر المشكلات انتشارا لدى عدد من فئات الاعاقاة وبخاصة التخلف العقلي (Bates & Wehman, 1977) .

## تعريف العدوان وتصنيفه

ان تعريف العدوان ليس أمرا سهلا ، فهذا النوع من السلوك قد يكون واضحا لا لبس فيه أحيانا وغامضا أحيانا أخرى . كذلك فالاستجابات التي توصف بأنها

عدوانية عديدة ومتنوعة جدا . وقد يعبر الافراد عن العدوان بطريقة جسدية أو بطريقة لفظية أو بطريقة رمزية ، وقد يفسر السكوت أحيانا على انه عدوان . كذلك فالعدوان لا يقتصر على الافعال التي ينجم عنها أذى جسدي وليس صحيحا أن كل فعل ينجم عنه أذى جسدي هو سلوك عدواني بالضرورة . وهكذا فإنه ليس من الحكمة في شيء الاعتقاد بأن كل أشكال العدوان تعني الشيء ذاته أو أنها جميعا تعود إلى الاسباب ذاتها .

ومهما يكن من أمر فإن التعريف التقليدي للعدوان هو أن هذا السلوك هو أي فعل يهدف إلى ايقاع الأذى أو الألم بالآخرين أو إلى تخريب الممتلكات . فالعدوان سلوك وليس انفعالا أو حاجة أو دافعا . ويذهب البعض في تعريفهم للعدوان إلى القول بأن هذا السلوك هو أي فعل يهدف إلى إيذاء الآخرين أو إلى إتلاف ممتلكاتهم . بعبارة أخرى ، يشترط هذا التعريف توافر النية لايقاع الأذى (Baron, 1985) وإذا كان هذا التعريف يجنبنا الخوض في النية (إذ كيف نعرف ومن الذي يقرر ان العدوان سبقه نية أم لا) إلا انه ينطوي على مشكلة أخرى . فاذا عرفنا العدوان على أنه سلوك يتضمن ايقاع الأذى أو الألم بالآخرين فثمة افعال مؤذية تحدث بالصدفة . ترى هل هذه الافعال عدوانية ؟ وبالمثل فبعض الافعال مؤلمة ولكن الهدف منها هو خير الآخرين وراحتهم (كما هو الحال عند ازالة الضرس) فهل هذا الفعل أيضا عدوان ؟ ولذلك اقترح باندورا (Bandura;1973) تعريفا جديدا للعدوان أصبح الأكثر قبولا وتداولاً . وينص هذا التعريف على ان العدوان سلوك يحدث نتائج مؤذية أو تخريبية أو يتضمن السيطرة على الآخرين جسديا أو لفظيا وهذا السلوك يتعامل معه المجتمع بوصفه عدوانا ، ويحدّد باندورا ثلاثة معايير ليتم في ضوءها الحكم على ما إذا كان السلوك عدوانيا أم لا . وتتمثل هذه المعايير بخصائص السلوك ذاته (مثل الاهانة أو الضرب أو التخريب ... الخ) وشدة السلوك ، وخصائص كل من الشخص المعتدي والشخص المعتدى عليه .

وينبغي التمييز هنا بين العدوان وما يعرف باسم التدعيم الذاتي (Assertiveness) فالعدوان يشتمل على استخدام الاكراه لارغام شخص ما على الطاعة ويتضمن الايذاء أو التخريب في حين أن التدعيم الذاتي يتضمن الدفاع عن النفس والتعبير عن الذات بطريقة تخلو من الاكراه . بعبارة أخرى ، يشير التدعيم الذاتي إلى جهد تكيفي وتعايش نشط مع البيئة ومحاولة تحقيق الاهداف الشخصية بوجود ضغط مضاد ، أما العدوان فهو يعتبر في العادة سلوكا سلبيا وغالبا ما ينتهي بالعقاب . هذا ولا تتوافر أدلة علمية كافية حول أثر كبح العدوان على التدعيم الذاتي .

وقد اختلفت تصنيفات العدوان وتتنوعت باختلاف التعريفات المستخدمة لهذا السلوك . فغالبا ما يتم التمييز بين العدوان المتعمد والعدوان غير المتعمد . ويستخدم مصطلح العدوان المتعمد (Intentional Aggression) للإشارة إلى الفعل الذي يقصد من ورائه إلحاق الأذى بالآخرين. أما العدوان غير المتعمد (Unintentional Aggression) فهو يشير إلى الفعل الذي لم يكن الهدف منه إيقاع الأذى بالآخرين على الرغم من أنه قد انتهى عمليا بإيقاع الأذى أو باتلاف الممتلكات .

ويصنف العدوان المتعمد إلى عدوان عدائي وعدوان وسيلة . يشير العدوان العدائي (Hostile Aggression) إلى الفعل الذي يصدر عن الفرد بهدف تعريض الآخرين للأذى أو الألم . ويطلق على هذا النوع من العدوان تسميات أخرى مثل العدوان الناتج عن الغضب (Anger-Induced Aggression) للإشارة إلى أن هذا العدوان يحدث عادة نتيجة لتعرض الشخص للأذى من الآخرين فيستجيب وهو في حالة انفعالية غاضبة . أما عدوان الوسيلة (Instrumental Aggression) فهو يشمل قيام الشخص باستخدام العدوان كوسيلة للحصول على ممتلكات الآخرين أو الأشياء التي بحوزتهم . بكلمات أخرى ، أن هذا النوع من العدوان مجرد وسيلة فهو ليس غاية .

كذلك يميز الباحثون عادة بين العدوان الاجتماعي والعدوان اللاإجتماعي ، فالعدوان الاجتماعي (Social Aggression) يتضمن أفعالا عدوانية تهدف إلى ردع الأفعال العدوانية التي تصدر عن الأشخاص الآخرين . أما العدوان اللاإجتماعي (Antisocial Aggression) فهو يشمل الأفعال التي يظلم بها الإنسان الآخرين مثل حالات الإغتصاب أو الجريمة وما إلى ذلك (الخطيب ، ١٩٨٨) .

والعدوان قد يكون مباشراً أو غير مباشر . ويعرف العدوان المباشر (Direct Aggression) على أنه الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي فتسبب في حدوث العدوان . أما العدوان غير المباشر (Indirect Aggression) فهو يتضمن الاعتداء على شخص بديل وعدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي . وغالبا ما يطلق على هذا النوع من العدوان اسم العدوان المزاح (Displaced Aggression) .

والعدوان أيضا قد يكون عدوانا ناجما عن الاستفزاز أو غير ناجم عن الاستفزاز . بالنسبة للعدوان من النوع الأول (Nonprovoked Aggression) فهو يحدث دون تعرض الشخص للاعتداء أو الإهانة أو أي عامل مسبب للغضب .

وأخيرا ، فقد يكون العدوان لفظيا أو جسديا أو رمزيا . ويشمل العقاب اللفظي (Verbal Aggression) الازدراء ، والسخرية ، والتهديد ، والتوبيخ ، والتلامز بالالقباب وما إلى ذلك . بعبارة أخرى ، العقاب اللفظي هو أية استجابة لفظية ينجم عنها اذى نفسي أو اجتماعي للمعتدى عليه مثل جرح المشاعر أو الاساءة إلى السمعة أو الحط من قدر شخص آخر ، أما العقاب الجسدي (Physical Punishment) فهو يتضمن الاستجابات التي ينجم عنها أو التي تهدف إلى ايقاع الألم أو الاذى على المعتدى عليه أو التي تشمل اتلاف أو تحطيم شيء ما . ومن الامثلة على العدوان الجسدي الرّكل ، العض ، شد الشعر ، الضرب ، الدفع ، الخ ، ويشمل العدوان الرمزى (Symbolic Aggression) التعبير بطرق غير لفظية عن ازدراء الاخرين أو توجيه الاهانة اليهم .

## أسباب العدوان

لقد تمخضت البحوث المتصلة بسلوكيات العدوان إلى تحديد العوامل العديدة المرتبطة بالعدوان والعنف الامر الذي قاد بدوره إلى ابراز تلك العوامل بوصفها اسبابا محتملة للسلوك العدوانى . في هذا الجزء نعرض بايجاز للاسباب الرئيسية التي تشير اليها النظريات المختلفة في معرض تفسيرها للعنف والعدوان .

### ١ - العوامل العضوية

أشارت دراسات عديدة أجريت على كل من الانسان والحيوان إلى أن للعدوان أسسا بيولوجية . فثمة علاقة بين العدوان من جهة والاضطرابات الكروموسومية والهرمونية والعصبية من جهة أخرى . ويشير البعض أيضا إلى كون الذكور أكثر عدوانية من الاناث بوصفه دليلا على أثر الفروق البيولوجية على مستوى السلوك العدوانى .

### ٢ - الغريزة

يعتقد البعض ان العدوان ظاهرة سلوكية غريزية . فهذا ما يقوله كل من سيجموند فرويد المحلل النفسي المعروف وكونراد لورنز أحد مشاهير النظرية الايثولوجية . فبالنسبة لفرويد ، ان العدوان ليس سلوكا فطريا فحسب بل هو حتمي ايضا . وإذا لم يستطع الانسان توجيه العدوان نحو الاخرين فهو سيوجهه نحو ذاته . وعلى وجه التحديد ، يعتقد أصحاب نظرية التحليل النفسي ان العدوان يعود إلى دوافع نفسية

داخلية تكمن في اللاشعور ، فكما هو معروف ، تحدث فرويد عن غريزتي الجنس والعدوان اللتين اعتقد انهما توجدان في أعماق النفس البشرية على هيئة طاقة نفسية فطرية يجب العمل على تصريفها . وبعد ذلك ، أعاد فرويد صياغة نظريته فتحدث عن غريزة الحياة والمتمثلة بكل الدوافع البناءة التي تحافظ على استمرارية الحياة وغريزة الموت والمتضمنة نزعات الفرد نحو العدوان وتدمير الذات فالموت في نهاية الامر . وقد جعل فرويد غريزة الموت متصلة بالعمليات البيولوجية وتعامل معها بوصفها الوسيلة لايقاف شتى أنواع الاثارة .

علاوة على ذلك يركز أتباع نظرية التحليل النفسي على دور خبرات الطفولة المبكرة في السلوك العدواني فهؤلاء لم يقبلوا بوجهة نظر فرويد حول غريزة الموت . وعلى الرغم من أنهم يرون في العدوان ظاهرة تحركها الغرائز فهم لا يهتمون دور العوامل الاجتماعية في الطفولة المبكرة . وهم يعتقدون أيضا ان الطاقة العدوانية بحاجة إلى مواقف ومثيرات معينة للتعبير عنها .

أما كونراد لورنز فيرى أن الانسان تسيطر عليه غريزة العدوان وأن هذه الغريزة ذات أساس تطوري يتشابه فيه الانسان مع سائر الاجناس الاخرى . وقد ربط لورنز هذه الغريزة بالحاجة إلى البقاء والسيطرة والتملك . الا ان لورنز أكثر تفاؤلا من فرويد حيال امكانية كبح الافعال العدوانية . ففي حين يعتقد فرويد ان لا سبيل لمعالجة العدوان وان كل ما يستطيع المعالج عمله هو تحويل العدوان نحو أهداف بناءة بدلا من الأهداف التخريبية والهدامة ، يعتقد لورنز ان بالامكان ضبط العدوان من خلال اتاحة الفرص للانسان لتفريغ الطاقة العدوانية عن طريق القيام بأفعال عدوانية غير ضارة مثل التنافس الودّي (الخطيب ، ١٩٨٨) .

### ٣- الاحباط-

في كتاب لهم بعنوان " الاحباط والعدوان " ، اقترح دولارد ودول وملر ومورر وسيرز (Dollard et al. , 1939) أن العدوان انما هو نتيجة طبيعية للاحباط . وقد عرفت نظريتهم بأسم نظرية الحافز (Drive Theory) أو نظرية العدوان الناجم عن الاحباط (Frustration Aggression Hypothesis) . فهم يعتقدون ان الاحباط يشكل حافزا للعدوان ويدفع بالانسان إلى الاعتداء على انسان آخر . والاحباط في هذه النظرية هو أي شيء يحول بين الانسان وبين هدف يسعى إلى تحقيقه .

وقد أخذ دولارد وزملاؤه بعض المفاهيم التحليلية النفسية لصياغة نظريتهم



ولكنهم رفضوا مفهومي غريزة الموت وغريزة العدوان . فالعدوان من وجهة نظرهم ليس غريزيا ولكنه محصلة لمستوى الاحباط الذي يواجهه الانسان . ومع ذلك فقد اقترح هؤلاء الباحثون ان العدوان انما هو تعبير عن حافز الغدوان وهذا ما اطلقوا عليه اسم تفريغ العدوان (Aggression Catharsis) . ولهذا السبب تعرضت نظرية الاحباط - العدوان لانتقادات لانعة مثلها في ذلك مثل نظرية الغرائز . فتصريف العدوان لا يحد من مستوى العدوان بل هو غالباً ما يزيده . اضافة إلى ذلك ، فمن الواضح ان الانسان قد يحبط دون ان يلجأ إلى العدوان وهو قد يعتدي دون ان يواجه الاحباط .

#### ٤ - التعلم

شهدت العقود الماضية اهتماما متزايداً بأثر التعلم على السلوك العدواني . فقد أصبحت وجهة النظر الأكثر تقبلاً هي تلك التي تتعامل مع هذا السلوك بوصفه سلوكاً اجتماعياً متعلماً . وكانت النظرية السلوكية هي التي أوضحت تجريبياً أثر الخبرات التعليمية الاشرطية على مستوى السلوك العدواني بأشكاله المختلفة ، وقد كان لبحوث عالمي النفس الامريكيين المعروفين ب. ف. سكينر وألبرت باندورا الاثر الاكبر في ايضاح حقيقة ان العدوان ظاهرة سلوكية اجتماعية يتعلمها الانسان تبعاً لمبادئ التعلم العامة المعروفة .

وقد بين السلوكيون في سلسلة من البحوث العلمية ان الانسان يتعلم السلوك العدواني وفقاً لمبادئ الاشرط الاجراءي ووفقاً لمبادئ التعلم الاجتماعي او التعلم بملاحظة الاخرين . وعلى وجه التحديد ، يبرز السلوكيون أهمية الدور الذي تلعبه العوامل التالية في تطور العدوان :

- ١ - ملاحظة الوالدين والاخوة والأقران والتلفاز وما إلى ذلك : فالاطفال يتعلمون العدوان من خلال ملاحظة هذه النماذج المهمة وبخاصة إذا تبين لهم أن النماذج هذه تكافأ على العدوان أو تتخلص من الظروف المنفرة من خلاله .
- ٢ - مدى الفرص المتاحة لممارسة العدوان : فالاطفال يصبحون أكثر ميلاً للسلوك على نحو عدائي إذا اتاحت لهم فرص ممارسة العدوان فلم تعد عليهم تلك الممارسة بالعقاب أو إذا انتهت بالثواب .
- ٣ - طبيعة الظروف التي يعيش فيها الاطفال : فالاطفال يصبحون أكثر ميلاً للعدوان إذا وضعوا في مواقف مزعجة ولم يتمكنوا من التخلص من تلك المواقف بطرق تكيفية .

٤ - المكافأة الخارجية والمكافأة الداخلية : كذلك فان الاطفال ينزعون للعدوان إذا تبين لهم ان هذا السلوك يعود عليه بتعزيز خارجي ايجابي (الحصول على الشيء المرغوب فيه) أو بتعزيز خارجي سلبي (معاناة الضحية أو رضوخها للمعتدي) أو بتعزيز ذاتي (الشعور بالقوة والفخر والثقة بالنفس) .

٥ - تبرير العدوان : يزداد مستوى العدوان لدى الطفل اذا عمل على التقليل من شأن الأطفال المعتدي عليهم أو اذا اتهمهم بارتكاب الاخطاء وما الى ذلك .

٦ - العقاب : ان محاولة وقف العدوان من خلال معاقبة الطفل قد تزيد عدوانيته بدلاً من ان تقللها ، فالعقاب اسلوب ضبط منفر وغالباً ما يقود إلى الضبط المضاد . كذلك فان طريقة استخدام العقاب بحد ذاتها قد تفقد العقاب فاعليته . فالعقاب غير المنتظم والمؤجل غالباً ما يفشل في تحقيق الاهداف المتوخاة منه (Bandura, 1973) .

#### ٥ - العوامل البيئية

اضافة إلى العوامل السابقة تشير الدراسات أيضا إلى أن عوامل بيئية عديدة قد تزيد من مستوى السلوك العدواني لدى الانسان . ومن هذه العوامل التلوث البيئي ، وارتفاع درجة الحرارة ، وارتفاع مستوى الصوت والجمهرة وغير ذلك (Baron, 1985)

#### ٦ - عوامل أخرى

واخيرا فان العدوان يرتبط بعوامل عدة منها :

أ - عامل العمر الزمني فالعدوان ينخفض مع تقدم العمر وتتغير اشكاله حيث ان الاطفال يتحولون إلى استخدام العدوان اللفظي بدلا من العدوان الجسمي .

ب - عدم القدرة على التنبؤ بنتائج السلوك العدواني .

ج - عدم القدرة على اختيار حلول بديلة للعدوان لاستخدامها في المواقف الاجتماعية .

د - الجنس ، فبالاولاد عموماً اكثر عدوانية من البنات ولعل ذلك لا يعود إلى الفروق بين الجنسين من الناحية البيولوجية فقط وإنما إلى الفروق في التوقعات الاجتماعية .

هـ - أنماط التنشئة الاجتماعية التي يستخدمها الوالدان ، فرفض الآباء للأبناء وتسامحهم مع الطفل عندما يعتدي على الاخرين وعدم استخدامهم للعقاب بطريقة منتظمة كلها عوامل تزيد احتمالية تطور العدوان (Parke & Slaby, 1983) .

## قياس العدوان

لما كان العدوان ظاهرة سلوكية معقدة ليس لها تعريف واحد متفق عليه فان علمية قياسية ستكون مسألة معقدة ايضا . ويزيد من صعوبة قياس العدوان تباين وجهات النظر التي حاولت تفسيره . فما من شك في أن الطريقة التي يستخدمها الباحث لقياس العدوان تعتمد بالضرورة على تفسيره له وعلى الأسباب التي يعتقد أنها تكمن وراءه . ولذلك كله تعددت طرق قياس العدوان وتباينت فمنها ما يتضمن ملاحظة السلوك العدواني اثناء حدوثه بشكل مباشر ومنها ما يتضمن استخدام طرق القياس غير المباشر مثل قوائم التقدير والإختبارات الاسقاطية والمقابلة وغير ذلك وسنكتفي هنا بذلك أكثر طرق القياس شيوعا :

### ١ - الملاحظة المباشرة (Direct Observation)

وتتضمن هذه الطريقة تدريب الملاحظين على استخدام نظام ملاحظة مباشرة معين وذلك بعد تعريف السلوك العدواني تعريفا اجرائيا . وقد تتم الملاحظة في البيت أو في غرفة الصف أو في ساحة المدرسة ، الخ .

### ٢ - قياس السلوك العدواني من خلال تحديد النتائج المترتبة عنه

#### (Measurement of Permanent Products)

وباستخدام هذه الطريقة يتم تحديد مستوى السلوك العدواني عن طريق تحديد النتائج التي أحدثها الفعل العدواني بالنسبة للأشخاص المعتدى عليهم أو الممتلكات المستهدفة من ذلك الفعل .

### ٣ - التقارير الذاتية (Self-Report Inventories)

في هذه الطريقة يقوم الطفل ذاته بتقييم مستوى السلوك العدواني الذي يصدر عنه فقد يُسأل الطفل عن عدد المرات التي تشاجر فيها مع الاطفال الاخرين في فترة زمنية سابقة محددة ، أو قد يسأل عن عدد المرات التي أتلّف فيها أشياء معينة ، وما الى ذلك . هذا ويعتبر مقياس بَس وديركي (Buss & Durkee, 1957) ومقياس نوفاكو (Novaco, 1975) أكثر مقاييس التقدير الذاتي استخداما لقياس العدوان .

### ٤ - المقابلة السلوكية (Behavioral Interview)

من المزايا الاساسية للمقابلة السلوكية كطريقة لتقييم السلوك العدواني انها تسمح

بجمع بيانات اضافية قد تساعد في التعرف على خصائص العدوان وعلى العوامل المرتبطة بها وظيفيا . وغالبا ما تركز المقابلات السلوكية على تحديد الظروف التي يحدث فيها العدوان ، والعمليات المعرفية والانفعالية التي تصاحب العدوان ، وأنواع السلوك العدواني ، وردود فعل الاشخاص الآخرين على حدوث العدوان أو النتائج التي تتبع السلوك العدواني .

#### ٥ - المتابعة الذاتية (Self-Monitoring)

تتضمن هذه الطريقة قيام الشخص ذاته بملاحظة سلوكه العدواني وتدوين البيانات فيما يتعلق بالواقف التي تثير غضبه ، وطريقة استجابته لتلك الواقف والنتائج التي تمخضت عن السلوك العدواني . ولهذه الطريقة أيضا مزايا مهمة منها انها تساعد الشخص المعتدي على وعي سلوكه العدواني والعوامل المرتبطة به وذلك قد يكون ذا فائدة بالنسبة للعملية العلاجية .

#### ٦ - اختبارات الشخصية (Personality Tests)

ومن هذه الاختبارات اختبار منسوتا متعدد الواجه للشخصية (MMPI) واختبار بقع الحبر لرورشاخ .

#### ٧ - تقدير الأقران (Peer Rating)

وتتضمن هذه الطريقة توجيه مجموعة من الأسئلة الى عدد من الاطفال للاجابة عنها بهدف التعرف الى الأطفال العدوانيين وفيما يلي عدد من الأسئلة التي قد تشملها قوائم تقدير الأقران :

- من الذي لا يطيع تعليمات المعلم ؟
- من الذي يتشاجر مع الأطفال الآخرين بشكل متكرر ؟
- من الذي يأخذ ممتلكات الآخرين رغما عنهم ؟
- من الذي يزعج الأطفال الآخرين ؟
- من الذي ينظر باستهزاء الى الأطفال الآخرين ؟
- من الذي يستعمل كلمات سيئة ؟

#### ٨ - قوائم التقدير (Rating Scales)

في هذه الطريقة يقوم المعلمون أو المعالجون أو الآباء أو غيرهم بتقييم مستوى

السلوك العدواني باستخدام قوائم سلوكية محددة . هذا ويوضح الجدول رقم (١٠ - ١) المقياس الذي طوره يودوفسكي وسلفر وجاكسون وانديكوت ووليامز (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986).

