

جامعة غرداية



كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

فعالية برنامج علاجي للتخفيف من اضطراب السلوك
الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.

دراسة ميدانية لخمسة حالات بولاية غرداية

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذة الدكتورة:

د. أمال بن عبد الرحمان

من إعداد الطالبة:

مريم حمركوها

الموسم الجامعي: 2025 / 2026

جامعة غرداية



كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

فعالية برنامج علاجي للتخفيف من اضطراب السلوك
الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.
دراسة ميدانية لخمسة حالات بولاية غرداية

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذة الدكتورة:

د. أمال بن عبد الرحمان

من إعداد الطالبة:

حمركوها مريم

الموسم الجامعي: 2025 / 2026

الشكر والعرفان

نشكر الله سبحانه وتعالى الذي أعاننا ووفقنا على إنجاز هذا العمل.
أتقدم بخالص عبارات الشكر والتقدير الى الأستاذة المشرفة أمال بن عبد الرحمن
على مساهمتها في مدّ اللبنة العلمية النافعة في مجال الدراسة والبحث من خلال
الإشراف.

كما أتوجه بالشكر إلى الأساتذة الكرام الذين كان لهم فضل التوجيه والتأطير.
وأشكر أعضاء لجنة المناقشة على تخصيص وقتهم لقراءة هذه الدراسة.
كما أخص بالشكر كل من ساعد في العمل الإداري وعلى رأسهم مدير المؤسسة
بالمركز النفسي البيداغوجي المجاهد لشهب مختار - ضاية بن ضحوة - غرداية. على
تعاونهم وتسهيل إجراءات البحث.

الإهداء

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والذي أنار لي درب العلم ووفقني لإتمام هذا العمل المتواضع.

أهدي ثمرة جهدي إلى من علّمني أن النجاح والتفوق يتحققان بعد الصبر والاجتهاد، إلى الوالدين الكريمين عرفاناً بما قدماه من حب ودعم لا يقدر بثمن.

وإلى أغلى ما أملك فلذة كبدي أولادي الثلاثة: ألاء ومحمد، صفاء.

إلى كل أفراد أسرتي الذين كانوا مصدر تشجيع طول مسيرتي الدراسية أسماء، أمينة، حفصة، يحيى، زكرياء، وزوجاتهم وأزواجهم وأولادهم وبناتهم.

كما أهدي إلى الأستاذة المشرفة أmaal بن عبد الرحمن التي أنارت درب مسيرتي الدراسية بتوجيهاتها وروحها الطيبة.

إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل المتواضع.

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج علاجي للتخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية درجة المتوسطة. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم الاعتماد على المنهج المجموعة الواحدة. تكونت عينة الدراسة من خمسة أطفال ذوي إعاقة ذهنية متوسطة بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيًا "المجاهد لشهب مختار" بضاية بن ضحوة غرداية. وتم تطبيق مقياس السلوك الانسحابي قبلًا وبعدًا لقياس مدى التغير في السلوك المستهدف، في الفترة الممتدة من 18 جانفي إلى 18 مارس 2026، بعد تنفيذ البرنامج العلاجي القائم على تحليل السلوك التطبيقي. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في خفض السلوك الانسحابي وتحسين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال محل الدراسة.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي، تحليل السلوك التطبيقي، السلوك الانسحابي، الإعاقة الذهنية المتوسطة.

Abstract:

The aim of this study is to reveal the effectiveness of a therapeutic program in reducing withdrawn behavior disorder among children with moderate intellectual disabilities. To achieve the objectives of the study, the one-group method was adopted. The study sample consisted of five children with moderate intellectual disabilities at the Psycho-Pedagogical Center for Mentally Disabled Children "Moudjahid Lachhab Mokhtar" in Daïa Ben Dahoua, Ghardaïa. The withdrawn behavior scale was applied pre- and post-test to measure the extent of change in the targeted behavior during the period from January 18 to March 18, 2026, after implementing the therapeutic program based on Applied Behavior Analysis. The results of the study showed statistically significant differences between the pre- and post-measurements in favor of the post-measurement, which confirms the effectiveness of the therapeutic program in reducing withdrawn behavior and improving the level of social interaction among the children under study.

Keywords: therapeutic program, Applied Behavior Analysis, withdrawal behavior, moderate intellectual disability.

	فهرس الموضوعات
أ	شكر وعرفان.....
ب	إهداء.....
ج	ملخص الدراسة.....
د	فهرس الموضوعات.....
1	مقدمة
	القسم الأول: الإطار النظري للدراسة
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.
6	1- إشكالية الدراسة.....
8	2-فرضيات الدراسة.....
9	3-دوافع الدراسة.....
9	4-أهمية الدراسة.....
10	5-أهداف الدراسة.....
10	6-التعاريف الاجرائية لمصطلحات الدراسة.
11	7-الدراسات السابقة والتعقيب عليها
15	خلاصة.....
	الفصل الثاني: السلوك الانسحابي
17	تمهيد.....
17	1-مفهوم السلوك الانسحابي.....
17	2-أنماط السلوك الانسحابي.....
18	3-الأسباب والعوامل المؤثرة فيه.....
19	4-النظريات المفسرة للسلوك الانسحابي.....
20	5-تشخيص وطرق قياس السلوك الانسحابي.....
21	6-تأثير السلوك الانسحابي على الطفل المعاق ذهنيا.....
22	خلاصة.....
	الفصل الثالث: الإعاقة الذهنية درجة متوسطة
24	تمهيد.....
24	1-تعريف الإعاقة الذهنية.....
25	2-تعريف الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.....

25	3- خصائص الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.....
26	4-أسباب الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.....
27	5-تشخيص الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.....
28	خلاصة.....
	القسم الثاني: الجانب التطبيقي
	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية الدراسة
30	تمهيد.....
30	1-المنهج المستعمل في الدراسة.....
31	2-الإطار الزماني والمكاني.....
31	3-معايير انتقاء مجموعة الدراسة
32	4-وصف مجموعة الدراسة.....
32	5-طريقة وظروف اجراء الدراسة.....
33	6 الأدوات المستعملة في الدراسة.....
33	6-1الملاحظة.....
33	6-2_مقياس السلوك الانسحابي.....
36	6-3-البرنامج العلاجي القائم على تحليل السلوك التطبيقي ABA.....
52	خلاصة.....
	القسم الثالث: تحليل ومناقشة النتائج
	الفصل الخامس: عرض و تحليل الحالات.
54	تمهيد.....
54	1 -عرض وتحليل نتائج الحالة الاولى.....
58	2-عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية.....
60	3-عرض و تحليل نتائج الحالة الثالثة.....
62	4-عرض و تحليل نتائج الحالة الرابعة.....
64	5-عرض و تحليل نتائج الحالة الخامسة.....
	الفصل السادس:عرض ومناقشة النتائج
65	تمهيد.....

65	1-تحليل و مناقشة نتائج البرنامج العلاجي.....
67	2-مناقشة فرضيات الدراسة.....
69	الخلاصة.....
	الاستنتاج العام
71	الاستنتاج العام.....
73	1-التوصيات والمقترحات.....
	المصادر والمراجع
75	قائمة المراجع.....
77	الملاحق.....

قائمة الجداول:

34	الجدول رقم1: نتائج المقياس السلوك الانسحابي.....
54	الجدول رقم2: نتائج الحالة الاولى.....
58	الجدول رقم3: نتائج الحالة الثانية.....
61	الجدول رقم4: نتائج الحالة الثالثة.....
63	الجدول رقم5: نتائج الحالة الرابعة.....
65	الجدول رقم6: نتائج الحالة الخامسة.....

قائمة الملاحق:

76	الملحق(01):مقياس السلوك الانسحابي.....
78	الملحق(02):البرنامج العلاجي للتخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي لدى أطفال الاعاقة الذهنية المتوسطة.....
90	الملحق(03):جدول يوضح أثر المعالجة على الحالات من خلال نسب التحسن.....

تُعدّ الطفولة من أكثر المراحل النمائية حساسية في حياة الإنسان، ففيها تتشكل البنية الأساسية للشخصية، وتتحدد أنماط التفاعل الاجتماعي والانفعالي والمعرفي التي تؤثر في مسار الفرد مستقبلاً. ويُنظر إلى التفاعل الاجتماعي بوصفه أحد المؤشرات الجوهرية للنمو النفسي السوي، إذ يتيح للطفل بناء علاقات متوازنة مع محيطه، واكتساب مهارات التواصل والتكيف والاندماج داخل الجماعة. غير أنّ بعض الأطفال يواجهون اضطرابات تعيق هذا النمو الطبيعي، خاصة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الذين يعانون من صعوبات متعددة تمس الجوانب المعرفية والسلوكية والاجتماعية، الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة لظهور أنماط سلوكية غير تكيفية، من أبرزها السلوك الانسحابي.

ويُعتبر السلوك الانسحابي من الاضطرابات السلوكية التي تسترعي اهتمام الباحثين والأخصائيين في مجال التربية الخاصة والصحة النفسية، لما يترتب عنه من آثار سلبية تمس مختلف جوانب شخصية الطفل. فهو لا يقتصر على مجرد ميل إلى العزلة أو ضعف المشاركة الاجتماعية، بل يمتد ليؤثر في قدرة الطفل على بناء العلاقات، والتعبير عن حاجاته، والاستفادة من المواقف التعليمية والاجتماعية المحيطة به. كما أن استمرار هذا النمط السلوكي دون تدخل قد يؤدي إلى تفاقم مشكلات التكيف النفسي والاجتماعي، ويزيد من حدة العجز في اكتساب المهارات الحياتية الأساسية.

وتتضاعف حدة هذه الإشكالية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من الدرجة المتوسطة، بالنظر إلى ما يعانونه من قصور في العمليات العقلية واللغوية والتواصلية، مما ينعكس بشكل مباشر على قدرتهم على التفاعل مع الآخرين. وغالباً ما يظهر هؤلاء الأطفال ميلاً واضحاً إلى الانطواء، وضعف المبادرة الاجتماعية، وتجنب المواقف الجماعية، وهو ما يجعلهم في حالة عزلة نسبية تحد من فرص دمجهم داخل الوسط الأسري والمدرسي والاجتماعي. ومن هذا المنطلق، أصبح الاهتمام بتنمية التفاعل الاجتماعي والتخفيف من السلوك الانسحابي لدى هذه الفئة ضرورة تربوية وعلاجية ملحة، تستوجب البحث عن أساليب تدخل فعالة قائمة على أسس علمية دقيقة.

وقد شهدت العقود الأخيرة تطوراً ملحوظاً في البرامج العلاجية والسلوكية الموجهة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، خاصة تلك المستندة إلى مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، الذي يُعد من أكثر المداخل العلمية فعالية في تعديل السلوك وتنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية. ويقوم هذا الاتجاه على استخدام جملة من الفنيات والإجراءات العلاجية المنظمة، مثل التعزيز، التلقين، النمذجة،

التدريب على الدور، والتدريب بالمحاولات المنفصلة، بهدف إحداث تغيرات سلوكية إيجابية قابلة للملاحظة والقياس. وقد أكدت العديد من الدراسات الحديثة أن التدخلات السلوكية المكثفة تسهم بدرجة كبيرة في تحسين التفاعل الاجتماعي وخفض السلوكيات الانسحابية لدى الأطفال ذوي الإعاقات النمائية.

وفي هذا السياق، تبرز أهمية الدراسة الحالية التي تنطلق من الاهتمام العلمي والإنساني بفئة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ومحاولة فهم طبيعة السلوك الانسحابي لديهم، والكشف عن إمكانية التخفيف من حدته من خلال برنامج علاجي منظم. فالدراسة لا تقتصر على تناول المشكلة من منظور وصفي، وإنما تسعى إلى اختبار فعالية تدخل علاجي قائم على أساليب سلوكية حديثة، بهدف تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المستهدفين داخل المركز النفسي البيداغوجي.

وتكمن أهمية الموضوع في كونه يجمع بين بعدين أساسيين: البعد العلاجي المرتبط بخفض السلوك الانسحابي، والبعد النمائي المرتبط بتنمية التفاعل الاجتماعي، باعتبارهما من أهم المؤشرات الدالة على قدرة الطفل على التكيف والاندماج. كما تنبع أهمية الدراسة من قلة الدراسات العربية - خاصة في البيئة الجزائرية - التي تناولت فعالية البرامج العلاجية الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من الدرجة المتوسطة، الأمر الذي يمنح الدراسة الحالية قيمة علمية وتطبيقية في مجال التربية الخاصة والصحة النفسية.

وانطلاقاً من ذلك، يتمثل الغرض الأساسي من هذه الدراسة في تقصي مدى فعالية برنامج علاجي قائم على مجموعة من الأساليب السلوكية في التخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من الدرجة المتوسطة. كما تهدف الدراسة إلى الكشف عن طبيعة التغيرات السلوكية التي يمكن أن يحدثها البرنامج العلاجي، ومدى انعكاسها على قدرة الأطفال على التواصل والمشاركة والتفاعل داخل المواقف الاجتماعية المختلفة.

كما تسعى الدراسة إلى تقديم إطار تطبيقي يمكن الاستفادة منه داخل المراكز النفسية البيداغوجية ومؤسسات التربية الخاصة، من خلال توفير نموذج علاجي قابل للتطبيق والتطوير وفق احتياجات هذه الفئة. إضافة إلى ذلك، فإن الدراسة تحاول الإسهام في إثراء الأدبيات العلمية المتعلقة

بالسلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وربط الجوانب النظرية بالممارسات الميدانية القائمة على التدخل السلوكي المنظم.

وبناءً على ما سبق، جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على واحدة من القضايا النفسية والتربوية المهمة التي تمس فئة تحتاج إلى رعاية علمية وتربوية متخصصة، وذلك من خلال محاولة بناء تصور علاجي يساهم في تحسين نوعية حياة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وتعزيز فرص اندماجهم الاجتماعي والنفسي، بما ينسجم مع الاتجاهات الحديثة التي تؤكد حق هذه الفئة في الرعاية والتأهيل والدمج داخل المجتمع.

ويقع بحثنا في ستة فصول: تناولنا في الفصل الأول الإطار العام للدراسة منها إبراز إشكالية الدراسة كفصل تمهيدي للمذكرة أما الفصل الثاني خصص لدراسة السلوك الانسحابي من خلال مفهومه ومظاهره مبرزين أسبابه والنظريات المفسرة له بالإضافة لتشخيصه وتأثيره على الطفل المعاق، وعرض أهم طرق التعامل والتدخل للتخفيف منه لتليه خلاصة الفصل. يليه الفصل الثالث الذي خصص لدراسة الإعاقة الذهنية -درجة متوسطة- من حيث مفهومها، وأسبابها، وخصائصها، وأساليب تشخيصها.

أما الجانب الميداني للمذكرة والذي يمثل الجانب التطبيقي يقع في ثلاثة فصول: الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة، الإطار الزمني والمكاني ومعايير انتقاء مجموع الدراسة ووصف مجموعة الدراسة فظروف اجرائه والأدوات المستعملة في الدراسة الفصل الخامس يحتوي على عرض وتحليل الحالات المدروسة. ما الفصل السادس فكان لتحليل ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء فرضيات الدراسة.

القسم الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

تمهيد:

1. اشكالية الدراسة.
2. فرضيات الدراسة.
3. دوافع الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. أهداف الدراسة.
6. الضبط الإجرائي للمصطلحات.
7. الدراسات السابقة.

خلاصة

1. الإشكالية:

تُعد الإعاقة الذهنية من القضايا النفسية والتربوية التي حظيت باهتمام واسع في الدراسات والأبحاث العلمية، نظراً لما تطرحه من تحديات متعددة تمس مختلف جوانب نمو الفرد، خاصة في بعدها الاجتماعي والانفعالي والمعرفي. إذ يعاني الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من قصور ملحوظ في القدرات العقلية والمهارات التكيفية، الأمر الذي ينعكس بشكل مباشر على سلوكهم اليومي وقدرتهم على التفاعل مع محيطهم الاجتماعي، سواء داخل الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بصفة عامة (الزريقات، 2006، ص45).

بحيث يؤدي هذا القصور إلى صعوبات في التعلم، وضعف في اكتساب المهارات الاجتماعية الأساسية، مما يجعل هذه الفئة أكثر عرضة لمظاهر سوء التكيف.

وفي هذا السياق، يزداد الاهتمام بهذه الفئة على الصعيدين الوطني والدولي، نظراً لتزايد أعدادها والحاجة إلى توفير خدمات تربوية ونفسية ملائمة لخصائصها. وتشير المعطيات الإحصائية إلى أن نسبة انتشار الإعاقة في الجزائر تُقدَّر بحوالي 1.7% حسب نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS 2013)، الصادر عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع منظمة اليونيسف، في حين تُقدَّر الإعاقات النمائية، التي تشمل الإعاقة الذهنية، بحوالي 1.3% من السكان وفق تقارير دولية مبنية على معطيات وطنية. كما تشير التقديرات العالمية إلى أن الإعاقة الذهنية تمس نحو 3% من الأفراد بدرجات متفاوتة (American Psychiatric Association, 2013)

وهو ما يعكس صعوبة تحديد نسبة دقيقة خاصة بالإعاقة الذهنية على المستوى الوطني، نتيجة محدودية الإحصاءات المتخصصة، وصعوبة التشخيص الدقيق في بعض الحالات.

ويُعتبر التفاعل الاجتماعي من أهم المؤشرات الدالة على تكيف الفرد داخل محيطه، إلا أن الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية يواجهون صعوبات كبيرة في هذا الجانب، حيث يظهر العديد منهم سلوكيات غير تكيفية تعيق اندماجهم الاجتماعي. ومن بين أبرز هذه السلوكيات، يبرز السلوك الانسحابي كأحد الاضطرابات السلوكية الشائعة، والذي يتمثل في ميل الطفل إلى العزلة، وتجنب التفاعل مع الآخرين، وضعف المبادرة الاجتماعية، إضافة إلى الانطواء على الذات وقلة المشاركة في الأنشطة الجماعية (عواد، 2008، ص112).

ولا يقتصر تأثير هذا السلوك على الجانب الاجتماعي فحسب، بل يمتد ليؤثر على مختلف جوانب النمو، بما في ذلك التحصيل الدراسي، والنمو اللغوي، وبناء العلاقات الاجتماعية السليمة.

وتؤكد العديد من الدراسات أن الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، خاصة من الدرجة المتوسطة، هم الأكثر عرضة لظهور السلوك الانسحابي، وذلك بسبب ما يعانونه من محدودية في الفهم والإدراك، وصعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، مما يجعلهم غير قادرين على مجاراة أقرانهم في المواقف الاجتماعية المختلفة. كما أن تعرضهم المتكرر لمواقف الفشل أو الرفض الاجتماعي يعزز لديهم مشاعر الإحباط، ويؤدي إلى انخفاض مستوى الثقة بالنفس، وهو ما يدفعهم إلى تبني الانسحاب كآلية دفاعية لتجنب الإحراج أو القلق الاجتماعي

(Lee et al, 2017, p58-112).

ومن جهة أخرى، تلعب البيئة المحيطة دوراً أساسياً في تشكيل سلوك الطفل، حيث تُعد الأسرة من أهم العوامل المؤثرة في تنمية أو إعاقه المهارات الاجتماعية. فأساليب المعاملة الوالدية غير السوية، مثل الإهمال، أو الحماية الزائدة، أو القسوة، قد تساهم بشكل كبير في تعزيز السلوك الانسحابي لدى الطفل، من خلال الحد من فرص التفاعل الاجتماعي، أو تقليل الاستقلالية، أو تنمية مشاعر الخوف وعدم الأمان (بن حليم، 2014، ص78).

كما أن البيئة المدرسية بدورها قد تساهم في تفاقم هذا السلوك في حال غياب برامج تربوية ملائمة تراعي خصوصيات هذه الفئة. وأمام هذه التحديات، برزت الحاجة إلى تطوير برامج علاجية وتربوية تهدف إلى تعديل السلوكيات غير التكيفية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وخاصة السلوك الانسحابي. وقد أثبتت العديد من المقاربات السلوكية فعاليتها في هذا المجال، ومن أبرزها تحليل السلوك التطبيقي (ABA)، الذي يُعد من أكثر الأساليب العلمية استخداماً في تعديل السلوك، حيث يعتمد على مبادئ التعلم مثل التعزيز، والتشكيل، والنمذجة، والتلاشي التدريجي، مع التركيز على تحليل العلاقة بين المثير والاستجابة والنتيجة، مما يسمح ببناء برامج تدخل دقيقة ومتكيفة مع خصائص كل طفل.

ورغم النتائج الإيجابية التي حققتها بعض الدراسات في هذا المجال، إلا أن فعالية البرامج العلاجية في التخفيف من السلوك الانسحابي لا تزال محل تساؤل، خاصة في ظل قلة الدراسات التطبيقية، وندرة البرامج الميدانية الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من الدرجة المتوسطة .
(Zhang & Wang, 2025 ,p120)

كما أن العديد من المؤسسات التربوية، خاصة على المستوى المحلي، تفتقر إلى استراتيجيات تدخل منظمة ومبنية على أسس علمية دقيقة، مما يحد من فعالية التكفل بهذه الفئة. وانطلاقاً من ذلك، تبرز الحاجة إلى تصميم برنامج علاجي قائم على أسس علمية، يستجيب لخصائص الأطفال المعاقين ذهنياً من الدرجة المتوسطة، ويأخذ بعين الاعتبار احتياجاتهم وقدراتهم، مع العمل على تقييم مدى فعاليته في التخفيف من السلوك الانسحابي، وتحسين مستوى التفاعل الاجتماعي لديهم داخل الوسط التربوي. وعليه، يمكن صياغة الإشكالية العامة للدراسة في التساؤل التالي: فيما تتمثل فعالية برنامج علاجي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في التخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة ذهنية من الدرجة المتوسطة بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً المجاهد لشهب مختار بضاية بن ضحوة غرداية؟

2.الفرضيات:

تتمثل فعالية البرنامج العلاجي للتخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً من الدرجة المتوسطة في.

