

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة

د. محمد أحمد سيد خليل

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة أسوان

المستخلص

هدفت تلك الدراسة إلى التعرف على فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض مستوى التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة ومن ثم قياس أثره بعد انتهائه وخلال فترة المتابعة. واستخدم الباحث المنهج التجريبي وذلك لملاءمته طبيعة الدراسة الحالية، حيث تكونت عينة الدراسة من ٨ أطفال من أطفال المرحلة الثانية من رياض الأطفال والذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس التعلق الارتكاسي، وذلك بمتوسط عمري (٦،٣)، وتم وضعهم في مجموعة واحدة وهي المجموعة التجريبية. واستعان الباحث بمجموعة من الأدوات تتمثل في مقياس سلوسون لذكاء الأطفال والكبار (SIT - R)، تعريب وتقنين: عبد الرقيب أحمد، مصطفى ابوالمجد (٢٠١١)، ومقياس اضطراب التعلق الارتكاسي من إعداد Helen etal (2009)، ترجمة وتقنين الباحث، والبرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي من إعداد الباحث. وقد أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن فعالية التدريب على تحليل السلوك التطبيقي في خفض مستوى التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة، وتم في ضوء ما سبق تفسير نتائج الدراسة وتقديم بعض التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية: التعلق الارتكاسي، فنيات تحليل السلوك التطبيقي، البرنامج التدريبي

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة

د. محمد أحمد سيد خليل

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة أسوان

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل حياة الإنسان، ففي هذه المرحلة تنمو القدرات وتتفتح المواهب حيث قابلية الطفل المرتفعة لكل أنواع التوجيه والتشكيل، فالطفولة هي الغد والأمل، وطفل اليوم هو رجل المستقبل، وثروة الأمة ولبنة أساسية في بناء مجتمع الغد، ومستقبل أي مجتمع يتوقف على مدى اهتمامه بالأطفال ورعايتهم وتهيئة الإمكانيات التي تتيح لهم حياة سعيدة ونمواً سليماً يصل بهم إلى مرحلة النضج السوي.

ويعتبر الباحثون مرحلة الطفولة ليست مجرد مرحلة إعداد للحياة المستقبلية، بل هي مرحلة هامة من مراحل الحياة يجب أن يسعد بها الطفل، وتتوقف سعادة الطفل على مدى شعوره بإشباع حاجاته من قبل ذوي: الوالدين والإخوة والأقارب، وتعتبر الحاجات إلي الأمن والحماية والرعاية من أهم ما يحتاج إليه الطفل لينمو نمواً سليماً (أماني عبد المقصود، ١٩٩٩).

ومن بين اضطرابات التعلق التي يتعرض لها الأطفال عامة اضطراب التعلق الارتكاسي (Reactive Attachment Disorder) والذي يشير إلي قصور في التفاعلات الاجتماعية للطفل تجاه الآخرين ويشمل الحيلة والحدز في التعامل مع الأقران بالإضافة إلي التفاعل الاجتماعي المفرط فيه مع الغرباء، وهو ما يتفق ودراسات Hanson & Spratt (2000) ؛ Boris et al., (2005) ، ويؤدي اضطراب التعلق الارتكاسي إلي ظهور عدد من الخصائص السلوكية والانفعالية السلبية لدى الأطفال بصفة عامة، حيث يذكر O'Connor, E., Collins, B., & Supplee, L. (2012) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي يرتبط ارتباطاً كبيراً ببعض المشكلات السلوكية والانفعالية مثل المشكلات المسلكية والسلوك الفوضوي لدي الأطفال البالغ عمرهم (٦) سنوات، كما أشار كل من Minnis et al., (2009) ؛ Kay & Green (2013) إلى أن إساءة المعاملة للأطفال لها دور كبير في

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

ظهور اضطراب التعلق الارتكاسي والذي بدوره يؤدي إلي بعض المشكلات السلوكية والإنفعالية مثل السلوك المضاد للمجتمع والقلق والاكتئاب وفرط النشاط وإيذاء الذات والإنتحار وقصور الانتباه واضطراب العناد المتحدي واضطرابات التنظيم الذاتي واضطرابات الأكل والسلوكيات العدائية وصعوبة التواصل مع الآخرين.

ولقد أشار (Shaw & Pàez 2007) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي يرتبط أيضاً بفرط النشاط حيث أن هذه الفئة من الأطفال لا يستطيعون الجلوس لفترة طويلة في أماكنهم ولا يقوموا بتأدية الأنشطة المقدمة لهم في هدوء ويتميزوا بالإندفاعية وكثيري الحديث مع الآخرين، وهذا ما أكدته (Taft, Ramsay & Schlein 2015) بأن الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي يتميزوا بفرط النشاط المتمثل في الحركة المستمرة وغير المقبولة والمشاكسة، الإكثار من حركة الرأس بلا مبرر، عدم الإقبال على الألعاب الرياضية، واضطراب في التناسق الحركي بالإضافة إلي قصور انتباههم وصعوبات التعلم لديهم واضطرابات الصحة النفسية.

ومن جهة أخرى أشار (Jakobsen, Horwood & Fergusson 2012) بأن التعلق الإيجابي بين الطفل ووالديه يقلل من خطر القلق والانسحاب الاجتماعي وأن التعلق غير الآمن يلعب دوراً هاماً في ظهور المشكلات الانفعالية كالقلق والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي وهو ما تؤكدته دراسات (Zietlow, Schüter, Nonnenmacher, Müller & Reck 2014) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمشكلات الانفعالية وعلى رأسها القلق والاكتئاب بالإضافة إلي شعورهم بعدم الثقة في النفس وانخفاض تقدير الذات لديهم.

ولقد أوضح (Tomasic 2006) إلي أن الطفل ذو اضطراب التعلق الارتكاسي تظهر عليه المشكلات المسلكية، حيث أنه يتنمر ويهدد ويرعب الآخرين، يخلق مشاجرات جسدية، يستخدم سلاحاً يمكن أن يسبب أذىً بدنياً خطيراً للآخرين (مثل السكين والزجاجة المكسورة... إلخ)، يقسو على الحيوانات، يشارك عن عمد في إشعال النار، يحطم ممتلكات الآخرين عن قصد، وهو ما يتفق ودراسة (Hultez 2011) والتي أكدت أن اضطراب التعلق الارتكاسي يرتبط ارتباطاً واضحاً بالمشكلات المسلكية والسلوك الجانح والسلوك العدائي تجاه الآخرين.

وفي هذا السياق، أوضح (Ringdahl & Falcomata (2009) بان استراتيجيات وفتيات تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavior Analysis Techniques تعد ذات فعالية في التعامل مع الأطفال وما يصاحبهم من مشكلات سلوكية، وهذا ما أكدته نتائج دراسة (2013) Eggett إلي فعالية فنيات إدارة الذات (التوجيه الذاتي والتقويم الذاتي والتعزيز الذاتي) كإحدى فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض بعض المشكلات السلوكية والاجتماعية لدى بعض الأطفال.

ونكر (2018) Leaf et al., بأن فنيات تحليل السلوك التطبيقي من الأساليب السلوكية المكثفة التي تستند إلى مبادئ نظرية التعلم لتحسين السلوكيات الاجتماعية، فالبرامج العلاجية القائمة على فنيات تحليل السلوك التطبيقي يتم تطبيقها حسب إمكانات الطفل والعوامل البيئية المحيطة، حيث أن تعديل السلوك غالباً ما يتوقف على تغيير توابع السلوك لذلك إذا كان الهدف هو تعديل السلوك، فيجب التحكم في توابع السلوك للحصول على السلوك المرغوب فيه، وهذا يتطلب الحاجة إلى فهم وظيفة السلوك الصادر من الطفل أو الغرض منه، وهذا يجعل استخدام استراتيجيات وفتيات تحليل السلوك التطبيقي من طرق العلاج الفعالة لدى أطفال الروضة ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي المرتفع، حيث يعتمد البرنامج التدريبي القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي على تقسيم المهارات الصعبة والمعقدة إلى مهارات بسيطة يسهل على الأطفال تعلمها فيتم إجراء تحليل بسيط لمهارات الطفل من أجل الوصول إلى تحديد المهارات اللازمة لتحسين أدائه وسلوكه.

ومن هنا لخص الباحث إلى ملاءمة برنامج التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي باعتباره فعالاً كما أوضحت بعض الدراسات السابقة في التعامل مع المشكلات والاضطرابات الاجتماعية والسلوكية لدى الأطفال عامة.

مشكلة الدراسة:

تتبلور مشكلة الدراسة الحالية في ضوء المحاور التالية:

- أثناء إشراف الباحث على طالبات التربية العملية ببعض مدارس ورياض أطفال محافظة أسوان تمت ملاحظة بعض المؤشرات والسلوكيات الاجتماعية المختلفة على مجموعة من الأطفال، مثل: الانسحاب الاجتماعي، العدوان اتجاه أقرانهم، تجنب كلمات التشجيع ولا يعيرونها اهتماماً، القلق الذي يظهر عليهم دائماً أثناء التعامل مع المعلمين وغيرهم،

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

الألفة التي تظهر عليهم مع الغرباء أحياناً، والتوتر والضيق المستمر أثناء التفاعلات الاجتماعية المختلفة.

• وبالاستعانة بكل من معلمة الفصل والمعلمة المساعدة والأخصائيين النفسيين بالمدارس تم التأكيد على تلك الأعراض السابقة واستمراريتها، وبالتالي هي ليست سلوكيات عارضة عليهم، وبالجلوس أيضاً مع بعض أولياء أمورهم تم التأكيد على وجود السلوكيات السابقة في المنزل أيضاً.

• بالنظر إلى بعض المؤشرات السابقة، والاطلاع على DSM-5، وجد ما يسمى باضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة، وبالتالي يعاني هؤلاء الأطفال من ارتفاع مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لديهم، ومن هنا جاءت مشكلة الدراسة في كيفية خفض مستوى التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة باستخدام البرامج التدريبية والإرشادية المختلفة مع الوضع في الاعتبار أكثرها ملاءمة ومناسبة لطبيعة العينة. وفي ضوء ما أثارته مشكلة الدراسة الحالية من توضيح للمحاور، يمكن بلورة المشكلة في الرئيسي التالي:

"ما فعالية التدريب على فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض مستوى التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة؟".

هدف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى خفض مستوى التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة عن طريق تطبيق وتنفيذ برنامج تدريبي قائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي، ومعرفة مدى استمرار أثره بعد انتهائه وخلال فترة المتابعة. أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة نظرياً وتطبيقياً إلى ما يلي :

١- الفئة التي تتناولها الدراسة من الفئات العمرية الهامة، حيث أنها مرحلة التشكيل الخاص بشخصية الفرد وما يبني عليها مستقبلاً، الأمر الذي يجعل كل المهتمين والمتخصصين في المجال يدركون أهميتها والحاجة إليها.

٢- تلقي الضوء على اضطراب التعلق الارتكاسي وما يسببه من سوء في العلاقات الاجتماعية مع الوالدين أو الأقارب أو مقدمي الرعاية وما يترتب عليه من عدم قدرة الطفل لاحقاً على إقامة صداقات مع الآخرين أو مع أقرانه سواء في المدرسة أو المجتمع وهذا ما أكدته العديد من الدراسات

(Rochelle & Eve, 2000; Buckner, Lopez, Dunkel & Joiner, 2008; Zeanah & Smyke, 2009; Follan & McNamara, 2013).

٣- القاء الضوء على فنيات تحليل السلوك التطبيقي وما يتضمنه من فنيات واستراتيجيات يمكن الاستفادة منها في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة.
٤- إعداد مجموعة من الأدوات من الممكن وأن تمثل إضافة للتراث السيكولوجي والمكتبة النفسية تتمثل في مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة، والبرنامج التدريبي القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي.

مصطلحات الدراسة

١- اضطراب التعلق الارتكاسي:

يعرف الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية " الطبعة الرابعة " (Diagnostic and) "Statistical Manual of Mental Disorders" DSM-IV" اضطراب التعلق الارتكاسي بأنه اضطراب طفولي يتميز بوجود خلل ملحوظ وغير مناسب في الروابط الاجتماعية خلال التفاعلات الاجتماعية المختلفة في معظم المواقف والبيئات ويبدأ قبل سن خمس سنوات. (American Psychiatric Association "APA" , 2000 , p.116).

ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالد وصورة المعلم) المستخدم في الدراسة الحالية.

٢- تحليل السلوك التطبيقي

شكل من اشكال العلاج المكثف القائم على النظرية السلوكية يعمل على تحسين مهارات التواصل الفعال وكذلك المهارات الاجتماعية لدي الطفل (VandenBos, 2015,P. 70).

ويعرف الباحث برنامج التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي إجرائياً بأنه منظومة إرشادية متكاملة تنتقي بعض فنيات الإرشاد السلوكي الملائمة لتحليل السلوك التطبيقي عبر جلسات متعددة يبلغ زمنها من ٣٠ - ٤٥ دقيقة، والتي تهدف إلى رفع مستوى المهارات

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

الاجتماعية والتواصل الفعال لدى الطفل وذلك بهدف خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى الأطفال.

محددات الدراسة:

اشتملت الدراسة على مجموعة من المحددات تتمثل في التالي:

١. محددات مكانية: تم تطبيق مقاييس وأدوات الدراسة ببعض مدارس رياض الأطفال بمحافظة أسوان
٢. محددات منهجية:
 - أ. بشرية: بلغت عينة الدراسة ٨ أطفال من المرحلة الثانية لرياض الأطفال -KG 2، ممن يظهرون مستوى مرتفعاً في درجة التعلق الارتكاسي، موزعين على مجموعة واحدة وهي المجموعة التجريبية.
 - ب. المنهج: اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي باعتبارها تجربة تهدف إلى التأكد من فعالية برنامج التدريب على فنيات تحليل السلوك التطبيقي (متغير مستقل) في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة (متغير تابع)، كما اعتمدت الدراسة على التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة.
 - ج. أدوات الدراسة: اشتملت أدوات الدراسة على التالي:
 - مقياس سلوسون لنكاء الأطفال والكبار (S I T - R) ، تعريب وتقنين : عبد الرقيب أحمد ، مصطفى ابوالمجد (٢٠١١)
 - مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي من إعداد Helen etal (2009)، ترجمة وتعريب الباحث.
 - برنامج التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي من إعداد الباحث
٣. أساليب إحصائية: تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية اللابارامترية والمتمثلة في اختبارات مان ويتي U، و ويلكوكسون W، و قيمة Z

٤. محددات زمنية: قام الباحث بتطبيق أدوات الدراسة ومقاييسها في خلال العام الدراسي ٢٠٢٥

الإطار النظري ودراسات سابقة:

أولاً: اضطراب التعلق الارتكاسي *Reactive attachment Disorder*:

ظهرت نظرية التعلق على يد John Bowlby في عام ١٩٦٠ ومنذ ذلك الحين أصبح لها دوراً كبيراً في التعامل مع الأطفال في مجالات متعددة مثل الرعاية الصحية والاجتماعية. حيث تؤكد هذه النظرية على ضرورة قيام الأطفال بعمل تعلق آمن مع مقدم الرعاية لهم (الأب، الأم أو المربي) وذلك في السنوات الثلاث الأولى من حياتهم، وتقتصر هذه النظرية أنه إذا فشل الطفل في التعلق بالمربي فإن ذلك يكون له أثر سلبي على الطفل وذلك على المدى البعيد والتي تمتد إلى مرحلة المراهقة (Rose & Parker, 2014).