الجدول رقم (١٠ - ١)  
مقياس يودوفسكي ورفاقه للعدوان

- ضع اشارة (√) أمام الفقرة التي تنطبق على الفرد :

العدوان اللفظي	العدوان الجسدي
<p>١ - يصدر أصواتا عالية ويصرخ بغضب</p> <p>٢ - يعتدي على الآخرين لفظيا (كقول أنت غبي)</p> <p>٣ - يلعن الآخرين ويشتمهم ويستخدم لغة رديئة عندما يغضب</p> <p>٤ - يهدد الآخرين لفظيا</p>	<p>١ - يصدر آيماءات تهديدية ويمسك بملابس الآخرين بعنف</p> <p>٢ - يهجم على الآخرين أو يركلهم أو يدفعهم أو يشد شعرهم (دون أن يؤذيهم)</p> <p>٣ - يهاجم الآخرين مسببا جروحا أو أذى بسيطا أو متوسطا</p> <p>٤ - يهاجم الآخرين مسببا أذى جسديا شديدا (مثل الجروح العميقة أو كسر طرف)</p>
العدوان الموجه نحو الذات	العدوان الموجه نحو الأشياء
<p>١ - يخدش نفسه ، أو يشد شعره (دونما أذى أو باحداث أذى بسيط)</p> <p>٢ - يضرب رأسه ، يضرب الأشياء بيده ، يرمي بنفسه على الأرض (يؤذي نفسه بشكل بسيط)</p> <p>٣ - يجرح نفسه جرحا بسيطا أو يحرق أجزاء من جسمه بشكل طفيف</p> <p>٤ - يؤذي نفسه بشكل ملحوظ ، يحدث جروحا بالغة ، يعض نفسه الى أن ينزف .</p>	<p>١ - يضرب الابواب بعنف ، يمزق الملابس ، يحدث فوضى عارمة</p> <p>٢ - يلقي بالاشياء على الارض ، يخربش على الجدران ، يضرب الاثاث دون ان يتلفه .</p> <p>٣ - يكسر الأشياء ويكسر النوافذ .</p> <p>٤ - يحدث حرائق ويرمي الاشياء بطريقة خطيرة .</p>

## معالجة العدوان

لا ريب في أن الطريقة التي يستخدمها المعالج لايقاف السلوك العدواني أو لخفضه تعتمد على تفسيره لهذا السلوك . ولما كانت التفسيرات المقدمة عديدة ومتنوعة فإن طرق المعالجة هي الأخرى عديدة ومتنوعة . فاذا نظرنا الى السلوك العدواني بوصفه سلوكا غريزيا فإن الطريقة التي نوظفها للتعامل معه ستختلف الى حد بعيد عن الطريقة التي كنا لنوظفها لو أننا نتعامل مع السلوك العدواني بوصفه سلوكا اجتماعيا متعلما . في الحالة الأولى على الاغلب ان المعالج سيحاول مساعدة الطفل العدواني على التعبير عن الطاقة العدوانية بطريقة مقبولة ، أما في الحالة الثانية فسيتم توظيف مبادئ التعلم لضبط السلوك العدواني . وعلى أي حال ، فإن اهتمامنا في هذا الجزء ينصب على طرق العلاج السلوكية ذلك أن الدراسات المستفيضة قد بينت ان هذه الطرق أكثر فاعلية من الأساليب العلاجية النفسية الأخرى (Fehrenbach & Thelen, 1982) .

## إطفاء السلوك العدواني

الإطفاء كما هو معروف طريقة لايقاف السلوك غير المرغوب فيه عن طريق الغاء المعززات التي كانت تحافظ على استمرارية حدوث ذلك السلوك في السابق . بلغة أخرى ، ان اطفاء السلوك العدواني يتطلب تحديد المعززات التي يحصل عليها الشخص جراء قيامه بالعدوان ومن ثم العمل على ايقاف أو الغاء تلك المعززات . وفي العادة ، يمكن استخدام هذا الأسلوب في حالة السلوك العدواني غير الشديد . كذلك فان هذا الاسلوب يصبح أكثر فاعلية اذا ما استخدمت اجراءات سلوكية أخرى معه مثل تعزيز السلوك غير العدواني أو الانتباه الى الطفل المعتدى عليه والاهتمام به وما الى ذلك . ولما كان الإطفاء لا يوقف السلوك العدواني أو أي سلوك آخر فورا ويعمل على زيادة معدل السلوك في بادئ الامر فان البعض لا يبدي حماسا لاستخدامه لمعالجة العدوان والعنف . هذا ويبين الجدول رقم (١٠ - ٢) بعض الدراسات التي قدمت أدلة علمية على فاعلية هذا الاسلوب .

### الجدول رقم (١٠ - ٢)

بعض الدراسات التي بينت امكانية معالجة السلوك العدواني بالاطفاء

مكان المعالجة	المعالج	الباحث / الباحثون
البيت	الوالدان	١ - روسو (Russo, 1964)
الحضانة	المعلمة	٢ - براون واليوت (Brown & Elliot, 1965)
الحضانة	المعلمة	٣ - سكوت ورفاقه (Scott et al., 1967)
المدرسة	المعلمة	٤ - بنكستون ورفاقه (Pinkston et al., 1973)
المؤسسة	المعالج	٥ - مارتن وفوكس (Martin & Foxx, 1973)

### التصحيح الزائد

يشتمل هذا الاسلوب على ارغام الطفل العدواني على اصلاح الاضرار التي نجمت عن سلوكه أو الاعتذار عنه أو القيام بممارسة سلوك بديل للعدوان وذلك مباشرة بعد قيامه بالسلوك العدواني . ويطلق على الشكل الاول من التصحيح الزائد (اصلاح الاضرار) اسم تصحيح الوضع (Restitution) في حين يطلق على الشكل الثاني اسم الممارسة الايجابية (Positive Practice) .

رقد اوضحت دراسات عديدة فاعلية هذه الاجراءات في خفض السلوك العدواني لدى كل من الاطفال والراشدين المعوقين والعاديين (انظر الجدول رقم ١٠ - ٣) .

### الجدول رقم (١٠ - ٣)

بعض الدراسات التي اوضحت فاعلية التصحيح الزائد في معالجة العدوان

أفراد الدراسة	الباحث / الباحثون
طفل لديه تخلف عقلي شديد	١ - بولفينيل ولتزر (Polvinale & Lutzker, 1980)
طفلان لديهما تخلف عقلي شديد	٢ - فوكس وأزرن (Foxx & Azrin, 1972)
ثمانية اطفال لديهم تخلف عقلي	٣ - وبستر وأزرن (Webster & Azrine, 1972)
طفل متخلف عقليا	٤ - لوس ورفاقه (Luce et al., 1980)

## تكلفة الاستجابة

ومن الأساليب الأخرى التي يمكن استخدامها لمعالجة السلوك العدواني أسلوب تكلفة الاستجابة والذي يتضمن حرمان الطفل المعوق من كمية محددة من بعض المعززات التي بحوزته فور قيامه بالاعتداء على الآخرين .

ومن الدراسات التي بينت فاعلية هذا الأسلوب دراسة برلين ولنفسكي (Perlin & Levinsky, 1968) ودراسة ونكر (Winkler, 1970) .

## الاقصاء عن التعزيز الإيجابي

يشمل الاقصاء ازالة جميع المثيرات والظروف المعززة بعد قيام الطفل بالسلوك العدواني مباشرة . ويعتبر هذا الأسلوب الأكثر استخداما لمعالجة السلوك العدواني لدى الاطفال المعوقين . ومن الدراسات التي أوضحت فاعلية هذا الأسلوب دراسة رب وديتز (Reep & Deitz, 1974) ودراسة بوشارد وباريرا (Buchard & Barrera, 1972) ودراسة هاملتون وستيفنز وألين (Hamilton, Stephens, & Allen, 1967) ودراسة وايت ونلسون وجونسون (White, Nielson, & Johnson, 1972) ودراسة بندر جراس (Pendergrass, 1972) .

## التعاقد السلوكي

كذلك بينت بعض الدراسات فاعلية التعاقد السلوكي في خفض السلوك العدواني ويمكن تطبيق هذا الأسلوب على أيدي معالجين متخصصين أو على أيدي الآباء . ومن الدراسات التي استخدمت هذا الأسلوب بنجاح لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعوقين دراسة كيرسي (Keirsey, 1969) .

## العقاب

كانت الأساليب الأكثر استخداما لمعالجة السلوك العدواني لدى الأطفال المعوقين فيما مضى هي الأساليب العقابية البدنية أو اللفظية . كذلك كانت الصدمة الكهربائية واحدة من أكثر الأساليب استخداما في مؤسسات التربية الخاصة للأطفال المعوقين . وإذا كانت دراسات عديدة قد أوضحت فاعلية هذه الأساليب إلا أن معدلي السلوك عموما لا يميلون إلى استخدام هذه الأساليب حاليا لأنها قد تولد العنف المضاد من



جهة ولان أثرها طويل المدى محدود من جهة أخرى (Sallis, 1983) .

## ضبط المثيرات

ومن الأساليب الأخرى المستخدمة لمعالجة السلوك العدواني لدى الأطفال المعوقين الأساليب المتعلقة بتنظيم أو إعادة تنظيم المثيرات البيئية الخارجية أو العمليات المعرفية المرتبطة بالسلوك العدواني . وتأخذ هذه الأساليب أشكالاً عديدة مثل : إزالة الدلالات التمييزية التي تهيب الفرصة لحدوث السلوك العدواني ، وتزويد الطفل بنماذج غير عدوانية ، وإبعاده عن النماذج العدوانية ، وخفض الاثارة المنفرة والمحدثه للغضب ، والاسترخاء العضلي ، وتطوير القدرة على حل المشكلات والصراعات .

فعلى سبيل المثال ، تقوم نظرية التعلم الاجتماعي على أن المثيرات المنفرة للطفل تحدث حالة من الانفعال تدفع بالطفل الى التصرف بعنف وبعنوانية . والافتراض المنطقي في هذه الحالة هو أن بالامكان معالجة العدوان اذا تعرض الطفل للموقف المنفر واستطعنا أن نطور لديه استجابة مضادة للعنف . وهذا هو مبدأ الكف المتبادل الذي يستند اليه أسلوب الاسترخاء الذي اشرنا اليه . وقد استخدم ايفانز (Evans, 1971) هذا الأسلوب بنجاح لمعالجة العدوان .

كذلك يفترض البعض أن السلوك انما هو نتاج لافتقار الطفل العدواني للمهارات الاجتماعية المناسبة . وقد أكدت دراسات عديدة ذلك اذ بينت علاقة بين العدوان والعجز في المهارات الاجتماعية . ولذلك يفترض أن تدريب الأطفال على التعبير عن انفعالاتهم وغضبهم بطريقة اجتماعية مقبولة وتطوير مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم سيحدان من مستوى السلوك العدواني . ويشمل هذا التدريب عادة استخدام :

أ - التعليمات اللفظية والتوجيه الجسدي فيما يتعلق بسبل التفاعل المناسب مع الآخرين .

ب - النمذجة حيث يقوم المدرب بايضاح طرق التفاعل الملائمة .

ج - الممارسة السلوكية حيث تتاح للطفل العدواني فرص لعب الأدوار المناسبة .

د - التغذية الراجعة حيث يزود المدرب الطفل العدواني بمعلومات حول تطور أدائه (Sallis, 1983) .

## دراسات توضيحية

في واحدة من الدراسات الكلاسيكية في أدب تعديل سلوك الاطفال المعوقين حاول لوس وديلكوادري وهول استخدام اسلوب التصحيح الزائد لخفض السلوك العدواني لدى طفل في السادسة من عمره كان يعاني من حالة التوحد . وقد أجريت الدراسة في صف خاص في إحدى المدارس العادية . اضافة الى الطفل المذكور كان في الصف الخاص أربعة الى ستة أطفال معوقين أيضا . وقام بتنفيذ الاجراءات العلاجية معلمة الصف ومساعدتها .

تمثل السلوك العدواني لدى الطفل بضرب الاخرين . على ان مشكلته لم تقتصر على ذلك حيث انه كان يعاني أيضا من السلوك النمطي ، ونوبات الغضب الحادة ، واضطرابات لغوية . وفي السنتين والنصف السابقتين واثناء التحاقه بذلك الصف تم خفض انماط سلوكية غير تكييفية أخرى لديه باستخدام التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ، والتعزيز التفاضلي للسلوك البديل ، والتجاهل المخطط له ، والممارسة الايجابية واشكال اخرى من التصحيح الزائد . وعلى الرغم من أن العدوان على الاخرين كان قليل الحدوث في البيت الا ان والديه طلبا ايقاف سلوكه العدوان في المدرسة فورا .

تمثل المتغير التابع هذه الدراسة بعدد المرات التي يضرب فيها الطفل اقرانه . واستخدم اسلوب الملاحظة المباشرة (تسجيل الفواصل الزمنية) من قبل المعلمة ومساعدتها لتسجيل تكرار السلوك المستهدف في الساعات الست التي كان الطفل يقضيها يوميا في المدرسة . وتم التحقق من ثبات البيانات من قبل ملاحظ كان قد تم تدريبه لهذا الغرض . وقد تم ذلك ثماني مرات متباعدة زمنيا عبر مراحل التجربة المختلفة . وكان متوسط الاتفاق بين الملاحظتين ٩٧٪ (المدى : ٨٧,٥ ٪ - ١٠٠٪) حيث تم استخراجها بتقسيم العدد الاصغر على العدد الاكبر وضربه بمائة .

أما المتغير المستقل في الدراسة فكان التصحيح الزائد (التدريب على الحركات الوظيفية أو ما أطلق عليه الباحثون اسم التمارين الشرطية (Contingent Exercises) . وتضمن هذا الاسلوب قيام مساعدة المعلمة بما يلي مباشرة بعد قيام الطفل بضرب طفل آخر :

\* Luce, S., Delquadri, J., & Hall, R. (1980) . Contingent exercise : A mild but powerful procedure for suppressing inappropriate verbal and aggressive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 583- 594

١ - قول «يُمنع الضرب . قف واجلس عشر مرات» .  
٢ - توجيه الطفل جسديا ولفظيا للوقوف والجلوس على الارض عشر مرات وقد استخدمت التوجيهات الجسدية في حالة عدم امتثال الطفل للتوجيهات اللفظية فقط .

٣ - « قول » ، « اجلس » بصوت مسموع اثناء تأدية الطفل للتمارين .  
وعند قيام الطفل بالضرب اثناء تطبيق الاسلوب العلاجي كانت مساعدة المعلمة تطبقه مجددا .

اثناء مرحلة الخط الاساس لم يستخدم أسلوب محدد معه في حالة قيام الطفل بضرب الاطفال الآخرين . ولكن المعلمة ومساعدتها قامتا بفصل الاطفال بعضهم عن بعض عند حدوث عدوان خطر . وتم الحكم على فاعلية التمارين الشرطية في ضوء مرحلة خط الاساس (التي خلت من أية إجراءات علاجية منتظمة) وذلك باستخدام تصميم البحث المعروف باسم تصميم أ - ب - أ - ب . فبعد (١٧) يوم من خط الاساس تم البدء بتطبيق التمارين الشرطية على مدى (١٠) أيام . وفي اليوم الثامن والعشرين تمت العودة الى مرحلة خط الاساس تلتها اعادة تطبيق التمارين الشرطية في اليوم السادس والثلاثين . تبين ان السلوك العدواني كان متباينا في مرحلة الاساس الاولى الا ان تكراره أصبح حوالي ٣٠ مرة في الايام الثلاثة الاخيرة . ومع البدء بتطبيق التمارين الشرطية انخفض تكرار السلوك العدواني (ضرب الآخرين) فورا واستمر هذا الانخفاض بمستوى مرة واحدة أو أقل في اليوم في الايام الثمانية الاخيرة من مرحلة العلاج الاولى . وعندما تمت العودة الى مرحلة خط الاساس في اليوم الثامن والعشرين بقي تكرار السلوك منخفضا في الايام الخمسة الاولى . أما في اليوم الثالث والثلاثين فقد أصبح عدد مرات الضرب يتزايد ليقترّب من المستوى الذي كان عليه في مرحلة خط الاساس الاول . واخيرا فان العودة الى تطبيق الاجراء العلاجي نجم عنها انخفاض فوري وطويل المدى في تكرار السلوك المستهدف .

وفي دراسة ثانية استخدم رب وديتز التعزيز التفاضلي للسلوك الاخر وتكلفة الاستجابة لخفض السلوك العدواني لدى طفل في الثالثة عشرة من عمره كان يعاني من تخلف عقلي متوسط . هذا الطفل كان قادرا على العناية بذاته وعلى التواصل

---

\* Repp, A., & Deitz, S. (1974). Reducing aggressive and self-injurious behavior of institutionalized retarded children through reinforcement of other behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 313 - 325.

اللفظي وعلى الحركة بشكل مستقل . الا انه كان يتصف بسرعة الاحباط وايداء الاخرين على مدى السنتين السابقتين اثناء وجوده في مؤسسة خاصة للمعوقين .

وتم تنفيذ البرنامج العلاجي في غرف صف خاصة كان الطفل بها اضافة الى تسعة اطفال آخرين واقتصر تنفيذ الاجراءات العلاجية على ثلاث ساعات يوميا . واستنادا الى الملاحظة قام الباحثان بتحديد الاستجابات الست التالية : الخروج من غرفة الصف اللغة البديئة ، التهديد بالعدوان الجسدي أو القيام به ، واستخدام المعدات في غرفة الصف بطريقة غير مناسبة ، والتفاعل الجسدي غير المقبول مع المعلمين ، والتفاعل الجسدي غير المقبول مع الاطفال الآخرين .

تمت الدراسة على مرحلتين : مرحلة خط الاساس ومرحلة المعالجة . وجمعت البيانات وسجلت من قبل معلم الصف الذي دُرِبَ جيدا فيما يتعلق بالتعريف الاجرائي للسلوك المستهدف . وقام ملاحظ آخر ايضا بتسجيل تكرار السلوك وتم استخراج نسبة الاتفاق من خلال تقسيم العدد الاكبر للملاحظات اليومية على العدد الاصغر وحدث ذلك قبل البدء بتنفيذ المرحلة الاولى من الدراسة . وعندما بلغت نسبة الاتفاق بين الملاحظين ٨٥٪ أو أكثر شرع الباحثان بتنفيذ المرحلة الاولى (مرحلة الاساس) . اضافة إلى ذلك ، تم التحقق من ثبات البيانات في أربع جلسات ملاحظة اضافية في كل من مرحلة الاساس ومرحلة العلاج . اشتملت مرحلة الاساس على (٢٨) جلسة . في تلك الايام ، قام المعلم بتجاهل الاستجابات الست التي ذكرت سابقا . في الجلسة رقم (٢٩) شرع الباحثان بتطبيق البرنامج العلاجي والذي تضمن اعطاء الطفل خمسة نجوم في دفتر ملاحظة صغير يحمله الطفل وذلك تعريزا له لكل خمس عشرة دقيقة كانت تمر دون أن يقوم الطفل بأي من الاستجابات الست المستهدفة . أما قيامه بأي من الاستجابات فكان ينجم عنه ثلاثة أمور :

أ - كان الطفل يُبلغ بأنه قد أخطأ

ب - كانت جميع النجوم تؤخذ من دفتر الملاحظات

ج - كان الباحثان يلاحظانه لمدة (١٥) دقيقة جديدة . في الجلسة رقم (٢٩) تم

توضيح البرنامج العلاجي للطفل بما في ذلك الاستجابات المستهدفة ونظام

الرموز (النجوم) .

وفي هذه المرحلة كانت النجوم تستبدل بمعززات داعمة مختلفة بما فيها تسجيلات أغاني ، وأفلام ، وقيادة الدراجة الهوائية ، ومشاهدة التلفاز ، ونشاطات أخرى مختلفة . واستمرت هذه المرحلة على مدى (٣٣) جلسة . في الجلسات الست الاخيرة

من مرحلة الاساس حدثت عدة استجابات خطيرة (مثل ضرب المعلم بمطرقة وبمقص) وبسبب خطورة هذه الاستجابات لم توظف مراحل أساس أخرى لايضاح الصدق الداخلي للبحث .

بيّنت النتائج ان مدى الاستجابات العدوانية في مرحلة الاساس تراوح بين صفر إلى ٠,٢٢ في الدقيقة الواحدة وبمعدل مقداره ٠,٠٨ أما في مرحلة العلاج (عند استخدام التعزيز التفاضلي للسلوك الاخر وتكلفة الاستجابة والتوبيخ اللفظي) فقد تراوح مدى هذه الاستجابات بين صفر و ٠,٠٤ في الدقيقة الواحدة وبمعدل مقداره ٠,٠٠٢ , وهكذا يتضح أن أثر العلاج كان بالغا .

## الخلاصة

تناول هذا الفصل السلوك العدوانى من حيث تعريفه وتصنيفه ، وأسبابه ، وطرق قياسه ، وأساليب معالجته . فقد تمت الإشارة إلى ان العدوان والعنف والغضب استجابات تنبثق مبكرا في حياة الانسان وانها قد تكون ردود فعل طبيعية في بعض المواقف . وما يجعلها غير طبيعية أو غير مقبولة وتحتاج إلى المعالجة هو حدوثها بشكل متكرر وشديد مما يعرض سلامة الاخرين للخطر . وبين الفصل ان العدوان قد يكون متعمدا أو غير متعمد ، ومباشرا أو غير مباشر ، واجتماعيا أو غير اجتماعي ، وعدائيا أو وسيليا ، وجسميا أو لفظيا أو رمزيا . كذلك أوضح الفصل عوامل عديدة قد ترتبط بالسلوك العدوانى منها العوامل العضوية ، والعوامل النفسية ، والعوامل البيئية ، والخبرات التعليمية وغير ذلك . واخيرا بين الفصل استراتيجيات معالجة السلوك العدوانى التالية : الاطفاء ، والتصحيح الزائد ، وتكلفة الاستجابة ، والاقصاء ، والتعاقد السلوكي ، والعقاب ، وضبط المثيرات .

## أسئلة

- ١ - علق على العبارات التالية :
  - أ - ان الافتراض القائل بأن السلوك العدواني سلوك غريزي يضع نهاية للبحث عن أسبابه .
  - ب - ان القول بأن العدوان ينجم عن الاحباط وأن الاحباط يقود إلى العدوان لا يقدم أساليب عملية لمعالجة العدوان .
  - ج - لعل من الحكمة أن تتوخى برامج تعديل السلوك خفض السلوك العدواني وليس إيقافه كاملاً .
- ٢ - هل تختلف أساليب معالجة السلوك العدواني باختلاف نوعه ؟ كيف ؟
- ٣ - هل تستطيع التفكير بعوامل أخرى قد ترتبط بالسلوك العدواني لدى الاطفال المعوقين غير تلك التي وردت في الفصل ؟
- ٤ - أي الطرق تعتقد أنها أكثر موضوعية لقياس السلوك العدواني ؟
- ٥ - بين الفصل عدداً من اجراءات تعديل السلوك التي يمكن استخدامها لمعالجة السلوك العدواني . وتلك الاجراءات هي : الاطفاء ، التصحيح الزائد ، تكلفة الاستجابة ، الاقصاء ، التعاقد السلوكي ، العقاب ، ضبط المثيرات . هل تستطيع تحديد الظروف التي يكون من المناسب استخدام كل من تلك الاجراءات فيها ؟

## المراجع

- الخطيب ، جمال (١٩٨٨) . السلوك العدائي والتخريبي . في برامج في تعديل السلوك . وزارة التربية والتعليم : عمان : الاردن .
- Bandura, A. (1973). **Aggression: A social learning analysis**. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Baron, R. (1985). Aggression. In H. Kaplan and B. Sadok (Eds.), **Comprehensive textbook of psychiatry** (Fourth Edition). New York: Plenum Press.
- Bates, P., & Wehman, P. (1977). Behavioral management with the mentally retarded : An empirical analysis of research. **Mental Retardation**, 15, 9 - 12.
- Brown, P., & Elliot, R. (1965). Control of aggression in a nursery school class. **Journal of Experimental Child Psychology**, 2, 103 - 349.
- Buchard, J. & Barrera, F. (1972). An analysis of time-out and response cost in a programmed environment. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 5, 271 - 282.
- Buss, A., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. **Journal of Consulting Psychology**; 21, 343 - 349.
- Dollard, J. Doob, L., Miller, N. Mowrer, O., & Sears, R. (1939). **Frustration and aggression**. New Haven, Conn: Yale University Press.
- Evans, D. (1971). Specific aggression, arousal , and reciprocal inhibition therapy. **Western Psychologist**; 1, 125 - 130.
- Fegrenbach, P.,& Thelen, M. (1982). Behavioral approaches to the treatment of aggressive disorders. **Behavior Modification**, 6, 465 - 497.
- Foxx,R., & Azrin, N. (1972). Restitution:A method for eliminating aggressive-disruptive behavior of retarded and brain-damaged patients. **Behavior Ressearch and Therapy**, 10, 15 - 27.
- Hamilton, J., Stephens, L.,& Allen, P. (1967). Controlling aggressive and destructive behavior in severely retarded institutionalized residents. **American Journal of Mental Deficiency**, 71, 852 - 856.
- Keirsey, D. (1969). Systematic exclusion: Eliminating chronic classroom disruptions. In J. Krumboltz & C. Thoresen (Eds., **Behavioral counseling: Cases and techniques**. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Luce, S., Delquadri, J., & Hall, R. (1980). Contingent exercise: A mild but powerful procedure for suppressing inappropriate verbal and aggressive behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, *13*, 583 - 594.
- Mertin, P., & Foxx, R. (1973). Victim control of aggressive behavior in a chronic psychiatric patient. **Behavior Modification**, *1*, 559 - 564.
- Novaco, R. (1975). **Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment**. Lexington, MA: Lexington Books.
- Parke, R., & Shaby, R. (1983). The development of aggression. In Mussen P. (Ed.); **Handbook of child psychology** (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Pendergrass, V. (1971). Effects of length of time-out from positive reinforcement and schedule of application in suppression of aggressive behavior. **Psychological Record**, *21*, 75 - 80.
- Perline, L., & Levinsky, D. (1968). Controlling maladaptive classroom behavior in the severely retarded. **American Journal of Mental Deficiency**, *73*, 74 - 78.
- Pinkson, E., Reese, N., Leblanc, J., & Beer, D. (1973). Independent control of a preschool child's aggression and peer interaction by contingent teacher attention. **Journal of Applied Behavior Analysis**, *6*, 115 - 124.
- Polvinale, R., & Lutzker, J. (1980). Elimination of assaultive and inappropriate sexual behavior by reinforcement and social restitution. **Mental Retardation**, *18*, 27 - 30.
- Reppo, A., & Deitz, S. (1974). Reducing aggressive and self-injurious behavior of institutionalized retarded children through reinforcement of other behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, *7*, 312 - 325.
- Russo, S. (1964). Adaptations in behavioral therapy with children. **Behavior Research and Therapy**, *2*, 43 - 47.
- Sallis, J. (1983). Aggressive behavior of children: A review of behavioral interventions and future directions. **Education and Treatment of Children**, *6*, 175 - 191.
- Scott, P., Burotn, R., & Yarrow, M. (1967). Social reinforcement under natural conditions. **Child Development**, *38*, 53 - 63.
- Webster, D., & Azrin, N. (1973). Required relaxation: A method of inhibiting