1.تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال المركز النفسي البيداغوجي المجاهد لشهب مختار بضاية بن ضحوة ولاية غرداية.

2. الخفض من السلوك الانسحابي تدريجياً لدى أطفال المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً المجاهد لشهب مختار بضاية بن ضحوة غرداية.

3. استمرار أثر البرنامج العلاجي للتخفيف من السلوك الانسحابي لدى الاطفال بعد فترة المتابعة.

3. دوافع الدراسة:

تستند هذه الدراسة إلى جملة من الدوافع العلمية والتطبيقية، إذ يعد السلوك الانسحابي من الاضطرابات السلوكية المعقدة التي تؤثر بشكل مباشر في نمو الطفل ذي الاعاقة الذهنية، خاصة على مستوى التفاعل الاجتماعي وبناء العلاقات وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، وقد برز الاهتمام بهذا الموضوع إنطلاقاً من الملاحظة الميدانية الكاشفة عن انتشار ملحوظ للسلوك الانسحابي لدى هذه الفئة وما يترتب عنه من صعوبات في الاندماج الاجتماعي وضعف في المهارات التواصلية والتأثير السلبي على مسار نموهم الشامل، كما تتعزز دوافع هذه الدراسة في ظل الحاجة الملحة إلى تدخلات علاجية مبنية على أسس علمية ومنهجية دقيقة تستهدف تعديل السلوك الانسحابي خاصة في ضوء محدودية البرامج العلاجية المطبقة ميدانياً، وأيضاً تسعى هذه الدراسة إلى سد فجوة معرفية وتطبيقية من خلال تصميم برنامج علاجي قائم على مبادئ تعديل السلوك يمكن الاستفادة منه من قبل المختصين في مجال التربية الخاصة كما تنطلق هذه الدراسة من دافع إنساني وتربوي يتمثل في تحسين جودة الحياة النفسية والاجتماعية للأطفال ذوي الاعاقة الذهنية.

4. أهمية الدراسة:

- تسهم في إثراء الأدبيات المتعلقة باضطرابات السلوك الانسحابي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً درجة متوسطة، خاصة السلوك الانسحابي الذي لم يحظ باهتمام كاف مقارنة بالسلوكيات العدوانية أو التخريبية.
- تدعم الاتجاهات الحديثة في استخدام البرامج العلاجية السلوكية القائمة على تحليل السلوك التطبيقي (ABA) في تعديل السلوك وتنمية المهارات الاجتماعية.
- تبرز أهمية التركيز على السلوك الانسحابي كمتغير مستقل يحتاج إلى تدخل منظم وموجه.
- تصنيف هذه الدراسة مرجعاً علمياً في مجال التربية الخاصة خاصة في البيئة الجزائرية.
- تقدم برنامجاً علاجياً عملياً قائماً على تحليل السلوك التطبيقي يمكن أن يستفيد منه المختصون في التربية الخاصة والنفسيانيون العياديون داخل المؤسسات التربوية.
- تساعد في تحسين التفاعل الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً وتقليل مظاهر العزلة والانطواء.
- توفر أداة علمية يمكن تطويرها أو تكييفها مستقبلاً لفئات أخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تخفف من الأعباء النفسية والاجتماعية الواقعة على الأسرة والمؤسسة التربوية نتيجة السلوك الانسحابي.

5. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى كشف فعالية برنامج العلاجي للتخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً من الدرجة المتوسطة .

- تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً بضاية بن ضحوة غرداية.

- خفض من السلوك الانسحابي تدريجياً لدى الأطفال المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً بضاية بن ضحوة غرداية.

- استمرار أثر البرنامج العلاجي للتخفيف من السلوك الانسحابي لدى الاطفال بعد فترة المتابعة.

6. الضبط الاجرائي للمصطلحات:

1. برنامج علاجي:

هو مجموعة من الأنشطة والإجراءات المنظمة والمخطط لها، والمصممة من طرف الباحث، والتي تُطبق على أفراد العينة خلال فترة زمنية محددة، بهدف تخفيف مظاهر السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من الدرجة المتوسطة. ويُقاس أثر هذا البرنامج من خلال الفرق في درجات أفراد العينة على مقياس السلوك الانسحابي بين القياس القبلي والبعدي.

2. السلوك الانسحابي: هو الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الطفل من أفراد العينة من خلال استجاباته على بنود مقياس السلوك الانسحابي المعد في هذه الدراسة، والذي يقيس مظاهر مثل تجنب التفاعل الاجتماعي، ضعف المبادرة في التواصل، قلة المشاركة مع الآخرين، والابتعاد عن الأنشطة الجماعية. وتشير الدرجة المرتفعة في المقياس إلى مستوى مرتفع من السلوك الانسحابي، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض هذا السلوك لدى الطفل

3. الأطفال المعاقين ذهنياً (درجة متوسطة): هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم غالباً بين (6-12 سنوات) والمسجلون بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً لشهب مختار بضاية بن ضحوة غرداية، والذين تم تصنيفهم على أنهم يعانون من إعاقة ذهنية متوسطة، وذلك بناءً على تقارير

وتشخيصات نفسية/تربوية معتمدة، وقدراتهم المعرفية والاجتماعية محدودة وتستدعي دعماً وتدخلاً تربوياً وعلاجياً خاصاً.

7. الدراسات السابقة:

أولاً: الدراسات العربية

1-دراسة د. محمد إبراهيم العجلان والباحثة صبا محمد الحبيب (2025)

هدفت هذه الدراسة الموسومة بعنوان "واقع أساليب المعاملة الوالدية في تشكيل الأنماط السلوكية غير التكميلية لدى أبنائهم ذوي الإعاقة الفكرية" التي تناولت البيئة الأسرية وعلاقتها بسلوك الأبناء ذوي الإعاقة الفكرية. أُجريت الدراسة في بريدة سنة 2025، وهدفت إلى التعرف على واقع أساليب المعاملة الوالدية ودورها في تشكيل السلوكيات غير التكميلية مثل السلوك العدواني الانسحابي لدى هذه الفئة. اتبعت الدراسة طبيعة وصفية تحليلية باستخدام المنهج الوصفي، وتمثل تساؤلها الرئيس في: ما واقع أساليب المعاملة الوالدية في تشكيل الأنماط السلوكية غير التكميلية لدى الأبناء ذوي الإعاقة الفكرية؟ وقد استخدم الباحثان أداة الاستبانة لجمع البيانات، حيث طُبِّقت على عينة مكونة من 321 من الآباء والأمهات. وأظهرت النتائج أن مستوى أساليب المعاملة الوالدية جاء متوسطاً، في حين ظهر مستوى السلوك العدواني مرتفعاً، والسلوك الانسحابي مرتفعاً جداً، كما كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لجنس الوالدين في أساليب المعاملة أو في الأنماط السلوكية غير التكميلية، مما يشير إلى تأثير عام لأساليب التربية على هذه السلوكيات بغض النظر عن بعض المتغيرات الديموغرافية.

2-دراسة زواوي ناصري وتعينات على (2024):

سعت هذه الدراسة بعنوان السلوك الانسحابي الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة إلى الكشف عن مظاهر السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة في المرحلة العمرية ما بين 8 إلى 13 سنة، من خلال مقارنة درجاتهم مع أقرانهم من الأطفال العاديين. وقد نُفذت الدراسة ميدانياً في المدرسة الابتدائية زباني خديجة بولاية سعيدة بالجزائر، واعتمدت على المنهج الوصفي المقارن. تكونت العينة من 16 طفلاً (8 ذوي إعاقة عقلية خفيفة و8 عاديين)، وتم استخدام مقياس السلوك الانسحابي للأطفال (عادل عبد الله، 2002). وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الانسحابي لصالح الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة، كما تبين أن أكثر أنماط الانسحاب شيوعاً تمثلت في الانسحاب من المواقف الاجتماعية والتفاعلات الاجتماعية.

3-دراسة السفاسفة (2023):

هدفت هذه الدراسة بعنوان فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض السلوك الانسحابي لدى الأشخاص ذوي الإعاقة في مركز الشفلح بدولة قطر إلى استقصاء فعالية برنامج إرشادي في تحسين المهارات الاجتماعية وتقليل السلوك الانسحابي. نُفذت الدراسة في مركز الشفلح بدولة قطر، واعتمدت على المنهج شبه التجريبي. تكونت العينة من 22 مشاركاً تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وضابطة، وتم تطوير مقياسين لقياس المهارات الاجتماعية والسلوك الانسحابي. وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، إضافة إلى استمرار أثر البرنامج في القياس التتبعي، مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي.

4-دراسة وهيبة برحاييل ومريم بسيكر وعبد الناصر سناني (2022):

هدفت هذه الدراسة بعنوان السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعليم من وجهة نظر المختصين إلى الكشف عن مستوى السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعليم من وجهة نظر المختصين. وقد أُجريت هذه الدراسة في الجزائر خلال سنة 2022، ونُشرت في مجلة الدراسات والبحوث النفسية. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تمثلت عينة الدراسة في 45 طفلاً من ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعليم، تراوحت أعمارهم بين 6 و12 سنة. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام مقياس السلوك الانسحابي، كما تم تحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعليم وبعض المتغيرات، كما بينت النتائج أن مستوى السلوك الانسحابي لديهم دال إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يدل على انتشار هذا السلوك لدى هذه الفئة، وهو ما يستدعي الاهتمام بالتدخلات النفسية والتربوية للحد منه.

ثانياً: الدراسات الأجنبية

5-دراسة (Zhang & Wang 2025):

هدفت هذه الدراسة بعنوان **The impact of parental Hibbing on social withdrawal in preschool children** إلى دراسة تأثير تجاهل الوالدين للأطفال بسبب استخدام الهاتف على السلوك الانسحابي لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. نُفذت الدراسة في الصين باستخدام المنهج الكمي، وشملت عينة من 739 طفلاً وأولياء أمورهم. استخدمت الدراسة

مقاييس معيارية لقياس السلوك الانسحابي، بالإضافة إلى تحليل متغيرات وسيطة مثل الصراع الأسري والعواطف السلبية. وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين تجاهل الوالدين والسلوك الانسحابي لدى الأطفال، مع دور وسيط لكل من الصراع الأسري والعواطف السلبية.

6-دراسة:(Laugeson et al., 2012)

The effectiveness of the PEERS social skills intervention for adolescents with developmental disabilities هدفت هذه الدراسة الموسومة بعنوان:

إلى تقييم فعالية برنامج PEERS (برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية) في تحسين التفاعل الاجتماعي وخفض بعض السلوكيات غير التكيفية، من بينها السلوك الانسحابي، لدى المراهقين ذوي الاضطرابات النمائية، بما في ذلك الإعاقة الذهنية اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي، حيث شملت العينة مجموعة من المراهقين تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة. تم تطبيق برنامج تدريبي منظم يركز على مهارات التواصل، تكوين الصداقات، والتفاعل في المواقف الاجتماعية. وتم استخدام أدوات قياس قبلية وبعديّة، إضافة إلى تقييمات من الأولياء، لقياس التغير في السلوك الاجتماعي. أظهرت النتائج وجود تحسن دال إحصائياً في المهارات الاجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية، مع انخفاض واضح في مظاهر السلوك الانسحابي مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يدل على فعالية البرنامج.

7-دراسة:(Mahan & Matson, 2009)

A comparison of social skills in adults with intellectual disabilities with and without social withdrawal هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مستوى المهارات الاجتماعية لدى الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية الذين يعانون من السلوك الانسحابي والذين لا يعانون منه، وذلك بهدف فهم العلاقة بين السلوك الانسحابي وضعف التفاعل الاجتماعي. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المقارن، وشملت عينة من الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية. وتم استخدام مقاييس متخصصة لتقييم المهارات الاجتماعية والسلوكيات الانسحابية. أظهرت النتائج أن الأفراد الذين يعانون من السلوك الانسحابي لديهم مستويات منخفضة بشكل دال إحصائياً في المهارات الاجتماعية مقارنة بغير المنسحبين، مما يؤكد أن تنمية المهارات الاجتماعية يمكن أن تكون مدخلاً علاجياً فعالاً للتقليل من هذا السلوك.

8-دراسة(Rubin et al. (2009 :

تناولت هذه الدراسة بعنوان **Social Withdrawal in Childhood** مفهوم السلوك الانسحابي لدى الأطفال من منظور نظري وتحليلي، حيث استعرضت مجموعة من الأبحاث حول أسبابه ونتائجه. وقد أشارت إلى أن الأطفال المنسحبين اجتماعياً يميلون إلى تجنب التفاعل مع الأقران، وقد يعانون من القلق وصعوبات في المهارات الاجتماعية، مما يؤثر سلباً على تكيفهم النفسي والاجتماعي. كما أكدت الدراسة أن السلوك الانسحابي يرتبط بمخاطر نفسية وتربوية على المدى الطويل، مما يجعل فهمه والتدخل المبكر فيه أمراً ضرورياً.

التعليق عن الدراسات:

من خلال تحليل الدراسات السابقة العربية والأجنبية، يمكن تسجيل جملة من أوجه الاتفاق والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية كما يلي:

- اتفقت معظم الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في تناولها لموضوع السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، حيث أكدت كل من دراسة زواوي ناصري وتوعينات (2024) ودراسة بسيكر وآخرون (2022) على انتشار هذا السلوك لدى هذه الفئة، كما دعمت دراسة Rubin وآخرون (2009) هذا الطرح بربطه بصعوبات التفاعل الاجتماعي.

- اختلفت الدراسة الحالية مع أغلب الدراسات السابقة من حيث المنهج، حيث اعتمدت معظم الدراسات على المنهج الوصفي التحليلي أو المقارن، في حين اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي. ويرجع هذا الاختلاف إلى أن الدراسات السابقة كانت تهدف إلى وصف الظاهرة وتحليلها، بينما تسعى الدراسة الحالية إلى التدخل من خلال برنامج علاجي وقياس فعاليته.

- توجد اختلافات بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة من حيث حجم وطبيعة العينة، حيث استخدمت بعض الدراسات عينات صغيرة (مثل 16 طفل)، وأخرى عينات كبيرة (مثل 739 طفل)، بينما تركز الدراسة الحالية على عينة محددة من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية. ويُفسّر هذا الاختلاف بـ طبيعة كل دراسة وأهدافها، فالدراسات الوصفية تميل إلى توسيع العينة، بينما الدراسات التجريبية تركز على عينات محددة لضبط المتغيرات.

- تباينت الدراسات السابقة من حيث البيئة التي أُجريت فيها، حيث تنوعت بين الجزائر، قطر، والصين، في حين تركز الدراسة الحالية على البيئة الجزائرية. ويعود هذا الاختلاف إلى اختلاف السياقات الثقافية والاجتماعية، مما قد يؤثر على طبيعة السلوك الانسحابي ونتائجه.

-ركزت الدراسات السابقة على وصف السلوك الانسحابي والعوامل المرتبطة به، في حين تسعى الدراسة الحالية إلى قياس فعالية برنامج علاجي في خفض هذا السلوك. ويبرز هذا الاختلاف بـ اختلاف طبيعة الدراسة، حيث أن الدراسة الحالية ذات طابع تطبيقي علاجي، بينما أغلب الدراسات السابقة كانت وصفية.

-بناءً على ما سبق، تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في تناولها للسلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، لكنها تختلف عنها في اعتمادها على المنهج شبه التجريبي وتركيزها على الجانب العلاجي، مما يمنحها قيمة تطبيقية داخل البيئة الجزائرية.

الخلاصة:

تناولنا في هذا الفصل الإطار النظري لموضوع الدراسة ألا وهو السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية -الدرجة المتوسطة - حيث سعيّا من خلاله إبراز إشكالية الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها وأهدافها، إضافة إلى أهميتها ودوافعها، مع تحديد المفاهيم الأساسية. وتم كذلك استعراض مجموعة من الدراسات السابقة التي دعمت موضوع البحث، مع إبراز أوجه الاتفاق والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية.

الفصل الثاني:

تمهيد

1. تعريف السلوك الانسحابي.
2. أنماط السلوك الانسحابي.
3. أسباب والعوامل المؤثرة فيه.
4. النظريات المفسرة للسلوك الانسحابي.
5. تشخيصه وطرق القياس السلوك الانسحابي.
6. تأثير السلوك الانسحابي على الطفل المعاق ذهنيا.

خلاصة.

تمهيد

يُعتبر السلوك الانسحابي من بين أبرز الاضطرابات السلوكية الشائعة لدى الأطفال خاصة ذوي الإعاقة الذهنية، بحيث يؤثر بشكل مباشر على تفاعلهم الاجتماعي وتكيفهم مع المحيط الخارجي. ويتميز هذا السلوك بالانعزال والابتعاد عن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية. مما ينعكس سلباً على نمو الطفل النفسي والاجتماعي. ونظراً لأهمية هذا الموضوع، نسعى في هذا الفصل الى تسليط الضوء على مفهومه ومظاهره مبرزين اسبابه والنظريات المفسرة له بالإضافة لتشخيصه وتأثيره على الطفل المعاق، وعرض اهم طرق التعامل والتدخل للتخفيف منه.

1. مفهوم السلوك الانسحابي:

يُعد السلوك الانسحابي من الظواهر التي تعددت حولها التعريفات تبعاً لاختلاف الخلفيات النظرية للباحثين، إذ يُعرّف من منظور اجتماعي تفاعلي على أنه عجز الفرد، خاصة الطفل، عن التفاعل مع الآخرين والاندماج معهم، مما يدفعه إلى تجنبهم والانسحاب من المواقف الاجتماعية (عبد المنعم، 2010).

كما يُنظر إليه باعتباره آلية دفاعية لاشعورية تهدف إلى التخفيف من التوتر الناتج عن عدم إشباع الحاجات أو ضعف القدرة على تكوين علاقات اجتماعية سليمة، وهو سلوك غير تكيفي يؤثر في مختلف جوانب النمو (إسماعيل، 2020). وفي السياق نفسه، يشير بيترسون وآخرون إلى أن السلوك الانسحابي يرتبط بشعور الفرد بالوحدة وغياب الدعم، مما يؤدي إلى تدني مفهوم الذات. (Candida et al., 2005)

بينما يراه روسليت ميلاً إلى تجنب المواقف التي تثير القلق أو الإحباط والصراع الداخلي (Rossilt, 2003)، ويعرفه يحيى بأنه نزعة إلى تجنب التفاعل الاجتماعي وضعف المشاركة في المواقف الاجتماعية مع قصور في مهارات التواصل (يحيى، 2008).

ومن ناحية نفسية، يربطه قشقوش بمفهوم الوحدة النفسية التي تعكس شعور الفرد بفجوة بينه وبين الآخرين وافتقاده للقبول والانتماء (قسقوش، 1988).

أما من الناحية الإجرائية، فيُعرّف السلوك الانسحابي بأنه انخفاض مستوى التفاعلات السلوكية والاجتماعية لدى الأطفال (خولة يحيى، 2000).

2. أنماط السلوك الانسحابي:

يشير هاريسست وآخرون (Harrist et al., 1997: 278) إلى عدة أنماط من السلوك الانسحابي التي يظهرها الأطفال، من أهمها:

-الخجل والانطواء .

-السلوك الانعزالي والسليبي .

-السلوك التجنبي .

أما سهى أمين (1999) فترى أن أنماط السلوك الانسحابي تندرج ضمن أشكال التفاعل الانسحابي الظاهرة لدى الطفل، والتي تتمثل في:

- جلوس الطفل بمفرده في مكان واحد داخل الفصل دائماً .

- اختيار الأماكن الخلفية للجلوس .

- عدم المشاركة في الأنشطة الاجتماعية .

- اتخاذ موقف المتفرج .

- الميل إلى العيش في الخيال .

وترى مريم سمعان (2010) أن السلوك الانسحابي يتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية، وهي:

- تجنب العلاقات الاجتماعية .

- وجود مشاعر ذاتية تتمثل في الشعور بالوحدة النفسية .

- أن الوحدة النفسية تشتمل على مشاعر غير سعيدة (عبد المنعم، 2010، 35)

3.أسباب والعوامل المؤثرة فيه :

تتعدد الأسباب والعوامل التي تسهم في ظهور السلوك الانسحابي لدى الأطفال، خاصة ذوي الإعاقة الذهنية، حيث تتداخل مجموعة من العوامل النفسية والأسرية والمدرسية والاجتماعية، ومن أبرزها:

- **العوامل النفسية:** مثل انخفاض تقدير الذات، والشعور بالنقص، والخجل، والخوف من الفشل أو

من تقييم الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية والانسحاب منها (الزريقات،

2007) .

- **العوامل الأسرية:** كالحماية الزائدة، أو القسوة، أو الإهمال، أو غياب الدعم العاطفي، حيث تؤثر هذه الأساليب سلباً في نمو شخصية الطفل وثقته بنفسه، مما يعزز السلوك الانسحابي (القريطي، 2005).
- **العوامل المدرسية:** مثل صعوبة التكيف مع البيئة المدرسي أو التعرض للسخرية والتنمر من قبل الزملاء، وهو ما يدفع الطفل إلى الانعزال وتجنب التفاعل (الخطيب والحديدي، 2009).
- **العوامل الاجتماعية:** كضعف المهارات الاجتماعية وعدم القدرة على تكوين علاقات ناجحة مع الآخرين، إضافة إلى رفض الأقران، مما يؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية (عبد الرحمن، 2008).
- **العوامل المرتبطة بالإعاقة العقلية:** حيث تؤدي محدودية القدرات العقلية والتأخر في النمو اللغوي والمعرفي إلى ضعف التفاعل الاجتماعي، وبالتالي زيادة الميل نحو السلوك الانسحابي (الروسان، 2010).