وتبدأ عملية التعلق منذ الميلاد، وذلك من خلال العلاقة الأولى بين الطفل الوليد والأم واعتماده على هذه العلاقة في الحصول على احتياجاته المادية (الطعام) واحتياجاته العاطفية (الدفء والرعاية)، وبتحقيق هذه الاحتياجات من جانب الأم يبدأ الطفل في تأسيس قاعدة أمان له ونمو التعلق الآمن بوالديه مستقبلاً، وبذلك فإن العلاقة بين الطفل والأم علاقة ديناميكية، حيث أن سلوك الطفل موجه لجذب انتباه الأم وبالمثل تكيف الأم سلوكها لكي توافق استجاباتها سلوكيات طفلها، ومن هذا المنطلق يبدأ الطفل عملية التعلق من علاقاته الشخصية مع الأم والتي بدورها تضع أساساً لعلاقاته الشخصية المستقبلية طوال فترة حياة الفرد (Bowlby, 1988, p. 7).

ويصف Bowlby (1988,p. 27) مفهوم التعلق بأنه شكل من أشكال السلوك يتمثل في دافع داخلي ويختلف عن التغذيةى والجنس، وبذلك يتضمن التعلق عملية تنمية العلاقات الشخصية مع الآخرين والتي بطبيعتها مستمرة وتبادلية، كما يصف التعلق العلاقة العاطفية التي تعمل على حفظ وتعزيز التقارب بين الطفل وعدد من مقدمي الرعاية المسؤولين عن راحته ودعمه وحمايته (Breidenstine, Bailey, Zeanah , & Larrieu , 2011).

وبذلك فإن التعلق حدث نمائي هام في حياة الطفل المبكرة ، ولذلك يعرف التعلق الناجح بقدرة الطفل على الاندماج والتفاعل مع مقدم الرعاية الأولى، أما اضطراب التعلق ينتج من التغيير في النمط الصحيح والصحي لهذه العلاقة والتي تنتج عن عدم الاهتمام برعاية الطفل من قبل مقدم الرعاية أو الإساءة إليه (Allen, 2011).

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

ومن هذا المنطلق يقسم Bowlby (1982,p.268) مراحل التعلق لدي الطفل إلي أربع مراحل: المرحلة الأولى : تبدأ هذه المرحلة من لحظة الميلاد وحتى الاثني عشر أسبوعاً من الميلاد، وفي هذه المرحلة يتصرف الطفل بطريقة مماثلة تجاه جميع الأشخاص، ويظهرون الأطفال في هذه المرحلة تتبع الأشخاص بأعينهم وبيبتهم ويتمتع تجاه الأقرباء منه ويستجيبون بهدوء عند التحدث إليهم ومثل هذه السلوكيات تعزز التقارب بين مقدم الرعاية والطفل، المرحلة الثانية : في نهاية الأسبوع الاثني عشر يدخل الطفل هذه المرحلة وفيها تتجه سلوكيات المرحلة السابقة مباشرة وبشكل أكبر نحو شخصية الأم، حيث أن الأم هي الاختيار الأكثر اعتياداً وتعلقاً لدي الطفل وذلك نظراً للطبيعة البيولوجية للعلاقة، وعلى الرغم من ذلك قد يحل أي مقدم رعاية مستقر ودائم في حياة الرضيع ليصبح هو شخصية التعلق للطفل، وتستمر هذه المرحلة لمدة ستة أشهر، المرحلة الثالثة : وتبدأ هذه المرحلة من ستة أو سبعة أشهر وفيها يبدأ الطفل في اكتشاف البيئة من حوله وبيبتعد مؤقتاً عن الأم ويعود إليها كقاعدة للأمان والإطمئنان ويعتبر الطفل في هذه المرحلة الآخرين غرباء وبيبتعد عنهم ويكون حذر في التعامل معهم ويتعرف على أشخاص لهم نفس طابع الأم وتستمر هذه المرحلة إلي سنتين من عمر الطفل، والمرحلة الرابعة : تصبح العلاقة بين الطفل والأم أكثر تعقيداً أو تطوراً ويمكن القول في هذه المرحلة بأن الطفل لديه نظرة ثابتة عن دوافع ومشاعر الأم.

وتأكيداً لمراحل نمو الطفل التي وضعها Bowlby ، يقدم (Breidenstine et al., (2011) جدولاً يوضح فيه مراحل نمو الطفل بشكل أكثر تفصيلاً:

جدول (١)

مراحل نمو الطفل كما ذكرها (Breidenstine, Bailey, Zeanah , & Larrieu, 2011)

اسم المرحلة	العمر الزمني للطفل	خصائص المرحلة
التمييز المحدود	الميلاد - ٨ أسابيع	تقتصر قدرة الطفل على التمييز بين الأفراد على حاستي الشم والسمع.
التمييز مع تفضيل محدود	(٢-٧) أشهر	تزداد قدرة الطفل على التفاعل الاجتماعي (كالتحديق والمناغاة) وتكون إشارات متجهة نحو المرين المألوفين له.
التعلق المفضل	(٧-١٢) شهر	يصبح الطفل أكثر قدرة على التمييز ويكون له تفضيل واضح نحو عدد قليل من مقدمي الرعاية ويكون حذر في التعامل مع الغرباء.

د. محمد أحمد سيد خليل

اسم المرحلة	العمر الزمني للطفل	خصائص المرحلة
قاعدة الأمان والملاذ الأمان	(١٢-١٨) شهر	يبدأ الطفل في استخدام التعلق كقاعدة أمان وملاذ آمن لاكتشاف البيئة من حوله دون خوف أو ضيق.
تشكيل الشراكة مع الوالدين	(١٨ شهر وما بعدها)	يبدأ الأطفال مع والديهم وضع أهداف مشتركة وتتشكل لدى الطفل القدرة على توقع واستنتاج رد فعل مقدم الرعاية.

ومن جهة أخرى صنف (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) أنواع السلوكيات التي يظهرها الطفل في حالة التعلق : (١) مجموعة التعلق الأمان Secure Attachment : وفيها يستخدم الأطفال أمهاتهم كقاعدة أمان لهم وتكون رغبة الطفل في الاستكشاف والتفاعل بسيطة جداً في عدم وجود الأم ولكن تزداد هذه الرغبة في وجودها، كما أن الأطفال ذوي التعلق الأمان تكون علاقاتهم مع مقدم الرعاية قائمة على الحب والتماصك والاحساس والعاطفة ولذلك نجد مقدم الرعاية يشعرون بالراحة والطمأنينة مما يشعر الأطفال بقيمتهم الاجتماعية (Cleaver, Unell, & Aldgate, 2011, p.67)، (٢) مجموعة القلق / التجنب Avoidant: يتميز الأطفال في هذه الفئة بالتردد بين الاقتراب والابتعاد عن الأم، ويظهر لدى هؤلاء الأطفال ضعف الثقة بالنفس والرفض المتوقع حيث يروا أنفسهم بأنهم غير محبوبين ويرفضون مقدم الرعاية ولديهم شعور بالخوف حيث ينظروا إلي مقدم الرعاية على أنه عدائي لذلك يرفضوا التعامل معه (Howe, 2005, p. 55). ويتشابه هذا النوع مع النمط المثبط لاضطراب التعلق الارتكاسي والذي يتصف بالتردد في عدم المبادأة للاستجابة في التفاعلات الاجتماعية مع الأقارب (Wilson, 2001)، (٣) مجموعة القلق / المقاومة Resistant: وفيها لا يظهر الأطفال أي سلوك للتعلق، حيث لا يعبروا عن قلقهم عند انفصالهم عن الأم وعند عودة الأم لهم لا يسعون للتقرب منها، وهذا على الرغم من أن مقدم الرعاية ينهمك ويبدل جهداً في تلبية الاحتياجات العاطفية ولكن ينظر إليه من قبل هذه الفئة من الأطفال على أنه غير جدير بثقتهم ويصبح مهمل بالنسبة لهم (Howe, 2005, p. 55)، ويتشابه هذا النوع مع النمط غير المثبط لاضطراب التعلق الارتكاسي والذي يتصف بالمحاولات البائسة من قبل الأم في تلبية الاحتياجات العاطفية للطفل كالتشجيع والمودة (Wilson, 2001) . ولقد قدم (Levendosky, Huth-Bocks, Bogat, 2011) نوعاً رابعاً من التعلق وهو التعلق المشوش Disorganized Attachment ويحدث هذا النوع عند الأطفال الذين يتلقوا الرعاية من مقدم رعاية مخيف أو خطر، حيث يشعرون بالخوف تجاه مقدم الرعاية نتيجة للاستجابات غير المنظمة لحاجات الطفل، ففي بعض الأحيان يتلقوا الدفء والمودة والانتباه من مقدم

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

الرعاية وفي مرات أخرى يصرخ مقدم الرعاية في وجوه هؤلاء الأطفال وقد يصفعهم، ونتيجة لهذا لا يستطيع الأطفال التحكم في إنفعالاتهم ويسلكوا بطريقة عشوائية ولا يتقون في الآخرين ويصبحوا أكثر عصبية وتتتابه الحيرة في التعامل مع مقدم الرعاية.

و يشير (2000) Rochelle & Eve إلي أن المصطلحين الترابط Bonding والتعلق Attachment غير مترادفين، فيشير مصطلح الترابط إلي المشاعر النابعة من المرابي (عادة الأم) تجاه طفلها أو رضيعها، بينما يشير مصطلح التعلق إلي مشاعر الطفل تجاه المرابي، ولذلك فإن أي قصور أو عجز في كلا المصطلحين يؤدي بدوره إلي حدوث اضطراب التعلق الارتكاسي.

ومن الواضح أنه قد يتعرض الأطفال إلي القصور في نموهم خاصة في البيئات التي تتميز بسوء الرعاية والإهتمام، حيث كانت البداية في عام ١٩٤٠ عندما ظهرت على بعض الأطفال سلوكيات تعلق غير سوية كالانسحاب من العلاقات الاجتماعية مع الأقارب والحذر والحيطه في التعامل معهم ومن جهة أخرى تعلق هؤلاء الأطفال بالأشخاص الغرباء وتفاعلهم معهم دون خوف أو تردد ومعانقتهم حتي بدون دعوة الغرباء لهم، مما أوضح إلي أن هناك قصوراً في نمو مراحل التعلق لدي هؤلاء الأطفال (Zeanah & Smyke, 2009, p.425)، ويشير (Pearce 2009, p.31) إلي أن اضطرابات التعلق تحدث نتيجة فشل الأطفال في تأسيس تعلق آمن مع مقدم الرعاية الأولي في مرحلة الطفولة المبكرة والذي لم يقدم رعاية مناسبة. ولقد ظهرت المحكات التشخيصية لإضطراب التعلق الارتكاسي في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية (DSM-III) في عام ١٩٨٠ والتي تمثلت في تقديم اطار نظري علمي عن الأطفال المعرضين للإهمال والقسوة وسوء المعاملة، حيث تعد سوء المعاملة من أحد العوامل المسببة لإضطراب التعلق الارتكاسي (Mikic & Terradas, 2014).

أ- تعريف اضطراب التعلق الارتكاسي: Reactive Attachment Disorder Definition:
يُعرف (2000) Rochelle & Eve اضطراب التعلق الارتكاسي بأنه عبارة عن اضطراب في قدرات الطفل وعلاقاته الاجتماعية تجاه الأفراد والمجمعات، كما يُعرفه Buckner et

al. (2008) بأنه اضطراب طفولي يتميز بعلاقات اجتماعية غير ملائمة خلال التفاعلات الاجتماعية المختلفة والتي تظهر قبل سن خمس سنوات، في حين يُعرفه Follan & McNamara (2013) بأنه اضطراب نفسي اجتماعي خطير في مرحلة الطفولة والذي يؤثر على المدى القصير أو البعيد على التفاعلات الاجتماعية للأطفال.

ويوضح (Fritz 2013,p.1) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي اضطراب نفس اجتماعي معقد يتعرض له الأطفال الصغار ويتميز بمشكلات في التعلق العاطفي تجاه الآخرين وعادة ما يظهر هذا الاضطراب في سن الخامسة ولكن (الوالد أو المربي أو الطبيب) يمكنه ملاحظة أن الطفل يواجه مشكلات في التعلق منذ لحظة ميلاده الأولي، ويُعرف (Shi 2014) اضطراب التعلق الارتكاسي بأنه اضطراب طفولي يسبب قصوراً كبيراً في العلاقات الاجتماعية للطفل قبل سن خمس سنوات.

ب- أنماط اضطراب التعلق الارتكاسي: Reactive Attachment Disorder Types:

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية " الطبعة الرابعة" (DSM-IV) إلى أن اضطراب التعلق الارتكاسي يتكون من نمطين : (١) النمط المثبط Inhibited ويتميز بعلاقات اجتماعية غير مناسبة في معظم المواقف والتي تظهر من خلال الحذر والحيطة المفرطة في التفاعل الاجتماعي مع مقدمي الرعاية ، (٢) النمط غير المثبط Disinhibited ويظهر من خلال عمليات تعلق متنوعة ومنتشرة مع الغرباء وعدم القدرة على إظهار تعلق مناسب ومنتهي (APA, 2000, p.116)، وهو ما يتفق ودراسات O'connor & Rutter (2000) ; (2003) O'connor & Zeanah بأن هناك نمطين مميزين لاضطراب التعلق الارتكاسي : (١) النمط المثبط Inhibited : يظهر من خلال سلوك الطفل تجاه مقدم الرعاية (الأم، الأب، المربي) والتي تتمثل في عدم الاقتراب منه وتتميز بمجموعة واسعة من الأنماط غير المقبولة إجتماعياً والغريبة مثل الخوف وأنماط متناقضة (يمتزج الاقتراب بالتجنب)، (٢) النمط غير المثبط Disinhibited : يظهر هذا النمط من اضطراب التعلق الارتكاسي في تفاعلات الأطفال مع الأشخاص البالغين غير المؤلفين لهم (الغرباء)، ومن الخصائص السلوكية المميزة لهذا النمط التقرب من البالغين غير المؤلفين وعدم الحذر أو الحيطة في التعامل معهم وتظهر لدي طفل هذا النمط الذهاب في التجول مع الشخص الغريب بالإضافة

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

إلى التفاعل مع الغرباء من مسافة قريبة (يشعر الغريب بأن هذا الطفل فضولي)، كما يسعى الطفل في هذا النمط إلى الاتصال الجسدي (التلامس الجسدي).