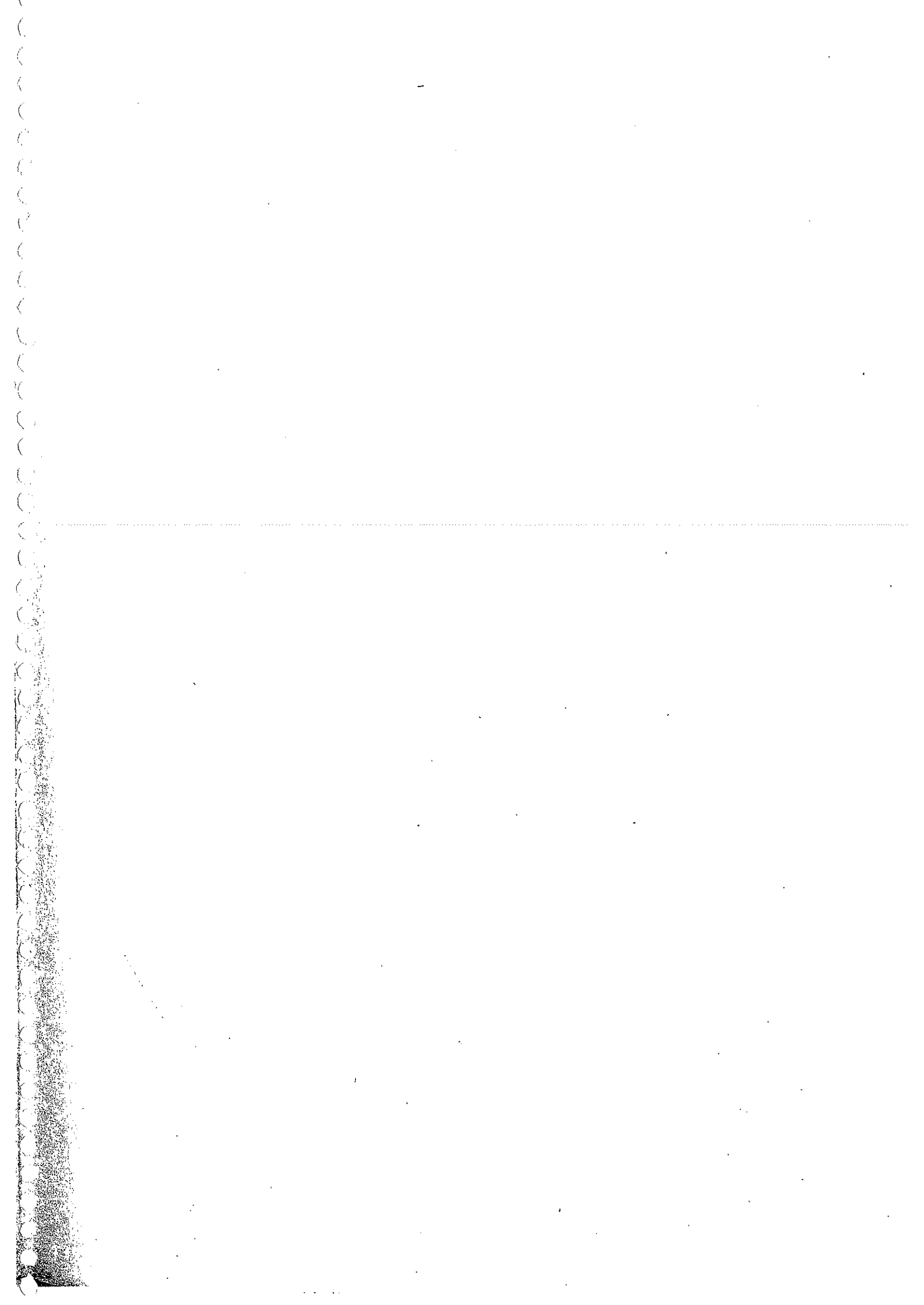


ing agitative-disruptive behavior of retardates. **Behavior Research and Therapy**, **11**, 67 - 78.

White, G., Nielsen, G., & Johnson, S. (1972). Timeout duration and the suppression of deviant behavior in children. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **5**, 111 - 120.

Winkler, R. (1970). Management of chronic psychiatric patients by a token reinforcement system. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **3**, 47 - 55.

Yodofsky, S., Jonathan, M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. **American Journal of Psychiatry**, **143**, 35 - 39.



## الفصل الحادي عشر

### مُتَكَلِّمَاتٌ أُخْرَى

## مقدمة :

يتناول هذا الفصل عدداً من المشكلات التي تظهر لدى الاطفال المعوقين بوصفها اضطرابات ثانوية او مصاحبة لحالات الاعاقة . وهذه المشكلات يتم التعامل معها بوصفها مشكلات طبية توكل مهمة معالجتها للأطباء . ولكن السنوات الاخيرة شهدت تطور ميدان الطب السلوكي والذي يهتم بتطبيق أساليب العلاج السلوكي للتغلب على المشكلات الطبية ذات العلاقة بالمتغيرات الانفعالية والسلوكية .

إن هذا الفصل محاولة لإلقاء الضوء على تلك الأساليب وامكانية توظيفها لمعالجة المشكلات التالية : النوبات الصرعية ، والبيكا ، والتقيؤ النفسي ، وزيادة الوزن . وكما سيتضح بعد قليل فان اساليب العلاج السلوكي المستخدمة لمعالجة هذه الأنواع من المشكلات لا تختلف من حيث المبدأ عن اساليب العلاج السلوكي العامة .

## النوبات الصرعية

شهدت السنوات القليلة الماضية تطورات مهمة فيما يتصل بدور العلاج السلوكي في معالجة الاضطرابات الجسمية الأمر الذي تمخض عنه انبثاق المجال الذي يعرف حالياً باسم الطب السلوكي (Behavioral Medicine) .

ويهتم هذا المجال بتطوير المهارات التي تقود إلى خفض الأعراض المرضية ذاتها وليس مجرد معالجة الإضطراب الانفعالي الذي ينتج عن المرض الجسمي أو الذي يعتقد أنه يسببه . ومن الاضطرابات الجسمية التي أمتدت إليها أيدي المعالجين السلوكيين مؤخراً النوبات الصرعية والتي تعتبر قضية معالجتها قضية يقرها اخصائيو الاعصاب حيث يستخدمون العقاقير المضادة للتشنج . ولكن العقاقير لا توقف النوبات لدى البعض وفي هذه الحالات لا بد من استخدام أساليب علاجية أخرى . ومن هذه الاساليب أساليب تعديل السلوك التي اوضحت عدة دراسات فاعليتها في خفض تكرار وشدة أنواع مختلفة من النوبات الصرعية . وتستند برامج العلاج السلوكي للنوبات الصرعية إلى المبادئ الرئيسية التالية :

١ - ان النوبة الصرعية تحدث وتستمر بالحدوث بفعل خصائصها الاجرائية . فالنوبة يمكن التعامل معها بوصفها نمطاً سلوكياً كغيره من الانماط السلوكية يمكن التحكم به من خلال التحكم بالظروف البيئية وان الانماط السلوكية الجديدة المتعلمة قد تعمل بقوة على كبح النوبة الصرعية . بعبارة أخرى ان النوبة قد

تعمل بمثابة مصدر للتعزيز الايجابي (كأن يحظى الشخص بالانتباه الكبير بعد حدوث النوبة) او التعزيز السلبي (كأن تخلص النوبة الشخص من موقف غير سار) . وما يعنيه ذلك هو ان بالامكان ضبط النوبة باستخدام اساليب تعديل السلوك وذلك باتاحة الفرص للشخص للحصول على التعزيز بطرق بديلة مناسبة.

٢ - ان نسبة كبيرة من الاطفال المصابين بالصرع يحدث لديها استجابات تحذيرية قبل النوبة (Presizure Behaviors) . وهذه الاستجابات قد تكون على شكل سلوك نمطي حركي يسبق النوبة أو خبرة حسية يمر بها الطفل . ولذلك فالعلاج السلوكي للنوبة قد يشمل تغيير مجريات سلسلة المظاهر السلوكية التي تسبق حدوث النوبة . وهذا ما حاولت بعض الدراسات تحقيقه من خلال معاقبة السلوك الذي يسبق النوبة وتعزيز السلوك الذي يتناقض وسلسلة الاستجابات التي تنتهي بالنوبة .

٣ - ان التحليل السلوكي للنوبات الصرعية قد أوضح ان بعض أنواع النوبات يحدث كرد فعل للضغوط النفسية . في مثل هذه الحالات يمكن استخدام اجراءات تعديل السلوك من مثل التدريب على الاسترخاء وتقليل الحساسية التدريجي واستراتيجيات تعديل السلوك المعرفي . وسنوضح هذه الاجراءات بعد قليل .

٤ - لما كان عدد كبير من الاطفال المصابين بالصرع يظهر لديه نشاطات كهربائية دماغية غير عادية (باستخدام جهاز تخطيط الدماغ) فان الباحثين يستطيعون تطوير أساليب نفسية - جسمية لتغيير النشاطات الدماغية بطريقة مباشرة . وبالفعل تم تطوير الاسلوب المعرف باسم التغذية الراجعة البيولوجية (Biofeedback) والتي تتضمن تدريب الشخص المصاب بالصرع على إحداث نشاطات دماغية لا تتوافق وتلك النشاطات التي تؤدي إلى حدوث النوبة . وهذا الاسلوب بالغ الفاعلية الا انه يتطلب استخدام أجهزة تقنية بالغة التعقيد ويستغرق وقتا طويلا جدا ليحقق النتائج المتوخاة .

وهكذا يتبين ان العلاج السلوكي للنوبات الصرعية قد يأخذ اشكالا عدة ، وفيما يلي نقدم عرضا موجزا لتلك الاشكال .

## التعزيز التفاضلي

يشتمل هذا الاسلوب العلاجي على تعزيز وتقوية المظاهر السلوكية التي تتوافق والنوبة الصرعية . فقد استخدم جاردنر (Gardner, 1967) هذه الاستراتيجية لمعالجة

النوبات لدى طفلة في العاشرة من عمرها . واشتمل العلاج على تدريب الوالدين وتوجيههما نحو تجاهل الطفلة اثناء وبعد حدوث النوبة وعند قيامها باظهار اية انماط سلوكية اخرى غير سوية . وطلب من الوالدين ايضا الانتباه إلى الطفلة عندما تبدي انماطا سلوكية مرغوبا فيها . وقد عمل هذا الأسلوب على يتوقف النوبات في فترة اسبوعين . وعلى أية حال ، ينبغي الاشارة إلى ان النوبات ازدادت في البداية الا انها انخفضت سريعا بعد ذلك . واستمر الباحث بمتابعة حالة الطفلة لمدة سنة ونصف تقريبا فتبين ان النوبة لم تحدث لديها أبدا . أما زلوتنك ورفاقه (Zlutnick, May- ville, & Moffat, 1975) فاستخدموا أساليب متنوعة لخفض الاستجابات التي تسبق حدوث النوبة لدى خمسة أطفال متخلفين عقليا . وقد تمثلت هذه الاستجابات بانخفاض مستوى النشاط لدى الطفل الاول ، وبرفع اليد فوق الرأس لدى الطفلين الثاني والثالث ، وبالحملقة في الفراغ لدى الطفلين الرابع والخامس . وقد استخدم الباحثون أساليب علاجية تهدف إلى التأثير على الاستجابات التي تسبق النوبة حيث قام المعالج بقول كلمة «لا» بصوت مرتفع وبهز جسم الطفل بقوة من منطقة الكتفين حال حدوث الاستجابات التي تسبق النوبة اضافة إلى استخدام اسلوب التعزيز التفاضلي لغياب السلوك وقد كان هذا الاسلوب فعالا مع أربعة من الأطفال الخمسة .

### الإشراط المنفر

يتضمن الإشراط المنفر (Aversive Conditioning) إقران النوبة الصرعية بمثيرات منفرة مختلفة . فعلى سبيل المثال ، استخدم رايت (Wright, 1973) الصدمة الكهربائية فتبين أنها فعالة جدا إذ عملت على إيقاف النوبة .

### الاسترخاء

كثيرون هم الذين اشاروا إلى دور القلق والحالات النفسية الأخرى في حدوث النوبة واستناداً إلى ذلك فقد استخدم البعض اساليب مختلفة لخفض مستوى القلق والتوتر النفسي . ومن تلك الطرق نذكر اسلوب تقليل الحساسية التدريجي واسلوب التدريب على الاسترخاء .

فقد استخدم انس (Ince,1976) التدريب على الاسترخاء (Relaxation Training) مع طفل يبلغ من العمر (١٢) سنة حيث تم تحديد المواقف المحدثة للقلق لديه ومن ثم تدريبه على الاسترخاء العضلي التام في تلك المواقف . وقد أدى هذا الاجراء إلى توقف

النوبات الصرعية لديه بعد (٣٠) جلسة علاجية تمت على مدى (١٧) أسبوعا .

واستخدم ولز وتيرنر وبلاك وهيرسن (Wells, Turner, Bellack, & Hersen, 1978) هذا الأسلوب لمعالجة النوبات الصرعية النفسية - الحركية لدى فتاة تبلغ من العمر (٢٢) عاما وتعاني من التخلف العقلي البسيط . وكان الهدف من التدريب على الاسترخاء خفض مستوى القلق لديها .

ففي بداية الأمر قام الباحثون بتسجيل تكرار النوبات أثناء النهار وبعد ذلك قاموا بتدريبها على الاسترخاء الذاتي وتخيل والمواقف والاستجابات التي تسبق النوبة . وقد انخفض تكرار النوبات انخفاضا ملحوظا اثناء المعالجة واستمر ذلك الانخفاض في مرحلة المتابعة .

### التغذية الراجعة البيولوجية

تمت الاشارة في الصفحات الاولى من هذا الفصل إلى ان الهدف من التغذية الراجعة البيولوجية هو تدريب الشخص المصاب بالصرع على إحداث نشاطات دماغية كهربائية تتناقض والنشاطات التي تنتهي بحدوث النوبة . وتتم هذه التغذية بوساطة جهاز تخطيط الدماغ واجهزة اخرى وقد استخدمت دراسات عديدة هذا الاسلوب بفعالية .

### الاقصاء

استخدم كاتالدو ورسو وفريمان (Cataldo, Russo, & Freeman, 1979) اسلوب الاقصاء عن التعزيز الايجابي لمعالجة أحد انواع النوبات الصرعية-Myoconvulsive (Myoconvulsive Sei-zures) التي تشمل فقدان التوتر العضلي في الرقبة وحدوث حركات سريعة في العينين وارتجافات عنفية في الجزء العلوي من الجسم لبضع ثوانٍ . وكانت هذه النوبات تحدث بشكل متكرر يوميا لدى طفل في الثانية من عمره . وبعد ان اخفقت العقاقير الطبية في خفض تكرار النوبة لجأ هؤلاء الباحثون إلى أسلوب الاقصاء في وضع تجريبي في بادئ الأمر وإلى الاستراحة الاجبارية (Contingent Rest) لاحقا حيث أن الطفل كان يرغم على التوقف عن مزاولة النشاط والجلوس في كرسي في غرفته وإغلاق لمدة (١٠) دقائق وقد أدى هذا الاسلوب إلى خفض معدل حدوث النوبات الصرعية .

### التعود

يقصد بالتعود (Habituation) تقديم المثير الذي يهيء الفرصة لحدوث النوبة بشكل متكرر دون ان تحدث النوبة . والتعود قد يشمل تقديم المثير وزيادة شدته

تدرجيا او تقديم المثير الذي يحدث النوبة مع مثير لا يحدث النوبة . وكان فورستر (Forster, 1969) أول من استخدم هذا الأسلوب لمعالجة النوبات الصرعية . واشتملت المثيرات المستخدمة على مثيرات سمعية او بصرية يتم تنظيمها من خلال أجهزة تقنية معقدة .

## التعزيز

تستخدم أساليب التعزيز لمعالجة النوبة بنفس الطريقة التي تستخدم فيها لتعديل أي سلوك متعلم . فالمبدأ الاساسي هو ان السلوك إذا تعزز يقوى وإذا لم يعزز فهو يضعف . ولما كانت بعض النوبات الصرعية تتأثر بالتعزيز (والذي غالبا ما يتمثل بالكسب الثانوي من المرض المزمّن) فمن الممكن معالجة النوبة بتعزيز الشخص عندما يقوم بسلوك يتناقض والنوبة الصرعية أو في حالة عدم حدوث النوبة لديه . على ان ذلك لا يعني ان الصرع ليس عضويا أو أنه إرادي . ولكن المقصود بذلك هو أن النوبة قد تتأثر بالبيات التعلم والإشراف . وبناء على ذلك فان حجر الأساس في تحليل النوبة ومعالجتها هو اكتشاف الظروف والمتغيرات البيئية التي ترتبط بالنوبة وذلك بهدف تطوير قدرة الشخص المصاب بالصرع على تحديد تلك الظروف والمتغيرات والتعامل معها دون حدوث النوبة . ويتمثل الهدف العلاجي عادة باحداث استجابة سلوكية في ذخيرة الفرد المصاب تستطيع بعد ممارسة الفرد لها وبعد تعزيزها ان تتنافس واستجابة النوبة فتتمنع حدوثها . ومن الدراسات المعروفة في هذا الضمار دراسة فلانري وكوتيللا (Flannery & Cautela, 1973) الذين استخدموا التعزيز لمعالجة النوبات الصرعية الكبرى لدى شخص متخلف عقليا . وتضمن العلاج الثناء على هذا الشخص على فترات منظمة عند عدم حدوث النوبة .

اضافة إلى ذلك استخدم الباحثون اسلوب التصحيح الزائد والذي اشتمل على ارغام الشخص الاعيثناء بنفسه وتغيير ملبسه بنفسه في حالة فقدانه للسيطرة على المثانة أثناء النوبة . وقد عمل هذا الاسلوب على خفض النوبات بنسبة ٦٧٪ .

## الضبط الذاتي

يتضمن الضبط الذاتي قيام الشخص المصاب بالصرع بعمليات ذاتية . ويستند هذا الاسلوب إلى مبادئ تعديل السلوك المعرفي المتمثلة بمحاولة تغيير السلوك من خلال العمليات المعرفية والمتابعة الذاتي لعمليات التفكير أو الحالات الشعورية وضبط الذات



في وجه المواقف والأحداث المسببة للنوبة وما إلى ذلك من عمليات وسيطة أخرى ومن الدراسات التي اوضحت فاعلية هذه الأساليب دراسة موثن (Muthen, 1978) .

## التقيؤ النفسي

يشكل التقيؤ النفسي المزمن (Chronic Vomiting) واحداً من الأنماط السلوكية الخطرة التي قد تهدد حياة الاطفال المعوقين في بعض الحالات . ويشير هذا المصطلح إلى فعل إرادي يقوم من خلاله الطفل الذي لا يعاني من مرض جسمي باخراج الطعام ذاتيا بل وتناول الطعام بعد التقيؤ أحيانا .

وهذه مشكلة شائعة نسبيا حيث أشارت الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى ان نسبة حدوثها تصل إلى حوالي ٥,٩٪ لدى ذوي الاعاقة العقلية الشديدة (Ball, Hendrickson, & Chayton, 1974) .

وقد استخدم الباحثون أساليب مختلفة لمعالجة هذه المشكلة . ومن هذه الأساليب تعديل طريقة تقديم الطعام للطفل المعوق . ويستخدم هنا طريقة خاصة للتغذية تشمل اشارة فم الطفل وشفاه وتقديم الطعام بطريقة ايجابية . وقد استخدم بول ورفاقه (Ball et al., 1974) هذا الأسلوب بفعالية لمعالجة التقيؤ النفسي لدى مجموعة من الاطفال المعوقين .

أسلوب آخر يستخدم لمعالجة التقيؤ النفسي هو أسلوب الاشباع الغذائي (Food Satiation) . ويستند هذا الأسلوب إلى افتراض مفاده أن التقيؤ إذا كان يعزى للجوع او للخصائص التعزيزية لاعادة تناول الطعام فان تزويد الطفل بكميات كبيرة منه ستنتفي الحاجة إلى التقيؤ . وقد بينت الدراسة التي قام بها لبي وفيلبس (Libby & Phillips, 1979) ان هذا الاسلوب فعال في معالجة التقيؤ .

واستخدمت أساليب متنوعة في دراسات اخرى . ومن تلك الأساليب العزل الاجتماعي ، والتوبيخ اللفظي ، والتقييد الجسدي ، والتصحيح الزائد ، والضدمة الكهربائية (Azrin & Wesolowki, 1975) . وسنكتفي هنا بعرض دراسة ولف وبرنبرور ووليامز و لولر (Wolf, Birnbrauer, Williams, & Lawler, 1965) الذين استخدموا التجاهل المخطط له لمعالجة التقيؤ النفسي لدى طفلة متخلفة عقليا . فقد أحيلت الطفلة إلى هؤلاء الباحثين بعد أن أخفقت العقاقير الطبية في معالجة المشكلة ولما كانت الفحوصات الطبية قد فشلت في ايجاد أية مشكلة طبية لديها افترض الباحثون ان التقيؤ لدى الطفلة انما هو تقيؤ نفسي . بعبارة أخرى ، انه سلوك اجرائي

(يعود على الطفلة بفوائد معينة) وليس سلوكا استجابيا كما هي العادة . وقام الباحثون بملاحظة ما يحدث للطفلة عند حدوث التقيؤ فوجدوا أن معلمة غرفة الصف ومساعداتها يبدين اهتماما كبيرا بها . ولذلك اعتقدوا ان الاهتمام بحد ذاته ربما يكون العامل المسؤول عن استمرارية مشكلة التقيؤ . واستنادا إلى ذلك طلبوا من المعلمة ومساعداتها تجاهل الطفلة عندما تتقيأ . وقد أدى هذا الإجراء بعد تطبيقه بشكل ثابت ومنتظم إلى توقف التقيؤ كاملا .