4. النظريات المفسرة للسلوك الانسحابي:

أ- نظرية التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي أن الشعور بالعزلة يمثل حالة من الكبت للخبرات المحيطة بالشعور، والتي اكتسبها الفرد خلال مرحلة الطفولة المبكرة، نتيجة رفض وإنكار كل ما قد يسبب الألم أو مظاهره. ويؤدي هذا الكبت إلى تقييد الأنماط السلوكية المخالفة للمعايير الاجتماعية، مما يمنع الفرد من الحصول على الدفء والمحبة والعلاقات الاجتماعية الحميمة مع الآخرين، ويؤدي إلى إحباط الحاجة إلى الانتماء. وهذا ما يوضحه هوجان (1989)، إذ يرى أن الفرد يكبت داخلياً خبرة العزلة ويتجنب الآخرين.

من جهة أخرى، أكد أدلر (Adler) أن شعور الفرد بالعزلة قد ينشأ من فشل الوالدين في تربية المراهق أو حرمانه من الحب والعطف والتشجيع، مما يولد شعوراً بالنقص نتيجة نقص الخبرات الاجتماعية وغياب الإحساس بالانتماء الاجتماعي. (ضفاف عدنان 2012، ص 06).

أما فرويد فقد أرجع أسباب السلوك الانسحابي الاجتماعي إلى مرحلة الطفولة المبكرة، وخاصة خمس السنوات الأولى، حيث تؤثر الخبرات التي يمر بها الطفل في هذه المرحلة بشكل مباشر على شخصيته واستقباله للعالم (النجشايري، 2015 ص 46).

ب- النظرية السلوكية:

يرى مؤيدو هذا الاتجاه أن المشكلات السلوكية تنشأ نتيجة ما يتعلمه الفرد من البيئة التي يعيش فيها، إذ يُنظر إلى الإنسان على أنه ابن بيئته بكل ما تحتويه من مثيرات واستجابات ترتبط بمختلف جوانب حياته الاجتماعية والنفسية والبيولوجية. ويعتقد أنصار المدرسة السلوكية أن السلوك الانسحابي ينتج عن ضعف التعلم الاجتماعي، كما أن التحليل في إطار التعلم الاجتماعي يربط الانسحاب الاجتماعي وعدم النضج بالبيئة غير الملائمة (Hallahan and others ; 2013P 199).

ج- نظرية كارل روجرس:

يشدد روجرس على أن التوافق بين الذات والخبرة يؤدي إلى ترميز صحيح للخبرات، بينما يؤدي التنافر بينهما إلى ترميز غير دقيق، مما يسبب سوء التكيف النفسي. كما يؤكد على أهمية الحاجة إلى الانتماء والصدقة والمصاحبة، والاهتمام بالفرد بطريقة إيجابية، وحب الآخرين وتعاطفهم وتقديرهم واحترامهم. (الخوaja، 2002 ص 145).

5. تشخيص وقياس السلوك الانسحابي:

هناك ثلاثة أساليب رئيسية لقياس السلوك الانسحابي لدى التلاميذ، وهي:

1. **الملاحظة:** وهي الأكثر استخدامًا، حيث تعتمد على ملاحظة أنماط تفاعل الطفل في المواقف الطبيعية بشكل مباشر.

المميزات: تتمتع هذه الطريقة بالصدق الظاهري، لأنها تتضمن ملاحظة فعلية للسلوك. كما تمكن الباحثين من قياس السلوك الانسحابي بشكل متكرر، ودراسة المثيرات القبلية والمثيرات البعدية المرتبطة بالسلوك الانسحابي، وذلك لأهمية كبيرة في تقدير مستوى الانسحاب، وبالتالي وضع الخطط العلاجية المناسبة (خولو أحمد، 2000).

2. **المقاييس السوسيومترية:** تعرف هذه الطريقة باسم "تقدير الأقران"، وتشمل تقدير الأقران للسلوك الانسحابي والمكانة الاجتماعية للتلاميذ.

المميزات: أصبحت هذه الطريقة من الطرق المستخدمة على نطاق واسع في تشخيص السلوك الانسحابي (خولو أحمد، 2000).

3. تقدير المعلمين: تتضمن هذه الطريقة توظيف قوائم تقدير السلوك الانسحابي التي يقوم المعلمون باستخدامها لتقييم السلوك الانسحابي للتلاميذ.

المميزات: تشمل هذه القوائم مجموعة من أنماط السلوك الانسحابي، التي يطلب من المعلمين تقدير مدى وضوحها لدى التلميذ (خولو أحمد، 2000).

6. تأثير السلوك الانسحابي على الطفل المعاق ذهنياً:

1. التأثيرات الاجتماعية

- الميل إلى العزلة الاجتماعية والابتعاد عن المواقف الجماعية، ما يقلل فرص تكوين الصداقات (يوسف، 2002).

- ضعف القدرة على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين، وعدم القدرة على الحفاظ على العلاقات التي تم تكوينها (سعيد حسن، 2000؛ مروة مختار بغداددي، ناهد منير مكاري، راندا يس محمد، 9102).

- قصور في المهارات الاجتماعية الأساسية، مثل المبادرة في الحديث، وفهم القواعد والمعايير الاجتماعية.

- الميل إلى الاعتماد على الأصغر سنًا في الأنشطة الجماعية، وقلة المشاركة مع أقرانهم (مصطفى نوري و خليل عبد الفتاح، 2002).

2. التأثيرات الانفعالية والنفسية .

- الخوف، القلق، الخجل، وانعدام الثقة بالنفس، ما يؤدي إلى صعوبة المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.

- مفهوم ذات سلبي أو متدنٍ، يظهر في عبارات مثل "لا أستطيع فعل هذا" أو "لن أفوز أبدًا"، مع حساسية مفرطة للنقد (مصطفى نوري و خليل عبد الفتاح، 2002).

- التبلد الانفعالي، الاندفاعية، ضعف التحكم في الانفعالات، والشعور بالإحباط (صالح السواح، 2002).

- ضعف القدرة على الانخراط في المواقف الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين بشكل مناسب (خولة أحمد، 2000).

3. التأثيرات على المهارات والتكيف

- ضعف المهارات اللازمة للتواصل اللفظي وغير اللفظي.
- قصور في مهارات العناية بالذات والكفاءة الحياتية، ما يحد من استقلالية الطفل (سعيد حسن، 2000).
- ضعف التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، وصعوبة ممارسة الأنشطة اليومية (عادل محمد، 2002).
- صعوبة في فهم المعلومات البيئية المعقدة، رغم القدرة على استيعاب المعاني العامة وحل المسائل البسيطة (يوسف، 2002).

الخلاصة:

يتضح أن السلوك الانسحابي يعد من الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال، خاصة ذوي الإعاقة الذهنية، لما له من تأثير سلبي على تفاعلهم الاجتماعي وتكيفهم النفسي. لذلك تبرز أهمية دراسته من خلال التعرف على مفهومه ومظاهره وأسبابه، والنظريات المفسرة له، إضافة إلى طرق تشخيصه وتأثيراته، وصولاً إلى أساليب التدخل المناسبة للتخفيف منه وتحسين تكيف الطفل مع بيئته.

الفصل الثالث:

تمهيد

1. تعريف الإعاقة الذهنية.
2. تعريف الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.
3. خصائص الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.
4. أسباب الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.
5. تشخيص الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.

خلاصة

تمهيد:

تعدّ الإعاقة الذهنية من أبرز موضوعات التربية الخاصة، لما لها من تأثير على النمو المعرفي والتكيفي للفرد. وتندرج الإعاقة الذهنية متوسطة الدرجة ضمن التصنيفات التي تتميز بقدرات عقلية محدودة، مع إمكانية التعلم واكتساب بعض المهارات الأساسية في حدود معينة. ويعاني الأفراد ضمن هذه الفئة من بطء في النمو المعرفي وصعوبة في فهم المفاهيم المجردة، إلا أنهم قادرون على التكيف النسبي واكتساب مهارات حياتية وتعليمية إذا توفرت لهم ظروف تربوية مناسبة. ويهدف هذا الفصل إلى عرض الإطار النظري للإعاقة الذهنية متوسطة الدرجة من حيث مفهوماتها، وأسبابها، وخصائصها، وأساليب تشخيصها.

1. تعريف الإعاقة الذهنية:

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR، تُعرف الإعاقة الذهنية بأنها انخفاض ملحوظ دون المستوى العادي في الوظائف العقلية العامة، يكون مصحوباً بانخفاض واضح في السلوك التكيفي، مع ظهور هذه الأعراض قبل سن الثامنة عشرة.

2. تعريف الإعاقة الذهنية المتوسطة:

هي الفئة التي تتراوح درجة ذكائها ما بين (35-50) درجة تقريباً، وتُعاني من قصور واضح في اثنين أو أكثر من مجالات السلوك التكيفي، والتي تشمل: مهارات التواصل، الصحة والسلامة، العناية الذاتية، التوجيه الذاتي، المهارات الأكاديمية الوظيفية، مهارات الحياة اليومية، والمهارات المهنية واستغلال وقت الفراغ. تُعرف الإعاقة الذهنية بأنها حالة من القصور الملحوظ في مستوى الأداء العقلي العام، حيث يظهر الفرد مستوى منخفضاً في القدرات العقلية مثل التفكير، الفهم، التعلم، وحل المشكلات، ويصاحب ذلك قصور في السلوك التكيفي الذي يشمل المهارات الاجتماعية واليومية، كما تظهر هذه الحالة خلال مرحلة النمو أي قبل سن الثامنة عشرة. وتؤثر الإعاقة الذهنية على قدرة الفرد على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية، مما يستدعي توفير رعاية خاصة وبرامج تأهيلية مناسبة (الروسان، 2013، ص 120).

تُعرف الإعاقة الذهنية المتوسطة بأنها إحدى درجات الإعاقة الذهنية التي تتميز بانخفاض في مستوى الأداء العقلي العام، حيث يعاني الأفراد في هذه الفئة من صعوبات في التعلم واكتساب المهارات الأكاديمية، كما يظهر لديهم قصور في السلوك التكيفي، خاصة في المهارات الاجتماعية واليومية، مما يستدعي توفير الرعاية والتدريب المناسبين لهم (الروسان، 2013، ص 123).

تُعرف الإعاقة الذهنية المتوسطة بأنها حالة يتراوح فيها معامل الذكاء بين (35-49) تقريباً، ويصاحب ذلك قصور في السلوك التكيفي، حيث يحتاج الفرد إلى دعم مستمر في التعلم واكتساب المهارات الحياتية، مع قدرة محدودة على التكيف مقارنة بالأفراد العاديين AAIDD ، 2010، ص 45).

3. خصائص الإعاقة الذهنية درجة متوسطة:

1. الخصائص المعرفية:

يتميز الأطفال ذوو الإعاقة الذهنية المتوسطة بوجود قصور في القدرات المعرفية، حيث يعانون من بطء في التعلم وضعف في الانتباه والتركيز، إضافة إلى صعوبة في الفهم والتفكير المجرد وحل المشكلات، مما يؤثر سلباً على تحصيلهم الدراسي وقدرتهم على اكتساب المعارف (صالح، 2008، ص 60).

2. الخصائص اللغوية:

يعاني الأطفال ذوو الإعاقة الذهنية المتوسطة من تأخر في النمو اللغوي، حيث تكون مفرداتهم محدودة ويواجهون صعوبة في التعبير عن أفكارهم وفهم التعليمات، خاصة إذا كانت معقدة أو طويلة، مما يحد من قدرتهم على التواصل الفعال مع الآخرين (القريطين، 2012، ص 140).

3. الخصائص الاجتماعية:

تظهر لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة صعوبات في التفاعل الاجتماعي، حيث يجدون صعوبة في تكوين العلاقات مع الآخرين والمشاركة في الأنشطة الجماعية، وقد يميل بعضهم إلى الانسحاب والعزلة نتيجة ضعف مهارات التواصل الاجتماعي (صالح، 2008، ص 62).

4. أسباب الإعاقة الذهنية درجة متوسطة:

1. الأسباب أثناء الولادة :

تشمل الأسباب التي تحدث أثناء عملية الولادة، مثل نقص الأكسجين الواصل إلى دماغ الطفل، أو التعرض للولادة المتعسرة، أو استخدام أدوات طبية بطريقة غير سليمة، حيث قد تؤدي هذه العوامل إلى إلحاق ضرر بالجهاز العصبي المركزي للطفل (القريطين، 2012، ص 143).

2. الأسباب بعد الولادة:

تتمثل الأسباب التي تحدث بعد الولادة في إصابة الطفل ببعض الأمراض الخطيرة مثل التهاب السحايا أو الحمى الشديدة، أو التعرض لحوادث وإصابات على مستوى الدماغ، إضافة إلى سوء الرعاية الصحية أو الإهمال، مما قد يؤثر سلباً على النمو العقلي للطفل (القريطين، 2012، ص 144).

كما هناك أسباب أخرى ترجح أنها قد تكون السبب في الإصابة بالإعاقة الذهنية منها:

1. الأسباب الوراثية: تشمل الاضطرابات الجينية والكروموسومية التي تؤثر على النمو العقلي، مثل متلازمة داون وغيرها من الاضطرابات الوراثية التي تنتقل عبر الجينات، حيث تؤدي إلى خلل في وظائف الدماغ وتطوره (الروسان، 2013، ص 130).

2. الأسباب البيئية: تتعلق بالعوامل المحيطة بالفرد مثل سوء التغذية، والحرمان البيئي، وانخفاض المستوى الثقافي والاجتماعي للأسرة، حيث قد تؤثر هذه العوامل على النمو العقلي والتطور المعرفي للطفل بشكل غير مباشر (الروسان، 2013، ص 132).

3. الأسباب النفسية والاجتماعية: تتمثل في الظروف النفسية الصعبة التي يعيشها الطفل مثل الإهمال العاطفي، أو غياب الرعاية الأسرية، أو التعرض للضغط النفسي المستمر، حيث يمكن أن تؤثر هذه العوامل على نموه النفسي والاجتماعي وقدرته على التكيف (الروسان، 2013، ص 133).

4. الأسباب المرتبطة بالأمراض المزمنة: قد تؤدي بعض الأمراض المزمنة أو الاضطرابات العصبية إلى التأثير على وظائف الدماغ، مما ينعكس على القدرات العقلية للطفل ويؤدي إلى ظهور الإعاقة الذهنية بدرجات متفاوتة (الروسان، 2013، ص 134).

5. التشخيص (Diagnostic) للإعاقة الذهنية درجة متوسطة:

يتم تشخيص الإعاقة الذهنية وفقاً لما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5، حيث يعتمد التشخيص على ثلاثة معايير أساسية تتمثل في وجود عجز في الوظائف العقلية، وعجز في السلوك التكيفي، وظهور هذه الصعوبات خلال فترة النمو.

فقد أشار American Psychiatric Association (2013) إلى أن الإعاقة الذهنية تُشخص عند وجود قصور في القدرات العقلية العامة مثل التفكير، حل المشكلات، التخطيط، والاستدلال، ويتم التأكد من ذلك من خلال التقييم السريري واختبارات الذكاء المعيارية، إضافة إلى وجود صعوبات واضحة في السلوك التكيفي الذي يشمل المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية، على أن تكون هذه الصعوبات كافية لتؤثر على الاستقلالية والأداء اليومي للفرد، وأن تظهر خلال فترة النمو.

وفيما يتعلق بالدرجة المتوسطة، يشير DSM-5 إلى أن الأفراد في هذه الفئة يعانون من قصور ملحوظ في القدرات المعرفية والسلوك التكيفي، حيث يحتاجون إلى دعم متوسط إلى مستمر في التعلم والأنشطة اليومية، مع إمكانية اكتساب مهارات أكاديمية أساسية مثل القراءة والكتابة والحساب بشكل محدود وتحت إشراف. (American Psychiatric Association, 2013)

كما يوضح Ruth Luchassions & Robert L. Schlick (2010) أن تشخيص الإعاقة الذهنية لا يعتمد فقط على اختبار الذكاء، بل يتطلب تقييماً شاملاً يشمل الأداء التكيفي والقدرة على التفاعل الاجتماعي، مع التركيز على مستوى الدعم الذي يحتاجه الفرد في بيئته اليومية.

خلاصة:

الإعاقة الذهنية متوسطة الدرجة هي انخفاض في القدرات العقلية (35-50) مع قصور في السلوك التكيفي يظهر قبل 18 سنة. يعاني الأفراد من بطء التعلم وضعف اللغة وصعوبات اجتماعية، لكن يمكنهم اكتساب مهارات أساسية مع الدعم.

تعود أسبابها إلى عوامل وراثية وعوامل بيئية ونفسية. ويتم تشخيصها عبر تقييم يشمل القدرات العقلية والسلوك التكيفي خلال مرحلة النمو.

القسم الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. المنهج المتبع في الدراسة.
 2. الدراسة الاستطلاعية.
 3. الإطار الزمني والمكاني للدراسة.
 4. معايير انتقاء مجموعة الدراسة.
 5. وصف مجموعة الدراسة.
 6. طريقة وظروف اجراء الدراسة.
 7. الأدوات المستعملة للدراسة.
 - 1.7. الملاحظة.
 - 2.7. المقابلة العيادي.
 - 3.7. مقياس السلوك الانسحابي.
 - 4.7. البرنامج العلاجي القائم على تحليل السلوك
- التطبيقي ABA.

تمهيد:

بعد عرض الإطار النظري لمتغيرات الدراسة، يأتي هذا الفصل ليُجسّد الجانب التطبيقي، الذي يهدف إلى اختبار مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الدرجة المتوسطة. ويُعد هذا الجانب خطوة أساسية للانتقال من الطرح النظري إلى التحقق الميداني من الفرضيات المطروحة. ويتناول هذا الفصل عرضاً مفصلاً للإجراءات المنهجية المعتمدة، من حيث نوع الدراسة، والدراسة الاستطلاعية، والإطار الزمني والمكاني، ومعايير اختيار العينة، ووصفها، إضافة إلى ظروف إجراء الدراسة ومراحل تنفيذ البرنامج العلاجي، وصولاً إلى كيفية تحليل النتائج وتفسيرها.

1. منهج الدراسة:

يعتمد هذا البحث، انطلاقاً من طبيعة الدراسة وهدفها المتمثل في معرفة فعالية برنامج سلوكي للتخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي، على المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة. ويُعرّف هذا المنهج بأنه: "تغيير متعمد ومضبوط للشروط المحددة للواقع أو الظاهرة التي تكون موضوعاً للدراسة، وملاحظة ما ينتج عن هذا التغيير من آثار في هذا الواقع أو الظاهرة" (محمد سرحان، 2019، ص 65). وقد تم اختيار هذا المنهج لملاءمته لطبيعة الدراسة، خاصة في مجال البرامج العلاجية، حيث يقوم هذا التصميم على دراسة كل حالة بشكل فردي من خلال تتبع التغيرات التي تطرأ على السلوك المستهدف (السلوك الانسحابي عبر مراحل زمنية مختلفة وذلك من خلال): القياس القبلي: حيث يتم قياس مستوى السلوك الانسحابي لدى كل حالة قبل تطبيق البرنامج العلاجي بهدف تحديد الأساس للسلوك. مرحلة التدخل العلاجي: ويتم فيها تطبيق البرنامج العلاجي القائم على مجموعة من التقنيات مع متابعة تطور السلوك لدى الحالات بشكل مستمر. القياس البعدي: حيث يتم إعادة تطبيق المقياس بعد انتهاء البرنامج لمقارنة النتائج مع القياس القبلي وتحديد مدى التغيير الحاصل. يتميز هذا التصميم بقدرته على إبراز الفروق الفردية بين الحالات كما يسمح بتقييم فعالية البرنامج العلاجي على مستوى كل حالة على حدة.

2. الدراسة الاستطلاعية:

تُعَدُّ الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة في البحث العلمي، فهي من الخطوات الأولى التي يقوم بها الباحث لأخذ نظرة أولية حول ميدان الدراسة، والوقوف على الظروف والإمكانات المتاحة، وكذلك التعرف على المشكلات والصعوبات التي يُحتمل ظهورها قبل الشروع في الجانب التطبيقي للدراسة. وقد تَمَّت هذه الدراسة على النحو الآتي: قمنا بالذهاب للمركز من أجل تطبيق مقياس السلوك الانسحابي. وقد طُبِّقَ المقياس على الأطفال، ثم. وبذلك أتممنا التطبيق مع خمسة أطفال.

3. الإطار الزمني والمكاني:

بتاريخ 18 جانفي لغاية 18 مارس 2026، بمعدل جلستين أسبوعيا ليلغ العدد الإجمالي للجلسات حوالي 16 جلسة علاجية وقد روعي في هذا التوزيع الزمني مبدأ الاستمرارية والتدرج في التدرج العلاجي، تم إجراء الملاحظة وتطبيق مقياس السلوك الانسحابي والبرنامج العلاجي القائم على تحليل السلوك التطبيقي على مجموعة البحث الخاصة بنا، وذلك بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا المجاهد لشهب مختار بضاية بن ضحوة غرداية، مما ساهم في توفير شروط الضبط التجريبي النسبي و عزز في مصداقية النتائج و قابليتها للتفسير العلمي .