وتؤكد أيضاً دراسات (Puckering et al. (2011) ; Follan & McNamara (2013) ; Pritchett, Pritchett , Marshall, Davidson & Minnis (2013) إلى أن هناك نمطين من اضطراب التعلق الارتكاسي هما: النوع المثبط Inhibited ويتميز بالسلوك الانسحابي من الأقارب وسلوك الحيطة والحذر في التعامل مع الأقارب ، والنوع غير المثبط Disinhibited ويتميز بالصدقة المفرطة مع الغرباء .

ولقد تم مؤخراً نشر الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية (DSM-5) حيث أقيمت على النمط المثبط Inhibited والذي يشير إلى الانسحاب العاطفي من مقدم الرعاية ويظهر على هذا النمط اضطرابات انفعالية واجتماعية واضحة كالهياج والحزن والخوف عند التعامل مع البالغين الأقارب ولكنها أجرت تغييراً تمثل في استبدال النمط غير المثبط Disinhibited بمسمى آخر جديد وهو اضطراب السلوك الجامح في المشاركة الاجتماعية (Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED) ويشير إلى تفاعل الأطفال مع البالغين الغرباء والذي يظهر نتيجة اثنين على الأقل من الخصائص الآتية : تحفظ بسيط جداً أو يكاد يكون غير موجود في التعامل مع الغرباء، التواصل الجسدي أو اللفظي المفرط مع الغرباء، لديه استعداد في الذهاب مع الغرباء دون أي تردد أو خوف، رفض الذهاب مع مقدم الرعاية الأولي إلى البيئات المألوفة له وغير المألوفة، وبالانفاق مع الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية يرتبط كل من النمط المثبط واضطراب السلوك الجامح في المشاركة الاجتماعية بالإهمال الشديد وعدم الرعاية الكافية أو واحدة على الأقل من الشروط الآتية : الإهمال أو الحرمان الاجتماعي، التغييرات المتكررة لمقدم الرعاية ما يترتب عنه عدم توفير تعلق مستقر، أو النشأة في بيئات لا توفر الحد الأدنى من التعلق الآمن (Mikic & Terradas, 2014).

ج- أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي Reactive Attachment Disorder
:Symptoms

يقدم (Haugaard & Hazan 2004) قائمة بالسلوكيات المرتبطة بنمطي اضطراب التعلق الارتكاسي، النمط المثبط: ينسحب الأطفال من الآخرين ولا يحتاجوا اليهم عند اصابتهم بألم نفسي أو جسدي، لا يشعروا بالراحة في التفاعلات الاجتماعية، أكثر عدائية تجاه الأقران، تجنب الكلمات التشجيعية كأنها غير ضرورية أو غير مطلوبة، يظهرون الحذر والحيطه في التعامل مع الأقارب، يظهر لديهم ارتباك واضح أو عدم الارتياح في تفاعلاتهم الاجتماعية، أما بالنسبة للنمط غير المثبط: فيظهرون تصرفات طفولية غير ملائمة خاصة حول البالغين، مشاعر تدل على الألفة مع الغرباء، يظهر عليهم الضيق والغضب بدون سبب، يظهرون قلقاً شديداً في المواقف العادية، يصبحون ضحية متكررة للمتمترين.

وعرض (Zeanah & Smyke (2009,p.427 مجموعة من الأعراض المرتبطة بكل من النمط المثبط وغير المثبط لاضطراب التعلق الارتكاسي بدءاً من الشهر التاسع من عمر الطفل وحتى (١٦) سنة يمكن توضيحها كالتالي:

جدول (٢)

الأعراض المرتبطة بنمطي اضطراب التعلق الارتكاسي (Zeanah & Smyke , 2009,p. 427)

أنواع اضطراب التعلق الارتكاسي	(٩ - ٢٤) شهر	(٢-٤,٥) سنة	(٨ - ٤,٥) سنوات	(٨ - ١١) سنة	(١١ - ١٦) سنة
Inhibited المثبط	١- لا توجد شخصية مفضلة للتعلق ٢- انخفاض التواصل الاجتماعي. ٣- حزن وخوف وهياج بدون سبب. ٤- استكشاف محدود للبيئة.	١- لا توجد شخصية مفضلة للتعلق ٢-انخفاض التواصل الاجتماعي. ٣- حزن وخوف وهياج بدون سبب. ٤- استكشاف محدود للبيئة.	١- لا توجد شخصية مفضلة للتعلق ٢-انخفاض التواصل الاجتماعي. ٣- حزن وخوف وهياج بدون سبب. ٤- استكشاف محدود للبيئة.	١- لا توجد شخصية مفضلة للتعلق ٢- انخفاض التواصل الاجتماعي. ٣- حزن وخوف وهياج بدون سبب. ٤- استكشاف محدود للبيئة.	١- لا توجد شخصية مفضلة للتعلق ٢- انخفاض التواصل الاجتماعي. ٣- حزن وخوف وهياج بدون سبب. ٤- استكشاف محدود للبيئة.

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

أنواع اضطراب التعلق الارتكاسي	(٩ - ٢٤) شهر	(٢- ٤,٥) سنة	(٨ - ٤,٥) سنوات	(٨ - ١١) سنة	(١١ - ١٦) سنة
غير المثبط Disinhibited	١- يتفاعل مع الغرياء دون تحفظ. ٢- على استعداد للذهاب مع الغرياء. ٣- غير مستقل ويطلب الانتباه من الجميع.	١- يتفاعل مع الغرياء دون تحفظ. ٢- لا يتردد في الخروج مع الغرياء. ٣- يتعامل بعدائية تجاه الكبار غير المألوفين له.	١- يتفاعل مع الغرياء دون تحفظ. ٢- لا يتردد في الخروج مع الغرياء. ٣- يتعامل بعدائية تجاه الكبار غير المألوفين له.	١- يتفاعل مع الغرياء دون تحفظ. ٢- لا يتردد في الخروج مع الغرياء. ٣- يتعامل بعدائية تجاه الكبار غير المألوفين له.	١- ليس لديه صديق مفضل.

ويذكر كلٌّ من (Fritz ; Minnis, Marwick, Arthur & McLaughlin (2006) (2013,p. 1) بأن هناك عدد من أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي تتمثل في: مغص حاد، عدم انتظام في الأكل، عدم وجود زيادة في الوزن، عدم الشعور بالراحة، وجود مشكلات سلوكية، التردد في إقامة علاقات اجتماعية، الاقتراب من الغرياء، تجنب مقدم الرعاية (الأب أو الأم).

د- تشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي Reactive Attachment Disorder
:Diagnosis

يتطلب تشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي والذي يشير إلي القصور المبكر في العلاقات بين الوالدين والطفل زيادة ملاحظة القصور والعجز في الوظيفة الاجتماعية للطفل طول الوقت وخلال المواقف الاجتماعية المختلفة والأشكال المتعددة للسلوكيات (Rochelle & Eve , 2000) حيث يشير كلٌّ من (Hanson & Spratt (2000 ; APA (2000 ,p.128) إلي أن تشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي يتطلب عنصرين أساسيين، أولهما وجود دليل واضح على عدم الرعاية والتي تسببت بظهور الإضطراب والذي جعل الطفل يحدث له ارتكاس للتعلق ويتمثل ذلك في في التجاهل المستمر لحاجات الطفل العاطفية كالتحفيز والتشجيع والود بالإضافة إلي تجاهل حاجاته المادية أو التغيير المستمر لمقدم الرعاية مما ينتج عنه عدم وجود تعلق ثابت، ثانياً اضطراب العلاقات الاجتماعية للطفل والذي يحدث في ظروف متعددة وليس فقط مع مقدم الرعاية الأولي.

وهناك نقطة انطلاق لمناقشة تقييم وتشخيص اضطرابات التعلق تتمثل في الرجوع إلي علم تصنيف الأمراض النفسية، حيث يقترح هذا التصنيف بأن هناك نوعين مميزين لاضطراب التعلق الارتكاسي وهما النمط المثبط وغير المثبط وأن بداية ذلك الاضطراب يبدأ قبل سن خمس سنوات، ويتفق ذلك مع كلٍّ من الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية " الطبعة الرابعة " (DSM-IV) والتصنيف الدولي للأمراض (International Classification Diseases " ICD")، كما يجب ملاحظة أن التأخر في النمو أو الاضطرابات النمائية ليست شرطاً لوجود اضطراب التعلق وذلك حتي لا يحدث خلط بين اضطراب طيف التوحد أو الاضطرابات النمائية الشاملة واضطراب التعلق الارتكاسي، وبذلك فإن السبب في ظهور اضطراب التعلق الارتكاسي سوء الرعاية من قبل مقدم الرعاية، وهناك العديد من الطرق والوسائل المستخدمة في تشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي وهي: (١) الملاحظة : حيث تعد الملاحظة السلوكية نقطة البداية الطبيعية لتقييم اضطرابات التعلق لأن الوصف السلوكي لسلوكيات الطفل ساعد بشكل كبير في تشخيص هذا الاضطراب، (٢) المقابلات: تُعد أساليب المقابلة جيدة لتقييم وجود أو عدم وجود أعراض نمطي الاضطراب المثبط وغير المثبط ، حيث تتمثل مميزات المقابلة في تقديم فرصة لتقييم تاريخ وطبيعة وظروف هذه الأعراض والذي بدوره يساعد في التعرف المبكر للاضطراب، (٣) الاختبارات والمقاييس النفسية: لها تاريخ طويل في تقييم الاضطرابات النفسية المتعلقة بالطفل ، حيث تستخدم هذه المقاييس مع الوالدين وذلك لفهمهم ومتابعتهم سلوكيات طفلهم، (٤) مقاييس النواحي المعرفية والاجتماعية: وذلك لتقييم النواحي المعرفية والاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التعلق حتي يتسني تدعيم وتنمية الجانب الايجابي منها وابرار الجوانب السلبية ومدى تأثيرها على سلوك الأطفال نحو مقدم الرعاية والآخرين (المعلمين والأقران)، O'connor & Zeanah, 2003).

ويري (Boris et al. 2005) بأن الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي لا يتم تشخيصهم بأنهم من ذوي الإعاقة العقلية أو التأخر اللغوي أو التأخر النمائي، حيث يختلف اضطراب التعلق الارتكاسي عن اضطرابات الطفولة الأخرى مثل اضطراب طيف التوحد، فيحتاج تشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي إلي وجود إساءة في معاملة الطفل كما تؤكد دراسة Pearce (2009 ,p. 32).

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

كما ذكر كلٌّ من منظمة الصحة العالمية World Health Organization في عام ١٩٩٢ والدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية " الطبعة الرابعة" (DSM-IV , 1994) بأن بداية ظهور اضطراب التعلق الارتكاسي تحدث قبل سن ٥ سنوات، ولقد قدم الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية " الطبعة الرابعة" نوعين من اضطراب التعلق الارتكاسي (المثبط وغير المثبط)، حيث يتضمن النمط المثبط ميزة رئيسية وهي أن الطفل لا يقترب من مقدم الرعاية (الأب أو الأم أو غيرها) بشكل غير طبيعي (يقترّب بخوف) ويشخص الأطفال على أنهم يواجهون هذا النمط من خلال اظهارهم صعوبات في ضبط الانفعالات وقصور في التفاعل الاجتماعي، بينما يتضمن النمط غير المثبط اقتراب الطفل من البالغين غير المألوفين له ولا يستخدمون أسلوب الحذر أو الحيطة في التعامل مع الغرباء كما أنه يتواصلوا جسدياً مع الغرباء غير المألوفين لهم (Mikic & Terradas, 2014 ; Heller et al., 2006).

ويضع Chaffin et al. (2006) مجموعة من الخطوط الإرشادية لعملية تقييم وتشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي تتمثل في التالي: (١) يجب أن يشتمل التقييم معلومات عن الأنماط المختلفة للسلوك طوال الوقت ويجب على القائمين بعملية التقييم أن يدركوا أثر هذه السلوكيات على توافق الطفل الاجتماعي، (٢) يجب أن يؤخذ في الاعتبار البيئة الثقافية للطفل ومدى تأثيرها على توافق الطفل فقد يُظهر الأطفال سلوكيات لا تتماشى مع البيئة الثقافية الموجودين بها ولكنها تتماشى مع بيئات ثقافية أخرى، (٣) يجب أن تشتمل عملية التقييم على عينات السلوك في المواقف والظروف المختلفة حيث أن تشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي يظهر نتيجة العلاقة المضطربة بين الوالدين والطفل ويجب الأخذ في الاعتبار التفاعلات الاجتماعية الأخرى التي يقوم بها الطفل مع المعلمين والأقران ومقدمي الرعاية النهارية، (٤) يجب عدم الاعتماد كلياً على قوائم المسح في تشخيص اضطرابات التعلق ولكن يجب الاعتماد على المقاييس التشخيصية، (٥) يجب أن يعتمد التشخيص والتقييم على العوامل الأسرية المسببة للإضطراب وليس فقط على الطفل.

وهناك بعض التوصيات التي قدمها (Zeanah & Smyke (2009, p.428 لتشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي وهي: ملاحظة الطفل بصورة فردية من خلال مقدم الرعاية الأقرب للطفل وكذلك شخص غريب، و جمع بيانات عن تاريخ رعاية الطفل من مصادر أخرى (بعيداً عن المربي)، ويوضح (Follan & McNamara (2013) بأن هناك شرطاً أساسياً في أنظمة التشخيص لاضطراب التعلق الارتكاسي يتمثل في التشخيص المبكر للأطفال المعرضين للإهمال وعدم الرعاية الصحية في بداية حياتهم المبكرة.

هـ- العوامل المسببة لاضطراب التعلق الارتكاسي Reactive Attachment Disorder
:Factors

١- العوامل الأسرية Family Factors :

يذكر كلٌّ من (Minde (1999) ; Coolbear & Benoit (1999) بأنه من بين العوامل الأسرية المسببة لاضطراب التعلق الارتكاسي العنف الوالدي وإساءة معاملة الوالدين للطفل، ويوضح (Breidenstine, Bender, P., Pons, F., Harris, P., Esbjørn, B., & Reinholdt-Dunne, M. (2015) بأنه من العوامل الأسرية المسببة لاضطراب التعلق الارتكاسي الدخل الشهري المنخفض والمتوسط للأسرة، وتعاطي الأم للمخدرات والاضطرابات الانفعالية الشديدة واضطراب الشخصية الحدية للوالدين.