## مشكلات وزن الجسم

قبل الخوض في المشكلات المرتبطة بالوزن لابد من التمييز بين مصطلحين هما البدانة وزيادة الوزن . فمصطلح البدانة (Obesity) يشير إلى زيادة في وزن الجسم بما نسبته ٢٠٪ أو أكثر . أما مصطلح زيادة الوزن (Overweight) فهو يشير إلى زيادة بنسبة ١٠ - ١٩٪ عن وزن الجسم الطبيعي للفرد . وتعتبر البدانة وزيادة الوزن من المشكلات الصحية الشائعة لدى كل من الاشخاص المعوقين والاشخاص العاديين أيضا (Rotatori, Switzky, & Fox, 1981) . ففي دراسة لهما اجريت على (١١٥٢) فردا متخلفا عقليا وجد فوكس وروتا توري (Fox & Rotatori, 1982) ان نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد تتراوح ما بين ٩,٦٪ - ٣٨,٢٪ وذلك اعتمادا على عوامل الجنس والعمر الزمني وشدة التخلف العقلي . فقد تبين أن مشكلات الوزن أكثر انتشارا بين الاناث منها لدى الذكور وانها أكثر انتشارا بين الاشخاص ذوي التخلف العقلي البسيط والمتوسط منها لدى ذوي الاعاقة العقلية الشديدة والشديدة جدا وانها تصبح أكثر انتشارا مع تقدم العمر الزمني . أما بالنسبة لطرائق العلاج السلوكي للبدانة وزيادة الوزن فهي قد تشمل التعزيز باشكاله المختلفة والتنظيم الذاتي والتعاقد السلوكي وغير ذلك . وقد استعرض روتا توري وسوتزكي وفوكس (Rotatori, Switzky, & Fox, 1981) الدراسات التي اجريت بهدف معالجة البدانة وزيادة الوزن لدى الاطفال المعوقين عقليا باستخدام أساليب تعديل السلوك . وتشمل تلك الاساليب التعزيز الذاتي ، والتعزيز الخارجي ، والمتابعة الذاتية للوزن ولتناول الطعام ، وضبط المثير ، والنشاطات الرياضية .

## البيكا

البيكا (Pica) مصطلح يعني الوحم لتناول مواد غير صالحة للاستهلاك البشري أو الطعام غير الطبيعي . وقد اشتق هذا المصطلح من كلمة (Magpie) اليونانية والتي تشير إلى طائر يلتقط أي شيء عندما يجوع . وقد أشارت الدراسات إلى حدوث هذه المشكلة لدى الأطفال المتخلفين عقليا والأطفال العاديين اليافعين أيضا . كذلك فمن الملاحظ أن بعض النساء الحوامل قد يحدث لديهن هذا السلوك . ولا يزال سبب هذا السلوك غير معروف إلى وقتنا هذا .

وقد يأخذ هذا السلوك عدة أشكال منها تناول القهري لكميات كبيرة من الثلج (Pagophagia) وتناول المعجون أو الرمل أو الأوساخ (Geophagia) وتناول البراز (Coprophagy) وتناول مساحيق الغسيل (Amylophagia) . هذا ويستخدم البعض هذا المصطلح للإشارة إلى تناول الأشياء القابلة للاستهلاك ولكن بطريقة قهرية أو تناولها من على الأرض أو إلى وضع الأشياء المختلفة بالفم بعد بلوغ الطفل السنة الثانية من عمره . وما ينبغي الإشارة إليه هنا أن البيكا سلوك خطر قد يهدد حياة الفرد فهو قد يسبب انسدادا في الأمعاء أو قد يؤدي إلى الالتهابات أو المرض أو التسمم . ولذلك فلا بد من تطوير الأساليب العلاجية المناسبة لهذه المشكلات الشائعة نسبيا . فقد قام دانفورد وهوبر (Danford & Huber, 1982) بدراسة (٩٩١) متخلفا عقليا في مؤسسة تربوية خاصة فوجدا ان البيكا يحدث لدى ٨,٢٥٪ منهم .

وفيما يتعلق بطرق العلاج فهي عديدة ومتنوعة . فعلى سبيل المثال ، حاول اوسمان وبول والكساندر (Ausman, Paul, & Alexander, 1974) معالجة البيكا لدى طفل متخلف عقليا يبلغ من العمر (١٤) سنة . وكانت المشكلة خطيرة لديه مما تطلب اجراء عمليات جراحية له (٧) مرات . وتمثل العلاج باعطائه طعاما عندما يمتنع عن اظهار البيكا وعزله وتوبيخه عندما يظهر المشكلة وكان أثر هذا العلاج فوريا وكبيرا .

وأجرى بوشر وركدال وألبن (Bucher, Reykdal, & Albin, 1974) دراسة على طفلين عمرهما (٦) سنوات ويعانيان من البيكا (أكل الاعشاب ، والحجارة ، وأشياء اخرى) . وقد استخدم العقاب كأسلوب علاجي مع هذين الطفلين المتخلفين عقليا . وتمثل العقاب بالتقييد الجسدي والتوبيخ اللفظي وقد أدى هذا الأسلوب إلى توقف البيكا .

وعالج فوكس ومارتن (Foxy & Martin, 1975) ثلاثة اشخاص متخلفين عقليا في الثلاثينات من العمر كان لديهم مشكلة البيكا . واستخدموا لذلك أسلوب التصحيح

الزائد (تدريبات على النظافة الشخصية لمدة ثلاثين دقيقة) . وقد انخفض سلوك البيكا لدى ادهم انخفاضا ملحوظا وتوقف تماما لدى الاثنين الاخرين .

## إستجابات أخرى

وأخيرا فقد استخدمت أساليب تعديل السلوك لمعالجة انواع مختلفة من المشكلات الصحية و الحركية والاستجابات غير الصحية . وكما أوضح مارتن (Martin, 1969) فان الأدب المتصل بتعديل سلوك الاطفال ذوي المشكلات الجسمية والحركية قد تطور في العقود القليلة الماضية ، إذ امتدت تطبيقات تعديل السلوك إلى معالجة مشكلات مثل ضبط الرأس ، وضبط سيلان اللعاب ، وتحسين أداء الأطراف العليا والأطراف السفلى وضبط الحركات غير المناسبة .

فقد استخدم براج وهاوسر وشوميكر (Bragg, Houser, & Shumaker, 1975) اساليب الاشراف الاجرائي للحدّ من أوضاع الجلوس الخاطئة لدى الأطفال المشلولين دماغيا . واستخدم جروف ودالك (Grove & Dalke, 1976) التغذية الراجعة لحث الاطفال المشلولين دماغياً على جرّ الكراسي المتحركة مسافات طويلة . واستخدم فاينلي ونيمان وستاندلي وإندر (Finely, Niman, Standley, & Ender, 1976) استراتيجية التغذية الراجعة البيولوجية لتعليم الاطفال المشلولين دماغيا الاسترخاء الجسمي العام .

وفي العقود الثلاثة الماضية تم استخدام التغذية الراجعة البيولوجية لمعالجة الاضطرابات العضلية . فعلى سبيل المثال ، استطاع بول وكومبس ورف ونبتيون (Ball, Combs, Rugh, & Neptune 1977) تدريب طفلين يعانون من الاعاقة الحركية على القيام بالتمارين الرياضية اللازمة لتحسين مدى الحركة . واستخدم ساش ومارتن وفش (Sachs, Martin, & Fitch, 1972) التغذية الراجعة البصرية لتحسين حركة أصابع اليد لدى طفل مشلول دماغيا كان يعاني من الصّم أيضا .

## خلاصة

إستعرض الفصل الحالي أساليب تعديل السلوك المستخدمة لمعالجة النوبات الصرعية وبخاصة منها تلك المرتبطة بالعوامل النفسية ، والتقيؤ «النفسي المزمّن» ، والمشكلات المتصلة بزيادة الوزن ، والبيكا ، ومشكلات أخرى . ويتضح من مراجعة الفصل أن الأساليب العلاجية عديدة ومتنوعة فهي تشمل التعزيز ، والتغذية الراجعة البيولوجية ، والتجاهل . والاشباع ، والاسترخاء . والاقصاء ، وغير ذلك من الأساليب التي تتضمن تنظيم المثيرات البيئية ذات العلاقة بالسلوك .

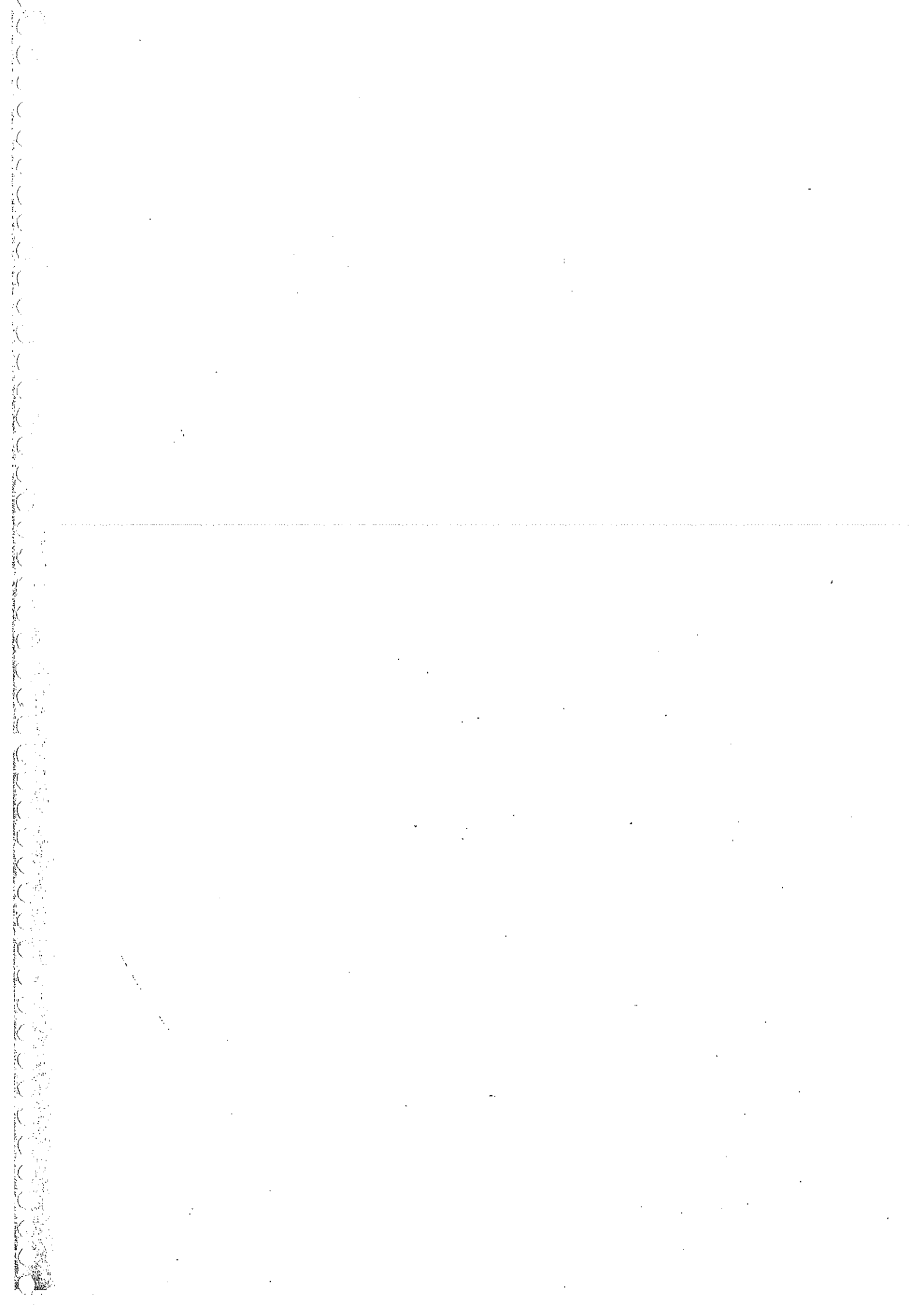
## أسئلة

- ١ - ما الفرق بين التغذية الراجعة البيولوجية والتغذية الراجعة التقليدية ؟
- ٢ - كيف يكتن توظيف الاستجابات التحذيرية التي تسبق النوبة الصرعية لمعالجتها تبعاً لمبادئ تعديل السلوك ؟
- ٣ - ما المقصود بالاشراط المنفر ؟
- ٤ - ما الحكمة في استخدام الاشباع لمعالجة التقيؤ النفسي ؟
- ٥ - ما الفرق بين التقيؤ المكتسب تبعاً لمبادئ الاشراط الاجرائي والتقيؤ المرضي العادي ؟
- ٦ - ما الفرق بين الزيادة في الوزن والبدانة ؟

## المراجع

- Ausman, J., Ball, T., & Alexander, D. (1974). Behavior therapy of pica with a profoundly retarded adolescent. **Mental Retardation**, 12, 16 - 18.
- Azrin, N., & Wesolowski, M. (1975). Eliminating habitual vomiting in a retarded adult by positive practice and self - correction-**Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 6, 145 - 148.
- Ball, T., Combs, T., Rugh, J., & Neptune, R. (1977). Automated range of motion training with two cerebral palsied retarded young children. **Mental Retardation**, 15, 47 - 50.
- Ball, T., Hendrickson, H., & Coayton, J. (1974). A special feeding technique for chronic regurgitation. **American journal of Mental Deficiency**, 78, 486 - 493.
- Braagg, J., Houser C., & shumader, J. (1975). Behavior modification: Effects on reverse tailor sitting in children with cerebral palsy. **Physical Therapy**, 55, 860 - 868.
- Bucher, B., Reykdal, B., & Albin, J; (1976). Brief physical restraint to control pica in retarded children. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 7, 137 - 140.
- Finely, W., Niman, C., Standley, J., & Ender, P. (1976). Frontal EMG: Biofeedback training of athetoid cerebral palsied patients. **Biofeedback and Self - Regulation**, 1, 169 - 182.
- Flannery, J., & Cautela, J. (1973). Seizures: Controlling the uncontrollable. **Journal of Rehabilitation**, 39, 34.
- Forster, F. (1969). Conditioned reflexes and sensory-evoked epilepsy: The nature of the theraputic process. **Conditioned Reflex**, 4, 103 - 114.
- Fox, R., & Rotatori, A. (1982). Prevalence of obesity among mentally retarded adults. **American Journal of Mental Deficiency**, 87, 228 - 230.
- Foxx, R., & Martin, E. (1975). Treatment of scavenging behavior (coprophagy and pica) by overcorrection. **Behavior Research and Therapy**, 13, 153 - 162.
- Gardner, J. (1967). Behavior therapy treatment approach to a psychogenic

- seizure case. **Journal of Consulting Psychology**, **31**, 209 - 212.
- Grove, D., & Dalke, B. (1976). Contingent feedback for training children to propel their wheelchairs. **Physical Therapy**, **56**, 815 - 820.
- Ince, L. (1976). The use of relaxation training and a conditioned stimulus in the elimination of epileptic seizures in a child: A case study. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **7**, 34 - 42.
- Libby, D., & Phillips, D. (1979). Eliminating rumination behavior in a profoundly retarded adolescent. **Mental Retardation**, **17**, 94 - 95.
- Martin, J. (1976). Behavior modification and cerebral palsy. **Journal of Pediatric Psychology**, **1**, 48 - 50.
- Muthen, J. (1978). **Psychological treatment of seizures**. Unpublished Doctoral Dissertation. Uppsala University: Uppsala, Sweden.
- Rotatori, A., Switzdy, ., & Fox, R. (1981). Behavioral weight reduction procedures for obese mentally retarded individuals: A review. **Mental Retardation**, **19**, 157 - 161.
- Sachs, D., Martin, J., & Fitch, J. (1972). The effect of visual feedback on a digital exercise in a functionally deaf cerebral palsied child. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **3**, 217 - 222.
- Sterman, M., McDonald, L., Stone, R. (1974). Biofeedback training of the sensorimotor electro-encephalogram rhythm in man. **Epilepsia**, **15**, 395 - 416.
- Wells, K., Turner, S., Bellack, A., & Hersen, M. (1978). Effects of controlled relaxation on psychomotor seizures. **Behavior Therapy**, **16**, 51 - 35.
- Wolf, M., Birnbrauer, J., Williams, T., & Lawler, J. (1965). A note on operant extinction of vomiting behavior of a retarded child. In L. Ullman and L. Kranser (Eds.), **Case studies in behavior modification**. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Zlutnick, S., Mayville, W., & Moffat, S. (1975). Modification of seizure disorders: The interruption of behavioral chains - **Journal of Applied Behavior Analysis**, **8**, 1 - 12.





## الفصل الثاني عشر

**تقييم فاعلية برامج  
تعديل السلوك**

## مقدمة :

ان الاستخدام الواسع لبرامج تعديل السلوك في ميدان التربية الخاصة للاطفال المعوقين ليس وليد الصدفة ولكنه يستند الى أساس علمي متين حيث تتوفر أدلة علمية كافية على فاعلية هذه البرامج . ولا تقتصر الاهداف المتوخاة من التحليل العلمي التجريبي لعملية تطبيق برامج تعديل السلوك على تحديد فاعلية هذه البرامج ولكنها تشمل أيضا تطوير اجراءات علاجية جديدة وأكثر فاعلية لمعالجة المشكلات السلوكية المختلفة التي يعاني منها الاطفال المعوقون . ولكي يكون تقييم البرامج علمياً فلا بد من استخدام أساليب القياس الموضوعية التي يمكن الاعتماد عليها وتوظيف تصاميم البحث التجريبي القادرة على ايضاح العلاقات النظامية بين الأساليب العلاجية والظواهر السلوكية المستهدفة . استنادا الى ذلك فان هذا الفصل يحاول تحديد المعايير التي ينبغي مراعاتها عند تقييم فاعلية برامج تعديل سلوك الأطفال المعوقين . وتتعلق تلك المعايير بدقة البيانات التي يتم في ضوءها الحكم على فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم ، وتصاميم البحث التي تستخدم لايضاح الصدق الداخلي (أثر العلاج) والصدق الخارجي (عمومية النتائج) للدراسات العلمية .

## القضايا المتعلقة بالقياس

ان من نافلة القول أن تقييم فاعلية الاجراءات العلاجية المستخدمة لتعديل سلوك الأطفال المعوقين يتطلب قياس السلوك المستهدف . والقياس الجيد له مواصفات اساسية يجب التحقق من توفرها . ومن تلك المواصفات الصدق (Validity) والذي يعني ان اداة القياس تقيس الظاهرة السلوكية التي وضعت لقياسها . بعبارة أخرى ، ان القياس في برامج تعديل السلوك يكون صادقا اذا كانت البيانات المقدمة تمثل السلوك المستهدف تمثيلا دقيقا . ولذلك يستخدم الباحثون في ميدان تعديل السلوك مصطلح «دقة البيانات» للتعبير عن صدقها . ويشير هذا المصطلح الى ان البيانات التي تقدمها اداة القياس تتفق ومعايير معينة يتم تحديدها مسبقا . ومن الناحية العلمية فذلك يعني ان القياس يسمح للقائمين على تنفيذ برامج تعديل سلوك الاطفال المعوقين بالتنبؤ بالسلوك الملاحظ ويزودهم بمعلومات مفيدة حول الطرق الممكنة لتعديل السلوك المشكل ويمكنهم من اتخاذ القرارات المناسبة بشأن معنى البيانات التي تم جمعها (Whitman et al., 1983) . كذلك فان القياس الجيد يتصف بالثبات وذلك يعني ان اداة القياس تقيس السلوك المستهدف على نحو متسق وثابت . وفي الدراسات

العلاجية التقليدية والتي غالبا ما تستخدم أدوات قياس غير مباشرة (كما هو الحال بالنسبة للتقارير الذاتية واختبارات الشخصية) فإنه يتم التحقق من الثبات بطرق عديدة . أما في ميدان تعديل السلوك والذي يعتمد اساسا على الملاحظة المباشرة لتقييم فاعلية اجراءات تعديل السلوك (انظر الفصل الثالث) فالتحقق من ثبات البيانات يتضمن قيام اكثر من ملاحظ بتسجيل السلوك وملاحظته في فترات زمنية محددة ومن ثم حساب نسبة الاتفاق بين الملاحظين . واذا كان القياس النفسي غير المباشر يتأثر بعوامل مختلفة قد تهدد صدقه وثباته فان القياس المباشر ايضا عرضة لجملة من العوامل وفيما يلي عرض موجز لهذه العوامل .

### العوامل التي تؤثر في دقة الملاحظة

#### رد الفعل

تتضمن الملاحظة المباشرة ملاحظة السلوك المستهدف وتسجيله معا . وفي كثير من المواقف يكون الفرد موضع الملاحظة على معرفة بوجود الملاحظ . ونتيجة لذلك فان رد الفعل يحدث في بعض الحالات ذلك لان الافراد موضع الدراسة يستجيبون لوجود الملاحظين بتغيير سلوكهم .

فالسلوك قد يضعف ، او يقوى ، او يتغير أو لا يتأثر اطلاقا . فقد يحاول بعض الافراد تقديم انفسهم للملاحظين «في أحسن صورة» وقد تزيد الانماط السلوكية المقبولة اجتماعيا لديهم في وجود الملاحظ ، وقد يكون رد الفعل عند البعض الآخر عكس ذلك تماما . وحدوث اختلاف في ردود افعال الافراد لوجود الملاحظ يؤثر على الصدق الداخلي للدراسة لصعوبة عزل هذا التأثير عن تأثير المتغير التجريبي الذي تتناوله الدراسة . كذلك فان الصدق الخارجي ، او تعميم نتائج الدراسة ، هو الآخر قد يتأثر .

وعلى الرغم من ان الغالبية العظمى من الدراسات تركز على رد الفعل لدى الفرد التي تتم ملاحظته ، فان بعض الدراسات اهتمت بدراسة اثر الملاحظة على سلوك الملاحظين انفسهم . وهذا الاثر يمكن تسميته «رد فعل الملاحظ» وقد تم ايضاحه في عدة دراسات سابقة .

## توقعات الملاحظ والتغذية الراجعة

قد يظهر الملاحظون تحيزا وذلك نتيجة لتوقعاتهم من اداء الفرد التي تعتمد على عوامل مثل الجنس ، وسلوك الاقران ، او هدف الدراسة . ولما كان التحيز في الدراسة يعمل على اضعاف اية استنتاجات محتملة حول أثر المتغيرات المستقلة فان حدوثه امر بالغ الخطورة . فلقد اشار اوليري وكيننت (Oleary & Kent, 1977) في معرض حديثهما عن الملاحظة ، الى ان تقويم البيانات قد يتأثر بالتوقعات لوحدها . فمثلا ، اذا ابلغ الملاحظون ان الهدف من الدراسة هو خفض سلوك نمطي لدى طفل ما ، فهم يصبحون أكثر ميلا الى ان يجمعوا بيانات تؤكد ان السلوك المستهدف قد انخفض فعلا (Repp et al., 1988) .

كذلك قد تؤثر التغذية الراجعة من الباحثين على سلوك الملاحظين . فعلى سبيل المثال اوضح اوليري وكيننت وكانويتز (Oleary, Kent, & Kanowitz, 1975) ان توقعات الملاحظين غير كافية وحدها للتأثير على سلوك الملاحظين عند استخدامهم لاساليب الملاحظة المنظمة . وهناك عوامل أخرى مؤثرة منها : توقع تغير السلوك والتغذية الراجعة من الباحثين للملاحظين حول ما اذا كانت بياناتهم تؤيد صحة فروض الباحثين . في هذه الدراسة ، قام الباحثون انفسهم بتقديم التغذية الراجعة للملاحظين الا ان التغذية الراجعة قد تحدث نتيجة احداث اخرى في الموقف التجريبي .

## تحيز الملاحظ

التحيز ظاهرة معرفية تشتمل على ابتعاد الملاحظ تدريجيا عن التعريف الاصلي للسلوك المستهدف (المتغير التابع) ، مما ينتج عنه عدم الاتساق في تسجيل هذا السلوك وهذه الظاهرة ذات صلة بالبحوث ذات المنحى الفردي ، وبحوث مقارنة المجموعات ، ولهذا فهي تستحق اهتماما كبيرا . فعندما يحدث التحيز فانه لا يمكن مقارنة البيانات التي يتم جمعها في الظروف التجريبية المختلفة ، ذلك ان الملاحظة لم تعد تقيس نفس السلوك المستهدف بدقة .

وهذه الظاهرة ايضا تبرز الفرق بين اتفاق الملاحظين ودقة الملاحظين . فاتفاق الملاحظين يتم حسابه عن طريق مقارنة البيانات التي يقدمها كل منهم ، اما دقة الملاحظين ، فيتم التحقق منها عن طريق مقارنة البيانات التي يقدمها الملاحظون بمعايير تم وضعها مسبقا . ان اتفاق الملاحظين قد لا يعني بالضرورة ان بياناتهم تتصف بالدقة فنسبة الاتفاق العالية بين الملاحظين قد تكون على حساب دقة البيانات.