4. معايير انتقاء مجموعة الدراسة:

تم اختيار مجموعة الدراسة وفق مجموعة من معايير بحيث تساهم في تحقيق أهداف البحث وتساعدنا على إنجازه:

- أن يكون الأطفال من ذوي الإعاقة الذهنية (درجة متوسطة).
- أن تتراوح أعمارهم تقريبا بين (6-10 سنوات).
- ظهور سلوك انسحابي واضح أثناء الأنشطة (فردية وجماعية).
- موافقة الإدارة والاولياء على المشاركة في الدراسة.
- الانتظام في حضور الجلسات العلاجية.

وقد تم اعتماد هذه المعايير لضمان تجانس أفراد العينة من جهة، ولتمكين الباحثة من رصد التغيرات السلوكية الناتجة عن تطبيق البرنامج العلاجي بدقة وموضوعية من جهة أخرى.

5. وصف مجموعة الدراسة:

تتكون مجموعة الدراسة من (5) حالات من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية درجة متوسطة، تم اختيارهم بطريقة قصدية من المركز البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا المجاهد لشهب مختار بضاية بن ضحوة، وذلك وفق معايير محددة تتماشى مع أهداف الدراسة. تتراوح أعمار أفراد العينة بين (6 إلى 10 سنوات)، يتميز أفراد المجموعة بظهور سلوك انسحابي واضح يتمثل في ضعف التفاعل الاجتماعي وقلة المبادرة، الميل إلى العزلة، وتجنب المشاركة في الأنشطة سواء الفردية أو الجماعية.

6. ظروف إجراء الدراسة:

تناولت الدراسة موضوع فعالية برنامج علاجي للتخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية درجة متوسطة. وبغرض تحقيق أهداف الدراسة، قمنا بزيارة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا المجاهد لشهب مختار - بضاية بن ضحوة - غرداية، وذلك قصد إجراء مقابلات وتطبيق مقياس السلوك الانسحابي والبرنامج العلاجي على الأطفال المعاقين ذهنيا درجة متوسطة. ويجدر بنا الإشارة إلى أننا واجهنا بعض الصعوبات أثناء إجراء هذه الإجراءات، من بينها:

- تباين الخصائص الفردية بين الحالات (القدرات، شدة السلوك الانسحابي).
- صعوبة التواصل مع بعض الحالات بسبب ضعف المهارات اللغوية والتفاعلية.
- عدم انتظام حضور بعض الحالات خلال جلسات البرنامج العلاجي.
- محدودية الوقت المخصص لتطبيق البرنامج وملاحظة التغيرات السلوكية.
- تأثير استجابة الأطفال بالحالة الانفعالية والنفسية اليومية.

7. الأدوات المستعملة:

1.7 الملاحظة:

تُعرف الملاحظة بأنها أسلوب منهجي يعتمد عليه الأخصائي النفسي في جمع المعلومات من خلال مراقبة سلوك المفحوص في مواقف طبيعية أو منظمة، وذلك بهدف فهم حالته النفسية وتشخيصها (عبد الرحمن العيسوي، 2005). بحيث تم استخدام الملاحظة المباشرة كأداة أساسية لرصد سلوك الاطفال داخل الجلسات وخارجها. مع التركيز على مؤشرات السلوك الانسحابي مثل العزلة، ضعف التفاعل وتجنب المشاركة.

2.7 مقياس السلوك الانسحابي:

1.2.7 تعريف المقياس:

اعتمدت الباحثة على مقياس السلوك الانسحابي الوارد في دراسة سمر عبد المنعم حول فعالية برنامج قائم على الأنشطة المتكاملة للتخفيف من بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، ويهدف إلى الكشف عن مستوى السلوك الانسحابي لدى الأطفال.

2.2.7 مكونات وأبعاد المقياس:

يتكون المقياس من 30 عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد أساسية وهي:

العزلة الاجتماعية: ويقصد بها ميل الطفل إلى الابتعاد عن الآخرين وعدم الرغبة في التفاعل الاجتماعي (1,2,7,10,11,14,15,18,21,23).

السلبية: وتشير إلى ضعف المبادرة، وقلة المشاركة، والتردد في المواقف المختلفة (4,5,8,12,16,17,24,25,27,29).

التمركز حول الذات: يقصد به انشغال الطفل بنفسه وانسحابه من المحيط الاجتماعي (3,6,9,13,19,20,22,26,28,30).

3.2.7 طريقة التطبيق:

يُطبق المقياس بصورة فردية أو جماعية حسب طبيعة العينة، وذلك من خلال قراءة العبارات على الطفل أو ملاحظتها من طرف المعلم/الأخصائي، ثم تسجيل الاستجابة المناسبة لكل عبارة.

4.2.7 طريقة التصحيح:

يعتمد المقياس على تدرج ثلاثي للاستجابة:

دائمًا = 3 درجات

أحيانًا = 2 درجتان

نادرًا = 1 درجة

ويتم جمع درجات جميع العبارات للحصول على الدرجة الكلية.

تفسير النتائج:

جدول (01): نتائج مقياس السلوك الانسحابي.

الدرجات	حالة الطفل
71 الى 90	شديد الانسحابية.
51 الى 70	متوسط الانسحابية.
30 الى 50	منخفض الانسحابية.

التعليق على الجدول (01):

يوضح الجدول مستويات السلوك الانسحابي لدى الأطفال وفقًا للدرجات المتحصل عليها في المقياس، حيث قُسمت النتائج إلى ثلاث فئات رئيسية تعكس شدة الانسحاب الاجتماعي. فالأطفال الذين تتراوح درجاتهم بين (71 - 90) يُصنفون ضمن فئة شديدي الانسحابية، ما يدل على معاناة واضحة من العزلة وضعف التفاعل الاجتماعي. أما الدرجات الواقعة بين (51 - 70) فتتمثل فئة متوسطي الانسحابية، وتشير إلى وجود مستوى متوسط من السلوك الانسحابي يحتاج إلى متابعة وتدخل مناسب. في حين أن الدرجات من (30 - 50) تدل على انخفاض مستوى

الانسحابية، ما يعكس قدرة أفضل على التفاعل والتواصل الاجتماعي مقارنة بالفئات الأخرى. ويُساعد هذا التصنيف في تحديد شدة الحالة واختيار الأساليب العلاجية والتربوية الملائمة لكل طفل.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الصدق.

1-صدق المحتوى:

تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين المختصين في علم النفس وعلوم التربية، وقد بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين 85%، مما يدل على مناسبة الفقرات لقياس السلوك الانسحابي.

2-صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للأبعاد التي تنتمي إليها، وتراوحت معاملات الارتباط بين 0.42 و 0.78، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، مما يشير إلى اتساق فقرات المقياس.

كما تراوحت معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس بين 0.71 و 0.84.

ثانياً: الثبات.

1-معامل ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا كرونباخ، فبلغت قيمته للمقياس ككل 0.88، وهي قيمة تدل على ثبات مرتفع.

كما بلغت معاملات الثبات للأبعاد الفرعية:

العزلة الاجتماعية: 0.83

السلبية: 0.81

التمركز حول الذات: 0.79

2- ثبات إعادة الاختبار:

تم إعادة تطبيق المقياس بعد أسبوعين على عينة استطلاعية، وبلغ معامل الارتباط بين التطبيقين 0.86، مما يدل على استقرار المقياس عبر الزمن.

3.7 البرنامج العلاجي القائم على تحليل السلوك التطبيقي ABA:

1.3.7 تعريف البرنامج العلاجي:

يُعرّف البرنامج العلاجي في قاموس التربية بأنه:

"مجموعة من الأنشطة المنظمة والمخططة، التي تهدف إلى تطوير معارف المتدربين واتجاهاتهم، وتساعدتهم على صقل مهاراتهم ورفع كفاءاتهم" (Good, 1973، ص 63).

كما يُعرّف البرنامج العلاجي في هذا البحث إجرائيًا بأنه:

مجموعة من الأهداف والجلسات والإجراءات والتمارين والفنيات التي تقوم بها الباحثة مع أطفال ذوي الإعاقة الذهنية-درجة متوسطة-عينة البحث، بهدف التخفيف من السلوك الانسحابي لدى أفراد العينة.

2.3.7 أهداف البرنامج:

أ-الهدف الرئيسي من البرنامج:

يهدف هذا البرنامج إلى تخفيف السلوك الانسحابي لدى أفراد العينة موضوع الدراسة، من خلال مجموعة من تقنيات التحليل التطبيقي للسلوك.

ب-الأهداف الفرعية للبرنامج:

- تنمية الانتباه والتركيز لدى الطفل.
- تنمية مهارات التواصل.
- تنمية المهارات الاجتماعية.
- خفض السلوكيات غير التكميلية.
- تنمية مهارة التقليد.

- تنمية الاستقلالية وتعميم المهارات المكتسبة.

3.3.7 الأساليب العلاجية المتبعة في البرنامج:

يعتمد البرنامج العلاجي على مجموعة من الأساليب المستمدة من مبادئ تحليل السلوك التطبيقي والتي تهدف الى التخفيف من السلوك الانسحابي وتنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية وقد تم توظيف هذه الأساليب بشكل تكاملي وفق اهداف كل جلسة علاجية وتمثلت فيمايلي:

1. التعزيز **Renforcement** : هو أي حدث او فعل يعقب أو يلي ظهور الاستجابة

الإجرائية في موقف التعلم وما به من مثيرات ويؤدي الى زيادة احتمال ظهورها في المستقبل في المواقف المشابهة (تعزيز لفظي أو مادي أو اجتماعي) ويعد من اهم الأساليب العلاجية.

2. التشكيل **Shaping** : هو الاجراء الذي يعمل على التعزيز الإيجابي المنظم للاستجابات

التي تقترب شيئا فشيئا من السلوك النهائي بهدف احداث السلوك الغير موجود (تعزيز التقاربات التدريجية للسلوك المستهدف).

3. التلقين **Prompting** : تقديم مساعدة متنوعة (لفظية، جسدية، اشارية أو بصرية)

لمساعدة الطفل على أداء السلوك المطلوب بشكل صحيح ومع العمل على سحب هذه المساعدة تدريجيا (الاخفاء التدريجي) بهدف تحقيق الاستقلالية في الأداء.

4. النمذجة: **Modeling** عرض السلوك المرغوب أمام الطفل بشكل مباشر أو من خلال

وسائل مرئية مما يسمح له باكتساب المهارات الجديدة عن طريق الملاحظة والتقليد وهو ما يساهم في تسهيل عملية التعلم خاصة في المهارات الاجتماعية.

5. الإطفاء **Extinction** : هو إزالة السلوك الغير مرغوب فيه او العمل على وقف حدوثه

في المستقبل ويجب تطبيقه بانتظام ويعتبر الإطفاء خفضي يشمل على وقف تقديم التعزيز الذي يتبع حدوث الاستجابة ويحافظ عليها.

6. التعزيز التفاضلي **Differential Reinforcement** : تعزيز الفرد عند قيامه

بسلوك نقيض السلوك الغير المقبول الذي يراد تقليله، ويسمى أيضا الاشراف المضاد (تعزيز السلوكيات البديلة المقبولة اجتماعيا وإهمال السلوكيات الانسحابية).

7.التدريب على الدور **Role-Play Training** : محاكاة مواقف اجتماعية واقعية داخل الجلسة العلاجية مثل التحية وطلب المساعدة والتفاعل مع الآخرين بهدف التنمية المهارات الاجتماعية وتحسين قدرة الطفل على التفاعل في الحياة اليومية.

8.التدريب بالمحاولات المنفصلة (**DTT**): أسلوب يقوم على تقسيم المهارة المستهدفة إلى خطوات صغيرة يتم تقديمها بشكل منظم ومتكرر حيث يتبع كل مثير استجابة من الطفل يعقبها تعزيز أو تصحيح مما يساعد على اكتساب المهارات بشكل منظم.

9.التواصل الوظيفي: (**Fonctionna Communication Training**) تعليم الطفل طرق تواصل بديلة ومناسبة (إشارات، كلام، صور) للتعبير عن احتياجاته ورغباته بطريقة فعالة.

10.جدول التعزيز المتقطع: يعتمد على تقديم التعزيز بشكل غير مستمر سواء بعد عدد معين من الاستجابات أو بعد فترات زمنية محددة بهدف تثبيت السلوك المستهدف وجعله أكثر استمرارية ومقاومة للانطفاء.

11.تحليل السلوك اللفظي **Verbal Behavior Analysis** : يركز على فهم اللغة والتواصل على أنها السلوكيات قابلة للتعلم والتعديل وليس فقط قدرات فطرية فالهدف منه تنمية التواصل الوظيفي، تقليل السلوكيات السلبية (مثل الصراخ بدل الطلب)، بتحسين التفاعل الاجتماعي، تعليم الطفل التعبير عن احتياجاته بشكل مناسب.

12.التدريب بالمحاولات المنفصلة مع المواقف الطبيعية: يتم التدريب المنظم والمواقف الحياتية (اللعب، الأكل...) لتعميم المهارات.

4.3.7 مراحل تطبيق البرنامج العلاجي:

تم تطبيق البرنامج العلاجي وفق مراحل منهجية منظمة مستمدة من مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، حيث روعي في بنائه التسلسل العلمي الذي يضمن الانتقال التدريجي من التشخيص إلى التدخل ثم التقييم، وذلك على النحو الآتي:

1-مرحلة التقييم القبلي: والتي هدفت إلى تشخيص مستوى السلوك الانسحابي لدى الحالات المدروسة، من خلال تطبيق مقياس السلوك الانسحابي والملاحظة المباشرة داخل البيئة الطبيعية، مما

سمح بتحديد خط الأساس لكل حالة بدقة. وقد شكلت هذه المرحلة منطلقاً أساسياً لبناء البرنامج العلاجي وفق الخصائص الفردية لكل طفل.

2-مرحلة التخطيط: حيث تم تحديد الأهداف العامة والخاصة للبرنامج، مع صياغة أهداف إجرائية قابلة للملاحظة والقياس، واختيار الأساليب العلاجية المناسبة، بالإضافة إلى إعداد الأنشطة والوسائل التعليمية وضبط عدد الحصص ومدتها بما يتلاءم مع قدرات الحالات.

3-مرحلة التطبيق: فقد تم خلالها تنفيذ جلسات البرنامج وفق تسلسل تدريجي من السهل إلى الصعب، مع توظيف مجموعة من الفنيات العلاجية كالتعزيز، والنمذجة، والتشكيل، والتلقين، مع مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال، وتهيئة بيئة تعليمية محفزة تساعد على تنمية التفاعل الاجتماعي والحد من السلوك الانسحابي.

4-التقييم المرحلي: تم تتبع تطور الحالات بشكل مستمر من خلال تسجيل الملاحظات السلوكية بعد كل حصة، مما أتاح إمكانية تعديل بعض جوانب البرنامج عند الضرورة، بما يضمن تحقيق أفضل النتائج.

5-مرحلة التقييم البعدي: والتي تم خلالها إعادة تطبيق أدوات القياس المعتمدة، ومقارنة النتائج بالقياس القبلي، بهدف تحديد مدى فعالية البرنامج العلاجي في خفض السلوك الانسحابي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الحالات المدروسة.

6-مرحلة المتابعة: للتحقق من استمرارية التحسن السلوكي لدى الأطفال، ومدى قدرتهم على تعميم المهارات المكتسبة في مواقف حياتية مختلفة.

5.3.7 حصص البرنامج:

الرقم	الهدف	محتوى الجلسة	الملاحظات
1	-تهيئة الطفل للبرنامج العلاجي وبناء علاقة تفاعلية إيجابية مع المعالج قائمة على الأمان والثقة لزيادة قابلية	-تم الاعتماد خلال هذه الجلسة على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي خاصة مبدأ التعزيز الإيجابي من أجل تشجيع الطفل على التفاعل التدريجي مع المثيرات المتقدمة. - الاعتماد على الملاحظة المنظمة لتسجيل السلوكيات الأولية من أجل تحديد خط الأساس للسلوك المستهدف قبل بدء التدخل للعلاج.	

	الاجراءات: -استقبال الطفل في بيئة آمنة ومحفزة مع تقديم أنشطة جذابة والتعزيز مباشرة بعد أي استجابة ايجابية - تسجيل الملاحظات حول استجابات الطفل تجاه المثيرات المقدمة مع ملاحظة مدى انتباهه للمثيرات البصرية واللفظية ومستوى تفاعله مع الأنشطة المقترحة مع تسجيل نوع الاستجابة الصادرة عنه (فورية، بعد تلقين، او عدم استجابة).	الطفل للمشاركة في الأنشطة التدريسية	
2	- الاعتماد على أسلوب تحليل السلوك الوظيفي لتحديد طبيعة السلوك الانسحابي من خلال تحليل العلاقة بين المثيرات القبلية والسلوك والنتائج. - استخدام الملاحظة شبه المنظمة لتسجيل استجابات الطفل في مواقف مختلفة (فردية وجماعية) مما يسمح بتحديد العوامل البيئية المرتبطة بظهور السلوك. الاجراءات: -ملاحظة الطفل في مواقف متنوعة وتسجيل المثيرات القبلية للسلوك الانسحابي. - تسجيل شكل السلوك (انسحاب، تجاهل، رفض التفاعل) مع تسجيل النتائج التي تلي هذا السلوك (الحصول على انتباه او البقاء منفردا).	تقييم للسلوك الانسحابي وتحديد خصائصه باستخدام تحليل سلوك التطبيقي (تشخيص السلوك الانسحابي لدى الطفل من خلال تحديد المثيرات السابقة له وانماطه والنتائج المترتبة عنه)	

	- تكرار الملاحظات في أكثر من موقف لضمان دقة البيانات والتحقق من ثبات السلوك.		
3	تنمية مهارات التواصل البصري وزيادة مدة الانتباه (تدريب الطفل على أحداث تواصل مباشر أثناء التفاعل باستخدام مثيرات بصرية جذابة مع توظيف تقنية التشكيل لتدعيم الاستجابات التدريجية من خلال تعزيز المحاولات الصغيرة التي تقترب من السلوك المطلوب. -توظيف التعزيز الإيجابي لتثبيت السلوك المستهدف. الاجراءات: -عرض مثيرات بصرية (العاب، صور ملونة). - توجيه الطفل للنظر نحو المعالج واستشارة التواصل البصري من خلال مناداته أو تحريك المثير. - استخدام التلقين اللفظي او الاشاري عند الحاجة. - تقديم تعزيز مباشرة بعد تحقيق تواصل بصري مع تكرار المحاولات في فترات قصيرة.	تنمية مهارات التواصل البصري وزيادة مدة الانتباه (تدريب الطفل على أحداث تواصل مباشر بصري مباشر مع المعالج وزيادة مدة الانتباه للمثيرات الاجتماعية).	
4	-تقديم مواقف شبه منظمة تعتمد على استدعاء الطفل باسمه في سياقات مختلفة مع تعزيز أي استجابة تصدر عنه (النظر الالتفات التوجه نحو المعالج). -توظيف التلقين اللفظي (إعادة نداء الاسم) والتلقين الإيمائي (الإشارة أو الاقتراب) مع تطبيق	تنمية الانتباه الاجتماعي والاستجابة للمثيرات الاجتماعية (الاستجابة لنداء الاسم) مع تدريب	

	التلاشي التدريجي لتقليل المساعدات مع تحسين الاداء. - اعتماد تقنية التشكيل (تعزيز الاستجابة الجزئية في البداية ثم الانتقال تدريجيا الى استجابات أكثر اكتمالا). - تدريب الطفل على تنفيذ تعليمات بسيطة من خلال تكرار وتعزيز ثم الانتقال من الاستجابة البسيطة الى الأكثر تعقيدا وفق مبدأ التدرج في التعلم ضمن تحليل سلوك التطبيق. الاجراءات: - تهيئ الطفل للجلسة من خلال توفير بيئة مناسبة وخالية من المشتتات. - تدريب الطفل على الاستجابة لنداء إثم مع تعزيز اي استجابة تستر عنه (تعزيز لفظي أو مادي أو اجتماعي) - تحفيز الطفل على التفاعل وجذب انتباه الطفل باستخدام مثيرات بصرية (صور ملونة، او العاب). - تعزيز للاستجابات الجزئية (الالتفات نحو الصوت، توجيه النظر نحو المعالج) ثم يتم الانتقال تدريجيا إلى تعزيز الاستجابة الكاملة (التواصل البصري والاستجابة لنداء الاسم). - تخفيف المساعدة اللفظية والإشارية تدريجيا. - تكرار التدريب في سياقات مختلفة (تغيير مكان جلوس المعالج او المسافة) مع التعزيز مباشرة بعد الاستجابة الصحيحة.	الطفل على الاستجابة للأوامر البسيطة	
--	---	--	--

5	تنمية مهارات التقليد للسلوك (تدريب الطفل على تقليد سلوكيات بسيطة (حركية، إشارية) كمدخل اساسي لتنمية التفاعل الاجتماعي).	- استخدام النمذجة كاستراتيجية أساسية لتعليم الطفل تقليد سلوكيات بسيطة مما يسهم في تطوير مهارات التفاعل. - اعتماد تقنية التعزيز التفاضلي (تعزيز السلوك المرغوب وتجاهل السلوك غير مرغوب) لتعزيز الاستجابات الصحيحة فقط بما يسهم في اكتساب مهارات التقليد. الاجراءات: - تقديم نموذج سلوكي واضح (حركة او اشارة) امام الطفل لتقليد السلوك المعروض. - توجيه الطفل لتقليد السلوك باستخدام التلقين عند الحاجة (لفظي /إشاري) - تعزيز أي محاولة تقليد فورية. - استخدام التعزيز التفاضلي مع تكرار المحاولات وتقليل التلقين تدريجيا.
6	تنمية مهارات التعبير عن الرغبات (تشجيع الطفل على التعبير عن حاجاته ورغباته لفضيا او إشاريا)	- تطبيق تحليل السلوك اللفظي من خلال خلق مواقف حرمان جزئي لدفع الطفل للطلب مع تعزيز اي محاولات تواصلية (لفظية او اشارية) مع استخدام التلقين اللفظي ثم سحبه تدريجيا. - توظيف مبدأ التواصل الوظيفي كبديل للسلوك الانسحابي من خلال تعزيز أي محاولة تواصل صادرة عن الطفل. الاجراءات: - عرض مشيرات مفضلة (العاب/ طعام) امام الطفل لخلق دافعية التواصل.