ويشير كلٌّ من (Fritz (2013,p.1) ; Shaw & Pàez (2007) بأن اضطراب التعلق الارتكاسي يحدث نتيجة سوء رعاية الطفل من قبل مقدم الرعاية (الأب أو الأم أو المربي) والتي تتمثل في التجاهل المستمر لاحتياجات الطفل الأساسية كالاحتياجات العاطفية (التحفيز والمودة بين الطفل ومقدم الرعاية والتلامس الجسدي)، والاحتياجات المادية (الطعام والشراب وغيرها) بالإضافة إلي التغييرات المتكررة لمقدم الرعاية الأساسي (التبديل بين الوالدين أو التغيير المتكرر لدور الرعاية)، والذي بدوره يمنع تشكيل تعلق ثابت بل ويزداد الاضطراب عندما تقتصر الأم مهارات الأمومة وانفصال الوالدين وتصرف الوالدين كالمراهقين، كما يذكر (Rose & Parker (2014) بأن هناك عدد من العوامل المؤدية لاضطراب التعلق الارتكاسي كالفقر ومحدودية الصحة النفسية للوالدين والإهمال الوالدي والحرمان الأسري والانتقال المتكرر من مدرسة لأخرى أو من منزل لآخر.

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

ومن جهة أخرى، يلعب المستوى الاقتصادي والاجتماعي دوراً كبيراً في عملية التعلق حيث يلاحظ أن الدخل الكبير للأسرة يساعد على تلبية احتياجات الأطفال المادية مما يزيد التعلق الآمن لديهم ويخفض اضطرابات التعلق (Pelchat, Bisson, Bois & Saucier , 2003)، كما أن هناك بعض العوامل الأسرية الجيدة والتي تعمل بدورها على تحسين العلاقة بين الطفل ووالديه وتنمية التعلق الآمن مثل عدم انفصال الوالدين وصغر عمر مقدم الرعاية والحالة الوظيفية الجيدة للوالدين (Farmer & Lutman, 2012 , p.38).

٢- العوامل البيولوجية Biological Factors:

هناك العديد من العوامل البيولوجية التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب التعلق الارتكاسي من بينها الولادة المبكرة والمرض لفترات طويلة والمغص المستمر ومشكلات التغذية وانخفاض وزن الطفل عند الولادة (Shin , Lee , Min & Emed , 1999 ; Hanson & Spratt,)، ويذكر (Wilson (2001 أن المرض الشديد للطفل مثل أمراض الأنف والأذن والحنجرة أو المغص الشديد والمستمر أو مرض الأم أو موتها، وهدفت دراسة (Corbin (2007 التعرف على العلاقة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية المسببة لاضطراب التعلق الارتكاسي، وذلك لطفل يبلغ من العمر ٧ سنوات، وأوضحت نتائج الدراسة إلى نقص هرمونات الغدة النخامية والغدة الكظرية قد يؤدي إلى ظهور اضطراب التعلق الارتكاسي عند الأطفال بالإضافة إلى غياب الرعاية واضطراب البيئة المحيطة بالطفل، كما هدفت دراسة (Poehlmann, Burnson & Weymouth (2014 التعرف على أثر الاهتمام والرعاية المبكرة للأطفال ذوي الولادة المبكرة، حيث تكونت عينة الدراسة من (١٧٣) طفل ذو ولادة مبكرة بلغت أعمارهم (٩-٧٢ شهر)، واستخدمت الدراسة مقياس تقييم العلاقات المبكرة بين الطفل ووالديه وقائمة فحص سلوك الطفل، وأوضحت نتائج الدراسة إلى أن الرعاية المبكرة للأطفال ذوي الولادة المبكرة تزيد من فرصة التعلق الآمن لهؤلاء الأطفال، كما أن العلاقات الأسرية الجيدة تزيد من فرص التعلق الآمن وبدوره تنخفض المشكلات السلوكية والانفعالية لديهم.

ومما سبق، وبعد عرض الأطر والبحوث والدراسات النظرية، لخص الباحث إلى التالي:

- اضطراب التعلق الارتكاسي ظهر منذ بداية ظهور نظرية التعلق والتي لها دوراً هاماً وكبيراً في التعامل مع الأطفال في مجالات عدة، منها الجوانب والمجالات الاجتماعية، إضافة إلى أن التعلق يشمل أربعة مراحل لدى الطفل.
- تم تصنيف أنواع السلوكيات التي يظهرها الطفل في حالة التعلق إلى ثلاث مجموعات وهم مجموعات: التعلق الآمن، القلق والتجنب، القلق والمقاومة
- يعرف التعلق الارتكاسي بأنه اضطراب نفسي اجتماعي يتعرض له الأطفال الصغار ويظهر على صورة أعراض ومشكلات في التعلق العاطفي اتجاه الآخرين.
- يظهر التعلق الارتكاسي من خلال نمطين، أحدهما النمط المثبط والذي له مجموعة من السلوكيات يظهرها الطفل، والثاني النمط غير المثبط والذي يتميز أيضاً بمجموعة من السلوكيات، ولكل من النمطين السابقين مجموعة من الأعراض المستقلة بذاتها.
- يعد تشخيص أي اضطراب في مرحلة الطفولة أمراً صعباً للغاية، و بالتالي فإن تشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي يتطلب وجود عنصرين أساسيين، أولهما وجود ما يدل صراحة على عدم الرعاية والاهتمام والتي تسببت بظهور الاضطراب، ثانياً وهو اضطراب العلاقات الاجتماعية للطفل، والتي تحدث في ظروف متعددة وليس مع مقدم الرعاية الأولى، وبالتالي تم الاعتماد على كل من الملاحظة، المقابلات، الاختبارات والمقاييس النفسية، مقاييس النواحي المعرفية والاجتماعية كأساليب مختلفة لتشخيص أطفال اضطراب التعلق الارتكاسي
- تعددت العوامل المسببة لاضطراب التعلق الارتكاسي فمنها: العوامل الأسرية، والعوامل البيولوجية.

ثانياً: تحليل السلوك التطبيقي *Applied Behavior Analysis*

أ. مفهوم تحليل السلوك التطبيقي:

يعرف السلوك الانساني بأنه كل الافعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد سواء كانت ظاهرة أم غير ظاهرة، لهذا فقد حاولت بعض النظريات السلوكية وخاصة النظرية السلوكية الإجرائية إلى محاولة تعديل السلوك، وإلى جانب ذلك أكدت نتائج بعض البحوث المستخلصة من الاشتراط الإجرائي على صعوبة تعلم المهارات التعليمية للأطفال كوحدة واحدة، بل يجب تعلمها عن طريق أسلوب التعلم الجزئي من خلال تحليلها الى مهارات فرعية ثم تدريس كل

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

مهارة فرعية بطريقة منفصلة ثم الانتقال الى المهارة الفرعية وهكذا حتى يتم الانتهاء من تدريس جميع مكونات الدرس (Cowan et al., 2022).

لهذا اعطى تحليل السلوك التطبيقي المواقف التي تؤدي الى حدوث السلوك أو المواقف التي يحدث بها السلوك بأنواعه ومستويات حدوثه أهمية خاصة في الأوساط العملية وذلك للوصول إلى فهم أفضل للسلوك، فقد أشار سكرن إلى أن الأحداث المنظمة فيما بينها ترتبط بأحداث أخرى، ويضيف سكرن أن السلوك يؤدي الى إمكانية تحديده ودراسته باستخدام المنهج العلمي، فالشخص يقوم بالسلوك في أوضاع أو مواقف معينة وأن الكشف عن هذه الظروف يؤدي الى توقع الأفعال أو السلوكيات أو الاستجابات، وهو مايساعد في إمكانية التنبؤ بها (Reselar & Noell, 2008).

كما أوضح (Fennell & Dillenburger, 2018) بأن تحليل السلوك التطبيقي يعتمد على مبادئ التعلم والتي تم تأسيسها و العمل عليها بعد سنوات طويلة من الأبحاث في مختبرات علم النفس، و هو يعتمد على تقديم برنامج تدخل علاجي للطفل يتم تطبيقه بشكل فردي حسب إمكانات الطفل و العوامل البيئية المحيطة، فهو عملية منهجية تستند إلى مبادئ نظرية التعلم لتحسين السلوكيات، حيث يتضمن اقتراح عواقب لتغيير السلوك دون تحديد تفاعلات السلوك للبيئة، كما يعد التحليل السلوكي التطبيقي هو أكثر التدخلات نجاحاً وفعاليةً للأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، فهو من التدخلات السلوكية التي مجموعة تستند الى مبادئ تطبيقية يتم استخدامها في تعديل سلوك الاطفال ذوي الإعاقات والاضطرابات السلوكية، فهو يستخدم في تعليم الأطفال الذين يجدون صعوبة في منهجيات التعلم التقليدية، واكتساب اللغة حيث يعمل على جمع البيانات والتقييمات للفحص بدقة، واكتشاف الإجراءات التي من شأنها إحداث تغييرات سلوكية وقابلة للقياس، فهو تحليل السلوك البشري بطرق هادفة في المجال السلوكي، هو نهج لتحديد السلوكيات الصعبة بوضوح ومراقبة تردد/ مدة السلوك في ظل الظروف واوراق محددة ، حيث تحدد السوابق والعواقب الأكثر شيوعاً من خلال طرق مباشرة/غير مباشرة (Reselar & Noell, 2008).

ب. خصائص تحليل السلوك التطبيقي:

أوضح (Koegel et al., 2010) بان تحليل السلوك التطبيقي يتميز بمجموعة من الخصائص يمكن اجمالها فيما يلي:

- يركز تحليل السلوك التطبيقي على السلوك الاجتماعي الذي يمكن قياسه كما يسمح باستمراره، ومراقبة سلوك الطفل وتقييم ما اذا كان هناك تحسينات في سلوكه وهو ما يتماشى مع طبيعة الدراسة الحالية
 - هو نهج قائم على الأدلة يستخدم استراتيجيات وأدوات ذات فعالية ومجربة.
 - يستخدم كتدخل مبكر للاضطرابات السلوكية خاصة للأطفال ذوي الاضطرابات النمائية.
 - يعتمد على بيانات قابلة للقياس لذلك يتم تسجيل البيانات المتعلقة بكل تجربة على شكل ورقى من أجل مراقبة وتقييم التقدم فى التدخل.
 - استخدام التدخل المبكر والمكثف لبرنامج تحليل السلوك التطبيقي يؤدي الى نتائج أفضل.
 - يجب ان يتابع البرنامج باستمرار فى المنزل والمدرسة.
 - يمكن أن تتم جلسات تحليل السلوك التطبيقي فى بيئات مختلفة مثل المدرسة/المستشفى.
 - يوفر طريقة بديلة للتواصل عن طريق الصور والإيماءات.
 - تحليل جميع المتغيرات المسؤولة عن حدوث أو عدم حدوث السلوكيات.
- ج. إجراءات تطبيق لتحليل السلوك التطبيقي:

أوضح (Iwata et al., 2013) بان جلسات تحليل السلوك التطبيقي هي عبارة عن تطبيق لخطة علاجية متكاملة و موضوعة بشكل خاص للطفل لتناسب قدراته و احتياجاته، و تطبق من قبل الأشخاص المعنيين، لذلك تسير عملية تحليل السلوك التطبيقي وفقاً للخطوات الآتية:

- تحديد السلوك غير المرغوب فيه.
- تحديد الأهداف.
- وضع طريقة لتقييم السلوكيات المستهدفة.
- تقييم مستوى الاداء الحاضر للسلوك.
- تصميم وتطبيق التدخلات.
- التقييم.
- التقييم المستمر للسلوكيات المستهدفة لتحديد فعالية التدخل.

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

• تقييم مستمر لفعالية التدخل وإجراء التعديلات عليه عند الحاجة وذلك بهدف المحافظة عليه أو زيادته.

د. إرشادات لزيادة فاعلية تطبيق تحليل السلوك التطبيقي:

ذكر (Healy et al., 2008) بان نجاح جلسات تحليل السلوك التطبيقي تعتمد على العوامل الآتية:

١- أحد أسرار نجاح جلسات تحليل السلوك التطبيقي هو التعامل مع الطفل على أساس مبدأ أن الأشياء المحببة له سوف يصل إليها في حال قيامه بالسلوكيات الصحيحة أو ما يقرب إليها وهذه الأشياء المحببة تسمى بالمعززات، وهي إما معزز شفهي بمعنى الإطراء و المدح أو شئ يؤكل مثل الحلويات المحببة إليه أو الفواكه أو معززات حسية مثل عمل المساج للطفل أو الاحتضان.

٢- تعتمد جلسات تحليل السلوك التطبيقي بشكل كبير على مبدأ الإعادة و التكرار (*Discrete Trial Training DTT*) للوصول بالمهارة إلي مستوى الاتقان، ويعتمد أيضا على مبدأ تجزئة المهارة إلي مهارات فرعية تؤدي في مجملها إلي المهارة الأساسية، وعندما يتم تسجيل عدد مرات ناجحة لتكرار حدوث السلوك الحيد تعتبر المهارة قد اتقنت و يتم وضع مهارة جديدة بتسلسل منطقي و متوأم مع المهارة السابقة أما المهارة التي تم إتقانها تدخل ضمن برنامج تعميم يتم من خلاله تعميم استخدام هذه المهارة او السلوك في أكثر من مكان مع أكثر من شخص.

٣- يسعى تحليل السلوك التطبيقي لوضع سلوكيات بديلة ومقبولة للسلوكيات المضطربة عن طريق بعض الفنيات والاستراتيجيات لتحقيق ذلك الغرض.

هـ. النواحي المستهدفة في تحليل السلوك التطبيقي:

أشار (Rosenwasser & Axelrod 2001) بأن هناك بعض النواحي التي يتم استهدافها عند تطبيق تحليل السلوك التطبيقي كما يلي:

➤ الناحية التطبيقية: يركز تحليل السلوك التطبيقي على اكساب الطفل المهارات الاجتماعية المطلوبة للتفاعل مع أقرانه والغير.

- الناحية السلوكية: من ضمن أهدافه تعديل السلوك غير السوي وبناء سلوكيات جديدة.
 - الناحية التحليلية: حيث يتم تغيير السلوك غير السوي من خلال تجزئته الي سلوكيات مصغرة للعمل على تعديلها وتغييرها.
 - الناحية التكنولوجية: ويعني نظرا للانتشار التكنولوجي يمكن لاي باحث اخر الاستفادة من إجراءات تحليل السلوك التطبيقي وتكرار التجربة مرة اخري مع فئات مختلفة.
- وفي هذه الدراسة استعان الباحث بالناحية التطبيقية، حيث عمل على اكساب الطفل مجموعة من المهارات الاجتماعية اللازمة له للخفض من مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي عند الأطفال.