## اجراءات التسجيل

ان طريقة التسجيل ذاتها ، قد ينجم عنها اخطاء في البيانات ، تزيد بكثير عن الاخطاء التي يرتكبها الملاحظون انفسهم . إلا أنه لا تتوافر دراسات توضح ما اذا كانت اخطاء الملاحظين تختلف باختلاف طريقة التسجيل .

## مكان إجراء الملاحظة

على الرغم من ان معظم بيانات الملاحظة المباشرة يتم جمعها في الموقف الطبيعي ، الا ان بعضا منها يتم الحصول عليه باستخدام المسجلات والفيديو وذلك بهدف التقليل من علنية الملاحظة ووضوحها . ومع ان بعض أدوات الملاحظة قد تسبب رد الفعل في بادئ الامر ، الا ان الدراسات تشير الى ان هذا الاثر غالبا ما يكون سريع الزوال . فعلى سبيل المثال ، حاول كريستسنين وهازارد (Christensen & Hazzard, 1983) في احدي الدراسات التي تمت على مرحلتين ، حاول الباحثان في المرحلة الاولى معرفة ما اذا كانت الاسر التي تتم ملاحظتها باستخدام المسجلات تغير من انماط تفاعلاتها الايجابية والسلبية . فوجدا انه لم تحدث تغيرات تذكر على مدى ١٦ جلسة ملاحظة . وفي المرحلة الثانية من الدراسة نفسها ، قام الباحثان بمقارنة تفاعلات الاسر ، عندما تكون على علم بانها تخضع للملاحظة وتفاعلاتها عندما لا تكون على علم بذلك . ووجد ان انماط تفاعل اسرتين من ثلاث تمت ملاحظتها لم تتغير ، أما بالنسبة للأسرة الثالثة فلقد اشارت النتائج الى ان انماط التفاعل بين افرادها تغيرت في بداية الامر الا ان هذا التغير سرعان ما اختفى .

كذلك اوضحت دراسات اخرى عدم وجود فروق مهمة بين البيانات التي يتم جمعها في الموقف الطبيعي وتلك التي يتم جمعها باستخدام ادوات التسجيل .

## الانماط السلوكية لدى الفرد

ان خصائص الفرد تشتمل على طبيعة المظاهر السلوكية التي يبديها . ولقد تم بحث أثر مستوى تعقيد المظاهر السلوكية على دقة الملاحظين في الدراسة التي قام بها جونز وريد وبترسون (Jones, Reid Patterson, 1975) ، عرّف هؤلاء الباحثون مستوى تعقيد السلوك على انه مدى الصعوبة في التمييز المطلوب في جلسة الملاحظة ، وذلك يقاس بعدد الانماط السلوكية التي يتم ملاحظتها . ولقد وجد هؤلاء الباحثون

في سلسلة من الدراسات ارتباطا سالبا بين مستوى تعقيد السلوك ومعاملات الثبات . وبناء على ذلك ، خلص هؤلاء الباحثون الى القول بان الملاحظة تصبح اكثر صعوبة عندما تضم الفئة التي يصنف فيها السلوك مدى واسعا من الاستجابات . وفي ضوء هذا ، فان معاملات الثبات ستكون مضللة اذا اختلف مستوى تعقيد السلوك في الجلسات التي يتم حساب ثبات البيانات فيها عنه في الجلسات الاخرى (Repp et al., 1988).

### إمكانية التنبؤ بسلوك الافراد

قد يكون بالامكان التنبؤ بالسلوك لانه يظهر بشكل استجابات متتالية ، فتحدث استجابة تتبعها استجابة اخرى ، او لانه قد يحدث كثيرا او يحدث قليلا في كل جلسة فقد لاحظ ماش وميكلوي (Mash & Mc Elwee, 1974) ان ملاحظة المظاهر السلوكية التي تحدث بشكل متتابع اكثر سهولة من ملاحظة المظاهر السلوكية غير المتتابة .

واقترح باحثون آخرون ان معدل حدوث السلوك قد يؤثر على دية البيانات . فبعض انواع السلوك التي تحدث بمعدل اكثر من ٨٠٪ في مدة الملاحظة يتم تسجيلها في كل فترة ملاحظة سواء حدثت او لم تحدث . وهذا يبدو صحيحا وبخاصة عندما يحدث السلوك بشكل متكرر في الجزء الاول من الفترة الزمنية ولا يحدث الا نادرا في نهايتها . كذلك فان التدريب الاضافي كثيرا ما تكون هناك حاجة اليه للوصول الى بيانات دقيقة عن السلوك الذي يحدث بمعدلات قليلة ، الامر الذي كثيرا ما يتم تجاهله (Repp et al., 1988) .

### الإلفة بالموقف وبافراد الدراسة

واخيرا ، فان عددا من الباحثين قد اشار الى ان خصائص الموقف التجريبي قد تؤثر في دقة الملاحظين . فعلى سبيل المثال ، إن ألفة الملاحظ بالموقف التجريبي قد تجعل الملاحظة أسهل عليه ، مما يزيد من دقة بياناته . فقد لاحظ كينت وفوستر (Kent & Foster, 1977) ان معامل الثبات ينخفض عندما يبدأ الملاحظون بجمع البيانات في مواقف جديدة عليهم ، ثم يزداد التعود على الموقف . كذلك فان ألفة الملاحظ بأفراد الدراسة قد تسهل الملاحظة . وأخيرا ، فان بعض الخصائص الاخرى للموقف التجريبي ، كالتنشاط الكثير والضجيج ، قد تجعل الملاحظة اكثر صعوبة .

## التصاميم التجريبية

يستخدم الباحثون ما يعرف باسم التصاميم التجريبية (Experimental Designs) بهدف تنظيم ظروف التجربة على نحو يسمح لهم بتحديد أثر الاجراء العلاجي على السلوك المستهدف . ويطلق على الاجراء العلاجي اسم المتغير المستقل (Independent Variable) † في حين يطلق على السلوك المستهدف اسم المتغير التابع (Dependent Variable) . وتستخدم التصاميم التجريبية لايضاح العلاقات بين تطبيق البرنامج العلاجي والتغيير الذي يطرأ على السلوك المراد تعديله . ويؤمل ان تمكّن هذه التصاميم الباحث من التحقق من ان العلاج وحده ولا شيء غيره كان المسؤول عن التغيير في السلوك المستهدف . فاذا سمح التصميم بذلك يقال انه يتمتع بالصدق الداخلي (Internal Validity) بمعنى انه استطاع ضبط اثر المتغيرات الاخرى التي قد تغير السلوك والتي يطلق عليها اسم المتغيرات الدخيلة (Confounding Variables)

هذا ويستخدم الباحثون في ميدان تعديل السلوك بوجه عام والباحثون في ميدان تعديل سلوك الاطفال المعوقين بوجه خاص ما يسمى بتصاميم البحث ذات المنحنى الفردي (Single Case Experimental Designs) لايضاح الصدق الداخلي للنتائج التي تتمخض عنها البحوث

فبما ان ميدان التربية الخاصة يعتمد على التعليم الفردي ، لابد من تطوير منهجية بحث تسمح بتقييم الاجراءات التربوية والعلاجية على مستوى الفرد الواحد .

وهذه المنهجية ذات طبيعة عملية ، تمكّن معلمي التربية الخاصة من الاشتراك في تصميم البحث وتنفيذه (Tawney & Cast, 1984) الامر الذي يجعل البحوث ذات علاقة مباشرة بالتحديات الحقيقية التي يواجهها المعلمون . من ناحية ثانية ، غالبا ما تشتمل البحوث التقليدية على مقارنة متوسط اداء المجموعة التجريبية بمتوسط اداء المجموعة الضابطة . وذلك ينطوي على مشكلة التعميم من المجموعة إلى الفرد . فما يهمننا في التربية الخاصة هو تحسين اداء الفرد المعوق ومساعدته على تحقيق الاهداف التي يتضمنها برنامج التربية الفردي . ولذلك فالمعلومات التي تقدمها البيانات المتعلقة بمقارنة متوسط اداء المجموعات ليست بذات فائدة بالنسبة للتغيير الذي طرأ على اداء الافراد . فان توضح الدراسة ان متوسط اداء المجموعة التجريبية قد اختلف عن متوسط اداء المجموعة الضابطة وان ذاك الاختلاف كان ذا دالة احصائية لا ينفي احتمال ان يكون اداء بعض افراد المجموعة لم يتغير او انه تغير باتجاه سلبي بفعل المتغير المستقل ، وذلك عندما يكون عدد افراد المجموعة كبيرة . بل قد لا يتأثر اداء

اغلبية افراد المجموعة التجريبية ويتحسن اداء عدد قليل منهم ومع ذلك قد يظهر التحليل الاحصائي ان الفرق بين متوسط المجموعتين ذو دلالة احصائية . وفي هذه الحالة ، فان التحليل الاحصائي يطمس التغير الحقيقي الذي طرأ على سلوك الفرد الواحد .

والاهم من ذلك كله ، ان التركيز على متوسط اداء المجموعة يؤدي إلى طمس مصادر التباين في قيمة المتغير التابع . فالاعتقاد بان المتغيرات الدخيلة ، يمكن ضبطها احصائيا اعتقاد خاطيء والضبط الاحصائي لا يمكن له ان يكون بديلا عن الضبط التجريبي . وعلى اية حال ، فهذا ليس صحيحا في البحوث ذات المنحى الجمعي فحسب ولكنه صحيح في البحوث ذات المنحى الفردي ايضا عندما يلجأ الباحثون إلى استخدام اساليب الضبط الاحصائي (الخطيب ، ١٩٨٩) .

كذلك فان منهجية البحث ذات المنحى الفردي توفر معلومات لا يمكن الحصول عليها من خلال مناهج البحث التجريبي التقليدية . وهذه المعلومات تتعلق بالعادة بتعديل سلوك الفرد الواحد وهذا هو ما يهم الممارسين ليس في ميدان التربية الخاصة فحسب ، وانما في ميادين الارشاد ، وعلم النفس العيادي ، وغير ذلك .

اما فيما يتعلق بتصاميم البحث ذي المنحى الفردي فلعل اكثرها استخداما تصميم (أ - ب - أ - ب) ، وتصميم الخطوط القاعدية المتعددة ، وتصميم العناصر المتعددة (الخطيب ، ١٩٨٩) .

تصميم أ - ب - أ - ب : وهو يشتمل على أربعة مراحل هي :

أ . مرحلة الاساس الاولى وفيها يتم قياس المتغير التابع بشكل متكرر قبل الشروع في معالجته .

ب . مرحلة العلاج الاولى وتشمل تطبيق الاجراءات التجريبية مع الاستمرار بقياس المتغير التابع .

ج . مرحلة الاساس الثانية وفيها يتم التوقف عن المعالجة والاستمرار بقياس المتغير التابع .

د . مرحلة العلاج الثانية وفيها يتم تطبيق الاجراءات العلاجية مرة ثانية .

فإذا تبين ان قمية المتغير التابع تتغير عند تطبيق المتغير المستقل وتعود إلى ما كانت عليه سابقا عند التوقف عن تطبيق المتغير المستقل ، تكون العلاقة الوظيفية بين المتغير المستقل والمتغير التابع قد اتضحت . هذا ويوضح الشكل ١٢ - ١ هذا التصميم .

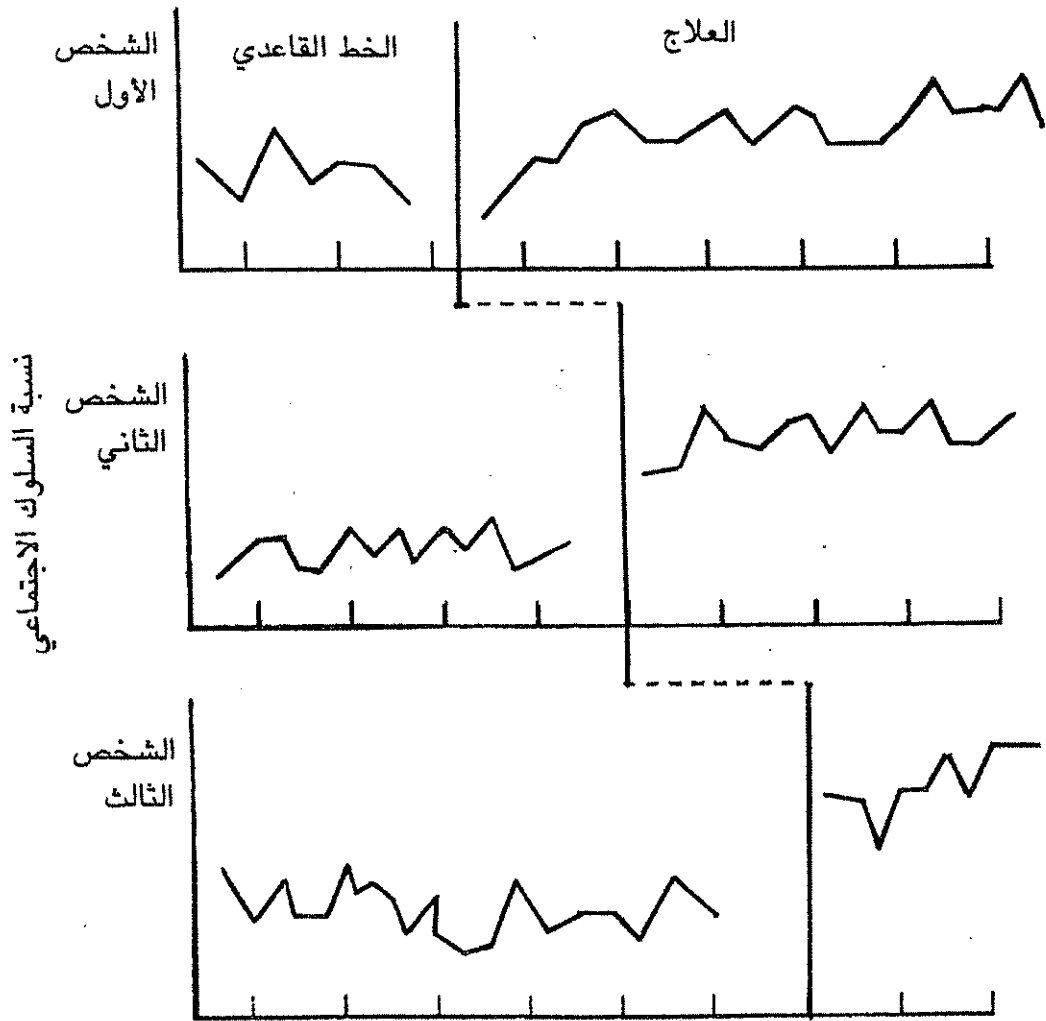


الشكل رقم (١٢ - ١) رسم بياني يوضح تصميم (أ - ب - أ - ب)

### تصميم الخطوط القاعدية المتعددة (Multiple - Baseling Design) :

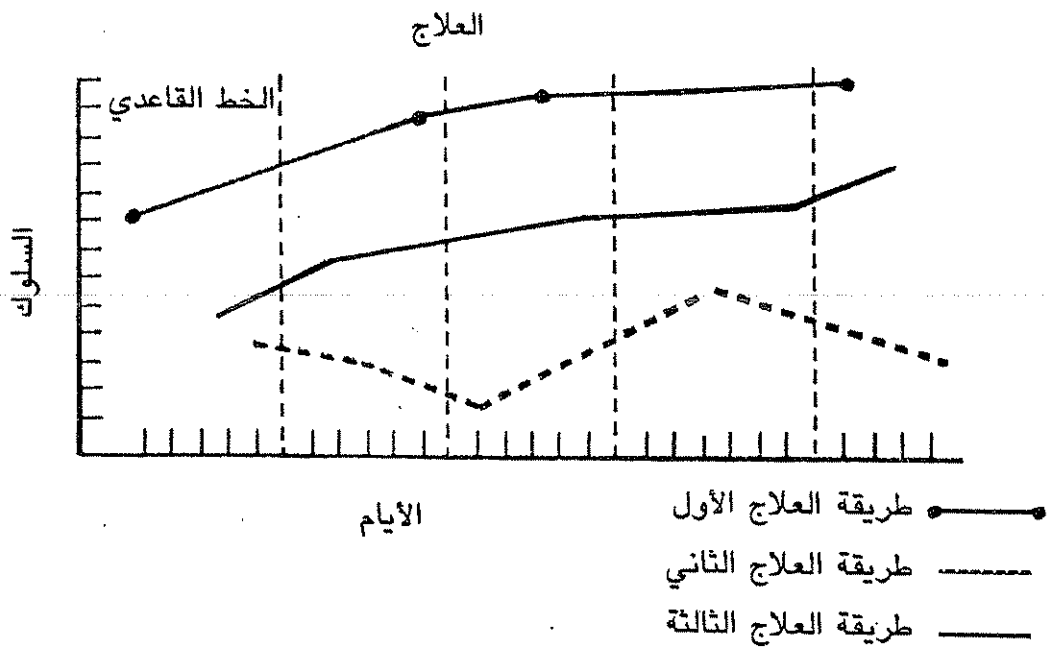
ويشتمل هذا التصميم على دراسة عدة متغيرات تابعة في الوقت نفسه . ففي البداية يقوم الباحث بقياس جميع المتغيرات التابعة بشكل متكرر ، ويستمر بذلك إلى ان تستقر . وبعد ذلك يبدأ الباحث بمعالجة السلوك الاول إلى ان تتغير قيمته وتستقر ، فيبدأ بمعالجة السلوك الثاني إلى ان تتغير قيمته وتستقر ، ثم يبدأ بمعالجة السلوك الثالث ، وهكذا . فإذا تبين ان المتغيرات التابعة تتغير عند تطبيق المتغير المستقل فقط ، يكون التصميم قد اوضح الضبط التجريبي بشكل مقنع .

ويمكننا ايضاح تصميم الخطوط القاعدية المتعددة بيانيا كما في الشكل رقم (١٢ - ٢)



الشكل رقم (١٢ - ٢) رسم بياني يوضح تصميم الخطوط القاعدية المتعددة

تصميم العناصر المتعددة (Multi - element Design) او ما يعرف ايضا بتصميم طرق العلاج المتعاقبة (Alternating Treatments Design) . ويسمح هذا التصميم بمقارنة فاعلية طريقتي علاج او اكثر وذلك من خلال تطبيق طرق العلاج المختلفة بشكل متعاقب وسريع في فترات زمنية محددة . واثناء ذلك يقوم الباحث بقياس السلوك المستهدف (المتغير التابع) بشكل متكرر ، فاذا تبين ان طرق العلاج المختلفة قد أدت إلى فروق جوهرية في قيمة المتغير التابع يكون الضبط التجريبي قد اتضح والشكل رقم (١٢ - ٣) يبين هذا التصميم .



الشكل رقم (١٢ - ٣) رسم بياني يوضح تصميم العناصر المتعددة

واخيرا ينبغي الاشارة إلى الصدق الخارجي (External Validity) . لقد كان من اكثر الانتقادات التي وجهت إلى منهجية البحث ذات المنحى الفردي هي تلك المتصلة بتعميم النتائج . ان هذه التصاميم التجريبية تفتقر إلى الصدق الخارجي . وقد اعاقت هذه القضية اكثر من اية قضية اخرى استخدام هذه المنهجية في البحث اذ دفعت بالكثيرين إلى التشكيك في جدواها . الا ان اهتمام الباحثين المستخدمين لمنهجية البحث ذات المنحى الفردي بايضاح عمومية النتائج لا يقل عن اهتمام الباحثين عموماً بذلك ، ولكن الفرق يتمثل في كيفية ايضاح التعميم . فخلافاً للمنحى التجريبي التقليدي والذي يشتمل على مقارنة المجموعات ويقوم على افتراض ان نتائج البحث يمكن تعميمها من العينة إلى مجتمع الدراسة ، تعتمد منهجية البحث ذات المنحى الفردي على التكرار (Replication) لايضاح عمومية النتائج . والتكرار نوعان هما :

أ - التكرار المباشر (Direct Replication)

ب - التكرار المنظم (Systematic Replication)

وما يعنيه التكرار المباشر هو إعادة تطبيق الاجراءات التجريبية نفسها على يد الباحث نفسه . وقد يعاد تطبيق الاجراءات على الفرد نفسه وذلك بهدف زيادة الثقة بعمومية النتائج . ويتيح لنا التكرار المباشر امكانية التحقق من عمومية النتائج على الافراد ولكنه لا يسمح باختبار عموميتها في اوضاع تطبيقية مختلفة ، او فيما يتعلق بمظاهر سلوكية مختلفة ، او فيما يتعلق بمعالجين مختلفين . وهذا ما يحاول التكرار المنظم تحقيقه اذ أنه يعني محاولة تكرار نتائج دراسات التكرار المباشر في اوضاع عيادية مختلفة ، وعلى ايدي معالجين مختلفين ، ولمعالجة مشكلات سلوكية مختلفة . (Hersen & Barlow, 1976)

## خلاصة

حاول هذا الفصل القاء الضوء على العوامل الرئيسية التي ينبغي مراعاتها عند تقييم فاعلية برامج تعديل السلوك التي تهدف إلى تغيير سلوك الاطفال المعوقين . فقد تناول الفصل بعض القضايا المهمة المتصلة بقياس السلوك ووضح العوامل التي قد تؤثر على دقة البيانات . وعلى وجه التحديد ، عالج الفصل ردّ الفعل ، وتوقعات الملاحظ ، والتغذية الراجعة ، وتحيز الملاحظ ، واجراءات الملاحظة ، وبعض العوامل الاخرى . وقدم بعض الاقتراحات لزيادة دقة البيانات التي يجمعها الملاحظون .

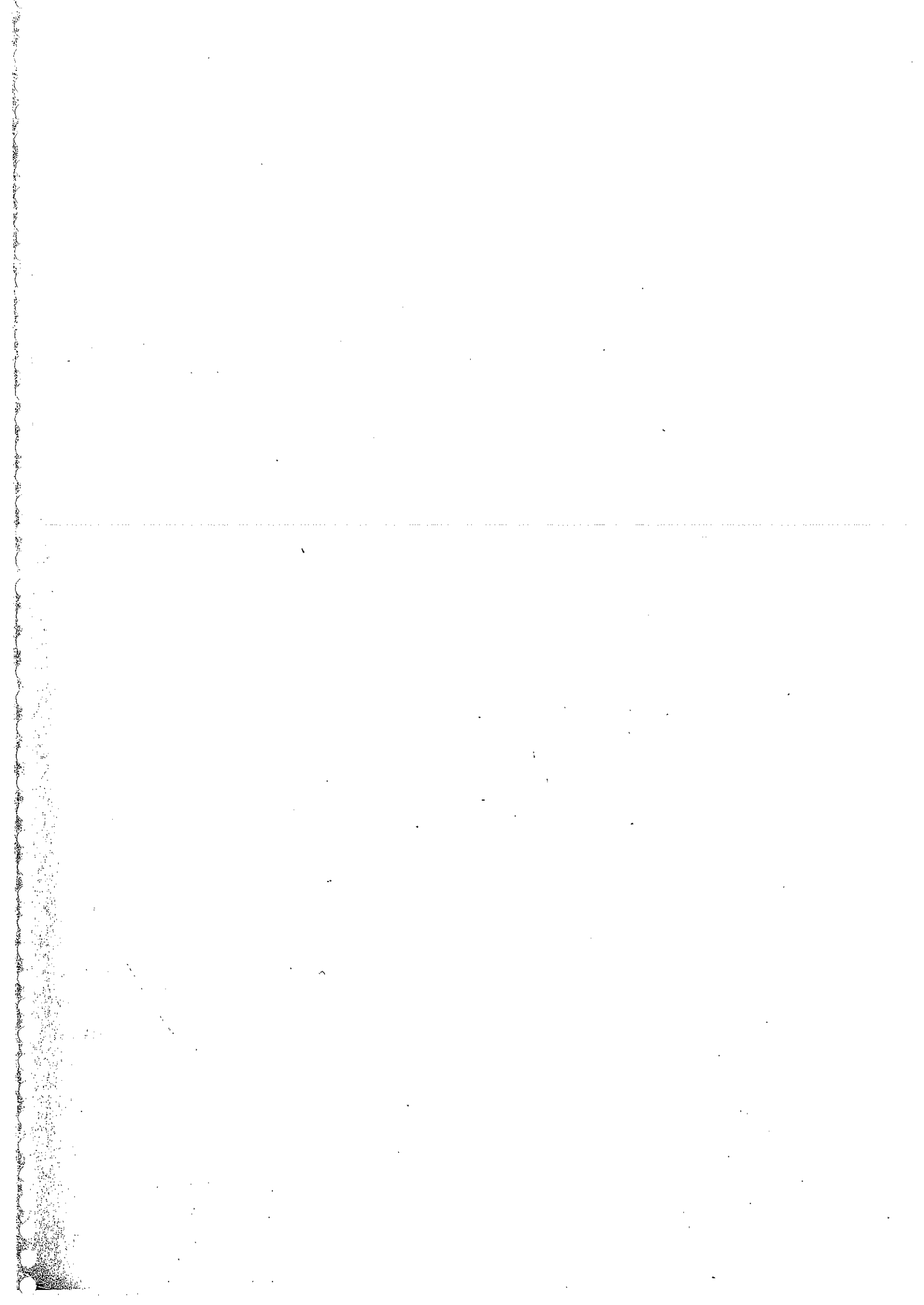
وناقش الفصل تصاميم البحث التجريبية المستخدمة في ميدان تعديل السلوك وهي تصميم (أ - ب - أ - ب) وتصميم الخطوط القاعدية المتعددة ، وتصميم العناصر المتعددة . ويتضح من مناقشة هذا التصاميم ان تقييم برامج تعديل السلوك لا يقتصر على التحليل الاحصائي للتغيرات التي تطرأ على السلوك المستهدف ولكنها تشمل التحليل البصري للبيانات التي يتم عرضها عادة من خلال الرسوم البيانية .