	-تشجيع الطفل على التعبير عن رغبته لفظيا او اشاريا. - استخدام التلقين عند عدم الاستجابة. -تعزيز اي محاوله تواصل فور صدورها. تقليل التلقين تدريجيا للوصول الى الاستقلالية.		
7	تنمية التفاعل الاجتماعي (تقليل العزلة وزيادة التفاعل، تشجيع الطفل على المبادرة بالتفاعل مع الآخرين والمشاركة في أنشطة بسيطة)	-تدريب الطفل على التفاعل باستخدام تقنية التدريب على الدور مع تعزيز المشاركة. استخدام التعزيز الاجتماعي مثل المدح والابتسامة لزيادة الدافعية نحو التفاعل مع تطبيق تقنية النمذجة. الاجراءات: -تدريب الطفل على التفاعل مع الاخرين ضمن نشاط جماعي بسيط مع التعزيز الاجتماعي. - تقديم نماذج سلوكية للتفاعل (النمذجة، تحية، مشاركة). - تشجيع الطفل على المبادرة بالتفاعل ودعم الاستجابات الاجتماعية الايجابية (مدح، استجابة) -دعم الطفل بالتلقين عند الحاجة مع تقليله تدريجيا.	
8	تقبل وجود الاخرين (الجلوس مع الغير، تقليل السلوك الانسحابي وزيادة قدرة الطفل على البقاء في وجود	-استخدام تقنية التعزيز التفاضلي للسلوك البديل وتعزيز السلوك الاجتماعي المبادرة بالتفاعل والمشاركة في النشاط مقابل عدم تعزيز السلوك الانسحابي مع تجاهله مثل الانعزال وعدم التفاعل وفق مبدأ الإطفاء دون تقديم تعزيز له. - التعرض التدريجي للمواقف الاجتماعية.	

	الأخرين دون (انسحاب)	الاجراءات: -ازالة الحساسية تدريجيا من خلال ادخال طفل اخر بشكل تدريجي في بيئة النشاط مع تعزيز بقاء الطفل دون انسحابه (حتى لو لفترة قصيرة). -تجاهل السلوك الانسحابي (وفق مبدأ الاطفاء). - تعزيز السلوك البديل فور حدوثه (النظر، الجلوس، التفاعل). -استخدام التلقين عند الحاجة لتوجيه الطفل مع تقليله تدريجيا مع تعزيز الاستجابات المستقلة
9	اللعب الجماعي والمشاركة في نشاط جماعي (تنمية مهارات المشاركة والتفاعل ضمن جماعة).	-استخدام التعلم بالنموذجة الجماعية مع تعزيز السلوكيات الاجتماعية (المشاركة الانتظار، تبادل الادوار، التعاون). - تقليل السلوك الانسحابي عبر تقنية اعادة التوجيه حيث يتم تحويل انتباه الطفل بلطف من السلوك الانسحابي مثل تجنب التفاعل الى نشاط تفاعلي مناسب مع تعزيز اي استجابة ايجابية. -التلقين اللفظي والايحاء لمساعدته الطفل على اداء السلوك المطلوب مع تطبيق التلاشي التدريجي لتقليل المساعدة تدريجيا الاجراءات: __تنظيم نشاط جماعي بسيط (لعبة مشتركة) __ تشجيع الطفل على المشاركة (تبادل الأدوار) __تعزيز التفاعل مع الآخرين وتشجيع الاستجابات المستقلة __تقليل التوجيه تدريجيا

10	تنمية الاستجابة اللفظية والتعبير الانفعالي	- تدريب الطفل على إصدار استجابات لفظية مناسبة لمواقف اجتماعية مختلفة. - تعزيز التواصل اللفظي الوظيفي مع تقليل الاعتماد على الإيماءات غير اللفظية. - استخدام التلقين (اللفظي والإيمائي). - تطبيق النمذجة (تقديم نموذج لفظي واضح). - اعتماد التعزيز الإيجابي. - استخدام التدريب بالمحاولات المنفصلة عبر تقديم منير، انتظار الاستجابة ثم تقديم التعزيز. - تطبيق التلاشي التدريجي للتلقين لتعزز الاستقلالية. - التركيز على التواصل الوظيفي من خلال تدريب الطفل على استخدام اللغة للتعبير عن رغباته. الإجراءات: - عرض مثيرات لفظية وبصرية (صور، اسئلة بسيطة) تقديم نموذج لفظي واضح. - استخدام التلقين اللفظي والإيمائي عند الحاجة. - تعزيز اي محاولة استجابة لفظية صحيحة فورا صدورها. - تكرار المحاولات مع تقليل التلقين تدريجيا لتحقيق الاستقلالية.
11	زيادة المبادرة الاجتماعية (تشجيع الطفل	- تدريب طفل على المبادرة الاجتماعية (القاء التحية، طلب اللعب، لفت الانتباه).

	- استخدام التلقين (اللفظي والإيمائي والجسدي) لمساعدة الطفل على بدء التفاعل مع تطبيق النمذجة عبر عرض سلوكيات اجتماعية مناسبة ليقوم الطفل بتقليدها. - اعتماد التدريب بالمحاولات المنفصلة لتعلم مهارات البدء بالتفاعل خطوة بخطوة. استخدام التدريب في البيئة الطبيعية لزيادة عفوية المبادرة في مواقف خفيفة. - توظيف التعزيز الايجابي مع تطبيق التلاشي التدريجي لتقليل التلقين وتعزيز الاستقلالية. - استخدام التعزيز التفاضلي للسلوك التلقائي. الإجراءات: - اختيار نشاط محبوب للطفل (لعبة، صورة، ادوات) مع خلق فرصة تتطلب من الطفل بدء التفاعل مثل وضع اللعبة بعيدا. - استخدام النمذجة لعرض سلوكيات اجتماعية مناسبة. - تقديم التلقين عند عدم مبادرة الطفل. - اعتماد المحاولات المتدرجة لتعلم السلوك خطوة بخطوة. - تعزيز فوري لأي مبادرة مع تقليل المساعدة تدريجيا. - تعميم المهارة في مواقف طبيعية لزيادة العفوية.	على بدء التفاعل الاجتماعي	
	- توظيف التعزيز التفاضلي للسلوك البديل. - تطبيق تقنية الاطفاء للسلوك الانسحابي (عدم تعزيره).	خفض السلوك الانسحابي (التحكم في السلوك	12

	-إعادة توجيه الطفل للمشاركة في النشاط عند الانسحاب. -مساعدة الطفل على اداء السلوك بعد منعه من السلوك غير المرغوب مع تقسيمه الى خطوات بسيطة لتسهيل تعلمه. -التدريب على التواصل الوظيفي مع الاعتماد على التلقين والتلاشي التدريجي الإجراءات: -ملاحظة سلوك الطفل أثناء النشاط (اللعب)، عند ظهور السلوك الانسحابي يتم تجاهله جزئيا (اطفائه). -إعادة توجيه الطفل نحو النشاط باستخدام مثيرات جذابة مع تقديم التلقين لمساعدته على الاندماج. -تعزيز أي محاولة مشاركة فورية (تعزيز اجتماعي او مادي)	الانسحابي أثناء اللعب)	
13	-استخدام تعميم ونقل المهارات المكتسبة إلى مواقف جديدة عبر تغيير البيئة والاشخاص والمثيرات. -تدريب الطفل على نفس المهارات في اماكن مختلفة (قسم، ساحة، منزل). -تغيير الاشخاص المتفاعلين مع الطفل (معلم طفل آخر) مع استخدام أدوات مختلفة لنفس النشاط. - تقليل جميع اشكال المساعدة تدريجيا مع التعزيز المتقطع. الإجراءات:	تعميم المهارات في مواقف مختلفة (تمكين الطفل من تعميم السلوك المكتسب في بيئات ومواقف متعددة)	

	- تقديم نفس المهارات في سياقات مختلفة مع تغيير المثيرات والادوات المختلفة. - تقليل التلقين تدريجيا مع تعزيز الاستجابة المستقلة فقط (تعزيز تفاضلي). - إشراك أطراف أخرى (معلم، ولي). - تعزيز متقطع (نسبة ثابت ومتغير)، وفق مبدأ التدرج في التعلم ضمن تحليل سلوك التطبيقي.		
14	تنمية الاستقلالية الاجتماعية (تقليل الاعتماد على المعالج وتعزيز الاداء الذاتي في المواقف الاجتماعية) - تعزيز استقلالية الطفل في أداء المهارات المكتسبة. - اعتماد التلاشي التدريجي مع التأخير الزمني لإعطاء فرصة للطفل للاستجابة قبل تقديم المساعدة. - التدريب في البيئة الطبيعية لتعزيز العفوية في التفاعل مع التعزيز التفاضلي. - الانتقال من التعلم الموجه الى التعلم الذاتي. - تعميم المهارات بنقل السلوك المرغوب الى مواقف واشخاص مختلفين. الإجراءات: - تهيئة الطفل نفسيا، وسلوكيا من خلال مراجعة مختصرة للمهارات المكتسبة في الجلسات السابقة، مع تعزيز ايجابي لرفع الدافعية نحو المشاركة الفعالة. - تقديم النشاط مع تأخير المساعدة لإتاحة فرصة الاستجابة الذاتية. - استخدام التلقين تدريجيا وفق مبدأ fading		

	- تعزيز الاستجابات المستقلة مع تجنب التصحيح الفوري إلا عند الضرورة (الاعتماد على الذات في الأداء). - تقديم التعزيز بشكل أكبر للاستجابات المستقبلية مقارنة بالاستجابات المدعومة وذلك باستخدام التعزيز الاجتماعي (المدح الابتسامة) والتعزيز المادي أو الرمزي. - تمثل هذه الجلسة مرحلة الانتقال من التعلم الموجه داخل الإطار العلاجي الى الاستقلالية السلوكية في البيئة الطبيعية بما يضمن استمرارية أثر البرنامج العلاجي على المدى البعيد.		
15	التقييم البعدي (قياس التحسن وتقييم فاعلية البرنامج العلاجي) - إعادة تطبيق أدوات القياس استخدام نفس شروط القياس القبلي مع تحليل النتائج وفق المقارنة البعدية والقبلية الإجراءات: - إعادة تطبيق مقياس السلوك الانسحابي. - إجراء الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل. - مقارنة النتائج القبلية والبعدية. - تحليل مدى التحسن في التفاعل الاجتماعي.		
16	تثبيت السلوك المكتسب وضمان استمراريته بعد انتهاء البرنامج العلاجي - تثبيت السلوكيات المكتسبة لدى الطفل وزيادة مقاومتها لانتفاء من خلال توظيف جدول التعزيز المتقطع (النسبة الثابتة والمتغيرة). - تعميم المهارات الاجتماعية المكتسبة في سياقات طبيعية مختلفة وتعزيز الاستقلالية السلوكية. - إشراك الأسرة كعنصر أساسي في استمرارية البرنامج العلاجي من خلال تزويدها بإرشادات		

	تطبيقية تضمن نقل أثر التعلم الى البيئة المنزلية وتقليل احتمال الانتكاس. الإجراءات: - إجراء تقييم بعدي من خلال إعادة تطبيق مقياس السلوك الانسحابي والملاحظة المباشرة لسلوك الطفل ومقارنة النتائج القبلية والبعدية. - تطبيق جدول التعزيز المتقطع (البدء بجدول النسبة الثابتة ثم الانتقال الى جدول النسبة المتغيرة). - تدريب الطفل على بيئات مختلفة (مدرسة، بيت) وإشراك أشخاص مختلفين في التفاعل. - عقد جلسة إرشادية مع الأولياء تتضمن شرح طبيعة البرنامج العلاجي وعرض النتائج المحققة. - التأكيد على أهمية استمرارية تطبيق الأساليب التدريبية خارج إطار الجلسات العلاجية ومتابعة سلوك الطفل لضمان الاستمرارية		
--	--	--	--

6.3.7 الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج:

- تفاوت شدة السلوك الانسحابي بين الحالات ومقاومة بعض الأطفال للتغيير والتفاعل مع الأنشطة.
- الحاجة الى تمديد فترة الملاحظة.
- محدودية الوقت المخصص لتطبيق البرنامج العلاجي مقارنة بحجم التغيير المطلوب.
- محدودية الوسائل البيداغوجية الداعمة داخل المركز.
- نقص الوعي بأهمية الاستمرارية في تعديل السلوك داخل البيئة المنزلية.

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل قمنا بعرض المنهج المتبع في الدراسة، وهو المنهج التجريبي ذو تصميم الحالة الواحدة، بالإضافة إلى تحديد الإطار الزمني والمكاني، ومعايير انتقاء مجموعة البحث. كما تطرقنا إلى طريقة وظروف إجراء الدراسة، والأدوات المستعملة، والمتمثلة في الملاحظة ومقياس السلوك الانسحابي، حيث وضحنا طريقة تطبيقه وتحليله.

القسم الثالث: التحليل والمناقشة العامة

الفصل الخامس: عرض وتحليل الحالات.

تمهيد

1. عرض وتحليل الحالة الأولى.
2. عرض وتحليل الحالة الثانية.
3. عرض وتحليل الحالة الثالثة.
4. عرض وتحليل الحالة الرابعة.
5. عرض وتحليل الحالة الخامسة.

خلاصة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضًا للحالات المدروسة من خلال تقديم معطياتها الأولية، إضافة إلى نتائج القياس القبلي، ثم تحليل تفاعلها مع جلسات البرنامج العلاجي. ويهدف هذا العرض إلى إبراز تطور السلوك الانسحابي لدى الأطفال، والتعرف على مدى استجابتهم لمختلف مراحل التدخل العلاجي.

1. عرض وتحليل الحالة الأولى:

المعلومات العامة:

الاسم: زكرياء

العمر: (8)

درجة المقياس: 55

الاضطراب المصاحب: (اضطراب اللجاجة)

الفئة: انسحاب اجتماعي متوسط

الجدول (2): نتائج الحالة الأولى.

نسبة التحسن (%)	الفارق	الدرجة بعد المعالجة	الدرجة قبل المعالجة	الحالة
12.73	07	48	55	الحالة (أ)

التعليق على الجدول رقم: 02

يبين الجدول الخاص بالحالة الأولى ضمن فئة الانسحاب الاجتماعي المتوسط وجود تحسن ملحوظ بعد تطبيق المعالجة، حيث انخفضت الدرجة من 55 قبل المعالجة إلى 48 بعدها، بفارق قدره 7 درجات. وبلغت نسبة التحسن 12.73%.

التحليل:

أظهرت نتائج تطبيق مقياس السلوك الانسحابي أن الطفل يقع ضمن فئة الانسحاب الاجتماعي المتوسط، حيث يتفاعل في بعض المواقف خاصة المألوفة منها، لكنه يتجنب المبادرة بالاتصال ويعتمد

نسبيًا على التوجيه الخارجي، مع وجود بعض الاستجابات اللفظية وغير اللفظية. ويمكن تفسير هذا السلوك في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي باعتباره سلوكًا مكتسبًا مرتبطًا بضعف مهارات التفاعل الاجتماعي. كما أن الحالة لا تعاني من انسحاب حاد، بل تحتاج إلى تعزيز وتنشيط مهارات التواصل الاجتماعي، إذ يمتلك الطفل استعدادًا للتفاعل لكنه يفتقر إلى مهارات التواصل الفعال مع وجود خجل أو خوف من الرفض.

تحليل جلسات البرنامج العلاجي على الحالة الأولى:

الجلسة الأولى: تهيئة الطفل للبرنامج العلاجي وبناء علاقة تفاعلية إيجابية مع المعالج قائمة على الأمان و الثقة لزيادة قابلية الطفل للمشاركة في الأنشطة التدريبية. أظهر الطفل مقاومة نسبية للمشاركة مع ميل واضح إلى الانسحاب الصامت وتجنب التفاعل المباشر، وهو ما يعكس وجود حساسية اجتماعية مرتفعة وضعف في الإحساس بالأمن النفسي داخل الموقف العلاجي. وقد تم الاعتماد على فنية التعزيز الإيجابي والتقبل غير المشروط بهدف خفض القلق الاجتماعي وبناء الارتباط العلاجي التدريجي، مما ساهم في تقليل حدة التوتر الانفعالي وتهيئة الطفل للاندماج داخل النسق العلاجي.

الجلسة الثانية: تقييم السلوك الانسحابي وتحديد مظاهره باستخدام تحليل السلوك التطبيقي (تشخيص السلوك الانسحابي لدى الطفل من خلال تحديد المثيرات السابقة له و أنماطه و النتائج المترتبة عنه). أظهرت الجلسة استمرار السلوك التجنبي وضعف المبادأة الاجتماعية مع غياب شبه تام للتفاعل التبادلي. وقد سمح تحليل السلوك التطبيقي بتحديد المثيرات المرتبطة بالسلوك الانسحابي وأنماط الاستجابة الدفاعية لدى الطفل، الأمر الذي ساعد على بناء تدخل علاجي أكثر دقة يتلاءم مع الخصائص النفسية والسلوكية للحالة.

الجلسة الثالثة: تنمية مهارات التواصل البصري وزيادة مدة الانتباه (تدريب الطفل على أحداث تفاعل بصري مباشر مع المعالج و زيادة مدة الانتباه للمثيرات الاجتماعية). بدأ الطفل في إظهار تواصل بصري جزئي ومتقطع، وهو ما يشير إلى بداية تنشيط الانتباه الاجتماعي وتحسن الاستجابة للمثيرات الاجتماعية. وقد استُخدمت فنية النمذجة والتدعيم الفوري لتعزيز التواصل البصري، مما ساهم في خفض العزلة النفسية وتحسين القدرة على الانتباه للموقف التفاعلي.

الجلسة الرابعة: تنمية الانتباه الاجتماعي و الاستجابة للمثيرات الاجتماعية(الاستجابة لنداء الاسم)مع تدريب الطفل على الاستجابة للأوامر البسيطة. أظهر الطفل استجابات محدودة للمثيرات الاجتماعية مع بداية ملاحظة المعالج والانتباه لسلوكياته، وهو ما يعكس بداية تشكل الاستجابة التكيفية للمواقف الاجتماعية. وقد ساهمت فنيات التعريض التدريجي والتلقين في رفع درجة الانتباه الاجتماعي وتقليل التجنب السلوكي.

الجلسة الخامسة: تنمية مهارات التقليد للسلوك(تدريب الطفل على تقليد سلوكيات بسيطة حركية اشارية كمدخل أساسي لتنمية التفاعل الاجتماعي).بدأ الطفل في محاكاة بعض السلوكيات البسيطة الصادرة عن المعالج، وهو ما يشير إلى تنشيط التعلم بالملاحظة وبداية الانتقال من المراقبة السلبية إلى المشاركة المحدودة. وقد لعبت النمذجة السلوكية دورًا أساسيًا في إعادة تشكيل الاستجابة الاجتماعية وتقوية الدافعية نحو التفاعل.

الجلسة السادسة: تنمية مهارات التعبير عن الرغبات(تشجيع الطفل على التعبير على حاجاته لفظيا أو إشاريا).ظهرت مؤشرات أولية للتعبير عن الحاجات بصورة غير لفظية، مما يعكس تطور الوظيفة التواصلية للسلوك الاجتماعي. وقد ساهمت فنيات التدريب على التواصل والتدعيم الإيجابي في تنمية القدرة على التعبير بدل اللجوء إلى الانسحاب والصمت.

الجلسة السابعة: تنمية التفاعل الاجتماعي (تقليل العزلة وزيادة التفاعل تشجيع الطفل على المبادرة بالتفاعل مع الآخرين و المشاركة في أنشطة بسيطة).أظهر الطفل تحسنًا تدريجيًا في التفاعل الاجتماعي مع انخفاض نسبي في السلوك التجنبي، مما يشير إلى بداية تفكك البنية الانسحابية للسلوك. وقد ساهم اللعب التفاعلي والتعزيز الاجتماعي في رفع مستوى الاستجابة التبادلية وتحسين التوافق النفسي الاجتماعي.

الجلسة الثامنة: تقبل وجود الآخرين (الجلوس مع الغير، تقليل السلوك الانسحابي و زيادة قدرة الطفل على البقاء بوجود الآخرين دون انسحاب).أصبح الطفل أكثر قدرة على تحمل وجود الآخرين داخل الموقف العلاجي دون انسحاب مباشر، وهو ما يعكس انخفاض الحساسية الاجتماعية وتحسن التنظيم الانفعالي. وقد ساهم التعريض التدريجي للمواقف الاجتماعية في بناء قدر أكبر من التكيف الاجتماعي.

الجلسة التاسعة: اللعب الجماعي والمشاركة في نشاط جماعي (تنمية مهارات المشاركة والتفاعل ضمن جماعة). أظهر الطفل مشاركة جزئية في الأنشطة الجماعية، مما يعكس تحسن الكفاءة الاجتماعية والقدرة على الانخراط داخل النسق الجماعي. وقد ساهمت فنيات اللعب الجماعي في تنمية المرونة الاجتماعية وتحسين التفاعل الدينامي داخل الجماعة.