و. فوائد تحليل السلوك التطبيقي:

تعد برامج تحليل السلوك التطبيقي ذات فائدة كبيرة في تطوير الممارسات التعليمية والاجتماعية، وزيادة استجابة الطلاب، حيث يمكن لجلسات التحليل السلوك التطبيقي القيام بها في أي مكان متواجد به الطفل سواء في المدرسة او المنزل او المتنزه، كما انه يمكن لاي فرد يتم تدريبه عليه (كالأم او الاب او المعلم تجاه طفل يعاني من اضطرابات سلوكية مهما كان الاضطراب الذي يعاني منه)، اما جلسات الطبيب النفسي تكون في مكان واحد او في عيادته الخاصة او بيت الطفل ويجب ان تدار عن طريق الطبيب النفسي ذاته. (Leaf et al., 2018).

ز. فنيات تحليل السلوك التطبيقي:

أوضح (Shook & Neisworth (2005) بان تحليل السلوك التطبيقي يتضمن مجموعة من الفنيات يمكن اجمالها فيما يلي:

- التعزيز Reinforcement : هو اي محفز او مثير يعمل على زيادة معدل حدوث السلوك و يزيد من احتمالية تكراره مستقبلا.
- التدريب التجريبي المنفصل Discrete Trial Training: وفي تلك الفنية يتم تقسيم المهمة للطفل الى وحدات صغيرة يسهل تعلمها واكتسابها، وتتضمن تلك الفنية اجراءان وهما التمييز المنفصل من خلال تحديد السلوك السوي والسلوك غير السوي، ومن ثم تقديم تلميح من قبل المعلم او المختص بان هذا السلوك سوي او غير مقبول.

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

- الإنطفاء Extinction: إجراء يتضمن وقف التعزيز الذي يتبع الاستجابة السابقة التي كانت تتبع بالمعزز.
 - فنية التسلسل Chaining: من خلال تلك الفنية يتم تعلم خطوات المهمة في تتابع لتشكّل تلك الخطوات في تسلسلها مجتمعة السلوك النهائي.
 - فنية الواجب المنزلي Home work: عبارة عن مجموعة من السلوكيات التي يتعين اداؤها من قبل الطالب سواء في المنزل او المدرسة ويتم تحديدها بما يتناسب مع هدف البرنامج التربوي او العلاجي لتمكين الطالب من تعميم التغيرات الايجابية التي يكون قد انجزها في جلسات البرنامج ومساعدته على ان ينتقل تغيراته الجديده الى المواقف الحية وتدعم افكاره او معتقداته الجديدة الصحيحة (أبو بكر مرسى محمد، ٢٠٠٢).
- ح. دور تحليل السلوك التطبيقي في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة:
- يتعبر اضطراب التعلق الارتكاسي ظاهرة نفسية اجتماعية يتعرض لها الأطفال وتظهر في سن مبكرة، ويلزم لتشخيصها مجموعة من الأساليب والاستراتيجيات، وكونه اضطراب له جانبان أحدهما اجتماعي والآخر نفسي كونه يترتب على المشكلات الاجتماعية فوجب على الباحث أن يلتزم ويتبع مدخلاً ذي فعالية في الجوانب الاجتماعية ومهاراتها المتعددة لدى الأطفال ويعمل على تنميتها ليخفض مستوى هذا الاضطراب لديهم، ويتعدد القراءات والأطر النظرية وجد الباحث أن تحليل السلوك التطبيقي والذي يعمل على تجزئة السلوكيات إلى مهمات صغيرة والتركيز والتدريب عليها هو الأنسب علاوة على فعاليته كما هو واضح في بعض الدراسات السابقة، إضافة إلى اتباع الباحث الناحية التطبيقية والسلوكية أحياناً
- فقد أوضح Ringdahl & Falcomata (2009) بأن استراتيجيات وفنيات تحليل السلوك التطبيقي تعد ذات فعالية في خفض بعض الاضطرابات والمشكلات السلوكية، وهذا ما أكدته نتائج دراسة Eggett (2013) الي فعالية فنيات إدارة الذات (التوجيه الذاتي والتقييم الذاتي والتعزيز الذاتي) كإحدى فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض بعض الاضطرابات والمشكلات السلوكية ومنها تنمية بعض المهارات الاجتماعية، وهو ما يتفق ودراسات أفنان الشيخ (٢٠١٨)، و صموئيل بشرى وآخرين (٢٠٢٤)، و سعيد كمال العزالي (٢٠١٨)، و

د. محمد أحمد سيد خليل

رقية بدر وآخرين (٢٠١٩)، و نهاد مرزوق (٢٠٢١) في كون برامج التدريب القائمة على فنيات تحليل السلوك التطبيقي وفعاليتها مع كل من أطفال الروضة، وأمهاتهم، وتنمية بعض المهارات الحياتية والثقة بالنفس لدى هؤلاء الأطفال، وتحسين مستوى المعارف والإدراك لدى معلمهم وأسرهم.

وفي ضوء ذلك، تناولت بعض الدراسات تحليل السلوك التطبيقي وفنائه كدراسة Barry & Messer (2003) والتي هدفت الي التحقق من فعالية برنامج قائم على إدارة الذات كإحدى فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض تحسين مستوى بعض المهارات الاجتماعية والحياتية وخفض اضطراب نقص الحركة وتشتت الانتباه، وتوصلت نتائج الدراسة إلي فعالية البرنامج التدريبي في خفض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة من خلال رفع مستويات الالتزام بأداء المهمة وتنمية بعض المهارات الاجتماعية والحياتية وخفض السلوك الفوضوي، وهو ما يتفق ونتائج دراسات (Gureasko-Moore et al., 2006)، Chang et al., (2007).

كما اجري (Leonardi & Rubano 2012) دراسة تحليل بعدي لمؤشر بعض الدراسات التي تناولت فعالية تحليل السلوك التطبيقي، فقد تم الرجوع الي عدد ٤٠ دراسة ما بين عامي ١٩٦٨-٢٠٠٨ م ، وقد أوضحت نتائج تلك الدراسات الي فعالية وكفاءة تحليل السلوك التطبيقي في ما آلت إليه هذه الدراسات من أهداف على مختلف المشكلات والاضطرابات السلوكية والاجتماعية مع اختلاف الأعمار الزمنية وخاصة مرحلة الطفولة، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Bikic et al., 2021).

وبتحليل ما سبق سيكولوجياً يرى الباحث التأكيد على فعالية برنامج التدريب على تحليل السلوك التطبيقي باستخدام فنياته المختلفة في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة، من خلال العمل على تنمية ورفع مستوى بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال، وأهمها قيمة الذات وتنمية الوعي لديهم، والتميز الجيد، ورفع مستوى الأمان لديهم بالتعاون مع معلماتهم و أولياء أمورهم، والعمل على رفع مستوى التواصل الاجتماعي.

تعقيب عام على الإطار النظري والدراسات السابقة:

- من خلال تعدد القراءات والكتابات والأطر النظرية، لخص الباحث إلى التالي:
- يعرف اضطراب التعلق الارتكاسي بأنه اضطراب نفس اجتماعي معقد يتعرض له الأطفال صغار السن ويتميز بمشكلات في التعلق الاجتماعي العاطفي تجاه الآخرين، ويسبب قصوراً في علاقات الطفل الاجتماعية وهو ما تؤكدته دراسات (Follan & McNamara (2013)، Shi (2014)، Fritz (2013,p.1)
 - تعددت أنماط اضطراب التعلق الارتكاسي لتشمل نمطين وهما النمط المثبط والنمط غير المثبط، إلا أنه تم استبدال النمط غير المثبط باضطراب السلوك الجامح في المشاركة الاجتماعية وهو ما تؤكدته دراسات (O'connor & Rutter (2000)، O'connor & Mikic & Terradas (2014)، Zeanah (2003)
 - تعددت أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي والتي تمثلت في النقص الحاد، وعدم انتظام الأكل، وثبات الوزن، عدم الشعور بالراحة، وجود بعض المشكلات السلوكية، الاقتراب من الغرباء وتجنب مقدمي الرعاية، وهو ما تؤكدته دراسات (Minnis, Marwick, Arthur & Fritz (2013,p. 1)، McLaughlin (2006)
 - يتطلب تشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي توافر عنصرين أساسيين وهما وجود دليل واضح على عدم الرعاية، واضطراب العلاقات الاجتماعية للطفل، بالإضافة إلى حتمية الاعتماد على أساليب الملاحظة والمقابلات والاختبارات والمقاييس النفسية ومقاييس النواحي المعرفية كأدوات مستخدمة في تشخيص اضطراب التعلق الارتكاسي وهو ما يتفق ودراسات (Pearce (2009)، Boris et al. (2005)
 - تعددت العوامل المسببة لاضطراب التعلق الارتكاسي، فمنها العوامل الأسرية والعوامل البيولوجية، وهو ما تؤكدته دراسات (Poehlmann, Rose & Parker (2014)، Burnson & Weymouth (2014)
 - تطرق الباحث للحديث عن فنيات تحليل السلوك التطبيقي من خلال عرض مفهومه والذي أوضحه بأنه أسلوب يعتمد على مبادئ التعليم وعلى تقديم برامج تدخلات علاجية للطفل يتم

تطبيقها بشكل فردي حسب إمكانيات الطفل والعوامل المحيطة به، مستنداً إلى مبادئ نظرية التعلم لتحسين السلوكيات وهو ما تؤكدته دراسات (Fennell & Dillenburger (2018) ، Cowan et al., (2022)

• يتميز تحليل السلوك التطبيقي بعدة مزايا تتمثل في تركيزه على السلوك الاجتماعي الذي يمكن قياسه، استخدامه لأساليب وأدوات فعالية، يمكن أن يستخدم كتدخل مبكر، اعتماده على بيانات قابلة للقياس، وجوب متابعته في المنزل والمدرسة، وهو ما تؤكدته دراسة Koegel et al., (2010)

• تتمثل إجراءات تطبيق فنيات تحليل السلوك في تحديد السلوك غير المرغوب، وتحديد الأهداف، وضع طريقة لتعميم السلوكيات المستهدفة، تقييم مستوى الأداء، تصميم وتطبيق التدخلات، التقييم المستمر لإجراء التعديلات والتدخلات، وهو ما يتفق ودراسة Iwata et al., (2013)

• أوصت دراسة (Healy et al., (2008) بمجموعة من الإرشادات لزيادة فعالية فنيات تحليل السلوك التطبيقي معتمدة على التعامل مع الطفل على أساس أن الأشياء المحببة له سوف يصل إليها في حال قيامه بالسلوكيات الصحيحة، واعتماد جلسات فنيات تحليل السلوك التطبيقي على مبدأ الإعادة والتكرار

• أشارت دراسة (Rosenwasser & Axelrod (2001 إلى أن فنيات تحليل السلوك التطبيقي تستهدف النواحي التطبيقية، والنواحي السلوكية، والنواحي التحليلية، والنواحي التكنولوجية

• تعددت فنيات تحليل السلوك التطبيقي لتشمل كل من التعزيز، التدريب التجريبي المنفصل، الإنطفاء، التسلسل، الواجب المنزلي، وهو ما تؤكدته دراسة Shook & Neisworth (2005)

فروض الدراسة:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة وذلك لصالح القياس البعدي.

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة عند أي مستوى من مستويات الدلالة

إجراءات الدراسة

أولاً- منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج التجريبي باعتبارها تجربة تهدف إلى التأكد من فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي (متغير مستقل) في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة (متغير تابع)، كما اعتمدت الدراسة على تصميم تجريبي ذي المجموعة الواحدة.

ثانياً- عينة الدراسة:

تم اختيار المشاركين بالدراسة الحالية وفق عدد من الإجراءات لتحديد عينة الدراسة النهائية وهم أطفال الروضة ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي المرتفع:

١. تم تحديد عينة عشوائية بعد ترشيحات المعلمات و أولياء الأمور لتحديد من هم أكثر الأطفال عرضة لاضطراب التعلق الارتكاسي، إضافة إلى الرجوع إلى سجلات القسم النفسي ومتابعة الأخصائيين النفسيين في هذا التحديد

٢. تم تطبيق اختبار الذكاء للتأكد من المستوى العقلي للأطفال وقدراتهم العقلية

٣. تم تطبيق مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي لأطفال الروضة المعد من قبل الباحث على العينة الاستطلاعية للدراسة وتم اختيار الأطفال الحاصلين على درجات مرتفعة على المقياس.

٤. تم تحديد العينة النهائية للدراسة والتي بلغ عددها ٨ أطفال من أطفال المرحلة الثانية من رياض الأطفال 2-KG.

٥. استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة النتائج التي تم الحصول عليها من تطبيق الاختبارات والمقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية باستخدام الحزمة الإحصائية SPSS.

ثالثاً- أدوات الدراسة

أ. مقياس سلوسون لذكاء الأطفال والكبار (S I T – R) ، تعريب وتقنين: عبد الرقيب أحمد، ومصطفى ابوالمجد (٢٠١١):

هذا الاختبار أعده "ريتشارد سلوسون 1990 Richard L . Slasson " وعُدل بواسطة كلا من " تشارلز نيكلسون وتيرى هيشمان Charles Nicholson & Terry Hebbsman 1998 " ويستخدم هذا الاختبار في المواقف التي يلزم فيها تقدير للقدرة المعرفية العامة، وصمم هذا الاختبار ليستخدمه المعلمون والمربون ومرشدو التوجيه ومعلمو التربية الخاصة وصعوبات التعلم والأخصائيون النفسانيون وأخصائيو القياس النفسي والباحثون وغيرهم من المسؤولين الذين يلزمهم في الغالب أن يقيموا القدرة العقلية لفرد في عملهم المهني، ويتم تطبيق الاختبار فردياً وذلك لتقدير القدرة العقلية لتلميذ في مدرسة عامة أو طالب جامعي أو مريض عقلي أو معاق ذهنياً ، ونظراً لأن هذا الاختبار يعتبر أداة فرز فإنه ينبغي استخدامه في التحديد النهائي للمستوى للقدرة العقلية للفرد .

ويستخدم اختبار سلوسون للذكاء مع فئات عمرية مختلفة حيث يبدأ من سن ٤ سنوات حتى ١٨ سنة فأكثر ، يحتوي على ١٨٧ عبارة موزعة على المراحل العمرية المختلفة ، ويبدأ تطبيق الاختبار من العبارات الملائمة لسن المفحوص بحيث يجتاز المفحوص عشرة أسئلة متتالية فإذا فشل في ذلك يتم الرجوع للمستوى الأقل إلي أن يجيب على عشرة أسئلة متتالية (قاعدة الاختبار) وإذا نجح يتم الانتقال للمستوى الأعلى وهكذا إلي أن يفشل المفحوص في الإجابة على عشرة أسئلة متتالية (سقف الاختبار) .