## أسئلة

- ١ . كيف تستطيع الحد من أثر العوامل التالية على دقة البيانات التي تجمعها بالملاحظة المباشرة ؟
  - أ - رد الفعل
  - ب - توقعات الملاحظة
  - ج - تحيز الملاحظ
  - د . اجراءات الملاحظة
- ٢ . لماذا يفضل معدلو السلوك استخدام تصاميم البحث التجريبي ذات المنحى الفردي اكثر من التصاميم ذات المنحى الجمعي ؟ هل تستطيع ذكر أسباب أخرى اضافة إلى تلك التي وردت في الفصل ؟
- ٣ . لماذا الاهتمام بقضايا الصدق الداخلي والصدق الخارجي في البحوث المتعلقة بتعديل سلوك الاطفال المعوقين ؟
- ٤ . متى يكون تصميم (أ - ب - أ - ب) مناسباً لتقييم فاعلية اساليب تعديل السلوك ومتى لا يكون مناسباً ؟

## المراجع

- جمال الخطيب (١٩٩٠) مدى استخدام منهجية البحث ذات المنحى الفردي في ميدان التخلف العقلي : دراسة بيلومترية مجلة ابحاث اليرموك ، ١٦ ، ٢ ، ١١٣ ، ١٣١ .
- Campbell, D., & Stanley, J. (1963). **Experimental and quasi - experimental designs for research**. Boston; Houghton Mifflin Company .
- Christensen, A., & Hazzard, A. (1983). Reactive effects during naturalistic observation of families. **Behavioral Assessment, 5**, 349 - 362.
- Hersen, M., & Barlow, D. (1976). **Single case experimental designs : Strategies for srudying behavior change**. New Yourk Pergamon Press.
- Jones, R. Reid, J., & Patterson, G. (1975); Naturalistic observation in dinical assessment. In P. Mcreynolds (Ed.) **Advances in psychological assessment**. San Francisco; Jossey O Bass.
- Kent, R., & Foster, S. (1977). Direct observational Procedures. In A. Ciminero; K. Calhoun, & H. Adam (Eds.), **Handbook of behavioral assessment**. New York; John Wiley.
- Mash, E., & Mc Elwee, J. (1974). Situational effects on observer accuracy. **Child Development, 45**, 367 - 377.
- Oleary, K., & kent, R. (1977). Sources of bias in observational recording. In B. Etzel, J. LeBlanc, & D. Baer (Eds.) . **New developments in behavioral research, theory, method and application**. Erlbaum.
- Oleary, K., Kent, R., & Kanwitz, J. Shaping data congruent with experimental hypothesis. **Journal of of Applied Behavior Analysis, 8**, 43 - 51.
- Repp, A., Nieminen, G., Olinger, E., & Brusca, R. (1988). Direct observation: Factors affecting the accuracy of observers. **Exceptional Children, 55**, 25 - 37.
- Tawney, J., & Gast, D. (1984). **Single subject research in special education**. Columbus, Ohio; Charles E. Merrill.
- Whitman, T., Sciback, J., & Reid, D. (1983). **Behavior modification with severely and profoundly retarded: Research and application**. New York; Academic Press.



## الفصل الثالث عشر

### تدريب والدي الطفل المعوق

## مقدمة :

يشكل العمل مع والديّ الطفل المعوق أحد الوظائف المهمة التي يقوم بها معلمو التربية الخاصة . فالإعاقة لا تؤثر على الطفل فحسب ولكنها تؤثر على أفراد الأسرة بوجه عام والوالدين بوجه خاص . وكما ان للطفل المعوق حاجات خاصة فإن لوالديه أيضاً حاجات خاصة يجب معرفتها والعمل على تلبيتها . على أن والدي الطفل المعوق ليسا بحاجة الى ان تقدم لهما خدمات ارشادية ودعم وتوجيه فقط فهما يستطيعان ان يقدموا معلومات مهمة وأن يقوموا بأدوار رئيسية فيما يتصل بعملية تربية وتدريب الأطفال المعوقين في كل من المدرسة والبيت . وقد أدركت الكوادر العاملة مع الأطفال المعوقين في دول العالم المختلفة هذه الحقيقة فعمدت الى تخطيط وتنفيذ استراتيجيات التدريب الفعّالة التي من شأنها مساعدة الآباء والأمهات على القيام بالأدوار الموكلة اليهم على أفضل وجه ممكن .

ومن الأهمية بمكان أن تستند الخدمات الارشادية والتدريبية لوالديّ الطفل المعوق الى تقييم موضوعي لحاجاتهما الحقيقية . وقد ترتبط هذه الحاجات بقضية تعديل سلوك الطفل ، أو بقضايا عامة مختلفة تهم الأسرة ككل أو غير ذلك . وحتى يستطيع معلم التربية الخاصة فهم الحاجات الفعلية للوالدين والمشكلات والصعوبات التي ينبغي العمل معهما على ايجاد الحلول لها ، يجب بناء علاقة ألفة معهما . وذلك يتطلب الدفء والتعاطف والاصالة في العلاقة بين الطرفين .

## مبررات تدريب الوالدين :

لقد طرأت تغيرات كبيرة على نظرة العاملين في مدارس ومؤسسات التربية الخاصة الى آباء وأمهات الأطفال المعوقين في السنوات الماضية . ففي حين كان الآباء والأمهات يعاملون بوصفهم يحتاجون الى المعلومات والارشاد وأنه ليس لديهم شيء يقدمونه للعاملين في ميدان التربية الخاصة ، أصبح المهنيون حديثاً يدركون أهمية الدور الذي يلعبه الوالدان في التأثير على النمو الكلي لطفلهم المعوق . فمن الممكن أن يتعلم الوالدان مبادئ وأساليب تعديل سلوك الأطفال المعوقين وبمقدورهما احداث تغيرات ذات أهمية في سلوك طفلهم .

وقد أصبح تدريب والدي الطفل المعوق عنصراً أساسياً في برامج التربية الخاصة . ويهدف هذا التدريب الى مساعدة الوالدين على إكتساب المهارات التي من شأنها أن تجعل منهما معلمين فاعلين لطفلهم المعوق . ويتبين من مراجعة الادب المتصل بهذا



الموضوع أن البحوث قد بينت امكانية تدريب الآباء على معالجة العديد من المشكلات لدى اطفالهم ونذكر منها هنا العدوان ، والعناد ، وايداء الذات ، والتقويؤ النفسي ، والتبول اللاإرادي ، والبدانة . وقد جرت العادة أن تستخدم اجراءات التدريب الفردي إلا أن بعض الدراسات قد بينت فاعلية اجراءات التدريب الجمعي أيضا (Adesso & Lipson, 1981) .

وإدراكا منهم لهذه الحقيقة فقد بذل العاملون في ميدان التربية الخاصة في العقود الماضية جهودا كبيرة للتأثير ايجابيا على نمو الطفل المعوق من خلال تدريب الوالدين وتعليمهما اساليب التنشئة والضبط المناسبة . وقد لخص هيوارد، وداردج (Heward & Dardig, 1978) مبررات تدريب والدي الطفل المعوق على النحو التالي :-

- ١ - ان الوالدين بحاجة الى نظام تعليمي مخطط له يساعدهما على تغيير أنماط التفاعل مع طفلهما المعوق ، وهما ايضا بحاجة الى ممارسة لغة جديدة ومهارات جديدة للتفاعل مع الآخرين ذوي العلاقة .
- ٢ - ان الوالدين بحاجة الى التحدث للآخرين عن محاولتهما الناجحة وغير الناجحة لضبط سلوك الطفل في البيت . فذلك من شأنه أن يقود الى مناقشة ونقد الاجراءات غير الفعالة وتطوير الاجراءات المناسبة والفعالة بدلا منها .
- ٣ - ان الوالدين بحاجة الى التعرف على المحاولات الناجحة التي يقوم بها الآباء والأمهات الذين لديهم أطفال معوقون . ولذلك يلجأ القائمون على برامج التدريب الى اعطاء دور للآباء والأمهات الذين نجحوا في تحقيق الاهداف المتوخاة .
- ٤ - ان الوالدين بحاجة الى أن يطرحا الاسئلة ويحصلوا على الاجوبة المناسبة من المهنيين والآباء الاخرين .
- ٥ - ان الوالدين بحاجة الى ان يتعرفوا على المتخصصين الذين يقدمون الخدمات لطفلها المعوق وهما بحاجة الى التعرف الى الآباء والأمهات الذين لديهم اطفال يعانون من الاعاقة ذاتها . وباستطاعة برامج التدريب توفير الظروف المناسبة لتحقيق ذلك .

هذا وتعتبر أساليب تعديل السلوك الاكثر استخداما في برامج تدريب آباء وأمهات الاطفال المعوقين . والسبب في ذلك هو أن هذه الأساليب تمكّن الوالدين من لعب دور مهم وفاعل في الخدمات التربوية والعلاجية المقدمة لطفلها المعوق . وقد أكد اوديل (O'Dell, 1974) ان تبني منحى تعديل السلوك في تدريب الوالدين يتمتع بالخصائص الايجابية التالية :-

- ١ - من الممكن ايضاح اساليب تعديل السلوك للوالدين حتى لو لم يكونا على معرفة باجراءات التدخل العلاجي النفسي والتربوي التقليدية .
- ٢ - ان تعديل السلوك يتصف بكونه عملا منظما يستند الى نتائج البحوث التجريبية .
- ٣ - من الممكن استخدام التدريب الجمعي لايضاح مبادئ تعديل السلوك وأساليبه لأباء وأمهات الاطفال المعوقين .
- ٤ - من الممكن تدريب والدَي الطفل المعوق على استخدام أساليب تعديل السلوك في فترة زمنية نسبية .
- ٥ - ان منحى تعديل السلوك لا يفترض وجود مرض أو اضطراب نفسي وراء المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل المعوق .
- ٦ - ان بالإمكان معالجة العديد من المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعوقين باستخدام أساليب تعديل السلوك .
- ٧ - ان منحى تعديل السلوك يوفر الفرص المناسبة لمعالجة السلوك المشكل في البيئة الطبيعية التي يحدث فيها وبمشاركة الاشخاص الذين يتعاملون مع تلك المشكلات ويعانون منها .
- ٨ - ان اجراءات تعديل السلوك تمكّن المهنيين في ميدان التربية الخاصة من توظيف كفايتهم المهنية بشكل فعال وعملي .

ولذلك فقد أخذت مؤسسات الاطفال المعوقين على عاتقها مسؤولية تخطيط وتنفيذ برامج التدريب التي تستطيع مساعدة الوالدين على ان يقوموا بدور حيوي وفعال في العملية التربوية الخاصة جنبا الى جنب مع أعضاء الفريق التربوي المتخصص . على أن قيام الوالدين بهذا الدور لم يكن محصلة لادراك المعلمين والمهنيين الآخرين لاهميته بالنسبة لنجاح الخبرات المدرسية للطفل المعوق فحسب ولكنه ايضا كان نتيجة لضغوط الآباء أنفسهم والحاحهم على معرفة الخدمات الفعالة (Stephens, Blackhurst & Magliocca, 1982) .

ان تدريب الوالدين يعود بفوائد جمة على الطفل المعوق . وهو أيضا يعود بفوائد كثيرة بالنسبة للوالدين والمدرسة . فبالنسبة للطفل المعوق يُتوقع ان يقود تدريب الوالدين ومشاركتهما في تخطيط وتنفيذ الخدمات الى اتباع اجراءات سلوكية عامة وأساليب ضبط متشابهة في كل من المدرسة والبيت . وذلك يزيد فرص النمو والتعلم المتاحة للطفل . فمن المعروف أن الاطفال المعوقين قد لا يُعمّمون ما يتعلمونه من مهارات في المدرسة الى البيت ما لم يكن هناك تواصل فعال بين المعلمين والآباء وما لم تتوفر فرصة ممارسة السلوك المكتسب وتعزيزه خارج نطاق البيئة المدرسية الصفية

وإذا كانت المدرسة توظف أساليب معينة لضبط سلوك الطفل وتعديله وكانت الأسرة تستخدم أساليب أخرى مناقضة فالطفل لن يعرف قواعد السلوك الشخصي والاجتماعي المناسب وقد لا يمثل لها .

وبالنسبة للمعلمين فإن برامج التدريب توفر لهم فرصاً هم بحاجة ماسة إليها لتفهم مشكلات الأسرة وحاجاتها ورغباتها . لذلك فإن مشاركة الوالدين في العملية التربوية تسهل على المعلمين القيام بالمهام الموكلة اليهم وتوفر لهم الوقت الذي يحتاجون إليه لتعليم الأطفال المعوقين . فإذا شارك الوالدان في نشاطات صفية معينة أو أعمال تطوعية أو إذا قاما بتدريب الطفل في البيت فإن ذلك يشكل مصادر دعم مهمة بالنسبة للمعلمين .

### تخطيط وتنفيذ برامج تدريب الوالدين

يتطلب تخطيط وتنفيذ برامج التدريب المناسبة لوالدي الطفل المعوق بذل جهود كبيرة . ولكي يتسنى لمعلمي التربية الخاصة اعداد مثل هذه البرامج فمن الضروري مراعاة ظروف عملهم حيث العبء التدريسي كبير وحيث يتضمن عملهم التعليم الفردي للأطفال المعوقين وملاحظة وتسجيل استجاباتهم بتواصل وما الى ذلك . ومن الممكن اتاحة الفرص المناسبة للمعلمين للمشاركة الفاعلة في تخطيط وتنفيذ برامج التدريب للوالدين سواء فيها البرامج الفردية أو الجماعية من خلال خفض العبء التدريسي وتوفير مساعدي معلمين ومكافئتهم بشكل أو بآخر .

وبوجه عام ، يقترح مراعاة القضايا الرئيسية التالية عند تصميم برامج تدريب والديّ الطفل المعوق :

- ١ - تحديد الحاجات التعليمية والارشادية للوالدين (انظر الجدول رقم ١٣ - ١) .
- ٢ - اختيار الاهداف وتوظيف الوسائل التعليمية وتصميم النشاطات التعليمية المناسبة لتلبية حاجات الوالدين .
- ٣ - استخدام نموذج نظري محدد بشكل ثابت ومنظم .
- ٤ - استخدام منحنى منظم وعملي في عملية التدريب .
- ٥ - اتاحة الفرص الكافية للتفاعل بين الآباء على نحو مفيد (انظر الجدول رقم ١٣ - ٢)
- ٦ - تقييم نتائج برنامج التدريب .
- ٧ - توفير فرص المتابعة اللازمة (Heron & Harris, 1982) .

إضافة الى هذه القضايا فان نجاح أو فشل برامج التدريب للوالدين يعتمد على عوامل أخرى مختلفة وفيما يلي وصف موجز لتلك العوامل :-

#### ١ - موعد اللقاء :

يجب تحديد المواعيد بما يتلاءم وظروف عمل الآباء . كذلك فان تحديد اللقاءات في أيام تختلف من أسبوع الى آخر قد يجعل من الصعب على الآباء الحضور والمشاركة .

#### ٢ - مدة اللقاء :

بوجه عام ، يفضل أن يستمر اللقاء مدة ساعة الى ساعتين . على ان تحديد المدة بدقة يجب ان يعتمد على عدد المشاركين .

#### ٣ - عدد اللقاءات :

يعتمد عدد اللقاءات على حاجات الآباء وعلى المهارات التي سيحاول البرنامج التدريبي مساعدتهم على اكتسابها ، وبما أن معدل التعلم وسرعته يختلفان من أب الى آخر فلا بد من تحديد عدد اللقاءات أو الجلسات التدريبية بمرونة .

#### ٤ - مكان اللقاء :

بوجه عام يجب ان يجري التدريب في مكان يستطيع الآباء الوصول اليه دون مشقة . وتعتبر المدرسة مكانا مناسباً لهذه الغاية . ففيها تتوفر عادة الوسائل البصرية السمعية والادوات والمواد التعليمية الاخرى .

#### ٥ - عدد المشاركين في البرنامج :

على الرغم من عدم توفر قوانين محددة في هذا الشأن الا انه يقترح تشكيل مجموعات صغيرة من المتدربين . فالمجموعة الصغيرة تسمح للآباء بالمشاركة بشكل فعال والافصح عن المشكلات التي يواجهونها .

#### ٦ - الاعلان عن البرنامج :

وأخيراً ينبغي على القائمين على تنفيذ البرنامج التدريبي القيام بالاعلان عنه وعن محتوياته والاهداف التي يُتوخى تحقيقها والاشخاص المسؤولين عن التدريب . هذا ويوضح الجدول رقم (١٣ - ٣) المبادئ العامة التي ينبغي على القائمين على برامج تدريب الوالدين مراعاتها .

## الجدول رقم (١٣ - ١)

### بعض الحاجات الاساسية لوالديّ الطفل المعوق

- ١ - ما هي طبيعة مشكلة طفلي ؟  
ان الوالدين بحاجة الى تفسير واضح وكامل للمشكلة التي يعاني منها طفلها .  
وهما ليسا بحاجة الى تشخيص عام فحسب ولكنهما بحاجة الى ان يعرفا اوضاع  
الأطفال الذين يعانون من المشكلة ذاتها والخدمات التي تقدم وفعاليتها .
- ٢ - ما هو سبب مشكلة طفلي ؟  
يولي والدا الطفل المعوق اسباب الاعاقة اهتماما كبيرا . انهما بحاجة الى ان يعرفا  
اذا كانت الاعاقة تعود الى عوامل تتصل بهما أو بعوامل جينية او بيئية محددة .
- ٣ - ما هي الخدمات التشخيصية المتوفرة ؟  
بيدي الوالدان ايضا قدرا كبيرا من الاهتمام بتشخيص اعاقة الطفل وبالجهات أو  
الاشخاص الذين يقومون بعملية التشخيص وبالاساليب والادوات التي  
يستخدمونها وبالتكلفة المالية لذلك كله .
- ٤ - ماذا أتوقع من طفلي ؟  
ان الوالدين لا يهتمان بالوضع الحالي للطفل فقط ولكنهما يودان معرفة ما يخبؤه  
المستقبل فيما يتعلق بنمو الطفل (معرفيا وحركيا وانفعاليا واجتماعيا) وبالامور  
الدراسية والنمو المهني .
- ٥ - ما هو البرنامج التربوي الافضل لطفلي ؟  
يحرص الوالدان على ان يحصل طفلها المعوق على الخدمات التربوية والعلاجية  
المناسبة . انهما بحاجة الى ان يعرفا ماذا سيتعلم طفلها ومن الذي سيعلمه وما  
هي الأساليب والادوات التي سيتم استخدامها .
- ٦ - كيف استطيع مساعدة طفلي ؟  
ان الوالدين ايضا بحاجة الى ان يتعرفوا ويتعلما الادوار التي عليهما القيام بها في  
البيت لمساعدة المدرسة على تحقيق الاهداف المنشودة .
- ٧ - كيف ستؤثر المشكلة لدى طفلي على العلاقات الشخصية ؟  
كذلك فان الوالدين بحاجة الى الحصول على معلومات مفيدة فيما يتصل  
بعلاقتهم بطفلها المعوق وعلاقته هو بالآخرين . انهما بحاجة الى ان يعرفا سبل  
التغلب على المشكلات الاجتماعية والنفسية التي قد تحدث .

## الجدول رقم (١٣ - ٢)

### بعض النقاط التي يجب مراعاتها عند العمل مع والدي الطفل المعوق

- ١ - وضّح للوالدين طبيعة المشكلة التي يعاني منها طفلهما بأسرع وقت ممكن ، ولكن بطريقة موضوعية تخلو من الاحكام غير المبررة .
- ٢ - حاول ان تجتمع بكلا الوالدين كلما كان ذلك ممكنا ، فذلك يساعد على فتح قنوات التواصل بينهما ويعدهما للتعامل مع الوضع بطريقة أفضل .
- ٣ - استخدم اللغة التي يستطيع الوالدان فهمها وتذكر ضرورة تجنب المصطلحات العلمية المتخصصة التي لا تعني شيئا للوالدين الا اذا كان بإمكانك توضيح معناها لهما .
- ٤ - ساعد الوالدين على التعامل مع مشكلة الطفل على أنها مشكلة تهمهما وان عليهما اتخاذ القرارات اللازمة فيما يتصل بالخدمات الافضل لطفلهما .
- ٥ - ساعد الوالدين على فهم مشكلة طفلهما فلا تتوقع أن الامر واضح لهما ولذلك زودهما بالقراءات المناسبة وأعمل على اتاحة الفرص لهما لمناقشة المشكلة .
- ٦ - تعامل مع الوالدين بطريقة ايجابية فلا توجه لهما الانتقادات أو الاتهامات فهما بحاجة الى تفهمك ودعمك وخبرتك .
- ٧ - تذكر أن والدي الطفل المعوقين كغيرهما من الآباء والامهات لديهما آمال وطموحات ومشكلات وصعوبات فلا تعاملهما على انهما والدا طفل معوق فحسب .
- ٨ - تذكر أنك مهني متخصص وأنها والدان يستجيبان لوضع الطفل بطريقة عاطفية فاحرص على ان توضح لهما سبل مساعدة الطفل الفعالة .
- ٩ - تذكر أهمية الدور وطبيعة الأثر الذي تنطوي عليه اتجاهاتك نحو الطفل ووالديه .

## الجدول رقم (١٣ - ٣)

### المبادئ العامة لتنفيذ برامج تدريب الوالدين

- ١ - اعمل على تحديد أهداف أسبوعية منذ البدء بتطبيق البرنامج التدريبي ، قم بتحديد أهداف قابلة للتحقيق بسرعة وبسهولة . فذلك يعطي الوالدين شعورا بالانجاز واحساسا بالقدرة على المساهمة في النشاطات التربوية .
- ٢ - وضح للوالدين ماذا يفعلان يتعلم الوالدان بطريقة افضل اذا وضح لهما المدرب ماذا يفعلان ولم يكتف بابلاغهما لفظيا فقط بذلك . كذلك فان على المدرب ان يبين لهما كيف يفعلان الاشياء المطلوبة .
- ٣ - دع الوالدين يمارسان تعليم المهارة ان من الاهمية بمكان أن يوفر البرنامج التدريبي للوالدين فرصة القيام بالنشاطات التعليمية والاجراءات السلوكية التي يوضحها المدرب . فذلك ينمّي الثقة بالذات ويتيح للمدرب فرصة تصويب الاخطاء في حالة حدوثها .
- ٤ - عزز الوالدين ان التعزيز لا يدعم الاستجابات الصحيحة لدى الطفل فحسب ولكنه يدعم الافعال الصحيحة للوالدين أيضا . لا تتوقع تغيرات هائلة وسريعة في سلوك الوالدين فتغيير أنماط السلوك القديمة يتطلب الصبر والممارسة والتعزيز .
- ٥ - راعي الفروق الفردية تذكر ان الاب فرد له خصائصه المميزة ولذلك احرص على تعديل الطريقة المستخدمة تبعاً لخصائصه .
- ٦ - دع الوالدين يشاركان في التخطيط ان مشاركة الوالدين في تخطيط الاهداف والنشاطات يزيد من دافعيتهما لتنفيذ البرنامج .