الجلسة العاشرة: تنمية الاستجابة اللفظية والتعبير الانفعالي. لوحظ ارتفاع محدود في الاستجابات اللفظية وتحسن نسبي في التعبير الانفعالي، وهو ما يشير إلى تطور التواصل التبادلي وانخفاض حدة الكبت الانفعالي. وقد ساهمت التغذية الراجعة الإيجابية في تدعيم الثقة بالنفس وتحسين الاستجابة التواصلية.

الجلسة الحادية عشرة: زيادة المبادرة الاجتماعية (وتشجيع الطفل على بدء التفاعل الاجتماعي). أظهر الطفل مبادرات بسيطة للتفاعل مع الآخرين، مما يعكس انتقاله من الاستجابة السلبية إلى المبادرة الاجتماعية الإيجابية. وقد ساهم التعزيز الفوري ولعب الدور في تنمية الجرأة الاجتماعية وبناء الدافعية نحو التفاعل.

الجلسة الثانية عشرة: خفض السلوك الانسحابي (التحكم في السلوك الانسحابي أثناء اللعب). شهدت الجلسة انخفاضاً واضحاً في السلوك الانسحابي أثناء الأنشطة الجماعية، وهو ما يدل على نجاح فنيات التعزيز والتفاعل الجماعي في إعادة تشكيل السلوك الاجتماعي وتحسين القدرة على الاندماج.

الجلسة الثالثة عشرة: تعميم المهارات في مواقف مختلفة (تمكين الطفل من تعميم السلوك المكتسب في بيئات ومواقف متعددة). أظهر الطفل قدرة على نقل المهارات الاجتماعية المكتسبة إلى مواقف جديدة، مما يعكس نجاح عملية التعميم السلوكي وانتقال أثر التعلم خارج الإطار العلاجي.

الجلسة الرابعة عشرة: تنمية الاستقلالية الاجتماعية (تقليل الاعتماد على المعالج وتعزيز الأداء الذاتي في المواقف الاجتماعية). لوحظ ارتفاع نسبي في الاستقلالية الاجتماعية، حيث أصبح الطفل أكثر قدرة على التفاعل دون اعتماد مباشر على المعالج. ويعكس ذلك تحسن الكفاءة الاجتماعية وتطور الأداء التكميلي.

الجلسة الخامسة عشرة: التقييم البعدي (قياس التحسن وتقييم فعالية البرنامج العلاجي). أظهر التقييم البعدي انخفاضاً ملحوظاً في مؤشرات الانسحاب الاجتماعي مقارنة بالقياس القبلي، مما يدل على فعالية البرنامج في إعادة بناء النسق التفاعلي وتحسين التوافق النفسي الاجتماعي.

الجلسة السادسة عشرة: تثبيت السلوك المكتسب وضمان استمراريته بعد إنهاء البرنامج العلاجي. أظهر الطفل استقراراً نسبياً في السلوك الاجتماعي مع استمرار المبادرات التفاعلية، وهو ما يعكس نجاح البرنامج في تثبيت السلوك المكتسب وتقليل احتمالية الارتداد إلى الأنماط الانسحابية السابقة.

ملخص الحالة:

سجل زكرياء انخفاضاً قدره (07 درجة)، وهو تحسن ملحوظ يمكن تفسيره بتدرج استجابتها عبر الجلسات، حيث انتقلت من الرفض في البداية إلى التفاعل النسبي في المرحلة الوسطى، ثم إلى الاستقرار في المرحلة الأخيرة، مما يعكس فعالية فنيات التعزيز والنمذجة.

2. عرض وتحليل الحالة الثانية:

المعلومات العامة:

الاسم: يونس

العمر: (10)

درجة المقياس: 78

الاضطراب المصاحب: (لا يوجد)

الفئة: انسحاب اجتماعي مرتفع

جدول رقم (03): نتائج الحالة الثانية.

رقم الحالة	الدرجة قبل المعالجة	الدرجة بعد المعالجة	الفارق	نسبة التحسن (%)
الحالة (ب)	78	58	20	25.64

التعليق على الجدول (03):

يبين الجدول الخاص بالحالة الثانية وجود تحسن واضح بعد تطبيق المعالجة، حيث انخفضت الدرجة من 78 قبل المعالجة إلى 58 بعد المعالجة، بفارق قدره 20 درجة. كما بلغت نسبة التحسن 25.64%،

التحليل:

تُظهر نتائج المقياس وجود مستوى مرتفع من السلوك الانسحابي، حيث يتجنب الطفل التفاعل ويميل إلى العزلة، مع ضعف واضح في التواصل اللفظي وغير اللفظي. كما تعكس هذه النتائج وجود اضطراب في مهارات التفاعل الاجتماعي يتمثل في ضعف المبادرة، ونقص الاستجابة للمثيرات الاجتماعية، إضافة إلى محدودية التعبير الانفعالي.

تحليل جلسات البرنامج العلاجي على الحالة الثانية:

الجلسة الأولى: انسحاب اجتماعي مرتفع وضعف شديد في التفاعل اللفظي وغير اللفظي، لذلك ركزت الجلسة الأولى الخاصة بتهيئة الطفل للبرنامج العلاجي وبناء علاقة تفاعلية إيجابية مع المعالج قائمة على الأمان على خفض القلق الاجتماعي وبناء الإحساس بالأمن النفسي. وقد ساهم التعزيز الإيجابي والتقبل غير المشروط في تخفيف حدة التوتر المرتبط بالموقف العلاجي.

الجلسة الثانية: المتعلقة بتقييم السلوك الانسحابي وتحديد مظاهره باستخدام تحليل السلوك التطبيقي، فقد كشفت عن وجود نمط تجنب واضح يتمثل في الانسحاب من المواقف الاجتماعية والاعتماد على الصمت كآلية دفاعية. وقد سمح ذلك بتحديد طبيعة الاستجابات السلوكية ووضع تدخل علاجي تدريجي يتلاءم مع مستوى القصور الاجتماعي للحالة.

الجلسات الثالثة والرابعة والخامسة: الهادفة لتنمية التواصل البصري والانتباه الاجتماعي والتقليد السلوكي، بدأت تظهر استجابات محدودة للمثيرات الاجتماعية مع بعض مؤشرات الانتباه البصري. ويعكس ذلك بداية تنشيط الوظيفة التواصلية للسلوك الاجتماعي تحت تأثير النمذجة والتدعيم الفوري.

الجلسة السادسة: الخاصة بتنمية مهارات التعبير عن الرغبات، فقد شهدت بداية تعبير الطفل عن بعض احتياجاته بصورة غير مباشرة، وهو ما يشير إلى تحسن تدريجي في القدرة على التواصل وتقليل الاعتماد على الصمت والانسحاب.

الجلستين السابعة والثامنة: المتعلقتين بتنمية التفاعل الاجتماعي وقبول وجود الآخرين، أظهر الطفل تحسناً نسبياً في التفاعل مع انخفاض واضح في الحساسية الاجتماعية المرتبطة بوجود الآخرين داخل الموقف العلاجي. وقد ساهم التعريض التدريجي واللعب التفاعلي في خفض التجنب الاجتماعي وتحسين التكيف الانفعالي.

الجلسات التاسعة والعاشر والحادية عشرة: الخاصة باللعب الجماعي وتنمية الاستجابة اللفظية وزيادة المبادرة الاجتماعية، فقد أظهرت انتقال الطفل من الاستجابة المحدودة إلى المشاركة الأكثر فاعلية داخل الجماعة. كما بدأت تظهر مبادرات أولية للتفاعل، مما يعكس تحسن الكفاءة الاجتماعية وارتفاع الدافعية نحو التواصل.

الجلسات الثانية عشرة والثالثة عشرة والرابعة عشرة: المتعلقة بخفض السلوك الانسحابي وتعميم المهارات وتدعيم الاستقلالية الاجتماعية، ظهر انخفاض واضح في العزلة مع قدرة أفضل على تعميم المهارات الاجتماعية خارج إطار الجلسات العلاجية، وهو ما يعكس نجاح عملية إعادة التكيف الاجتماعي.

الجلستان الخامسة عشرة والسادسة عشرة: فقد أكدتا من خلال التقييم البعدي وجود تحسن واضح واستقرار نسبي في السلوك الاجتماعي، مع انخفاض ملحوظ في حدة السلوك الانسحابي مقارنة بالبداية.

ملخص الحالة الثانية:

أظهر يونس تحسناً كبيراً (26 درجة)، ويُعزى ذلك إلى استجابتها السريعة نسبياً خلال الجلسات (5-10)، حيث بدأت في المبادرة والتفاعل، مما ساهم في تحقيق نتائج أفضل في القياس البعدي

3. عرض وتحليل الحالة الثالثة:

المعلومات العامة:

الاسم: سليمان

العمر: (06)

درجة المقياس: 74

الاضطراب المصاحب: (لا يوجد)

الفئة: انسحاب اجتماعي شديد.

جدول رقم (04): نتائج الحالة الثالثة.

رقم الحالة	الدرجة قبل المعالجة	الدرجة بعد المعالجة	الفارق	نسبة التحسن (%)
الحالة (ج)	74	62	12	16.22

التعليق على الجدول (04):

يوضح الجدول الخاص بالحالة الثالثة حدوث تحسن بعد تطبيق المعالجة، حيث انخفضت الدرجة من 74 قبل المعالجة إلى 62 بعد المعالجة، بفارق بلغ 12 درجة. كما سجلت الحالة نسبة تحسن قدرت بـ 16.22%،

التحليل:

تدل نتائج الحالة على مستوى شديد من السلوك الانسحابي، حيث يظهر الطفل جمودًا في التفاعل حتى مع الأشخاص المألوفين، مع ضعف واضح في المبادرة الاجتماعية. ويشير ذلك إلى نمط سلوكي انسحابي شبه ثابت ومزمن، يعكس ضعفًا في التكيف الاجتماعي وقصورًا في الاستجابة الانفعالية، مما يدل على شدة مرتفعة في السلوك الانسحابي.

تحليل جلسات البرنامج العلاجي على الحالة الثالثة:

تسمت حالة الطفل سليمان منذ بداية البرنامج بانسحاب شبه كامل ورفض واضح للتفاعل، مما يعكس عمق البنية الانسحابية واضطراب النسق التفاعلي الاجتماعي. لذلك ركزت:

الجلسة الأولى: الخاصة بتهيئة الطفل للبرنامج العلاجي وبناء علاقة تفاعلية إيجابية مع المعالج قائمة على الأمان على خفض التوتر الانفعالي وبناء الحد الأدنى من الارتباط العلاجي، غير أن الاستجابة بقيت محدودة للغاية.

الجلسة الثانية: المتعلقة بتقييم السلوك الانسحابي باستخدام تحليل السلوك التطبيقي، تبين وجود أنماط تجنبية شديدة مع ضعف واضح في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية، وهو ما يدل على ارتفاع مستوى الانغلاق الاجتماعي وصعوبة اختراق البنية الدفاعية للسلوك.

الجلسات الثالثة والرابعة والخامسة: المرتبطة بتنمية التواصل البصري والانتباه الاجتماعي والتقليد السلوكي، فقد استمرت المقاومة العلاجية مع غياب شبه تام للتفاعل، مما يعكس بطئاً شديداً في التعلم الاجتماعي وضعف الدافعية نحو التواصل رغم استخدام فنيات النمذجة والتلقين.

الجلسات السادسة والسابعة والثامنة: المتعلقة بتنمية التعبير عن الرغبات والتفاعل الاجتماعي وقبول وجود الآخرين، ظهرت بعض الإشارات غير اللفظية المحدودة جداً، وهو ما يشير إلى بداية بسيطة لتنشيط الوظيفة التواصلية للسلوك الاجتماعي، إلا أن الاستجابة بقيت ضعيفة وغير مستقرة.

الجلسات التاسعة والعاشر والحادية عشرة: الخاصة باللعب الجماعي وتنمية الاستجابة اللفظية وزيادة المبادرة الاجتماعية، فقد شهدت مشاركة رمزية محدودة للغاية، ويعكس ذلك بداية تفكك السلوك الانسحابي ولكن بوتيرة بطيئة نتيجة عمق الاضطراب الاجتماعي.

الجلسات الثانية عشرة والثالثة عشرة والرابعة عشرة: المتعلقة بخفض السلوك الانسحابي وتعميم المهارات وتدعيم الاستقلالية الاجتماعية، بقي التعميم ضعيفاً جداً، حيث لم يتمكن الطفل من نقل المهارات المكتسبة إلى المواقف الطبيعية بصورة مستقرة، وهو ما يدل على محدودية التكيف الاجتماعي.

الجلستان الخامسة عشرة والسادسة عشرة: فقد أظهرتا تحسناً طفيفاً فقط في مؤشرات التفاعل الاجتماعي، مع استمرار واضح للسلوك الانسحابي وارتفاع الحاجة إلى التدخل طويل المدى.

ملخص الحالة:

أظهر سليمان تحسناً محدوداً (12 درجة)، ويُعزى ذلك إلى بطء الاستجابة خلال مختلف مراحل البرنامج العلاجي، حيث لم يبدأ الطفل في إظهار أي تفاعل يُذكر إلا في المراحل المتقدمة وبشكل رمزي جداً، مما انعكس على ضعف النتائج في القياس البعدي واستمرار السلوك الانسحابي بدرجة مرتفعة نسبياً.

4. عرض وتحليل الحالة الرابعة:

المعلومات العامة:

الاسم: جواد

العمر: (9)

درجة المقياس: 82

الاضطراب المصاحب: (لا يوجد)

الفئة: انسحاب اجتماعي شديد جدًا.

جدول رقم (05): نتائج الحالة الرابعة.

رقم الحالة	الدرجة قبل المعالجة	الدرجة بعد المعالجة	الفارق	نسبة التحسن (%)
الحالة (د)	82	74	07	8.64

التعليق على الجدول (05):

يبين الجدول الخاص بالحالة الرابعة حدوث تحسن طفيف بعد تطبيق المعالجة، حيث انخفضت الدرجة من 82 قبل المعالجة إلى 74 بعد المعالجة، بفارق بلغ 7 درجات. كما بلغت نسبة التحسن 8.64%.

التحليل:

تُظهر النتائج مستوى شديد جدًا من السلوك الانسحابي، حيث يتميز سلوك الطفل بالعزلة الشديدة وغياب المبادرة وضعف التفاعل البصري. وتشير هذه المعطيات إلى وجود اضطراب عميق في التفاعل الاجتماعي، قد يرتبط باضطرابات نمائية مصاحبة، إضافة إلى ضعف شديد في مهارات التواصل الاجتماعي.

تحليل جلسات البرنامج العلاجي للحالة الرابعة:

أظهر الطفل جواد عزلة شبه تامة ورفضاً كاملاً للتواصل منذ بداية البرنامج، مما يعكس اضطراباً عميقاً في التفاعل الاجتماعي وضعفاً شديداً في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية.

الجلسة الأولى: بناء علاقة علاجية قائمة على الأمان النفسي وخفض القلق المرتبط بالمواقف الاجتماعية، غير أن الاستجابة بقيت محدودة للغاية.

الجلسة الثانية: الخاصة بتقييم السلوك الانسحابي باستخدام تحليل السلوك التطبيقي، فقد أظهرت وجود نمط انسحابي حاد يتسم بالجمود السلوكي والصمت شبه الكامل، مما يعكس شدة الاضطراب وصعوبة تكوين الاستجابة الاجتماعية.

الجلسات الثالثة والرابعة والخامسة: المتعلقة بتنمية التواصل البصري والانتباه الاجتماعي والتقليد السلوكي، لم تظهر سوى مؤشرات طفيفة جداً للاستجابة، الأمر الذي يشير إلى ضعف التعلم بالملاحظة واستمرار الانغلاق الاجتماعي رغم استخدام النمذجة والتلقين.

الجلسات السادسة والسابعة والثامنة: فقد استهدفت تنمية التعبير عن الرغبات والتفاعل الاجتماعي وقبول وجود الآخرين، إلا أن التفاعل اقتصر على بعض الحركات غير اللفظية المحدودة، وهو ما يدل على بطء شديد في إعادة بناء الوظيفة التواصلية للسلوك.

الجلسات التاسعة والعاشر والحادية عشرة: الخاصة باللعب الجماعي وتنمية الاستجابة اللفظية وزيادة المبادرة الاجتماعية، بقيت الاستجابات نادرة ومتباعدة، مما يعكس استمرار الهيمنة الدفاعية للسلوك الانسحابي وضعف التفاعل التبادلي.

الجلسات الثانية عشرة والثالثة عشرة والرابعة عشرة: المتعلقة بخفض السلوك الانسحابي وتعميم المهارات وتدعيم الاستقلالية الاجتماعية، فقد ظل التعميم شبه غائب، حيث لم يظهر انتقال فعلي للمهارات الاجتماعية إلى المواقف الخارجية.

الجلستين الخامسة عشرة والسادسة عشرة: أظهر الطفل تحسناً طفيفاً جداً وغير كافٍ، مما يشير إلى أن الحالة تحتاج إلى تدخل علاجي طويل المدى وأكثر كثافة من أجل تحقيق إعادة تكيف اجتماعي فعالة.

ملخص الحالة:

أظهر الطفل جواد تحسناً ضعيفاً جداً (07 درجات)، ويُعزى ذلك إلى شدة الانسحاب الاجتماعي وغياب الاستجابة خلال أغلب جلسات البرنامج، حيث اقتصر التقدم على مؤشرات غير لفظية بسيطة ومتأخرة، مما حدّ من فعالية التدخل وانعكس على نتائج ضعيفة جداً في القياس البعدي.

5. عرض وتحليل الحالة الخامسة:

المعلومات العامة:

الاسم: عطاء الله

العمر: (10)

درجة المقياس: 48

الاضطراب المصاحب: (لا توجد)

الفئة: انسحاب اجتماعي بسيط.

جدول رقم (06): نتائج الحالة الخامسة.

رقم الحالة	الدرجة قبل المعالجة	الدرجة بعد المعالجة	الفارق	نسبة التحسن (%)
الحالة (هـ)	48	35	13	27.08

التعليق على الجدول (06):

يوضح الجدول الخاص بالطفل عطاء الله وجود تحسن ملحوظ بعد تطبيق المعالجة، حيث انخفضت الدرجة من 48 قبل المعالجة إلى 35 بعد المعالجة، بفارق بلغ 13 درجة. كما سجلت الحالة نسبة تحسن قدرت بـ 27.08%.

التحليل:

تُظهر نتائج هذه الحالة مستوى منخفض من السلوك الانسحابي، حيث يتمتع الطفل بقدرة على التفاعل الاجتماعي، مع بعض مظاهر الخجل أو التردد الناتجة عن التوتر أو الخوف. وتشير هذه النتيجة إلى وجود مهارات اجتماعية غير مكتملة التطور بشكل كاف، مع قابلية واضحة للتعلم والاكتساب.

تحليل جلسات البرنامج العلاجي للحالة الخامسة:

أظهرت حالة الطفل عطاء الله منذ بداية البرنامج استعدادًا جيدًا للتفاعل الاجتماعي، لذلك ركزت: **الجلسة الأولى:** الخاصة بتهيئة الطفل للبرنامج العلاجي وبناء علاقة تفاعلية إيجابية مع المعالج قائمة على الأمان على تدعيم الدافعية الاجتماعية وتعزيز الاندماج داخل الموقف العلاجي. وقد ساهم التعزيز الإيجابي في بناء استجابة علاجية سريعة نسبيًا.

الجلسة الثانية: الخاصة بتقييم السلوك الانسحابي باستخدام تحليل السلوك التطبيقي، فقد أظهرت أن مظاهر الانسحاب لدى الحالة أقل حدة مقارنة ببقية الحالات، مما سمح بتطبيق التقنيات العلاجية بصورة أكثر فاعلية.

الجلسات الثالثة والرابعة والخامسة: المرتبطة بتنمية التواصل البصري والانتباه الاجتماعي والتقليد السلوكي، أظهر الطفل استجابة سريعة للنمذجة وتحسنًا واضحًا في الانتباه للمثيرات الاجتماعية، مما يعكس ارتفاع قابلية التعلم بالملاحظة.

الجلسات السادسة والسابعة والثامنة: المتعلقة بتنمية التعبير عن الرغبات والتفاعل الاجتماعي وقبول وجود الآخرين، فقد شهدت مشاركة فعالة وتواصلًا جيدًا، الأمر الذي يدل على تطور الكفاءة الاجتماعية وتحسن التفاعل التبادلي بصورة ملحوظة.

الجلسات التاسعة والعاشر والحادية عشرة: الخاصة باللعب الجماعي وتنمية الاستجابة اللفظية وزيادة المبادرة الاجتماعية، أصبح الطفل أكثر اندماجًا داخل الأنشطة الجماعية مع تطور واضح في المبادرة الاجتماعية والتعبير الانفعالي، وهو ما يعكس تحسن التوافق النفسي الاجتماعي.

الجلسات الثانية عشرة والثالثة عشرة والرابعة عشرة: المتعلقة بخفض السلوك الانسحابي وتعميم المهارات وتدعيم الاستقلالية الاجتماعية، فقد أظهرت قدرة واضحة على نقل المهارات الاجتماعية إلى مواقف جديدة بصورة طبيعية ومستقرة، مما يعكس نجاح عملية التعميم السلوكي.

الجلستين الخامسة عشرة والسادسة عشرة: أكد التقييم البعدي وجود تحسن واضح واستقرار جيد للسلوك الاجتماعي مع قدرة مرتفعة على التفاعل التلقائي والاستقلالية الاجتماعية.

ملخص الحالة:

أظهر الطفل عطاء الله تحسناً كبيراً (13 درجة)، ويُعزى ذلك إلى استجابتها السريعة والإيجابية منذ المراحل الأولى للبرنامج، حيث أبدى الطفل تفاعلاً جيداً وتقبلاً للنمذجة، مع تطور واضح في المبادرة والتواصل، مما ساهم في تحقيق نتائج ممتازة في القياس البعدي واستقرار السلوك الاجتماعي.