يتم تصحيح الاختبار بإعطاء درجة واحدة للإجابة الصحيحة وصفر للإجابة الخاطئة وتمثل درجة الذكاء الدرجة المعيارية المقابلة للدرجة الخام التي حصل عليها المفحوص في المرحلة. وللتحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس فقد تم التحقق من صدق الاختبار عن طريق الصدق المرتبط بالمحك وذلك باستخدام مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة وذلك على عينة بلغ عددها ٥٠ تلميذاً من الصفوف الرابع والخامس الابتدائي فكان معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكلا الاختبارين مساوياً ٠,٦٠٦ وهي دالة عند مستو ٠,٠١ .

وتم حساب الثبات بإعادة تطبيق الاختبار حيث تم التحقق من ثبات الاختبار على عينة من ٥٠ تلميذاً من الصفوف الرابع والخامس الابتدائي بطريقة إعادة التطبيق وذلك بفواصل زمنية

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

قدره أسبوعان ، وباستخدام معادلة بيرسون ، كان معامل الثبات مساوياً ٠,٦٥١ وهي دالة عند مستوى ٠,٠١ .

ب. مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي من إعداد (Helen et al (2009)، ترجمة وتقنين الباحث:

قام بوضع مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي " Reactive Attachment Disorder Scale" في الأصل (2009) Minnis , Rabe-Hesketh & Wolkind وذلك بغرض الكشف عن اضطراب التعلق الارتكاسي لدى الأطفال والمراهقين حيث يطبق للفئة العمرية (٥-١٧) سنة ، ويتكون هذا المقياس من صورتين أساسيتين وهما : صورة الوالدين Parent RADS ويضم (١٠) بنود تقيس نمطي اضطراب التعلق الارتكاسي المثبط Inhibited وتقيسها العبارات (٤، ٥، ٧، ٨، ٩، ١٠) أما النمط غير المثبط Disinhibited تقيسه العبارات (١، ٢، ٣، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢) أما النمط غير المثبط Disinhibited تقيسه العبارات (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ١٣، ١٤).

الكفاءة السيكومترية لمقياس اضطراب التعلق الارتكاسي المستخدم في الدراسة الحالية: قام الباحث بالتحقق من الخصائص والكفاءة السيكومترية للمقياس على النحو التالي:
١. الصدق:

➤ الصدق الظاهري :

تم عرض المقياس بصورتيه " الوالدين والمعلم" على عدد (٨) من أساتذة علم النفس والصحة النفسية وذلك للتعرف على مدى ملائمة بنود مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي للبيئة المصرية وصلاحياتها للكشف على الاضطراب وكذلك للحكم على وضوح ودقة العبارات من حيث الصياغة اللغوية ، وبلغت نسبة الاتفاق على بنود صورتين مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي " الوالدين والمعلم" (٩٠٪) .

➤ صدق المحك:

تم استخدام صدق المحك لحساب معاملات الارتباط بين درجات أبعاد مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (صورة الوالدين والمعلم) ودرجات أبعاد مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل (عادل عبد الله، ٢٠٠٨) حيث تم التطبيق على عينة قدرها (١٠٠) طفل من أطفال المرحلة الثانية لرياض الأطفال وكانت معاملات الارتباط دالة عند مستو (٠,٠١ ، ٠,٠٥) مما يدل على صدق المقياس ويتضح ذلك من خلال قراءات جدول جدول (٣).

جدول رقم (٣)

يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي وأبعاد مقياس

التفاعلات الاجتماعية للأطفال (ن=١٠٠)

مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (RADS)						مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل
صورة المعلم			صورة الوالدين			
الدرجة الكلية	النمط غير المثبط	النمط المثبط	الدرجة الكلية	النمط غير المثبط	النمط المثبط	
**٠,٢١٨	٠,٣٢٣	٠,٢٩٨	**٠,٢٠٤	**٠,١٩٨	٠,٢٤٥	الاقبال الاجتماعي
**٠,٢٠٨	**٠,١٨٣	٠,٢٦٥	**٠,١٧٨	٠,٢٥٤	٠,٣٢١	الاهتمام الاجتماعي
٠,٢٨٥	٠,٣٨٧	٠,٣٤٠	**٠,٢٢٠	٠,٣٠٣	٠,٢٧٦	التواصل الاجتماعي
٠,٢٦١	٠,٣٣٣	**٠,٢١١	٠,٢٤٦	٠,٣١٤	٠,٢٣٤	الدرجة الكلية

* علماً بأن قيمة (ر) الجدولية دلالة الطرف الواحد عند مستو (٠,٠١ ، ٠,٠٥) هي

(٠,٢٣٢ ، ٠,١٦٥) على الترتيب.

٢. الثبات:

تم حساب ثبات الاختبار بالطرق التالية:

أ- طريقة إعادة الإختبار Test-Retest :

تم حساب الثبات عن طريق إعادة الإختبار وذلك على عينة مكونة من (١٠٠) تلميذ بفاصل زمني أسبوعين بين التطبيقين الأول والثاني ، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات التلاميذ في التطبيقين الأول والثاني وكانت معاملات الارتباط دالة عند مستوي ٠,٠١ كما هو بجدول (٤).

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

جدول رقم (٤)

معاملات ثبات أبعاد مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي بطريقة إعادة الإختبار (ن=١٠٠)

مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (RADS)					
صورة المعلم			صورة الوالدين		
معامل الارتباط(ر)	البعد	م	معامل الارتباط(ر)	البعد	م
٠,٧٤٦	النمط المثبط	١	٠,٦٥١	النمط المثبط	١
٠,٧١٠	النمط غير المثبط	٢	٠,٧٣٢	النمط غير المثبط	٢
٠,٦٣٩	الدرجة الكلية	٣	٠,٦٨٠	الدرجة الكلية	٣

* علماً بأن قيمة (ر) الجدولية دلالة الطرف الواحد عند مستو (٠,٠١ ، ٠,٠٥) هي (٠,٢٣٢ ، ٠,١٦٥) على الترتيب.

ب- طريقة التجزئة النصفية Split Half Method:

أيضاً تم حساب معامل الثبات لمقياس اضطراب التعلق الارتكاسي للأطفال وذلك بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة " سبيرمان وبراون " ، وذلك بحساب معامل ارتباط درجات (١٠٠) طفل من أطفال المستوى الثاني برياض الأطفال وذلك على الأسئلة الفردية والزوجية للمقياس، ويوضح جدول (٥) قيم معامل ثبات مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي باستخدام طريقة " سبيرمان وبراون".

جدول رقم (٥)

قيم معامل ثبات مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي باستخدام طريقة " سبيرمان وبراون" (ن=١٠٠)

مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (RADS)					
صورة المعلم			صورة الوالدين		
معامل الثبات	البعد	م	معامل الثبات	البعد	م
٠,٦٥٦	النمط المثبط	١	٠,٦٣٤	النمط المثبط	١
٠,٧٣١	النمط غير المثبط	٢	٠,٦٧٦	النمط غير المثبط	٢
٠,٦٦١	الدرجة الكلية	٣	٠,٧٨٢	الدرجة الكلية	٣

ويتضح من جدول رقم (٥) أنه معامل ثبات مرتفع، مما يشير إلى ثبات المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

ج- طريقة ألفا كرونباخ Alpha Cronbach:

تم حساب معامل الثبات لمقياس اضطراب التعلق الارتكاسي " بصورتيه الوالدين والمعلم" وذلك بطريقة ألفا كرونباخ على عينة بلغ قوامها (١٠٠) تلميذ، ويوضح جدول رقم (٦) قيم معامل الثبات بطريقة " ألفا كرونباخ":

جدول رقم (٦)

قيم معامل ثبات مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي باستخدام طريقة " ألفا كرونباخ" (ن=١٠٠)

مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي (RADS)					
صورة المعلم			صورة الوالدين		
ألفا كرونباخ	البعد	م	ألفا كرونباخ	البعد	م
٠,٧٦٦	النمط المثبط	١	٠,٦٠٧	النمط المثبط	١
٠,٦٧٩	النمط غير المثبط	٢	٠,٧٤٢	النمط غير المثبط	٢
٠,٦٣٠	الدرجة الكلية	٣	٠,٦٥٧	الدرجة الكلية	٣

وتشير نتائج وقراءات جدول رقم (٦) بأن معاملات الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ مقبولة، مما يدل على ثبات المقياس المستخدم.

تصحيح المقياس:

يتكون مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي من صورتين أساسيتين، وهما :

- صورة الوالدين Parent RADS: وتتكون من (١٠) بنود، يختار فيها الوالد (الأب أو الأم) بديلاً من البدائل الأربعة (مشابهة تماماً ، مشابهة ، مشابهة قليلاً ، غير مشابهة) بحيث يكون التصحيح مقابل الدرجات (٣ ، ٢ ، ١ ، ٠) على الترتيب ، وبذلك تكون أقل درجة على المقياس هي صفر وأعلى درجة على المقياس ٣٠ ، وتعتبر درجة القطع الفاصلة للمقياس هي (٧).

- صورة المعلم Teacher RADS : وتتكون من (١٤) بند، يختار فيها المعلم بديلاً من البدائل الأربعة (مشابهة تماماً ، مشابهة ، مشابهة قليلاً ، غير مشابهة) بحيث يكون التصحيح مقابل الدرجات (٣ ، ٢ ، ١ ، ٠) على الترتيب ، وبذلك تكون أقل درجة على المقياس هي صفر وأعلى درجة على المقياس ٤٢ ، وتعتبر درجة القطع الفاصلة للمقياس هي (٧).

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

- ج. البرنامج التدريبي القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي من إعداد الباحث:
- ١- أهداف البرنامج:
هدف هذا البرنامج إلي خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال المستوى الثاني من رياض الأطفال.
 - ٢- الفئة المستهدفة للبرنامج:
استهدف هذا البرنامج أطفال المستوى الثاني من رياض الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي المرتفع.
 - ٣- الأسس التي يقوم عليها البرنامج:
يقوم البرنامج على مجموعة من الأسس الهامة وهي :
٣- أ- الأسس العامة: تعد التدخلات التدريبية والعلاجية للأطفال وخاصة بشكل مبكر في مرحلة رياض الاطفال على درجة كبيرة من الأهمية حيث يعود بالفائدة على رفع مستويات المهارات الاجتماعية وخفض كل من مشكلاتهم السلوكية المتعددة.
 - ٣- ب- الأسس الفلسفية : استمد البرنامج أصوله الفلسفية من مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، إلي جانب اعتماده على الأسس الفلسفية العامة التي تتضمن مراعاة أخلاقيات التطبيق والحفاظ على سرية البيانات.
 - ٣- ج- الأسس النفسية والتربوية : وتتمثل في مراعاة الخصائص العامة للنمو في مرحلة الطفولة المبكرة، وكذلك الخصائص المميزة للأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي، وأيضاً الفروق الفردية بين أفراد العينة.
 - ٤- مصادر بناء البرنامج :
تم الاطلاع على العديد من الأطر النظرية والدراسات السابقة والتي تناولت بعض الطرق والاساليب التدريبية والعلاجية والتي أكدت على فعالية تحليل السلوك التطبيقي في رفع مستوى وتنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثره في خفض مستوى المشكلات السلوكية كدراسات (Barry and Messer (2003)؛ Gureasko-Moore et al., (2006)؛

؛Leonardi and Rubano (2012) ؛ Ringadahl and Falcomata (2009)
؛ Egget (2013) ؛ Bikic et al., (2021).

٥- فنيات تحليل السلوك التطبيقي المستخدمة في البرنامج:

اشتمل البرنامج على مجموعة من الفنيات : التدريب التجريبي المنفصل، الاطفاء، التسلسل، التعزيز، الواجب المنزلي.

٦- الوسائل والأدوات المستخدمة في البرنامج:

مجموعة من البطاقات - لوحات كبيرة- ورق أبيض- أقلام ألوان - طباشير ملون- أقلام رصاص - جهاز الحاسب الآلي - جهاز العرض Data Show - مقصات - طين الصلصال- كرات ضغط - فلاشة تحمل بعض الأغاني التعليمية - أسطوانات مدمجة.

٧- أنشطة البرنامج :

تعددت وتنوعت الأنشطة التي استخدمت في البرنامج المعد في الدراسة الحالية بهدف المساعدة في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة.

٨- تقييم البرنامج:

تم تقييم البرنامج من خلال المراحل التالية:

المرحلة الأولى: التقييم المبدئي وتضمن ذلك في عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين لإبداء آرائهم وتعديل البرنامج وفق ما أجمعت عليه هذه الآراء.

المرحلة الثانية : التقييم البنائي وتضمن التقييم المصاحب لعملية تطبيق البرنامج والذي يضمن نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه خلال الجلسات وذلك من خلال التقييم الذي يعقب كل جلسة والتمثل في الواجب المنزلي.

المرحلة الثالثة: التقييم النهائي وتضمن تقييم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه للتعرف على فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة عينة الدراسة.

المرحلة الرابعة : التقييم التتبعي ويتمثل في تطبيق مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي المعد في الدراسة الحالية على عينة الدراسة بعد فترة زمنية محددة (شهرين) من انتهاء البرنامج للتعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج التدريبي.

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

٩- تطبيق البرنامج :

تضمن البرنامج (٢٨) جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً وبذلك استغرق تطبيق البرنامج سبعة اسابيع، وتراوح زمن الجلسة ٣٠ - ٤٠ دقيقة.