## طرق تدريب الوالدين

لتعريف والديّ الطفل المعوق بمبادئ تعديل السلوك ولتطوير القدرة لديهما على تطبيق تلك المبادئ بشكل صحيح يوظف المتخصصون في ميدان التربية الخاصة طرقاً عدة . في هذا الجزء من الفصل نعرض لتلك الطرق والتي تشمل : النمذجة ، ولعب الأدوار ، والملاحظة ، والممارسة السلوكية ، والتدريب الخاص .

### النمذجة (Modeling)

تعتبر النمذجة والتي تتضمن الملاحظة والتقليد واحدة من الطرق الأساسية التي يُعتمد عليها لتدريب آباء الاطفال المعوقين على استخدام اساليب تعديل السلوك . فقد تبين في دراسات عديدة ان هذه الطريقة تحقق الاهداف المرجوة حيث انها تمكن الاباء من اكتساب المعلومات والمهارات اللازمة . وتتضمن عملية تدريب الوالدين باستخدام النمذجة قيام كل من المدرب (المعلم أو غيره) والوالدين بتكرار الخطوات التالية الى ان يتقن الوالدان المهارة : -

- أ - يوضح المدرب كيفية تأدية المهارة أو النشاط مع الطفل المعوق ويقوم الأب بملاحظة ذلك . وقبل القيام بتأدية المهارة يقدم المدرب للأب تعليمات لفظية أو كتابية ويتبعها لاحقاً بمناقشة لما حدث .
- ب - يقوم الأب بممارسة النشاط ويقوم المدرب بملاحظته .
- ج - يقوم المدرب والأب بتقييم أداء الطفل المعوق (Shea & Bauer, 1985) .

### لعب الأدوار (Role Playing)

تشمل عملية لعب الأدوار ايضاح المواقف وتبرز العناصر المعرفية والانفعالية التي يتضمنها الحدث أو الموقف . ويعتبر هذا الاسلوب مناسباً عندما تكون الاهداف المتوخاة في التدريب :

- أ - تعليم مهارات جديدة للوالدين .
  - ب - اختيار المهارة المناسبة للموقف .
  - ج - استكشاف المكونات الانفعالية للموقف .
  - د - تحديد المهارة التي تتناسب وخصائص الوالدين .
- وقد اقترحت بروكوي (Brockway, 1974) اتباع الخطوات التالية لاستخدام لعب الأدوار في تدريب آباء الاطفال المعوقين



- ١ - يقوم المعلم بايضاح الدور الذي سيلعبه الأب ويناقدش الأداء معه .
- ٢ - يقوم الأب بتقليد أداء المعلم .
- ٣ - يقوم الأب بلعب عدة أدوار فيما يتصل بتعديل سلوك الطفل المعوق .
- ٤ - بعد كل جلسة من جلسات المحاكاة ولعب الدور يقوم المدرب بتحليل ادائه ذاتيا ويركز المعلم على مواطن الضعف ومواطن القوة في الاداء ويقدم الاقتراحات فيما يتصل بسبل تحسين الاداء .
- ٥ - يلخص المعلم خصائص اداء المدرب ويقدم الانتقادات البناءة ذات العلاقة .
- ٦ - يطلب المعلم من الاب المدرب أن يقدم اية اقتراحات أو آراء مركزا على النقد البناء
- ٧ - يحصل المدرب والمشاركون الآخرون في عملية لعب الادوار على التعزيز الملائم لمساهماتهم في هذه العملية وانجاحها .

### الملاحظة (Observation)

ومن الأساليب الأخرى المستخدمة في تدريب الآباء أسلوب الملاحظة حيث يطلب منهم القيام بملاحظة الإجراءات السلوكية الصفية وأنماط الاستجابات المختلفة . ويعتقد الكثيرون ان هذا النوع من التدريب يجب أن يسبق أية محاولات لتعليم الآباء أساليب تعديل سلوك الاطفال المعوقين . فالملاحظة تحقق عدة أغراض منها مساعدة الوالدين على التخلص من التحيز الشخصي عند متابعة انماط التفاعل بين الاطفال ، ويزيد من قدرتهم على ادراك طبيعة تفاعلاتهم الشخصية . وهي كذلك تساعد المعلمين على توضيح طبيعة البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للطفل المعوق والاهداف التي يحاول تحقيقها وذلك بدوره يزود الآباء بالمهارات اللازمة لمتابعة أداء الطفل في البيت وتكييف الاجراءات التي يوظفونها وقد اقترح شي (Shea, 1978) اتباع الخطوات التالية عند تدريب الآباء على ملاحظة السلوك والاجراءات السلوكية العلاجية : -

- ١ - يجب أن لا يبدأ الآباء بملاحظة طفلهم وانما يجب أن تستهل عملية الملاحظة مع اطفال آخرين وذلك تجنباً لعدم الموضوعية الذي قد ينجم عن تولد الاستجابات الانفعالية .
- ٢ - يجب ان تكون فترة الملاحظة قصيرة في البداية ويجب ان تقتصر الملاحظة على سلوك واحد أو استجابات محددة . ويُقترح أن تتضمن الملاحظة في هذه المرحلة تسجيل تكرار السلوك أو مدة حدوثه . وبعد ذلك يمكن للآباء القيام بملاحظة استجابات متنوعة في فترات طويلة .

٣ - يجب ان يقوم الآباء بالملاحظة جنباً الى جنب مع المعلم في البداية . وهنا يقوم المدّرب بتوضيح سلوك الأطفال والمعلمين . وبعد ذلك يمكن للآباء ملاحظة سلوك المعلمين والاطفال بمفردهم .

### الممارسة السلوكية (Behavioral Rehearsal)

في الممارسة السلوكية يقوم الأب بتطبيق الأساليب السلوكية التي سيتم استخدامها تحت اشراف المدرب وذلك قبل استخدامها مع الطفل المعوق . بعبارة أخرى ، تتضمن الممارسة السلوكية تأدية النشاطات التعليمية في ظروف تجريبية قبل تطبيقها في الظروف الحقيقية . وفي بعض الحالات قد تكون الممارسة السلوكية خفية بمعنى أن المتدرب يتخيل الظرف والسلوك ويمارسه على مستوى معرفي بطريقة منظمة ومتسلسلة .

### التدريب الخاص (Coaching)

يزوّد هذا النوع من التدريب الآباء بالمهارات اللازمة لتعديل سلوك الطفل المعوق بدقة ووضوح . وذلك يتضمن عادة استخدام التعليمات اللفظية ، والتوجيهات المكتوبة والوسائل السمعية - البصرية ، والمواد والمراجع المبرمجة ، ويُقترح مراعاة العوامل التالية عند استخدام هذا الأسلوب :

- ١ - تزويد الآباء بتعليمات واضحة ودقيقة .
- ٢ - البدء بتدريب استجابات محددة .
- ٣ - تعزيز جهود الآباء ومحاولاتهم الناجحة .
- ٤ - تزويد الآباء بتغذية راجعة فورية حول أدائهم .
- ٥ - الطلب من الآباء مناقشة انطباعاتهم عن البرنامج التدريبي وادراكاتهم وذلك بغية زيادة مستوى دافعتهم .

### نموذج مقترح لتدريب الوالدين :

إن تدريب والدي الطفل المعوق على استخدام أساليب تعديل السلوك مهمة معقّدة تتطلب بذل جهود مكثّفة وهادفة . فهذه المهمة تتضمن تحليل المشكلة السلوكية واختيار الأهداف السلوكية المناسبة والنشاطات التدريبية التي من شأنها مساعدة

والوالدين على تحقيق تلك الأهداف والتحقق تجريبيا من ذلك . وفي هذا الجزء نقدم نموذجا مقترحا لتدريب والدي الطفل المعوق يتّصف بكونه عمليا وواقعا . وهذا النموذج يستند إلى الإقتراحات التي تقدم بها سمبسون (Simpson, 1982) .

### الخطوة الأولى : تحديد السلوك المشكل

تتمثل الخطوة الأولى في نموذج التدريب هذا بتحديد وتعريف جميع المشكلات السلوكية لدى الطفل المعوق من وجهة نظر الوالدين . وبعد ذلك يرتب الوالدان تلك المشكلات حسب أولوية علاجها . كذلك يحدّد الوالدان الأنماط السلوكية التكيفية والإيجابية التي يظهرها الطفل . فمن الضروري أن لاتقتصر برامج التدريب على العجز السلوكي الموجود لدى الطفل لمعالجته وإنما يجب التعرف على مواطن القوة في أدائه من أجل تدعيمها .

### الخطوة الثانية : تحديد الظروف المتصلة بالسلوك

تشمل الخطوة الثانية تحديد الأوضاع البيئية والظروف الموضوعية التي يحدث فيها السلوك عادة . وعلى وجه التحديد ، يجب تحديد المواقف والأوقات التي يحدث فيها السلوك المشكل وتحديد الأشخاص والمتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة به . وليس من شك في أن هذه العملية قد تمكن الوالدين من معرفة الأسباب المحتملة للسلوك المشكل .

### الخطوة الثالثة : تحديد المتغيرات المسؤولة عن استمرارية حدوث السلوك

تتمثل الخطوة الثالثة بالتعرف على العوامل التي يبدو أنها تعمل على استمرارية حدوث السلوك المشكل . وتلك المتغيرات قد تشمل استجابات الوالدين وأفراد الأسرة الآخرين وردود فعلهم لسلوك الطفل . وهذا التحليل الوظيفي يساعد على إبراز العوامل التي ينبغي مراعاتها عند محاولة تعديل سلوك الطفل المعوق .

### الخطوة الرابعة : ملاحظة السلوك المشكل

أما الخطوة الرابعة في هذا النموذج فتتضمن تدريب الوالدين على ملاحظة وتسجيل السلوك المشكل . فمن الضروري أن يتدرب الوالدان على استخدام أساليب الملاحظة

المباشرة بطريقة صحيحة . وينبغي مساعدتهما على تطبيق تلك الأساليب لتقييم السلوك المشكل في البيت من حيث مدة حدوثه أو تكراره أو شدته . كذلك يجب تدريب الوالدين على استخدام الطرق المناسبة للتحقق من صحة البيانات وإجراء التعديلات اللازمة على إجراءات الملاحظة والتسجيل بناء على التغذية الراجعة التي يقدمها الوالدان.

#### الخطوة الخامسة : تسجيل البيانات

بعد ذلك يجب تدريب الوالدين على كيفية استخدام الرسومات البيانية لتسجيل البيانات حول السلوك المشكل . ويجب أن يتضمن ذلك توضيح مستوى حدوث السلوك بعد تسجيل الملاحظات اليومية المتعلقة بالسلوك المشكل على الرسم البياني وتدريب الوالدين على تحليل البيانات وتحديد مسارها والتباين فيها والتغيرات التي تطرأ عليها في المراحل التجريبية المختلفة .

#### الخطوة السادسة : اختيار أساليب تعديل السلوك المناسبة

تتضمن هذه الخطوة مساعدة والديّ الطفل المعوق على اختيار أساليب تعديل السلوك تبعا لطبيعة المشكلة السلوكية التي يعاني منها الطفل . وبشكل عام يجب أن تكون تلك الأساليب عملية وإيجابية وبسيطة نسبيا . كذلك ينبغي تحديد معايير مناسبة للحكم على التغير في أداء الطفل وتدريب الوالدين على تطبيق أساليب تعديل السلوك في البيت على نحو ثابت ومنظم ومباشر .

#### الخطوة السابعة : تحليل البيانات

أما هذه الخطوة فهي تتعلق بإيضاح طرق تحليل البيانات حيث يتم تدريب الوالدين على الحكم على البيانات في ضوء المعايير التي تم تحديدها مسبقا . ويتضمن هذا التحليل تفحص الرسومات البيانية للتعرف على مدى التغيرات التي طرأت على مستوى حدوث السلوك المشكل .

#### الخطوة الثامنة : إجراء التعديلات اللازمة

وأخيرا فإن على برامج التدريب المقدمة لوالدي الطفل المعوق أن توضح الظروف

التي يجب أن يتم فيها إجراء تعديلات على أساليب تعديل السلوك المستخدمة . وتتضمن هذه الخطوة الأولى أيضا إقتراح جدول زمني محدد لمتابعة سلوك الطفل بعد التوقف عن تنفيذ برنامج التعديل وتشجيع الوالدين على استخدام النموذج ذاته لمعالجة المشكلات السلوكية الأخرى التي يعاني منها الطفل .

## دراسات توضيحية

نعرض في هذا الجزء دراسة لويسلي التي بينت إمكانية تعليم الوالدين كيفية تطبيق أساليب تعديل السلوك لمعالجة الإستجابات الشاذة لدى طفلها المعوق . الطفل في هذه الدراسة كان في السابعة من عمره يعاني من التوحد . وكان يفتقر إلى مهارات العناية بالذات ولا يمثل للتعليمات مهما كانت بسيطة . أما أسرة الطفل فتكونت من الأم والأب وأخوين أصغر منه سنا . وكان الوالدان على معرفة بمبادئ تعديل السلوك الأساسية وذلك من خلال القراءة الذاتية والتفاعل مع المتخصصين .

وكان الطفل يداوم خمسة أيام في الأسبوع في مؤسسة حكومية للأطفال المتوحدين والمتخلفين عقليا . وكانت هذه المؤسسة تزود جميع الآباء والأمهات بالمعلومات الرئيسية حول مبادئ تعديل السلوك من خلال برامج تدريبية تنفذ في البيت حيث كان المعلمون في المؤسسة يقومون بزيارات منزلية منتظمة إلى البيوت . وفي العادة كانت تحدث تلك الزيارات في المساء وكانت الزيارة الواحدة تستمر مدة ساعتين . وقبل الشروع في أي برنامج علاجي كان الآباء والأمهات يقومون ببعض الواجبات المحددة بمساعدة أحد المعلمين ، وتلك الواجبات هي :

أ - تحديد أهداف علاجية محددة .

ب - تعريف أحد الأنماط السلوكية إجرائيا .

ج - إختيار إحدى طرق جمع البيانات وتحديد مواعيد للقيام بذلك .

د - جمع البيانات المناسبة عن السلوك قبل البدء بتنفيذ الإجراءات العلاجية .

وبعد جمع البيانات الكافية عن السلوك المستهدف في مرحلة خط الأساس كان البرنامج العلاجي الملائم يصمّم . وكان ذلك يتم من خلال إقتراحات معينة يقدمها

---

\* Luiselli , J. (1980) . Controlling disruptive behaviors of on autistic child : Parent - mediated contingency management in the home setting . *Education and treatment of Children* , 3 , 195-204

المعلم للأسرة حول طرق العلاج الممكنة وكان الوالدان يشاركان في تحديد إحدى الطرق العلاجية الفعالة . وعند الاتفاق على برنامج علاجي معين كان المعلم يكتبه بطريقة واضحة في صفحة أو صفحتين . ومن ثم كان التدريب يتم باستخدام النمذجة ولعب الدور والتغذية الراجعة والتعزيز . واشتمل ذلك على قيام الوالدين بلعب دور الطفل وإظهار السلوك الذي يعاني منه وقيام المعلم بتوضيح الأساليب العلاجية ومن ثم قيامه بملاحظة الوالدين أثناء تنفيذهما للإجراءات العلاجية . وأثناء هذه النشاطات التدريبية كان المعلم يزود الوالدين بالتغذية الراجعة الأدائية وبالتعزيز الاجتماعي . وعند تحقيق التدريب الأهداف المتوخاة ووصول المعلم إلى قناعة بأن الوالدين أصبحا قادرين على تنفيذ البرنامج العلاجي كان يبدأ بتطبيقه رسمياً في البيت . وكان المعلم يتابع تنفيذ البرنامج ويراجع القضايا المتصلة به في الزيارات المنزلية وكان الوالدان يشجعان على الاتصال هاتفياً بالمدرسة في حالة حدوث مشكلات أو للحصول على أجوبة عن أية أسئلة .

في الجزء الأول من هذه الدراسة تمثل السلوك المستهدف بقيام الطفل بالركض من غرفة إلى غرفة في البيت . فقد أفاد الوالدان أن الطفل ودونما سابق انذار كان يبدأ بالركض من غرفة إلى أخرى وهو يصفق بيديه بصوت عال . وتم تعريف الركض على أنه التحرك بسرعة لمسافة تزيد على ثلاث خطوات . وإذا ما تم التوقف عن الركض لمدة ثلاث ثوانٍ كحدٍ أدنى كانت حركة الطفل بعد ذلك تسجّل بوصفها ركض جديد . وقام الوالدان بتسجيل حالات الركض مستخدمين طريقة تسجيل التكرار في فترتين يومياً ، الفترة الأولى من الساعة الثالثة والنصف إلى الرابعة والنصف مساءً ، والفترة الثانية من الساعة إلى التاسعة مساءً . وقد حسب تكرار الركض وليس مدته لأن حادثة الركض الواحدة كانت تستمر لبضع ثوانٍ فقط . وتم التحقق من ثبات البيانات من خلال مقارنة التكرار الذي أفادت به الأم والذي أفادت به المعلمة والتي قامت بملاحظة الطفل مدة ساعتين في مرحلة خط الأساس وساعتين في مرحلة العلاج . وبلغت نسبة الاتفاق (والتي حسبت من خلال قسمة التكرار الأصغر على التكرار الأكبر مضروباً بمئة) ١٠٠٪.

هذا وتم تنفيذ الدراسة على النحو التالي : مرحلة الأساس ، مرحلة العلاج ، مرحلة المتابعة . بالنسبة لمرحلة الأساس والتي استمرت مدة خمسة أسابيع طلب من الوالدين بمواصلة الاستجابة للركض كما تعودا في السابق من مثل تجاهله أحياناً أو توبيخ الطفل أو محاولة إيقاف السلوك جسدياً . وفي مرحلة العلاج والتي استمرت

مدة خمسة أسابيع أيضا تم استخدام التعزيز والإقصاء عن التعزيز الإيجابي . فقد تم تدريب الوالدين على تعزيز الطفل بالثناء عليه عندما كان يتحرك من غرفة إلى أخرى دون أن يركض . إضافة إلى الثناء قام الوالدان بتعزيز الطفل بأشكال اجتماعية مختلفة .

وفي حالة حدوث الركض كان الوالدان يقولان للطفل « لا ، يجب أن تتوقف عن الركض في البيت » وكان يطلب منه أن يجلس في كرسي في زاوية خالية في البيت وهذا ما يعرف بالاقصاء . وكانت مدة الإقصاء ثلاث دقائق . وإذا رفض الطفل الجلوس في الكرسي طواعية كان الوالدان يرغمانه على ذلك مستخدمين الحد الأدنى من القوة . وقد حدث ذلك عددا من المرات في الأيام الأولى من مرحلة العلاج . بعد ذلك تعلم الطفل الجلوس بهدوء في الكرسي حتى انقضاء فترة الثلاث دقائق . بعد ذلك كان الوالدان يذكران الطفل بالقول « يجب أن تمشي في البيت » وكان يسمح له بمزاولة نشاطاته الروتينية . وعلى الرغم من أن عملية تسجيل البيانات إقتصرت على الفترتين المسائيتين إلا أن الوالدين قاما بتطبيق الإجراءات العلاجية طوال اليوم .

وفي نهاية الأسبوع الخامس من المعالجة طلب من الوالدين التوقف عن جمع البيانات والاستمرار بتطبيق الإقصاء عند حدوث الركض . كذلك طلب منهما أن يقتصدا في استخدام التعزيز وذلك بغية تعميم التغيرات في السلوك المستهدف . وبعد خمسة شهور من التوقف عن المعالجة قام الوالدان بتسجيل عدد مرات حدوث الركض مجددا لمدة أسبوع كامل في كل من فترات المتابعة الثلاث .

تبيّن أن معدّل الركض في الساعة الواحدة كان ( ٦ , ٥ ) أثناء مرحلة خط الأساس . أما في مرحلة العلاج فأصبح المعدل ( ٠ , ٠٦ ) في الساعة . ولم تسجل أية حادثة ركض في مرحلة المتابعة .

وفي الجزء الثاني من الدراسة تمت معالجة نمط سلوكي غير مقبول آخر هو الصراخ . ولما كان الوالدان قد أفادا أن توبيخ الطفل قبل تطبيق الإقصاء عليه قد أكسب التوبيخ خصائص منفرة فقد قرر أن يستخدم التوبيخ إضافة إلى الإجراءات العلاجية الأخرى .

وفي البداية تم تعريف السلوك المستهدف اجرائيا بحيث تم تسجيل أي صوت مرتفع إذا ما استمر مدة ثانية أو أكثر . وسجل السلوك اللفظي هذا باستخدام طريقة

تسجيل تكرار السلوك لأن الصراخ كان يحدث لمدة قصيرة جدا في العادة . وكان الصراخ يسجل في فترتين مسائيتين أيضا الأولى امتدت من الرابعة إلى الرابعة والنصف والثانية من الثامنة والنصف إلى التاسعة مساء . وحسب ثبات البيانات بمقارنة التكرارات التي قدمها الأب بالتكرار الذي قدمته الأم وكان متوسط نسبة الاتفاق ٩٨,٨ % .

أما المراحل التجريبية في هذا الجزء من الدراسة فتضمنت مرحلة الأساس الأولى ، ومرحلة العلاج الأولى ، ومرحلة الأساس الثانية ، ومرحلة العلاج الثانية ، ومرحلة المتابعة . بلغة أخرى إن تصميم البحث الذي استخدم لتقييم أثر العلاج كان تصميم (أ - ب - ١ - ب) . في مرحلة الأساس الأولى وقبل البدء بجمع البيانات كان الوالدان يستجيبان لصراخ الطفل إما بتجاهله أو بالمناداة عليه على أمل أن يؤدي ذلك إلى توقفه عن الصراخ . وطلب من الوالدين أن يستمرا بالقيام بذلك في مرحلة الأساس .

أما في مرحلة العلاج الأولى فقد طلب من الوالدين الثناء على الطفل كل دقيقة أو دقيقتين اذا كان يلعب بهدوء . أما إذا صرخ الطفل فإن أحد الوالدين كان يقترب منه فوراً وينظر إليه بحزم ويقول «بدون صراخ .. توقف عن ذلك» . وفي مرحلة الأساس الثانية تم التوقف عن التعزيز والتوبيخ إلا أن الوالدين عادا إلى استخدامهما في مرحلة العلاج الثانية كما في مرحلة العلاج الأولى باستثناء التقليل من الثناء عليه تدريجياً .

وبعد مضي شهر على التوقف عن المعالجة تم تسجيل تكرار الصراخ مجدداً في الفترتين المسائيتين يوميا لمدة أسبوع . وقد وجد أن معدل الصراخ كان (١,٤) أثناء مرحلة الخط القاعدي الأولى وأصبح (١٥,٠) في مرحلة العلاج الأولى . وعند العودة إلى مرحلة الأساس ازداد الصراخ مجدداً حيث بلغ معدله (٨٢,٠) ولكنه سرعان ما انخفض ثانية إلى (٠,٠٩) في مرحلة العلاج الثانية . وفي مرحلة المتابعة كان المعدل (٠,٠٦) في الدقيقة الواحدة .

وفي دراسة ثانية حاول هيدسون تعرف أثر النمذجة ولعب الدور من جهة وتعليم مبادئ تعديل السلوك من جهة أخرى في تدريب والدي الأطفال المعوقين على توظيف استراتيجيات تعديل السلوك لتغيير سلوك أطفالهم . وقد تكونت عينة الدراسة من أربعين من أمهات أطفال معوقين تراوحت أعمارهم بين ثلاثة أسابيع واثنين وأربعين

\* Hudson, A. (1982). Training parents of developmentally handicapped children: A component analysis. *Behavior Therapy*, 13 , 325 - 333.