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل تم التطرق إلى عرض المعلومات الأولية الخاصة بالحالات المدروسة، إلى جانب تقديم نتائج القياس القبلي، ثم عرض وتحليل تفاعل هذه الحالات مع جلسات البرنامج العلاجي. وقد سمح ذلك برصد تطور السلوك الانسحابي لدى الأطفال، والكشف عن مدى استجابتهم للتدخل العلاجي، مما يوفر أساساً علمياً لتفسير النتائج ومناقشتها في ضوء أهداف الدراسة.

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

1. تحليل و مناقشة نتائج البرنامج العلاجي.
 2. مناقشة الفرضية العامة.
 3. الاستنتاج العام.
 4. المقترحات والتوصيات.
- المصادر والمراجع.
- الملاحق.

تمهيد:

إن عملية عرض النتائج تكتسي توضيحاً لأبرز ما تم التوصل إليه في دراستنا وذلك من خلال المناقشة والتحليل، لما لها من أهمية بالغة في الاستنتاج والحكم على مضامين فرضية الدراسة سواء على مدى صحتها أو خطئها، ومن هذا الأساس سنحاول في هذا الفصل تحليل النتائج على ضوء الفرضية العامة لدراستنا، حيث سيتم عرض نتائج كل عناصر الفرضية العامة والتحقق من صحة كل عنصر بناء على نتائج الدراسة.

1. تحليل و مناقشة نتائج البرنامج العلاجي.

من خلال تحليل نتائج الجلسات العلاجية الستة عشر، يتضح أن البرنامج العلاجي للتخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي لدى أطفال ذوي الإعاقة الذهنية درجة متوسطة قد أظهرت النتائج التالية:

- انخفاضاً في درجات السلوك الانسحابي لدى جميع الحالات بعد تطبيق البرنامج العلاجي، مما يدل على حدوث تحسن عام في السلوك.

وقد تراوحت نسب التحسن بين (8.64%) و (27.08%)، حيث سجلت الحالة (هـ) أعلى نسبة تحسن بـ (27.08%)، تليها الحالة (ب) بـ (25.64%)، بينما سجلت الحالة (د) أقل نسبة تحسن بـ (8.64%)، حيث يمكن ملاحظة وجود تباين نسبي في درجة التحسن بين الحالات، وهو ما يمكن تفسيره باختلاف شدة الاضطراب، ومستوى السلوك الانسحابي قبل التدخل، إضافة إلى الفروق الفردية في القدرات القبلية لكل طفل، ومدى استجابته للفنيات العلاجية المطبقة.

لهذا ركزت الجلسات على تعزيز الاستقلالية وتعميم المهارات المكتسبة في مواقف شبه طبيعية، حيث لم يعد السلوك الإيجابي مرتبطاً فقط بسياق الجلسة، بل أصبح يظهر في مواقف متعددة.

كما أن التدرج المنهجي في تقديم الجلسات، وتنوع الأساليب العلاجية، ساهم في إحداث تغيرات سلوكية إيجابية ومستقرة. وتدعم النتائج الكمية ذلك، حيث انتقلت درجات السلوك الانسحابي من مستويات مرتفعة قبل التطبيق إلى مستويات أقل بعده، مما يعكس فعالية البرنامج العلاجي في تحقيق أهدافه.

وهذا ما يفسره مبدأ التكرار والتعزيز المستمر، حيث يؤدي تكرار الأنشطة العلاجية وتوظيف التعزيز المتقطع إلى تثبيت السلوك المرغوب وتقليل السلوك غير المرغوب فيه، وهو ما يتوافق مع مبادئ تعديل السلوك.

ولقد تبين من خلال تطبيق البرنامج العلاجي المعتمد على مجموعة من الأساليب السلوكية المعرفية أن للتعزيز بمختلف أنواعه دورًا محوريًا في تعديل السلوك، حيث استُخدم التعزيز الإيجابي كآلية أساسية لرفع دافعية الأطفال نحو المشاركة والتفاعل داخل الجلسات العلاجية. ويتوافق ذلك مع ما أكدته سكينر (Skinner) في إطار نظرية الإشراف الإجرائي، التي ترى أن السلوك الإنساني متعلم ويتحدد بناءً على نتائجه، حيث إن السلوك الذي يعزز يتكرر، بينما السلوك الذي لا يُعزز ينطفئ تدريجيًا. كما تم توظيف التعزيز التفاضلي، والتلقين، والنمذجة، ولعب الأدوار، والتدريب بالمحاولات المنفصلة، مما ساهم في تقليل السلوك الانسحابي لدى الأطفال وتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم. ويعكس هذا التكامل في استخدام الفنيات فاعلية التوجه السلوكي التطبيقي (ABA)، الذي يؤكد على ضرورة تنويع الاستراتيجيات وفق خصائص الحالة.

ومن جهة أخرى، استند البرنامج إلى مبادئ نظرية التعلم الاجتماعي لـ باندورا (Bandura)، حيث برزت أهمية النمذجة في اكتساب الأطفال لأنماط سلوكية جديدة من خلال الملاحظة والتقليد، خاصة في المواقف الاجتماعية المنظمة داخل الجلسات. وقد ساهم ذلك في انتقال الأطفال تدريجيًا من الاستجابات البسيطة إلى استجابات أكثر تعقيدًا، وهو ما يعكس مبدأ التشكيل التدريجي للسلوك. أما على مستوى تحليل الجلسات، فقد لوحظ في المراحل الأولى من البرنامج ضعف في الاستجابة ووجود مقاومة نسبية لدى بعض الأطفال، وهو أمر متوقع في بداية التدخلات العلاجية، حيث تم التركيز في هذه المرحلة على بناء العلاقة العلاجية وتعزيز الشعور بالأمان. ومع التدرج في الجلسات، بدأت تظهر مؤشرات التحسن، من خلال زيادة التفاعل، وتحسن الاستجابة للأوامر، وانخفاض مظاهر الانسحاب.

وعليه نجد أن نتائج هذه الدراسة توافقت مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة، سواء العربية أو الأجنبية، والتي أكدت على ارتفاع مستوى السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، مثل دراسة وهيبه برحاييل ومريم بسيكر وعبد الناصر سناني (2022) ودراسة زواوي ناصري وتعينات (2024)، حيث أظهرت هذه الدراسات انتشارًا ملحوظًا للسلوك الانسحابي لدى هذه الفئة، خاصة في المواقف الاجتماعية والتفاعلية. كما تتوافق النتائج الحالية مع الدراسات التي أبرزت فعالية البرامج التدخلية في خفض السلوك الانسحابي وتحسين المهارات الاجتماعية، مثل دراسة السفاسفة (2023) ودراسة (Laugeson et al. 2012)، والتي بينت أن التدخلات الإرشادية والسلوكية المبنية على أساليب منظمة تسهم بشكل فعال في تقليل مظاهر الانسحاب الاجتماعي

وتعزيز التفاعل مع الآخرين. وفي السياق ذاته، تدعم نتائج الدراسة الحالية ما أشارت إليه دراسة. (2009) Rubin et al. من أن السلوك الانسحابي يرتبط بضعف المهارات الاجتماعية وصعوبات التكيف النفسي والاجتماعي، مما يؤكد أهمية التدخل المبكر والمعالجة السلوكية في هذا المجال. كما تتقاطع النتائج أيضاً مع دراسة محمد إبراهيم العجلان وصبا محمد الحبيب (2025) التي أبرزت دور أساليب المعاملة الوالدية في تشكيل السلوكيات غير التكيفية، بما فيها السلوك الانسحابي، وهو ما يعزز فكرة أن هذا السلوك يتأثر بعوامل بيئية وتربوية إلى جانب العوامل الفردية. وبذلك، فإن مجمل هذه الدراسات تدعم النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية، وتؤكد فعالية البرامج السلوكية المعتمدة على فنيات التحليل السلوكي التطبيقي في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية. وبناء على ما سبق تعرضه تتضح لدينا فعالية البرنامج العلاجي في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية درجة متوسطة، من خلال اعتماد فنيات تعديل السلوك مثل التعزيز والنمذجة ولعب الأدوار.

2. مناقشة فرضيات الدراسة:

تتمثل فعالية البرنامج العلاجي للتخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً من الدرجة المتوسطة في.

1. تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال المركز النفسي البيداغوجي المجاهد لشهب مختار بضاية بن ضحوة ولاية غرداية.

2. خفض من السلوك الانسحابي تدريجياً لدى أطفال المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً المجاهد لشهب مختار بضاية بن ضحوة غرداية.

3. استمرار أثر البرنامج العلاجي للتخفيف من السلوك الانسحابي لدى الاطفال بعد فترة المتابعة. أثبتت النتائج المتحصل عليها تحقق الفرضية العامة للدراسة التي افترضت فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من الدرجة المتوسطة، حيث كشفت النتائج عن وجود فروق واضحة بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لدى جميع الحالات محل الدراسة، وهو ما يعكس الأثر الإيجابي للتدخل العلاجي في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي وخفض السلوكيات الانسحابية.

وقد بينت المقارنة بين الحالات أن نسب التحسن لم تكن متجانسة، بل اتخذت طابعاً متفاوتاً يرتبط بالخصوصية النفسية والمعرفية والسلوكية لكل حالة. فقد سجلت الحالة الأولى أعلى نسبة تحسن مقارنة

ببقية الحالات، الأمر الذي يدل على ارتفاع مستوى الاستجابة للعلاج وقدرة الحالة على استثمار المثيرات الاجتماعية الجديدة بشكل أسرع، بينما حققت الحالة الثانية والثالثة نسب تحسن متوسطة لكنها مستقرة، ما يعكس حدوث تغير تدريجي في البناء السلوكي والاجتماعي للحالتين. أما الحالة الرابعة فقد أظهرت تحسناً واضحاً في خفض مظاهر العزلة والانكفاء رغم بطء الاستجابة في المراحل الأولى من البرنامج، في حين سجلت الحالة الخامسة أقل نسبة تحسن نسبي، غير أن هذا الانخفاض لا يلغي القيمة العلاجية للتدخل، بل يعكس تأثير الفروق الفردية المرتبطة بدرجة القصور التكيفي والانفعالي. وتشير هذه الفروق بين الحالات إلى أن فعالية البرامج العلاجية لا تُقاس فقط بحجم التحسن الكمي، وإنما كذلك بقدرتها على إحداث تعديل وظيفي تدريجي في أنماط السلوك الاجتماعي، خاصة لدى فئة تتسم ببطء التعلم وصعوبة التكيف مع المواقف الاجتماعية الجديدة. ومن هذا المنطلق، فإن التحسن النسبي المسجل لدى جميع الحالات، مهما تفاوتت درجته، يعد مؤشراً دالاً على نجاح البرنامج في تقليص حدة السلوك الانسحابي وإعادة بناء أنماط التفاعل الاجتماعي بصورة أكثر تكيفاً.

كما تكشف النتائج أن التحسن لم يقتصر على الجانب السلوكي الظاهر فقط، بل امتد إلى مؤشرات التفاعل النفسي والاجتماعي، حيث أصبح الأطفال أكثر قابلية للمشاركة، وأكثر قدرة على المبادرة والتجاوب مع المحيط، وهو ما يعكس انتقاهم التدريجي من وضعية الانغلاق الاجتماعي إلى مستوى أفضل من الاندماج والتكيف. وتكتسب هذه النتيجة أهميتها العلمية بالنظر إلى طبيعة الإعاقة الذهنية المتوسطة التي غالباً ما ترتبط بضعف الكفاءة الاجتماعية وصعوبة بناء العلاقات التفاعلية. وعليه، فإن المعطيات الإحصائية والعيادية للدراسة تؤكد أن البرنامج العلاجي أسهم بدرجات متفاوتة في خفض اضطراب السلوك الانسحابي لدى الحالات الخمس، بما يدعم قبول الفرضية العامة للدراسة، ويبرز أهمية التدخلات العلاجية الموجهة القائمة على الاستمرارية والتدرج في تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة.

خلاصة الفصل:

يهدف هذا الفصل إلى تحليل ومناقشة نتائج الدراسة بالإضافة إلى مناقشتها أيضاً على ضوء الفرضية العامة، وذلك للتحقق من مدى صحتها من خلال تفسير النتائج المتوصل إليها والحكم عليها اعتماداً على معطيات الدراسة.

الاستنتاج العام

الاستنتاج العام:

من خلال إجراءات هذه الدراسة التي تناولت فعالية برنامج علاجي للتخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية درجة متوسطة، ببعديها النظري والتطبيقي، تبين تحقق فرضية الدراسة التي افترضت وجود فعالية للبرنامج العلاجي في خفض حدة السلوك الانسحابي وتحسين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى أفراد العينة.

وقد تمثلت النتائج المتحصل عليها من خلال التحليل الكمي والكيفي لنتائج القياسين القبلي والبعدي في وجود تحسن ملحوظ في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال محل الدراسة، حيث انخفضت مظاهر العزلة والانطواء، وبرزت استجابات اجتماعية أكثر إيجابية تمثلت في زيادة المبادرة بالتواصل، وتحسن التفاعل مع المحيط، والمشاركة في الأنشطة الجماعية. كما أظهرت النتائج تطوراً في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى جانب تراجع مظاهر الانسحاب الاجتماعي والخجل المفرط.

وقد ساهمت الفنيات العلاجية المعتمدة في البرنامج، والمتثلة في التلقين، النمذجة، التدريب على الدور، التدريب بالمحاولات المنفصلة، التواصل الوظيفي، والتعزيز، في إحداث هذا التحسن، من خلال تعزيز السلوكيات الاجتماعية التكيفية وتدعيم التفاعل الإيجابي لدى الأطفال. كما بينت النتائج أهمية الاعتماد على البرامج السلوكية القائمة على تحليل السلوك التطبيقي داخل المراكز النفسية البيداغوجية، لما لها من دور فعال في تنمية المهارات الاجتماعية وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بدرجة متوسطة.

2. المقترحات والتوصيات:

المقترحات:

- الدعوة إلى إجراء دراسات مستقبلية على عينات أوسع بما يسمح بتعميم النتائج.
- اقتراح دراسة أثر مدة البرنامج العلاجي في تحسين فعاليته.
- اقتراح إنجاز دراسات مقارنة بين برنامج تحليل السلوك التطبيقي وبرامج علاجية أخرى.
- الدعوة إلى إدراج متغيرات إضافية مثل العمر، الذكاء، ومستوى الدعم الأسري.
- اقتراح دراسة أثر توظيف الوسائط التكنولوجية في تعديل السلوك.

التوصيات:

- ضرورة اعتماد برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) وفق مقارنة منهجية داخل المراكز المختصة.
- التأكيد على تكثيف الجلسات العلاجية، خاصة بالنسبة للحالات التي تعاني من انسحاب اجتماعي شديد.
- العمل على توظيف أساليب التعزيز بمختلف أشكاله بما يضمن تثبيت السلوك الإيجابي واستمراريته.
- ضرورة تكوين المربين والأخصائيين في تقنيات التدخل السلوكي المعتمدة.
- التأكيد على إشراك الأسرة في البرنامج العلاجي قصد تحقيق التعميم خارج الإطار العلاجي.

المصادر والمراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

الكتب والمصادر:

1. إسماعيل، أحمد. (2020). "الاضطرابات السلوكية والانفعالية". دار المسيرة.
2. انقشاري، حفيظة. (2015). "الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الانسحاب الاجتماعي)". دار المعرفة للنشر والتوزيع.
3. بسكير، وهيب، براحيل، مريم، & سناني، عبد الناصر. (2022). "السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم من وجهة نظر المختصين". «مجلة الدراسات والبحوث النفسية».
4. بن حليم، عبد القادر. (2014). "أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية". دار هومة.
5. الخواجا، عبد الفتاح محمد. (2002). "الإرشاد النفسي والتربوي: مسؤوليات وواجبات".
6. الزريقات، إبراهيم عبد الله. (2006). "الإعاقة الذهنية: الخصائص والتأهيل". دار الفكر.
7. زواوي، ناصري، & تعينات، علي. (2024). "السلوك الانسحابي الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة". مجلة التربية والصحة النفسية، 18 (1).
8. السفاصفة. (2023). "فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض السلوك الانسحابي لدى الأشخاص ذوي الإعاقة في مركز الشلح بدولة قطر". (مذكرة ماجستير، جامعة قطر).
9. العجلان، محمد إبراهيم، & الحبيب، صبا محمد. (2025). "واقع أساليب المعاملة الوالدية في تشكيل الأنماط السلوكية غير التكيفية لدى الأبناء ذوي الإعاقة الفكرية".
10. العيسوي، عبد الرحمن. (2005). "علم النفس العيادي". دار النهضة العربية.
11. عواد، محمد عبد الرحيم. (2008). "المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالسلوك التكيفي لدى الأطفال". دار الفكر العربي.
12. عبد المنعم، محمد. (2010). "السلوك الانسحابي لدى الأطفال". دار النشر العربية.
13. قشقوش، إبراهيم. (1988). "الوحدة النفسية". مكتبة الأنجلو المصرية.
14. يحيى خولة. (2000). "مدخل إلى التربية الخاصة". دار الفكر.
15. يحيى خولة. (2008). "الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال". دار الفكر.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

1. **Diagnostic and** "American Psychiatric Association. (2013). (fifth Ed.). American **statistical manual of mental disorders**. Psychiatric Publishing.
2. **"Social withdrawal and self-concept"** Candida, P., et al. (2005). Academic Pressa.
3. .. Migra-Hill **"Dictionary of education"** Good, Carter V. (1973).
4. **Effectiveness of behavioral** "Grummet, L., et al. (2024). Child Psychologie Rêviez, 10» (3), 120–**interventions in children**. 134.
5. **Social withdrawal** "& Park, Hon. (2017). Kim, Jade Lee, Sung. «Journal of **behavior in children with intellectual disabilities** Special Education, 12»(2), 85–102.
6. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière **Multiple indicateur cluster** "(MSPRH), & UNICEF. (2015). .. UNICEF **"Survey (MICS 2013), Alegria**.
7. **"Psychological aspects of social withdrawal"** Rosily, R. (2003).
8. Rubin, Kenneth H., Copland, Robert J., & Bower, Julie C. (2009). «Annual Review of **"Social withdrawal in childhood"** Psychology, 60», 141–171.
9. **"Disability and development report"** United Nations. (2019). United Nations.
10. **Intervention programs for** "& Wang, Li. (2025). Zhang, Yong. «Journal of **"Childe with intellectual disabilities** Développementale Psychologie, (1), 55–70.
11. **The impact of parental** "& Wang, XI. (2025). Zhang, Yong. **"pubbing on social withdrawal in preschool children**.

الملاحق

الملحق رقم (01): مقياس السلوك الانسحابي.

استمارة التحكيم على مقياس السلوك الانسحابي

السيد الدكتور /.....

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان " فعالية برنامج قائم على الأنشطة المتكاملة للتخفيف من بعض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال اللجاجة " وفي ضوء ذلك قامت الباحثة بتصميم مقياس السلوك الانسحابي ، بهدف قياس نسبة السلوك الانسحابي لدى طفل اللجاجة قبل وبعد البرنامج، يضم المقياس (٣) أبعاد على النحو الآتي :

١- العزلة الاجتماعية .

٢- السلبية .

٣- التمرکز حول الذات .

ويحتوي كل بُعد على مجموعة من العبارات ، ونظراً لخبرة سيادتكم الواسعة في هذا المجال نرجو التكرم بالإطلاع على المقياس وإبداء الرأي فيما يأتي :

أ- مناسبة عبارات المقياس للانطواء .

ب- مدى سلامة الصياغة العلمية واللغوية لكل عبارة من عبارات المقياس

ج- إمكانية إضافة أو حذف أو تعديل أي عبارة من عبارات المقياس .

د- التعديل الذي تقترحونه سيادتكم في أي عبارة من عبارات المقياس .

ولسيادتكم جزيل الشكر والتقدير

الباحثة

سمر عبد المنعم عبد الرافع

مقياس السلوك الانسحابي

(إعداد الباحثة)

وصف المقياس

يصلح هذا المقياس للتطبيق على أطفال ما قبل المدرسة ،وقد راعت الباحثة أن تكون عباراته سهلة وواضحة ومباشرة ولا تحتمل حدوث تداخل في فهم معانيه .

يتكون المقياس من (ثلاثة) أبعاد وهي: (العزلة الاجتماعية - السلبية - التمرکز حول الذات)، موزعة على عدد (٣٠) عبارة ، ويضم كل بُعد على مجموعة من العبارات التي تناسبه لتقيس نسبة السلوك الانسحابي .

الهدف من المقياس : قياس درجة السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي اضطراب اللجاجة .

تعليمات المقياس

يحتوى كل بُعد على ١٠ عبارات كالآتى :

١- العزلة الاجتماعية: وتقيسه ١٠ عبارات وهي: (١، ٢، ٧، ١٠، ١١، ١٤، ١٥، ١٨، ٢١، ٢٣).

٢- السلبية : وتقيسه ١٠ عبارات وهي: (٤، ٥، ٨، ١٢، ١٦، ١٧، ٢٤، ٢٥، ٢٧، ٢٩).

٣- التمرکز حول الذات : وتقيسه ١٠ عبارات وهي: (٣، ٦، ٩، ١٣، ١٩، ٢٠، ٢٢، ٢٦، ٢٨، ٣٠).

وكل عبارة يوجد أمامها ثلاثة من الاختيارات وهما (دائماً- أحياناً - نادراً)، ويتم وضع علامة (✓) أمام العبارة في الخانة التي نراها تنطبق على الطفل .