١٠- مخطط جلسات البرنامج:

جدول (٧)

مخطط مختصر لجلسات البرنامج التدريبي المستخدم مع أطفال المجموعة التجريبية

رقم الجلسة	المرحلة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	التقويم
١	مرحلة الإعداد والتهيئة	تعريف وتعارف	- اشاعة جو من الألفة بين الباحث وعينة الدراسة. - تعرف الأطفال على بعضهم البعض.	التعزيز	بنائي
٢ : ٣		انتبه لما تقوله معلمتك	-تدريب الطفل على الاصغاء والاستجابة لتعليمات معلمته.	التعزيز + التسلسل	بنائي
٤ : ٥		دور الآباء و الأمهات في نشر ثقافة الحب والعطف مع الأبناء	-سماع مجموعة من القصص عن بر الوالدين -عمل تدريبات لتنمية الثقة بين الآباء وأبنائهم	التعزيز + التسلسل	بنائي
٦ : ٧	مرحلة التدريب	تنمية مستوى الثقة بالنفس	-تدريب الطفل على تنمية مستوى الثقة بالنفس لديه عن طريق مناقشته ومحاورته وتعزيزه في بعض الأمور. -القدرة على المشاركة في الأنشطة مثل الاداعة المدرسية مثلا.	التدريب التجريبي المنفصل + التعزيز	بنائي
٨ : ٩		البعد عن الخوف والتردد	-تنمية مستوى التفاعل السليم، واحساس الطفل بالثقة مع اخوته وعائلته. - القدرة على اتخاذ القرار بعد دراسته بشكل جيد.	التدريب التجريبي المنفصل + التعزيز	بنائي

جدول (٧)

مخطط مختصر لجلسات البرنامج التدريبي المستخدم مع أطفال المجموعة التجريبية

رقم الجلسة	المرحلة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	التقويم
١١ : ١٠		التفاعل الاجتماعي السليم	-تدريب الطفل على المبادرة بالتفاعل، والسلام، وبعض المهارات الحياتية التي تنمي مستوى الود بين الأقران -تحديد من يتم معهم التفاعل بشكل سريع، ووضع هذه الأولويات في ذهن الطفل.	التسلسل+ التعزيز	بنائي
١٣ : ١٢		مهارات التواصل الاجتماعي	-تدريب الطفل على مهارات الاصغاء والتحدث بشكل جيد -تدريب الطفل على استخدام تعبيرات الوجه بشكل جيد	التسلسل+ التعزيز	بنائي
١٥ : ١٤		اختيار الصديق المناسب	-وضع معايير لاختيار الصديق أهمها العمر الزمني والتمسك بالأخلاق والتفاهم بين الأطفال بعضهم البعض.	التدريب التجريبي المنفصل+التعزيز	بنائي
١٧ : ١٦		الاندماج العاطفي الصحيح	-تدريب الطفل على من هم لهم الأولوية في أن يندمج معهم عاطفياً، بداية من الآباء ثم الأخوة ثم الأقارب ومن بعدهم الأصدقاء والمعلمات.	التدريب التجريبي المنفصل+التعزيز	بنائي
١٨		مهارات حل المشكلات	-تدريب الطفل على تحديد ماهية المشكلات ووضعها في مواقف تساعد على حل المشكلات	التسلسل+ التعزيز	بنائي
٢٨ : ١٩	إعادة التدريب	المراجعة على ما تم التدريب عليه	-تدريب الطفل على مهارات نشر ثقافة الحب والعطف، تنمية مستوى الثقة بالنفس، البعد عن الخوف والتردد، التفاعل الاجتماعي السليم، مهارات التواصل الاجتماعي، اختيار الصديق المناسب، الاندماج العاطفي السليم، مهارات حل المشكلات	التدريب التجريبي المنفصل+التعزيز	بنائي

نتائج الدراسة:

أولاً: اختبار صحة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لمستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة وذلك لصالح القياس البعدى. "

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بما يلي: تم تطبيق مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي بصورتيه قبل البرنامج وبعده على أطفال المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (٨) أطفال، وتم استخدام اختبار " ولكوكسون " (الحالة الأولى ن > ١٠) لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (٨) دلالة تلك الفروق.

جدول (٨)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي في القياسين القبلي والبعدى (ن = ٨)

البيان الإحصائي أبعاد المقياس	اتجاه الرتب	عدد الحالات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z ^(*)	مستوى الدلالة	حجم التأثير (**)
صورة الوالدين	موجبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-٢,٥٣	٠,٠٥	٠,٨٩
	سالبة	٨,٠٠	٣٦,٠٠	٤,٥٠			
	التساوي	٠,٠٠	-	-			
صورة المعلمين	موجبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-٢,٥٣	٠,٠٥	٠,٨٩
	سالبة	٨,٠٠	٣٦,٠٠	٤,٥٠			
	التساوي	٠,٠٠	-	-			
الدرجة الكلية	موجبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-٢,٥٢	٠,٠٥	٠,٨٩
	سالبة	٨,٠٠	٣٦,٠٠	٤,٥٠			
	التساوي	٠,٠٠	-	-			

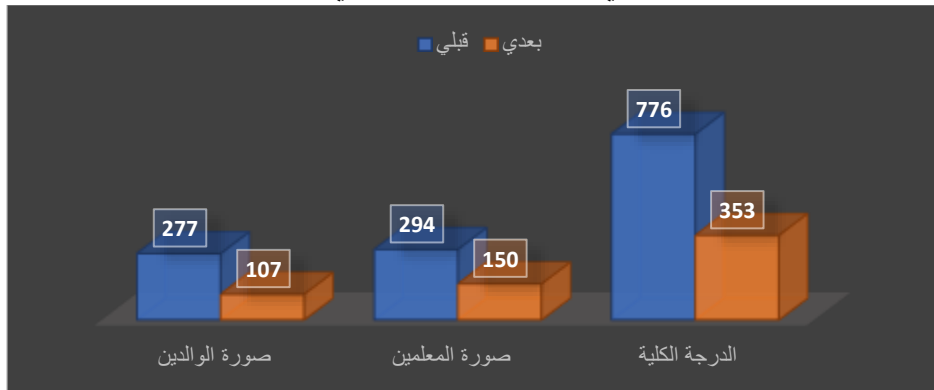
(*) علماً بأن قيمة Z الجدولية عند مستوى ٠,٠١ و ٠,٠٥ تساوي (٢,٥٨ ، ١,٩٦) على الترتيب.

(**) ٠,١ > ٠,٣ = ضعيف ، ٠,٣ > ٠,٥ = متوسط ، ٠,٥ > ٠,٥ = فأكثر = قوي.

د. محمد أحمد سيد خليل

يتضح من جدول (٨) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي في القياسين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى بعد تطبيق البرنامج، وبالنظر إلى الجدول السابق يلاحظ أن أحجام التأثير بلغت ٠,٨٩ لأبعاد المقياس والدرجة الكلية وهو حجم تأثير قوي، أي انه بلغت نسبة تأثير المتغير المستقل (برنامج التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي) في المتغير التابع (خفض اضطراب التعلق الارتكاسي) ٨٩٪ وهي نسبة مرتفعة مما يدل على الفعالية العالية للبرنامج المقدم لعينة الدراسة في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لديهم، وبذلك تتحقق صحة الفرض الأول.

وهذا ما يوضحه شكل رقم (١) بأن درجات أطفال المجموعة التجريبية انخفضت على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي في القياس البعدى مقارنة بدرجاتهم التي حصلوا عليها في القياس القبلي وذلك فيما يخص صورتيه، بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمقياس وذلك يوضح الدور الذي لعبه البرنامج التدريبي القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال المستوى الثاني برياض الأطفال.



شكل (١)

يوضح الفروق في درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي

بنظرة عامة على النتائج السابقة، يلاحظ فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي المعد في خفض مستوى التعلق الارتكاسي لدى أطفال المستوى الثاني من رياض الأطفال، حيث أن البرنامج التدريبي القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي أدى إلى

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

تحسين مستوى بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال، إضافة إلى تحسين مستوى مهارات الثقة بالنفس والذات، والقدرة على حل المشكلات، والبعد عن الخوف والتردد، ومساعدة الأطفال على نشر ثقافة الحب والعطف بينهم وبين آبائهم وأسرهم، والعمل أيضاً على تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي السليم، والتدريب أيضاً على اختيار الصديق المناسب وفق معايير مناسبة، فكل ما سبق كان له دور في خفض مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وأيضاً يتضح مما سبق أن التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي شمل محوري ونمطي اضطراب التعلق الارتكاسي وهما المثبط وغير المثبط، و كل ما سبق يتفق ودراسات (Cleaver & Aldgate 2011, Rose & Parker (2014), Chaffin et al. (2006), p,67)

ويفسر الباحث هذا الانخفاض في مستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة في ضوء الدراسات السابقة وما تم عرضه في الإطار النظري فيما يلي:
أولاً: طبيعة الفنيات السلوكية المستخدمة: حيث تنوعت الفنيات التي استخدمها الباحث في خفض أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة والتي تضمنت التعزيز، حيث تم تشجيع الأطفال على تعزيز كل سلوك ايجابي يقوم به الطفل وكذلك استخدم فنية التعزيز عند مناقشة بعض المواقف التي تظهر فيها أساليب لا سوية وعرض النماذج الإيجابية والتي لا تؤدي إلى تعرض الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي إلى أي قصور في المهارات الاجتماعية اللازمة لهم، ولهذا كان لاستخدام فنية التعزيز دوراً هاماً في اكتساب مهارات جديدة، كما استخدمت فنية التسلسل التي سمحت بمعايشة سلوك أطفال من خلال الانتقال التدريجي من وحدة سلوكية الى وحدة سلوكية اخرى للوصول إلى السلوك المطلوب تحقيقه في كل جلسته، وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Healy et al., 2008)، أنه لاستخدام فنيات كالنمذجة بالفيديو وتقديم التغذية الراجعة كان لها الأثر الأكبر في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة، كما ذكر (Koegel et al., 2010) أن إجراءات استخدام التحليل السلوكي تعتمد على بناء سلوكيات جيدة و زيادة نسبة حدوثها و التقليل من السلوكيات الغير جيدة ووضع سلوكيات بديلة عنها تعطي نفس الوظيفة ولذلك

يجب أن يتضمن العلاج مبدأ الإعادة و التكرار (Discrete Trial Training)، وذلك من خلال تكرار النشاط أكثر من مرة وإعادة التدريب على السلوك للوصول إلى السلوك الإيجابي المطلوب تحقيقه، مع ضرورة إيجاد بأن تكون بيئة النشاط إيجابية ومليئة بالمودة والمحبة والتعاطف والرعاية والأمن والحماية.

كما أن لفنية التدعيم كان له الأثر الفعال في اكتساب الآباء للمهارات والسلوكيات التي يتم التدريب عليها خلال الجلسات التدريبية، حيث استخدم الباحث التدعيم اللفظي مع أعضاء الجماعة التدريبية وذلك بإظهار الاستحسان لتقدمهم فيما يتم التدريب عليه وتعزيزهم بما يتناسب وطبيعة الموقف، أما الواجبات المنزلية فقد تنوعت حسب كل جلسة وما تناوله، وتلك الواجبات أتاحت الفرصة أمام أعضاء المجموعة التدريبية للتطبيق العملي والفعلي لما يتدربون عليه خلال الجلسات التدريبية، فمن هذه الواجبات التدريبات التي يُطلب من الأطفال القيام بها أطفالهم في البيت والتي ساعدت الاطفال على متابعة تحسين سلوكهم لهذا جاءت النتائج على هذا النحو.

ثانياً: كما أن هذه النتائج تعود إلى عدة أمور تمت مراعاتها عند تقديم البرنامج التدريبي القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي لأطفال المجموعة التجريبية والتي كان أهمها:

١. الاهتمام بالجانب المعرفي: حيث تضمن البرنامج معلومات تتعلق بطبيعة اضطراب التعلق الارتكاسي لدى الأطفال عامة، وخصائصه، وأسبابه، وطرق التعامل مع الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب، بالإضافة إلى معلومات تتعلق بطبيعة التعامل مع الأطفال وأبعادها، وهذا الاهتمام بالجانب المعلوماتي كان له أثر واضح في تحسين أساليب تعامل الآباء مع الأطفال ذوي هذا الاضطراب، وتم ذلك من خلال دليل ارشادي مصغر تم توزيعه على الأطفال لتقديمه الي والديهم بالمنزل، وهذا ما أوضحه أيضاً Gureasko-Moore et al., (2006)، بأن التدخلات العلاجية المستخدمة مع الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال عامة لا يجب أن تركز على تعديل سلوك الطفل مباشرة، ولكن بدلاً من ذلك، يجب أن تركز على تغيير أفكار مقدمي الرعاية كالوالدين ومحاولة تشكيل استجاباتهم واتجاهاتهم نحو الطفل بشكل إيجابي.

٢. الاعتماد على أسلوب التدريب الجماعي: في تقديم جلسات البرنامج، فأسلوب التدريب الجماعي أتاح الفرصة أمام الاطفال المشاركين في البرنامج للالتقاء بأفراد آخرين، يعانون

فعالية التدريب القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي

من نفس مشكلاتهم، ويشعرون بنفس الخبرات الشخصية المرتبطة بهم وبأطفالهم، وليشاركوا اهتماماتهم ومشكلاتهم، وليحددوا أهدافهم ويعبروا عن أنفسهم، وليحاولوا اكتساب سلوكيات جديدة في تعاملهم مع زملائهم.

٣. التدريبات التي تلقاها الاطفال وتتعلق بضبط سلوك الأطفال: فقد تم تدريب أطفال الروضة ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي لتطبيق بثبات وانتظام عدد من الفنيات السلوكية من أجل تعديل سلوك الاطفال بفاعلية، تضمنت التعزيز، التسلسل، التدريب التجريبي المنفصل، فقد تم من خلال جلسات البرنامج تدريب الاطفال على تحسين السلوك الإيجابي وتنمية بعض المهارات الاجتماعية بالحصول على التعزيز بعد السلوك الإيجابي المقبول مباشرة، وهذه التدريبات كان لها أثر واضح في تحسين سلوك الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي، ومن ثم خفض ما يتعرضون له، وهذا ما أكدته ختام عبد الحميد (٢٠١٣) ان الاكتشاف والتدخل المبكر العلاجي والتدريبي لدى الأطفال عموماً يساعدان في الحد من تفاقم تلك المشكلة لدي الطفل، وهو الأمر الذي توافر إلى حد كبير في البرنامج التدريبي الحالي.

ثانياً: اختبار صحة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة وذلك وذلك عند أي مستوى من مستويات الدلالة ". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بما يلي: تم تطبيق مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي بصورتيه بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بفترة زمنية بلغت شهرين على أطفال المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (٨) أطفال، وتم استخدام اختبار " ولكوكسون " (الحالة الاولى ن > ١٠) لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (٩) دلالة تلك الفروق.

جدول (٩)

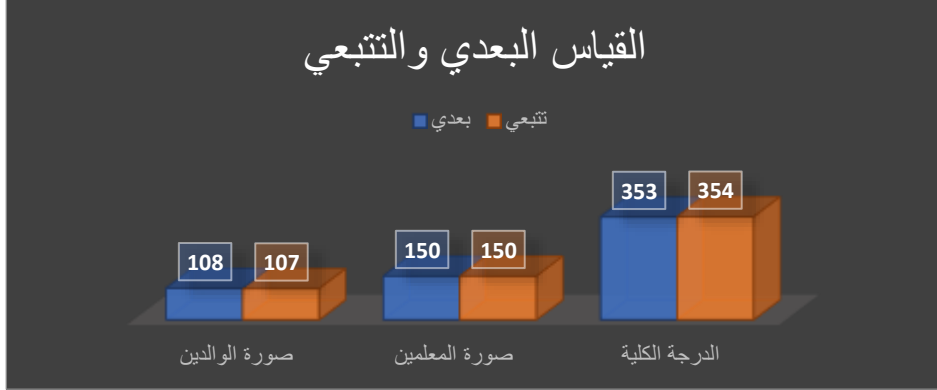
دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي في القياسين البعدي والتتبعي (ن = ٨)

البيان الاحصائي أبعاد المقياس	اتجاه الرتب	عدد الحالات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z ^(*)	مستوي الدلالة
صورة الوالدين	موجبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٠٠	غير دالة
	سالبة	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠		
	التساوي	٧,٠٠	-	-		
صورة المعلمين	موجبة	١,٠٠	١,٥٠	١,٥٠	٠,٠٠	غير دالة
	سالبة	١,٠٠	١,٥٠	١,٥٠		
	التساوي	٦,٠٠	-	-		
الدرجة الكلية	موجبة	١,٠٠	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٥٨	غير دالة
	سالبة	٢,٠٠	٤,٠٠	٢,٠٠		
	التساوي	٥,٠٠	-	-		

(*) علماً بأن قيمة Z الجدولية عند مستوي ٠,٠١ و ٠,٠٥ تساوي (٢,٥٨ ، ١,٩٦) على الترتيب.