شهرًا . وكانت أسماء الأمهات قد أدرجت على قائمة انتظار للتدخل المبكر . أما اعاقات الأطفال فتضمنت التخلف العقلي والشلل الدماغي ، وقد بلغ عدد الذكور (٢٣) وعدد الإناث (١٧) . وأما الأمهات فتراوحت أعمارهن بين (١٦) سنة ومنتصف الأربعينات .

عُيِّنَت الأمهات في أربع مجموعات ثلاث منها تجريبية وواحدة ضابطة . بالنسبة للمجموعات التجريبية فقد ركزت المجموعة الأولى على تعلم مهارات محدّدة ، وركزت المجموعة الثانية على مهارات محدّدة وعلى مبادئ تعديل السلوك العامة أيضا ، وركزت المجموعة الثالثة على تعلم مهارات محددة وزودت ببيئة تعليمية منظمة . أما المجموعة الضابطة فقد بقيت الأمهات اللواتي تم تعيينهن فيها على قائمة الإنتظار .

اجتمعت كل مجموعة مرة واحدة في الأسبوع لمدة ثلاث ساعات على مدى عشر أسابيع . وقام على تدريب الأمهات في كل مجموعة اثنان من المتخصصين في علم النفس التربوي كانا يتمتعان بخبرة واسعة في العمل مع الأطفال المعوقين الصغار في السن ومع أسرهم أيضا . وكانت البرامج التدريبية لكل مجموعة تجريبية على النحو التالي :

#### أ - المجموعة التجريبية الأولى :

اطلق الباحث على هذه المجموعة اسم مجموعة التدريب المحدد حيث قسمت المجموعة إلى مجموعتين متساويتين في العدد وأشرف واحد من اخصائي علم النفس التربوي على واحدة من المجموعتين طوال فترة التدريب . في الجلسة التدريبية الأولى وبعد التشاور فيما بين الأم والمدرّب تم تحديد سلوك مستهدف واحد لكل طفل . وقد تم التركيز على العجز السلوكي لدى جميع الأطفال وذلك اعتمادا على المستوى النمائي لكل طفل . بعد ذلك قام المدرب بتوضيح أساليب جمع البيانات عن السلوك المستهدف قبل البدء بمعالجته لكل طفل على حدة . وقد وزع على الأمهات أوراق خاصة لتسجيل البيانات على مدى أسبوع . وفي الجلسة التدريبية الثانية تم الاطلاع على البيانات فإذا ما تبين أن الأمور قد سارت على ما يرام قام المدرب بتزويد الأمهات بتعليمات وتوجيهات محدّدة حول سبل معالجة السلوك المشكل لدى الطفل ، وطلب من الأمهات أيضا الاستمرار بجمع البيانات . أما إذا كانت عملية جمع البيانات عن السلوك المستهدف في مرحلة الأساس غير ناجحة طلب المدرّب من الأم جمع البيانات مجددا في الأسبوع اللاحق . وفي الجلسة التدريبية الثالثة تمت متابعة مشاريع التدريب المنزلي ومناقشتها وقامت الأمهات باختيار مهمتين جديدتين لمساعدة الأطفال على تأديتهما .

وفي الجلسة الرابعة والجلسات اللاحقة كانت المجموعة تناقش الأمور المتعلقة بتطبيق البرامج التدريبية .

هذا وتطلبت التعليمات من الأمهات تنفيذ جلسات تدريبية يومية مع أطفالهن تتضمن الجلسة الواحدة منها اراحة عشر محاولات لتأدية السلوك المستهدف . وقد أعطيت الأمهات تعليمات محددة حول كيفية تنظيم كل محاولة وكيفية استخدام التلقين والتعزيز للتأثير على استجابات الأطفال . واعتبر أداء الطفل مقبولا إذا استطاع تأدية ثماني إستجابات صحيحة في المحاولات العشر في ثلاث جلسات تدريبية متتابعة . وعند تحقيق ذلك قامت المعلمة باختيار سلوك جديد لتعليمه للطفل .

#### ب - المجموعة التجريبية الثانية :

انصب الاهتمام في تدريب هذه المجموعة على مهام محددة وعلى تعلم مبادئ تعديل السلوك أيضا . واشتمل التدريب على الاجراءات التي استخدمت مع المجموعة الأولى مضافا إليها شرح مبادئ تعديل السلوك العامة . ففي الساعة الأولى من الجلسات التدريبية الأسبوعية قام المدرب باعطاء محاضرة حول استخدام التعزيز والتشكيل والتلقين وتحليل المهمة والتسلسل الأمامي والتسلسل الخلفي والاطفاء والاقصاء . وعند انتهاء المحاضرة كانت النشاطات التدريبية تنفذ بطريقة مماثلة لتلك التي تم وصفها بالنسبة للمجموعة الأولى .

#### ج - المجموعة التجريبية الثالثة :

واشتمل التدريب بالنسبة للأمهات في هذه المجموعة على الإجراءات التي تم استخدامها مع المجموعة الأولى مضافا إليها احضار الأطفال إلى الجلسات التدريبية . وقد سمح ذلك للمدرب بتشكيل سلوك الأم وذلك من خلال توفير بيئة تعليمية منظمة واستخدم في تدريب الأمهات في هذه المجموعة أساليب النمذجة والتغذية الراجعة التصحيحية والإيجابية .

ومن أجل تقييم أثر الاجراءات التدريبية تم استخدام عدة أدوات للقياس تناولت ما

يلي :

١ - معرفة مبادئ تعديل السلوك .

٢ - القدرة على التعميم .

- ٣ - تطبيق المهارة .
- ٤ - عدد المهام المنزلية .
- ٥ - معدل نمو الطفل .

ويبين الجدول رقم (١٣ - ٤) النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة .

### الجدول رقم (١٣ - ٤)

متوسطات أداء المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة

المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية الثالثة	المجموعة التجريبية الثانية	المجموعة التجريبية الأولى	المتغير التابع
٧,٣٠	٨,٧٥	٩,٠٠	٩,٠٠	(١) معرفة مبادئ تعديل السلوك .
٢,٥٠				
١٠٣,٩	٨,٧٥	٨,٥٠	٦,٧٨	(٢) القدرة على التعميم
	١٣٩,٣	١٠٥,٣٠	٩٧,٠٠	(٣) تطبيق المهارة
٠,٦٢	٣,٣٣	٢,٠٠	١,٥٦	(٤) عدد المهام المنجزة
	١,٢٥	١,٠١	٠,٧٩	(٥) معدل نمو الطفل

وقد استخدم الباحث التحليل الاحصائي المناسب للحكم على فاعلية نماذج التدريب المستخدمة فتوصل إلى أن تعليم مبادئ تعديل السلوك العامة لم يكن له أثر يذكر في حين أن استخدام النمذجة ولعب الأدوار نجم عنه فوائد جمة .

## خلاصة :

ناقش هذا الفصل مبررات وسبل تدريب والديّ الطفل المعوّق على استخدام أساليب تعديل السلوك . فهذا التدريب ذو فائدة كبيرة لكل من الطفل والديه وهو ليس أملاً غير واقعي حيث يوضح الأدب إمكانية تنفيذ برامج التدريب هذه بشكل فعال .

وقد أشار الفصل إلى أن الأساليب المستخدمة في برامج تدريب الوالدين متنوعة ولا تقتصر على المحاضرات والارشادات اللفظية فهي قد تشمل لعب الأدوار والنمذجة وتتضمن توظيف التعليم المبرمج والوسائل التعليمية السمعية والبصرية وما إلى ذلك .

## أسئلة

- ١ - ما الأسباب التي تكمن وراء اعتماد معلمي التربية الخاصة على أساليب تعديل السلوك أكثر من غيرها من الأساليب في برامج تدريب الآباء ؟
- ٢ - ما هي أهم العوامل التي قد تقود إلى فشل برامج تدريب آباء الأطفال المعوقين في تحقيق الأهداف المتوخاة ؟
- ٣ - عدّد المزايا الأساسية لطرق تدريب آباء الأطفال المعوقين على استخدام أساليب تعديل السلوك . هل تقترح أية طرق أخرى لهذا النوع من التدريب ؟
- ٤ - ما هي العوامل الرئيسية التي تحول دون تقديم برامج التدريب المناسبة لآباء الأطفال المعوقين في الوطن العربي ؟ وما هي الحلول التي تقترحها في هذا الشأن ؟

## المراجع

- Adesso, V., & Lipson, J. (1981). Group training of parents as therapists for their children. **Behavior Therapy**, 12, 625-633.
- Brockway, B. (1974). **Training in child management**. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing.
- Heron, T., & Harris, K. (1982). **The educational consultant: Helping professionals, parents, and mainstreamed students**. Boston: Allyn and Bacon.
- Heward, W., & Dardig, J. (1978). Inservice for parents of special needs children. **Theory Into Practice**, 12, 127-137.
- O'Dell, S. (1974). Training parents in behavior modification: A review. **Psychological Bulletin**, 81, 418-433.
- Shea, T. (1978). **Teaching children and youth with behavior disorders**. Saint Louis: C.V. Mosby.
- Shea, T., & Bauer, A. (1985). **Parents and teachers of exceptional students**. Boston: Allyn and Bacon.
- Simpson, R. (1982). **Conferencing parents of exceptional children**. Rockville, Maryland: Aspen Systems Corporation.
- Stephens, T., blackhurst, A., & Magliocca, l. (1982). **Teaching mainstreamed students**. New York : John Wiley and Sons.

**الملحق رقم (١)**  
**مقياس الكفاءة في تعديل سلوك الأطفال المعوقين**

- مفتاح التصحيح : (١) السلوك لا يحدث أبداً أو أن نوعيته غير مقبولة  
(٢) السلوك يحدث قليلاً أو أن نوعيته غير جيدة  
(٣) السلوك يحدث بنسبة ٥٠٪ من الوقت أو نوعيته مقبولة .  
(٤) السلوك يحدث أكثر من ٥٠٪ من الوقت أو نوعيته جيدة .  
(٥) السلوك يحدث كل مرة أو أن نوعيته ممتازة .

أ - تشكيل السلوك					
٥	٤	٣	٢	١	١ - يتعرف على الطفل قبل البدء بتدريبه
٥	٤	٣	٢	١	٢ - يتصل بالطفل بصرياً
٥	٤	٣	٢	١	٣ - يطور لدى الطفل روح الإلتزام
٥	٤	٣	٢	١	٤ - يحصل على انتباه الطفل كل مرة
٥	٤	٣	٢	١	٥ - يحدد مستوى السلوك الإجرائي لدى الطفل
٥	٤	٣	٢	١	٦ - يبدأ بالخطوة الصحيحة
٥	٤	٣	٢	١	٧ - يستخدم الخطوات وفقاً لتسلسل صحيح
٥	٤	٣	٢	١	٨ - ينتقل إلى الخطوة التالية عندما يكون الطفل مستعداً لذلك .
٥	٤	٣	٢	١	٩ - يعود إلى الخطوات السابقة إذا دعت الحاجة إلى ذلك
ب - التعزيز					
٥	٤	٣	٢	١	١٠ - يحدد المعززات المناسبة للطفل
٥	٤	٣	٢	١	١١ - يجد معززات فعالة
٥	٤	٣	٢	١	١٢ - يستخدم شروط التعزيز المناسبة
٥	٤	٣	٢	١	١٣ - يقدم التعزيز بسرعة

٥	٤	٣	٢	١	١٤ - يغير المعززات عندما يكون ذلك ضرورياً
٥	٤	٣	٢	١	١٥ - يقدم التعزيز اللفظي بحماس ودفء
٥	٤	٣	٢	١	١٦ - يقدم التعزيز المادي بحماس ودفء
٥	٤	٣	٢	١	١٧ - يقرن التعزيز اللفظي بالتعزيز الأولي
٥	٤	٣	٢	١	١٨ - يقرن التعزيز المادي بالتعزيز الأولي
٥	٤	٣	٢	١	١٩ - يستخدم الإيماءات اللازمة عند تأخر موعد التعزيز
٥	٤	٣	٢	١	٢٠ - يعطي الكمية المناسبة من التعزيز
٥	٤	٣	٢	١	٢١ - يتجاهل السلوك غير المناسب الذي لا يعيق عملية التدريب
٥	٤	٣	٢	١	٢٢ - يستخدم التعزيز لخفض المظاهر السلوكية غير المناسبة بطريقة صحيحة
<b>ج - التواصل / التلقين / الإخفاء</b>					
٥	٤	٣	٢	١	٢٣ - يستخدم التأكيدات اللازمة في عملية إعطاء التعليمات
٥	٤	٣	٢	١	٢٤ - يستخدم التوجيهات اللفظية الصحيحة
٥	٤	٣	٢	١	٢٥ - يتجنب استخدام الألفاظ غير الضرورية
٥	٤	٣	٢	١	٢٦ - يستخدم إسم الطفل قبل إعطاء التعليمات
٥	٤	٣	٢	١	٢٧ - يستخدم الإيماءات اللازمة لعملية النمذجة
٥	٤	٣	٢	١	٢٨ - يخفي التلقين وفقاً لتقدم الطفل
٥	٤	٣	٢	١	٢٩ - يعطي إيماءات واضحة
٥	٤	٣	٢	١	٣٠ - يستخدم التلقين الإيمائي
٥	٤	٣	٢	١	٣١ - يخفي الإيماءات تبعاً لتقدم الطفل
٥	٤	٣	٢	١	٣٢ - يستخدم التلقين الجسدي عند فشل الإيماءات
٥	٤	٣	٢	١	٣٣ - يخفي التلقين الجسدي تبعاً لتقدم الطفل

د - جمع البيانات

٥	٤	٣	٢	١	٣٤ - يسجل أداء الطفل أثناء عملية التدريب
٥	٤	٣	٢	١	٣٥ - يسجل المعلومات ذات العلاقة بطريقة صحيحة
٥	٤	٣	٢	١	٣٦ - يستخدم أسلوب تكرار السلوك بطريقة صحيحة
٥	٤	٣	٢	١	٣٧ - يستخدم أسلوب الوصف الكمي للسلوك بطريق صحيحة
٥	٤	٣	٢	١	٣٨ - لا يبالغ في وصف أداء الطفل
٥	٤	٣	٢	١	٣٩ - يستخدم أسلوب مدة حدوث السلوك بطريقة صحيحة
٥	٤	٣	٢	١	٤٠ - يستخدم البيانات التشخيصية بطريقة صحيحة
هـ - مهارات أخرى					
٥	٤	٣	٢	١	٤١ - صبور بما فيه الكفاية أثناء التدريب
٥	٤	٣	٢	١	٤٢ - يتعامل مع الطفل بإحترام
٥	٤	٣	٢	١	٤٣ - يجهز الغرفة بطريقة صحيحة قبل البدء بالتدريب
٥	٤	٣	٢	١	٤٤ - لا يدرب مهارات عديدة في الوقت نفسه
٥	٤	٣	٢	١	٤٥ - يستخدم قوائم التقدير أثناء عملية التدريب



الملحق رقم ( ٢ )  
الإعتبارات الأخلاقية التي ينبغي مراعاتها  
في عملية تعديل السلوك \*

- ١ - هل تم تحديد الأهداف المتوخاه من العلاج بطريقة مناسبة ؟  
أ - للتأكد على أن الأهداف المتوخاه واضحة هل قام المعالج بكتابتها ؟  
ب - هل تم التأكد من أن المتعالج يفهم الأهداف ؟  
ج - هل إتفق كل من المعالج والمتعالج على الأهداف المنشودة ؟  
د - هل تتعارض خدمة المتعالج مع مصالح أشخاص آخرين ؟  
هـ - هل تتعارض الأهداف قصيرة المدى للمتعالج مع أهدافه طويلة المدى ؟

٢ - هل تم إختيار طريقة العلاج بطريقة مناسبة ؟

- أ - هل يؤكد الأدب العلاجي أن طريقة العلاج التي سيتم إستخدامها هي الأكثر  
نجاحة بالنسبة لمشكلة المتعالج ؟  
ب - إذا لم يتوفر الأدب العلاجي ذو العلاقة فهل تتفق طريقة العلاج والممارسة  
العلاجية العامة المقبولة ؟  
ج - هل تم إبلاغ المتعالج بالطريقة العلاجية البديلة التي قد يقع عليها الإختيار  
على ضوء المدة التي سيستغرقها العلاج وتكلفته وفاعليته ؟  
د - إذا كانت طريقة العلاج مثيرة للجدل هل تم الحصول على إستشارة مهنية  
متخصصة / وهل تمت دراسة ردود الفعل لدى الأشخاص ذوي العلاقة ؟  
وهل تمت دراسة البدائل العلاجية الأخرى بتمعن ؟

\* أخذت من :

G. Martin & J. Pear (1982) . Behavior Modification. Englewood Cliffs, New  
Jersey; Prentice - Hall.

- ٣ - هل مشاركة المتعالج في البرنامج العلاجي بمحض إرادته ؟
- أ - هل تم التأكد من عدم وجود مصادر ضغط على المتعالج ليحصل على المعالجة ؟
- ب - إذا كانت المعالجة قد أقرت قانونياً فهل تم تعريف المتعالج بالبدائل العلاجية المختلفة المتوفرة ؟
- ج - هل يستطيع المتعالج الإنسحاب من البرنامج العلاجي دون أن يتحمل التبعات المادية لذلك ؟
- ٤ - إذا ما أوكلت مهمة المعالجة إلى شخص آخر أو مؤسسة أخرى فهل تم إتخاذ الإجراءات اللازمة لرعاية مصالح المتعالج وحمايتها ؟
- أ - هل تم إبلاغ المتعالج بالأهداف المنشودة من العلاج ؟ وهل شارك في عملية إختيار الطريقة العلاجية ؟
- ب - إذا كانت قدرات المتعالج لا تسمح له باتخاذ القرار فهل شارك هو وولي أمره في مناقشة القضايا المتصلة بطرق العلاج ؟
- ج - إذا كان هناك إختلافات بين آراء المعالج وآراء المتعالج فهل تم تسوية تلك الإختلافات ؟
- ٥ - هل تم تقييم فاعلية طريقة العلاج ؟
- أ - هل تم جمع بيانات كمية عن مشكلة المتعالج والتغير الذي طرأ على سلوكه ؟
- ب - هل إطلع المتعالج على السجلات أثناء العملية العلاجية ؟
- ٦ - هل تمت المحافظة على سرية العلاقة العلاجية ؟
- أ - هل أبلغ المتعالج من هم الأشخاص الذين يستطيعون الإطلاع على السجلات ؟
- ب - هل إتخذت الإجراءات اللازمة للتأكد من أن الأشخاص ذوي العلاقة فقط هم الذين يطلعون على السجلات ؟
- ٧ - هل يحيل المعالج الأفراد المتعالجين إلى معالجين آخرين عندما تقتضي الضرورة ذلك ؟
- أ - إذا أخفق العلاج فهل أحيل المتعالج إلى معالج آخر ؟

ب - هل أبلغ المتعالج أن بإمكانه أن يتطلب التحويل إلى معالج آخر إذا لم يكن راضياً عن طريقة المعالجة ؟

٨ - هل يتوفر لدى المعالج الكفاية المهنية التخصصية اللازمة لتنفيذ المعالجة ؟

أ - هل يتمتع المعالج بالخبرة والمؤهلات العلمية التي تمكنه من معالجة مشكلات المتعالج ؟

ب - إذا كان هناك جوانب قصور محددة في مؤهلات المعالج ، فهل تم إطلاع المتعالج عليها ؟

ج - إذا لم يكن المتعالج مؤهلاً لمعالجة المشكلة ، فهل تم تحويل المتعالج إلى معالج آخر ؟ أو هل أشرف على العلاج أخصائي محترف ؟

د - إذا قام أشخاص آخرون بتنفيذ الخطة العلاجية ، فهل قام أخصائي محترف بالإشراف عليهم ؟

# المحتويات

الصفحة	الموضوع
٥	المقدمة
٨	الفصل الاول : تعديل سلوك الاطفال المعوقين : مقدمة عامة
٨	من هم المعوقون ؟
٢٦	تعديل السلوك
٣٥	الفصل الثاني : استراتيجيات تعديل سلوك الاطفال المعوقين
٣٦	مقدمة
٣٦	استراتيجيات تقوية السلوك التكيفي والمحافظة على استمراريته
٤٧	استراتيجيات خفض السلوك غير التكيفي
٦٩	الفصل الثالث : تصميم وتنفيذ برامج تعديل سلوك الاطفال المعوقين
٧٠	مقدمة
٧٠	تحديد المشكلة السلوكية
٧١	تعريف السلوك المستهدف
٧١	قياس السلوك المستهدف
٧٤	تصميم برامج تعديل السلوك
٧٥	تنفيذ برامج تعديل السلوك
٨٧	الفصل الرابع : التبول اللاإرادي
٨٨	مقدمة
٨٨	تصنيف التبول اللاإرادي
٩٠	التبول اللاإرادي لدى الأطفال المعوقين
٩٢	التحليل السلوكي للتبول اللاإرادي لدى الأطفال المعوقين
٩٣	التقييم
٩٤	معالجة التبول اللاإرادي
١١٥	الفصل الخامس : السلوك النمطي
١١٦	مقدمة
١١٦	تعريف السلوك النمطي
١١٨	نسبة الانتشار
١١٨	أسباب السلوك النمطي
١٢١	معالجة السلوك النمطي
١٣٩	الفصل السادس : السلوك الفوضوي
١٤٠	مقدمة
١٤٠	تعريف السلوك الفوضوي
١٤١	معالجة السلوك الفوضوي
١٦١	الفصل السابع : ايداء الذات
١٦٢	مقدمة
١٦٢	التعريف

١٦٣	..... نسبة الانتشار
١٦٤	..... أسباب الايذاء الذاتي
١٦٥	..... معالجة الايذاء الذاتي
١٧٩	..... <b>الفصل الثامن : النشاط الزائد</b>
١٨٠	..... مقدمة
١٨٠	..... تعريف النشاط الزائد
١٨٢	..... أسباب النشاط الزائد
١٨٥	..... معالجة النشاط الزائد
١٩٧	..... <b>الفصل التاسع : الانسحاب الاجتماعي</b>
١٩٨	..... مقدمة
١٩٨	..... أهمية التفاعل الاجتماعي
١٩٩	..... تعريف المصطلحات ذات العلاقة
٢٠٢	..... معالجة الانسحاب الاجتماعي
٢٢١	..... <b>الفصل العاشر : السلوك العدواني</b>
٢٢٢	..... مقدمة
٢٢٢	..... تعريف العدوان وتصنيفه
٢٢٩	..... أسباب العدوان
٢٣٢	..... قياس العدوان
٢٤٥	..... <b>الفصل الحادي عشر : مشكلات أخرى</b>
٢٤٦	..... مقدمة
٢٤٦	..... النوبات الصرعية
٢٥١	..... التقيؤ النفسي
٢٥٢	..... مشكلات وزن الجسم
٢٥٣	..... البيكا
٢٥٤	..... استجابات أخرى
٢٥٩	..... <b>الفصل الثاني عشر : تقييم فاعلية برامج التعديل</b>
٢٦٠	..... السلوك
٢٦٠	..... مقدمة
٢٦٥	..... القضايا المتصلة بالقياس
٢٦٩	..... التصاميم التجريبية
٢٧٣	..... <b>الفصل الثالث عشر : تدريب والدي الطفل المعوق</b>
٢٧٤	..... مقدمة
٢٧٤	..... مبررات تدريب الوالدين
٢٧٧	..... تخطيط وتنفيذ برامج تدريب الوالدين
٢٨٢	..... طرق تدريب الوالدين
٢٨٤	..... نموذج مقترح لتدريب الوالدين
٢٨٧	..... دراسات توضيحية
٢٩٦	..... الملحق رقم (١) : مقياس الكفاءة في تعديل سلوك الاطفال المعوقين
٢٩٩	..... الملحق رقم (٢) : الاعتبار الاخلاقية التي ينبغي مراعاتها في تعديل السلوك