وتعطى الدرجات بالترتيب كالآتى (٣- ٢- ١)، ويتم حساب الدرجة الكلية للطفل بجمع درجات كل عبارة فيما يلي :

الدرجات	حالة الطفل
٧١ إلى ٩٠	شديد الانسحابية
٥١ إلى ٧٠	متوسط الانسحابية
٣٠ إلى ٥٠	منخفض الانسحابية

مقياس السلوك الانسحابي

م	العبارات	دائماً	أحياناً	نادراً
١	يرفض اللعب مع أقرانه.			
٢	يرفض المشاركة بالنشاطات مع الآخرين.			
٣	يراقب الآخرين دون المشاركة.			
٤	يمتنع عن إبداء رأيه فيما يقدم له .			
٥	يتجاهل الإجابة عن الأسئلة.			
٦	يرفض إقامة علاقات مع الآخرين .			
٧	يواجه صعوبة عند مقابلة أو مجالسة أناس جدد.			
٨	يفضل الروتين المستمر في نمط حياته اليومية.			
٩	يغلب عليه التردد.			
١٠	يميل إلى الوحدة.			
١١	هادئ .			
١٢	يتجاهل نداء المعلمة له حتى وإن كررت النداء.			
١٣	يبكي عندما يطلب منه المشاركة .			
١٤	يجلس في آخر الصف ولمدة طويلة.			
١٥	ينفر من محاولة الرتب على الكتف.			
١٦	يمتنع عن التعبير عن مشاعره.			
١٧	يتجنب النظر في وجه الشخص الآخر.			
١٨	يفضل الألعاب الفردية.			
١٩	يرفض محاولة زملائه اللعب معه.			
٢٠	مرتبك أثناء الكلام.			
٢١	دائم الجلوس أمام الأجهزة الإلكترونية.			
٢٢	يتجنب الحديث مع المعلمة.			
٢٣	ينزوى خوفاً من ظهور عيوب في كلامه.			
٢٤	بطئ في أداء النشاطات التي تطلب منه.			
٢٥	يتسحب من المواقف الاجتماعية.			
٢٦	يتغير مزاجه بسرعة.			
٢٧	قليل المشاركة الوجدانية تجاه زملائه.			
٢٨	يرفض المبادرة بالحديث .			
٢٩	يفتقر لروح المنافسة.			
٣٠	يشعر بالملل بمجرد البدء في النشاط.			

الملحق رقم (2): برنامج علاجي للتخفيف من اضطراب السلوك الانسحابي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية درجة متوسطة.

الرقم	الهدف	محتوى الجلسة	الملاحظات
1	-تهيئة الطفل للبرنامج العلاجي وبناء علاقة تفاعلية إيجابية مع المعالج قائمة على الأمان والثقة لزيادة قابلية الطفل للمشاركة في الأنشطة التدريبية	-ثم الإعتماد خلال هذه الجلسة على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي خاصة مبدأ التعزيز الإيجابي من أجل تشجيع الطفل على التفاعل التدريجي مع المثيرات المتقدمة. - الإعتماد على الملاحظة المنظمة لتسجيل السلوكيات الأولية من أجل تحديد خط الأساس للسلوك المستهدف قبل بدء التدخل للعلاج. الاجراءات: -إستقبال الطفل في بيئة آمنة ومحفزة مع تقديم أنشطة جذابة والتعزيز مباشرة بعد أي استجابة ايجابية - تسجيل الملاحظات حول استجابات الطفل تجاه المثيرات المقدمة مع ملاحظة مدى انتباهه للمثيرات البصرية واللفظية ومستوى تفاعله مع الأنشطة المقترحة مع تسجيل نوع الاستجابة الصادرة عنه (فورية، بعد تلقين، او عدم استجابة).	
2	تقييم للسلوك الانسحابي وتحديد خصائصه	- الاعتماد على أسلوب تحليل السلوك الوظيفي لتحديد طبيعة السلوك الانسحابي من خلال تحليل العلاقة بين المثيرات القبلية والسلوك والنتائج.	

	– استخدام الملاحظة شبه المنظمة لتسجيل استجابات الطفل في مواقف مختلفة (فردية وجماعية) مما يسمح بتحديد العوامل البيئية المرتبطة بظهور السلوك. الاجراءات: –ملاحظة الطفل في مواقف متنوعة وتسجيل المثيرات القبلية للسلوك الانسحابي. – تسجيل شكل السلوك (انسحاب، تجاهل، رفض التفاعل) مع تسجيل النتائج التي تلي هذا السلوك (الحصول على انتباه او البقاء منفردا). – تكرار الملاحظات في أكثر من موقف لضمان دقة البيانات والتحقق من ثبات السلوك.	باستخدام تحليل سلوك التطبيقي (تشخيص السلوك الانسحابي لدى الطفل من خلال تحديد المثيرات السابقة له وانماطه والنتائج المترتبة عنه)	
3	–التركيز على تدريب الطفل على احداث تواصل بصري مباشر اثناء التفاعل باستخدام مثيرات بصرية جذابة مع توظيف تقنية التشكيل لتدعيم الاستجابات التدريجية من خلال تعزيز المحاولات الصغيرة التي تقترب من السلوك المطلوب. –توظيف التعزيز الإيجابي لتثبيت السلوك المستهدف. الاجراءات: –عرض مثيرات بصرية (العاب، صور ملونة). – توجيه الطفل للنظر نحو المعالج واستشارة التواصل البصري من خلال مناداته أو تحريك المثير. – استخدام التلقين اللفظي او الاشاري عند الحاجة.	تنمية مهارات التواصل البصري وزيادة مدة الانتباه (تدريب الطفل على احداث تواصل بصري مباشر مع المعالج وزيادة مدة الانتباه للمثيرات الاجتماعية).	

		- تقديم تعزيز مباشرة بعد تحقيق تواصل بصري مع تكرار المحاولات في فترات قصيرة.	
4	تنمية الانتباه الاجتماعي والاستجابة للمثيرات الاجتماعية (الاستجابة لنداء الاسم) مع تدريب الطفل على الاستجابة للأوامر البسيطة	- تقديم مواقف شبه منظمة تعتمد على استدعاء الطفل باسمه في سياقات مختلفة مع تعزيز أي استجابة تصدر عنه (النظر الالتفات التوجه نحو المعالج). -توظيف التلقين اللفظي (إعادة نداء الاسم) والتلقين الإيمائي (الإشارة أو الاقتراب) مع تطبيق التلاشي التدريجي لتقليل المساعدات مع تحسين الاداء. - اعتماد تقنية التشكيل (تعزيز الاستجابة الجزئية في البداية ثم الانتقال تدريجيا الى استجابات أكثر اكتمالا). -تدريب الطفل على تنفيذ تعليمات بسيطة من خلال تكرار وتعزيز ثم الانتقال من الاستجابة البسيطة الى الأكثر تعقيدا وفق مبدأ التدرج في التعلم ضمن تحليل سلوك التطبيقي. الاجراءات: -تهيئة الطفل للجلسة من خلال توفير بيئة مناسبة وخالية من المشتتات. -تدريب الطفل على الاستجابة لنداء إثمه مع تعزيز اي استجابة تستر عنه (تعزيز لفظي أو مادي أو اجتماعي) -تحفيز الطفل على التفاعل وجذب انتباه الطفل باستخدام مثيرات بصرية (صور ملونة، او العاب).	

	-تعزيز للاستجابات الجزئية (الالتفات نحو الصوت، توجيه النظر نحو المعالج) ثم يتم الانتقال تدريجيا إلى تعزيز الاستجابة الكاملة (التواصل البصري والاستجابة لنداء الاسم). -تخفيف المساعدة اللفظية والإشارية تدريجيا. -تكرار التدريب في سياقات مختلفة (تغيير مكان جلوس المعالج او المسافة) مع التعزيز مباشرة بعد الاستجابة الصحيحة.		
5	تنمية مهارات التقليد للسلوك (تدريب الطفل على تقليد سلوكيات بسيطة (حركية، إشارية) كمدخل اساسي لتنمية التفاعل الاجتماعي). - استخدام النمذجة كاستراتيجية أساسية لتعليم الطفل تقليد سلوكيات بسيطة مما يساهم في تطوير مهارات التفاعل. - اعتماد تقنية التعزيز التفاضلي (تعزيز السلوك المرغوب وتجاهل السلوك غير مرغوب) لتعزيز الاستجابات الصحيحة فقط بما يساهم في اكتساب مهارات التقليد. الاجراءات: - تقديم نموذج سلوكي واضح (حركة او اشارة) امام الطفل لتقليد السلوك المعروض. -توجيه الطفل لتقليد السلوك باستخدام التلقين عند الحاجة (لفظي /إشاري) -تعزيز أي محاولة تقليد فورية. -استخدام التعزيز التفاضلي مع تكرار المحاولات وتقليل التلقين تدريجيا.		
6	تنمية مهارات التعبير عن الرغبات (تشجيع الطفل على التعبير عن -تطبيق تحليل السلوك اللفظي من خلال خلق مواقف حرمان جزئي لدفع الطفل للطلب مع تعزيز اي محاولات تواصلية (لفظية او اشارية) مع استخدام التلقين اللفظي ثم سحبه تدريجيا.		

	حاجاته ورغباته لفضيا او إشاريا) -توظيف مبدأ التواصل الوظيفي كبديل للسلوك الانسحابي من خلال تعزيز أي محاولة تواصل صادرة عن الطفل. الاجراءات: - عرض مثيرات مفضلة (العاب/ طعام) امام الطفل لخلق دافعية التواصل. -تشجيع الطفل على التعبير عن رغبته لفظيا او اشاريا. - استخدام التلقين عند عدم الاستجابة. -تعزيز اي محاوله تواصل فور صدورها. تقليل التلقين تدريجيا للوصول الى الاستقلالية.	
7	تنمية التفاعل الاجتماعي (تقليل العزلة وزيادة التفاعل، تشجيع الطفل على المبادرة بالتفاعل مع الآخرين والمشاركة في أنشطة بسيطة) -تدريب الطفل على التفاعل باستخدام تقنية التدريب على الدور مع تعزيز المشاركة. استخدام التعزيز الاجتماعي مثل المدح والابتسامة لزيادة الدافعية نحو التفاعل مع تطبيق تقنية النمذجة. الاجراءات: -تدريب الطفل على التفاعل مع الآخرين ضمن نشاط جماعي بسيط مع التعزيز الاجتماعي. - تقديم نماذج سلوكية للتفاعل (النمذجة، تحية، مشاركة). - تشجيع الطفل على المبادرة بالتفاعل ودعم الاستجابات الاجتماعية الايجابية (مدح، استجابة) -دعم الطفل بالتلقين عند الحاجة مع تقليله تدريجيا.	

8	-استخدام تقنية التعزيز التفاضلي للسلوك البديل وتعزز السلوك الاجتماعي المبادرة بالتفاعل والمشاركة في النشاط مقابل عدم تعزيز السلوك الانسحابي مع تجاهله مثل الانعزال وعدم التفاعل وفق مبدأ الإطفاء دون تقديم تعزيز له. - التعرض التدريجي للمواقف الاجتماعية. الاجراءات: -ازالة الحساسية تدريجيا من خلال ادخال طفل اخر بشكل تدريجي في بيئة النشاط مع تعزيز بقاء الطفل دون انسحابه (حتى لو لفترة قصيرة). -تجاهل السلوك الانسحابي (وفق مبدأ الاطفاء). - تعزيز السلوك البديل فور حدوثه (النظر، الجلوس، التفاعل). -استخدام التلقين عند الحاجة لتوجيه الطفل مع تقليله تدريجيا مع تعزيز الاستجابات المستقلة	تقبل وجود الآخرين (الجلوس مع الغير، تقليل السلوك الانسحابي وزيادة قدرة الطفل على البقاء في وجود الآخرين دون انسحاب)
9	-استخدام التعلم بالنموذجة الجماعية مع تعزيز السلوكيات الاجتماعية (المشاركة الانتظار، تبادل الادوار، التعاون). - تقليل السلوك الانسحابي عبر تقنية اعادة التوجيه حيث يتم تحويل انتباه الطفل بلطف من السلوك الانسحابي مثل تجنب التفاعل الى نشاط تفاعلي مناسب مع تعزيز اي استجابة ايجابية. -التلقين اللفظي والايحاء لمساعدة الطفل على اداء السلوك المطلوب مع تطبيق التلاشي التدريجي لتقليل المساعدة تدريجيا الاجراءات: _تنظيم نشاط جماعي بسيط (لعبة مشتركة) _ تشجيع الطفل على المشاركة (تبادل الأدوار)	اللعب الجماعي والمشاركة في نشاط جماعي (تنمية مهارات المشاركة والتفاعل ضمن جماعة).

	__تعزيز التفاعل مع الآخرين وتشجيع الاستجابات المستقلة __تقليل التوجيه تدريجيا		
10	تنمية الاستجابة اللفظية والتعبير الانفعالي	-تدريب الطفل على إصدار استجابات لفظية مناسبة لمواقف اجتماعية مختلفة. -تعزيز التواصل اللفظي الوظيفي مع تقليل الاعتماد على الإيماءات غير اللفظية. -استخدام التلقين (اللفظي والإيمائي). تطبيق النمذجة (تقديم نموذج لفظي واضح). -اعتماد التعزيز الإيجابي. -استخدام التدريب بالمحاولات المنفصلة عبر تقديم مثير، انتظار الاستجابة ثم تقديم التعزيز. -تطبيق التلاشي التدريجي للتلقين لتعزيز الاستقلالية. -التركيز على التواصل الوظيفي من خلال تدريب الطفل على استخدام اللغة للتعبير عن رغباته. الإجراءات: - عرض مثيرات لفظية وبصرية (صور، اسئلة بسيطة) تقديم نموذج لفظي واضح. -استخدام التلقين اللفظي والايماي عند الحاجة. -تعزيز اي محاولة استجابة لفظية صحيحة فورا صدورها. -تكرار المحاولات مع تقليل التلقين تدريجيا لتحقيق الاستقلالية.	

	- تدريب طفل على المبادرة الاجتماعية (القاء التحية، طلب اللعب، لفت الانتباه). - استخدام التلقين (اللفظي والإيمائي والجسدي) لمساعدة الطفل على بدء التفاعل مع تطبيق النمذجة عبر عرض سلوكيات اجتماعية مناسبة ليقوم الطفل بتقليدها. - اعتماد التدريب بالمحاولات المنفصلة لتعلم مهارات البدء بالتفاعل خطوة بخطوة. استخدام التدريب في البيئة الطبيعية لزيادة عفوية المبادرة في مواقف خفيفة. - توظيف التعزيز الايجابي مع تطبيق التلاشي التدريجي لتقليل التلقين وتعزيز الاستقلالية. - استخدام التعزيز التفاضلي للسلوك التلقائي. الإجراءات: - اختيار نشاط محبب للطفل (لعبة، صورة، ادوات) مع خلق فرصة تتطلب من الطفل بدء التفاعل مثل وضع اللعبة بعيدا. - استخدام النمذجة لعرض سلوكيات اجتماعية مناسبة. - تقديم التلقين عند عدم مبادرة الطفل. - اعتماد المحاولات المتدرجة لتعلم السلوك خطوة بخطوة. - تعزيز فوري لأي مبادرة مع تقليل المساعدة تدريجيا. - تعميم المهارة في مواقف طبيعية لزيادة العفوية.	زيادة المبادرة الاجتماعية (تشجيع الطفل على بدء التفاعل الاجتماعي)	11
	- توظيف التعزيز التفاضلي للسلوك البديل.	خفض السلوك الانسحابي (التحكم)	12

	في السلوك الانسحابي أثناء اللعب) -تطبيق تقنية الاطفاء للسلوك الانسحابي (عدم تعزيزه). -إعادة توجيه الطفل للمشاركة في النشاط عند الانسحاب. -مساعدة الطفل على اداء السلوك بعد منعه من السلوك غير المرغوب مع تقسيمه الى خطوات بسيطة لتسهيل تعلمه. -التدريب على التواصل الوظيفي مع الإعتماد على التلقين والتلاشي التدريجي الإجراءات: -ملاحظة سلوك الطفل أثناء النشاط (اللعب)، عند ظهور السلوك الانسحابي يتم تجاهله جزئيا (اطفائه). -إعادة توجيه الطفل نحو النشاط باستخدام مثيرات جذابة مع تقديم التلقين لمساعدته على الاندماج. -تعزيز أي محاولة مشاركة فورية (تعزيز اجتماعي او مادي)		
13	تعميم المهارات في مواقف مختلفة (تمكين الطفل من تعميم السلوك المكتسب في بيئات ومواقف متعددة) -استخدام تعميم ونقل المهارات المكتسبة إلى مواقف جديدة عبر تغيير البيئة والاشخاص والمثيرات. -تدريب الطفل على نفس المهارات في اماكن مختلفة (قسم، ساحة، منزل). -تغيير الاشخاص المتفاعلين مع الطفل (معلم طفل آخر) مع استخدام أدوات مختلفة لنفس النشاط.		

	- تقليل جميع اشكال المساعدة تدريجيا مع التعزيز المتقطع. الإجراءات: - تقديم نفس المهارات في سياقات مختلفة مع تغيير المثيرات والادوات المختلفة. - تقليل التلقين تدريجيا مع تعزيز الاستجابة المستقلة فقط (تعزيز تفاضلي). - إشراك أطراف أخرى (معلم، ولي). - تعزيز متقطع (نسبة ثابت ومتغير)، وفق مبدأ التدرج في التعلم ضمن تحليل سلوك التطبيقي.		
14	تنمية الاستقلالية الاجتماعية (تقليل الاعتماد على المعالج وتعزيز الاداء الذاتي في المواقف الاجتماعية) - تعزيز استقلالية الطفل في أداء المهارات المكتسبة. - اعتماد التلاشي التدريجي مع التأخير الزمني لإعطاء فرصة للطفل للاستجابة قبل تقديم المساعدة. - التدريب في البيئة الطبيعية لتعزيز العفوية في التفاعل مع التعزيز التفاضلي. - الانتقال من التعلم الموجه الى التعلم الذاتي. - تعميم المهارات بنقل السلوك المرغوب الى مواقف واشخاص مختلفين. الإجراءات: - تهيئة الطفل نفسيا، وسلوكيا من خلال مراجعة مختصرة للمهارات المكتسبة في الجلسات السابقة، مع تعزيز ايجابي لرفع الدافعية نحو المشاركة الفعالة. - تقديم النشاط مع تأخير المساعدة لإتاحة فرصة الاستجابة الذاتية. - استخدام التلقين تدريجيا وفق مبدأ fading		

	- تعزيز الاستجابات المستقلة مع تجنب التصحيح الفوري إلا عند الضرورة (الاعتماد على الذات في الأداء). - تقديم التعزيز بشكل أكبر للاستجابات المستقبلية مقارنة بالاستجابات المدعومة وذلك باستخدام التعزيز الاجتماعي (المدح الابتسامة) والتعزيز المادي أو الرمزي. - تمثل هذه الجلسة مرحلة الانتقال من التعلم الموجه داخل الإطار العلاجي الى الاستقلالية السلوكية في البيئة الطبيعية بما يضمن استمرارية أثر البرنامج العلاجي على المدى البعيد.		
15	التقييم البعدي (قياس التحسن وتقييم فاعلية البرنامج العلاجي) - إعادة تطبيق أدوات القياس استخدام نفس شروط القياس القبلي مع تحليل النتائج وفق المقارنة البعدية والقبلية الإجراءات: - إعادة تطبيق مقياس السلوك الانسحابي. - إجراء الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل. - مقارنة النتائج قبلية والبعدية. - تحليل مدى التحسن في التفاعل الاجتماعي.		
16	تثبيت السلوك المكتسب وضمن استمراريته بعد انتهاء البرنامج العلاجي - تثبيت السلوكيات المكتسبة لدى الطفل وزيادة مقاومتها للانتفاء من خلال توظيف جدول التعزيز المتقطع (النسبة الثابتة والمتغيرة). - تعميم المهارات الاجتماعية المكتسبة في سياقات طبيعية مختلفة وتعزيز الاستقلالية السلوكية. - إشراك الأسرة كعنصر أساسي في استمرارية البرنامج العلاجي من خلال تزويدها بإرشادات		

	تطبيقية تضمن نقل أثر التعلم الى البيئة المنزلية وتقليل احتمال الانتكاس. الإجراءات: - إجراء تقييم بعدي من خلال إعادة تطبيق مقياس السلوك الانسحابي والملاحظة المباشرة لسلوك الطفل ومقارنة النتائج القبلية والبعدية. - تطبيق جدول التعزيز المتقطع (البدء بجدول النسبة الثابتة ثم الانتقال الى جدول النسبة المتغيرة). - تدريب الطفل على بيئات مختلفة (مدرسة، بيت) وإشراك أشخاص مختلفين في التفاعل. - عقد جلسة إرشادية مع الأولياء تتضمن شرح طبيعة البرنامج العلاجي وعرض النتائج المحققة. - التأكيد على أهمية استمرارية تطبيق الأساليب التدريبية خارج إطار الجلسات العلاجية ومتابعة سلوك الطفل لضمان الاستمرارية		
--	--	--	--

الملحق رقم (03): جدول يوضح أثر المعالجة على الحالات من خلال نسبة التحسن.

رقم الحالة	الدرجة قبل المعالجة	الدرجة بعد المعالجة	الفارق	نسبة التحسن (%)
الحالة (أ)	55	48	07	12.73
الحالة (ب)	78	58	20	25.64
الحالة (ج)	74	62	12	16.22
الحالة (د)	81	74	07	8.64
الحالة (هـ)	48	35	13	27.08

طريقة الحساب:

الفارق = الدرجة قبل المعالجة - الدرجة بعد المعالجة.

نسبة التحسن = (الفارق ÷ الدرجة قبل المعالجة) × 100.