يتضح من قراءات نتائج جدول رقم (٩) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي بصورتيه في القياسين البعدي والتتبعي، وبذلك تتحقق صحة الفرض الثاني.

وهذا ما يوضحه شكل رقم (٢) بأن درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي في القياس البعدي مساوية تقريباً لدرجاتهم في القياس التتبعي وذلك حتى في صورتَي المقياس، بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمقياس وذلك يؤكد استمرارية فعالية البرنامج القائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي في خفض اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال المستوى الثاني من رياض الأطفال حتى بعد الانتهاء من تطبيقه بفترة زمنية (شهران).



شكل رقم (٢)

يوضح الفروق في درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب التعلق الارتكاسي

فيمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء وظيفية التدريبات التي تلقاها أطفال المجموعة التجريبية، بمعنى أن تلك التدريبات تمثل مجالات يحتاج الأطفال ذوي اضطراب التعلق الارتكاسي للتدريب عليها، كما أنها تمثل جوانب ضعف في سلوكهم، مما مكنهم من تطبيقها في مواقف حياتهم الطبيعية، بل والاستمرار في ممارسة ما تم التدريب عليه خلال فترة المتابعة والتي مكنتهم من إتقان ما تم التدريب عليه.

يضاف إلى ذلك أن التدريب كان يتم من خلال عرض نماذج للسلوك تحدث في البيئة الطبيعية، مما سهل على أطفال المجموعة التجريبية تعميم السلوكيات والمهارات المكتسبة، كذلك فإن جلسات المراجعة وإعادة تدريب الأطفال على السلوكيات المرغوب فيها كان له دوراً مهماً في الوصول إلى تلك النتائج، حيث أدت إلى تثبيت السلوك المرغوب فيه، حيث احتفظ هؤلاء الأطفال بتلك السلوكيات بعد انتهاء فترة التدريب، وذلك مما ساهم وبشكل كبير في استمرار أثر التدريب إلى ما بعد انتهائه وخلال فترة المتابعة وعدم حدوث انتكاسة بعد انتهائه، وهذا يتفق ورؤية عادل عبد الله (٢٠٠٠، ص ١٣٥)، وفي هذا المجال أشار إسماعيل بدر (٢٠٠٢) إلى أهمية دور مرحلة المتابعة في البرامج بصفة عامة، وأهميتها في

تحقيق الاستفاضة القصوى للعيينة المستهدفة، ويتفق ما سبق مع دراسات جمال الخطيب (٢٠٠٣) ورياض العاسمي (٢٠٠٨).

ملخص نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الدراسة الراهنة إلى التالي:

(١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة وذلك لصالح القياس البعدي عند مستوى دلالة ٠,٠٥ وذلك في كلا من صورة الوالدين، والمعلمين، والدرجة الكلية

(٢) كان حجم تأثير البرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي قوي جداً

(٣) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمستوى اضطراب التعلق الارتكاسي لدى أطفال الروضة وذلك عند أي مستوى من مستويات الدلالة

توصيات الدراسة:

بعد عرض نتائج الدراسة الحالية يوصي الباحث بالتالي:

- ١- تنظيم ندوات توعية موجهة للأسر لتوعيتهم بمخاطر اضطراب التعلق الارتكاسي، ومظاهره وأنواعه وما يترتب عليه من مشكلات أكاديمية تعيق التحصيل الأكاديمي للطفل في المراحل التعليمية اللاحقة.
- ٢- إمداد العاملين في مجال رعاية الطفولة بكتيبات إرشادية عن اضطراب التعلق الارتكاسي وكيفية الوقاية منه أو مواجهته والتقليل منه.
- ٣- تقديم برامج إرشادية متكاملة للوالدين والمعلمين والأطفال معاً للحد من أعراض اضطراب التعلق الارتكاسي وما يصاحبه من مشكلات أخرى.
- ٤- توجيه انظار العاملين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي الي البرامج القائمة علي تحليل السلوك التطبيقي مع عينات أخرى مختلفة والمتمثلة في عينات التربية الخاصة.
- ٥- عقد العديد من ورش العمل والدورات التدريبية المنوطة بتدريب الإخصائيين والباحثين على فنيات تحليل السلوك التطبيقي باعتباره فعلاً مع الأطفال ومشكلاتهم السلوكية تحديداً.

قائمة المراجع

- ابوبكر مرسى محمد (٢٠٠٢). *ازمة الهوية فى المراهقة والحاجة للإرشاد النفسى*. القاهرة: النهضة المصرية.
- إسماعيل إبراهيم بدر (٢٠٠٢). *الاتجاهات المعاصرة فى إعداد برامج علاجية لمشكلة التأخر الدراسي*. متاح على الشبكة الدولية بتاريخ ٢٠١٥/٢/١٩ من موقع أطفال الخليج.
- أفنان عبد الله الشيخ (٢٠١٨). *مستوى معرفة واستخدام المعلمات لفنيات تحليل السلوك التطبيقي فى برامج الدمج بمدينة الرياض*. مجلة البحث العلمي فى التربية، (١٩)، ١٧٥ - ١٩٩.
- أماني عبد المقصود عبد الوهاب (١٩٩٩). *الشعور بالأمن النفسى وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية*. بحث منشور فى المؤتمر السادس لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، ١٠ - ١٢ / ١١، ٦٩١ - ٧٦٠.
- جمال محمد سعيد الخطيب (٢٠٠٣). *تعديل السلوك الإنسانى*. الكويت: مكتبة الفلاح.
- ختام عبد الحميد (٢٠١٣). *فاعلية برنامج ارشادي للتخفيف من اعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى اطفال الروضة*. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية بفلسطين
- رقية بدر، وسلوى الحاج، وأحمد عز الدين (٢٠١٩). *فعالية برنامج تدريبي مقترح قائم على تحليل السلوك التطبيقي لتنمية مهارات أطفال التوحد فى مرحلة ما قبل المدرسة*. مجلة دراسات نفسية، ١٥، ٧٧ - ١١٦.
- رياض نايل العاسمي (٢٠٠٨). *برامج الإرشاد النفسى فى تحقيق تفاعل الأدوار وتكاملها بين العاملين فى معاهد الإعاقة العقلية وذوي المعوقين*. متاح على الشبكة الدولية بتاريخ ٢٠١٥/١/٤١ من موقع أطفال الخليج
- سعيد كمال الغزالي (٢٠١٨). *فعالية التدريب على فنيات تحليل السلوك التطبيقي فى تنمية بعض المهارات الحياتية والثقة بالنفس لدى أطفال الروضة ذوي اضطراب طيف التوحد*. مجلة العلوم التربوية والنفسية بالطائف، ٢ (٧)، ٤٠٧ - ٤٢٧.

صموئيل تامر بشرى، ومحمود إبراهيم فرج، ومروة محسن عبد الوهاب (٢٠٢٤). برنامج قائم على تحليل السلوك التطبيقي لتحسين مهارات الحياة اليومية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. *مجلة كلية التربية ببني سويف*، ٤٩، ١٠٣-١٢٧.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). *العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات*. القاهرة: دار الرشاد. عبد الرقيب أحمد البحيري، مصطفى أبو المجد سليمان (٢٠٠٩). *مقياس سلوسون لذكاء الأطفال والكبار، ترجمة وتعريب الباحثين*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

نهاد مرزوق قابيل (٢٠٢١). فعالية برنامج قائم على استراتيجيات تحليل السلوك التطبيقي (ABA) في تحسين مستوى معرفة واستخدام معلمات رياض الأطفال لهذه الاستراتيجيات وأثره في تحسين بعض المشكلات السلوكية لدى أطفالهن ذوي صعوبات التعلم. *مجلة علوم ذوي الاحتياجات الخاصة ببني سويف*، ٣ (٥)، ١٨٣٣-١٩٠٣.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. New York : Lawrence Erlbaum Associates.

Allen, B.(2011). The Use of Attachment Theory in Clinical Practice with Maltreated Children, Part II: Treatment , Trauma. *Violence & Abuse Journal*, 12(1), 13-22.

American Psychiatric Association (2000). *The Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC : American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author

Barry, L. M., & Messer, J. J.(2003). A Practical Application of Self-Management for Students Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 5(4), 238-248.

Bender, P., Pons, F., Harris, P., Esbjørn, B., & Reinholdt-Dunne, M. (2015). Emotion Understanding in Clinically Anxious Children: A Preliminary Investigation. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-10.

Bikic, A., Dalsgaard, S., Olsen, K. D., & Sukhodolsky, D. G.(2021). Organizational skills training for children with ADHD: study protocol for a randomized, controlled trial. *Trials*, 22,752- 785.

Boris, N., Zeanah, C., Bernet, W., Bukstein, O., Arnold, V., Beitchman, J., & Schuengel, C.(2005). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Reactive Attachment

- Disorder of Infancy and Early Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1206- 1219.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment & Loss (2nd ed.)*. New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base : Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York : Basic Books.
- Breidenstine, S., Bailey, O., Zeanah , H., & Larrieu, A.(2011). Attachment and Trauma in Early Childhood: A Review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 274-290.
- Buckner, D., Lopez, C., Dunkel, S., & Joiner, E. (2008). Behavior Management Training for the Treatment of Reactive Attachment Disorder. *Child Maltreatment Journal* , 13(3) , 289- 297.
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C., Berliner, L., Egel&, B., Newman, E., Lyon, T., LeTourneau, E., & Miller-Perrin, C. (2006). Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems. *Child Maltreatment Journal* ,11(1),76-89.
- Chang, H., Chang, C., & Shih, Y.(2007). The process of assisting behavior modification in a child with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Research*, 15(2), 147-155.
- Cleaver, H., Unell, I., & Aldgate, J.(2011). *Children's Needs- Parenting Capacity: Child Abuse , Parental Mental Illness, Learning Disability, Substance Misuse and Domestic Violence (2nd ed.)*. London : The Stationery Office.
- Coolbear, J., & Benoit, J. (1999). Failure to Thrive : Risk for Clinical Disturbance of Attachment ? . *Infant Mental Health Journal* , 20(1) , 87-104.
- Corbin, J.(2007). Reactive Attachment Disorder: A Biopsychosocial Disturbance of Attachment. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 24, 539-552.
- Cowan, L.S., Lerman, D.C., Berdeaux, K.L., Prell, A.H., & Chen, N.(2022). A Decision-Making Tool for Evaluating and Selecting Prompting Strategies. *Behavioral Analysis Practice*, 2(12), 24- 58.
- Dawson, G., Ashman, S., & Carver, L.(2000).The Role of Early Experience in Shaping Behavioural and Brain Development and its

Implications for Social Policy. *Development & Psychology Journal*, 12, 695- 712.

Eggett, B. (2013). *A Review of Self Management Interventions for Children with ADHD and Implications for Education Professionals*.

Farmer, E., & Lutman, F.(2012). *Effective Working with Neglected Children and their Families: Linking Interventions with Long-term Outcomes*. London: Jessica Kingsley Publishing.

Fennell, B., & Dillenburger, K. (2018). Applied Behaviour Analysis and Autism: Science, Profession, and Practice. In H. Hou, & C. S. Ryan (Eds.), *Behavior Analysis. IntechOpen*, 5 (3), 45- 60.

Follan, M., & McNamara, M. (2013). A Fragile Bond: Adoptive Parents' Experiences of Caring for Children with a Diagnosis of Reactive Attachment Disorder. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1076–1085.

Fritz, G.(2013). *Reactive Attachment Disorder: What Parents and Caregivers Should Know*. The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter : John Wiley & Sons, Inc.

Gureasko-Moore, S., DuPaul, G. J., & White, G. P. (2006). The Effects of Self-Management in General Education Classrooms on the Organizational Skills of Adolescents With ADHD. *Behavior Modification*, 30(2), 159–183

Hanson, R., & Spratt, E. (2000). Reactive Attachment Disorder : What We Know a bout the Disorder and Implications for Treatment. *Child Maltreatment Journal* , 5, 137-145.

Hanson, R., & Spratt, E. (2000). Reactive Attachment Disorder : What We Know a bout the Disorder and Implications for Treatment. *Child Maltreatment Journal* , 5, 137-145.

Hanson, R., & Spratt, E. (2000). Reactive Attachment Disorder : What We Know a bout the Disorder and Implications for Treatment. *Child Maltreatment Journal* , 5, 137-145.

Haugaard,J., & Hazan, C. (2004). Recognizing & Treating Uncommon Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents Who Have Been Severely Maltreated: Reactive Attachment Disorder. *Child Maltreatment Journal* ,9(2),154-160

Healy, O., O'Connor, J.L., Leader, G., & Kenny, N. (2008). Three years of intensive applied behavior analysis: A case study. *The Journal of Early and Intensive Behavioral Intervention*, 5, 4-22.

Heller, S., Boris, N., Fuselier, S., Page, T., Koren-Karie, N., & Miron, D. (2006). Reactive attachment disorder in maltreated twins follow-up:

- From 18 months to 8 years. *Attachment & Human Development*, 8(1), 63 – 86.
- Howe, D.(2005). *Child Abuse and Neglect: Attachment , Development and Intervention* . Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hultez, G. (2011). Gender and Age Differences in the Presentation and Diagnosis of Children with Reactive Attachment Disorder Based on Custodial Adult's Report. *Un published doctoral thiesis*. Harold Abel School of Social and Behavioral Sciences, Capella University.
- Iwata, B. A., DeLeon, I. G., & Roscoe, E. M. (2013). Reliability and validity of the Functional Analysis Screening Tool. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 271–284
- Jakobsen, I., Horwood, J., & Fergusson, D. (2012). Childhood Anxiety/Withdrawal, Adolescent Parent–Child Attachment and Later Risk of Depression and Anxiety Disorder. *Journal of Child & Family Studies*, 21, 303- 310.
- Kay, C., & Green, J. (2013). Reactive Attachment Disorder Following Early Maltreatment: Systematic Evidence Beyond the Institution. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 571-581.
- Koegel, L. K., Singh, A. K., & Koegel, R. L. (2010). Improving motivation for academics in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1057–1066
- Leaf, J. Cihon, J., Ferguson, J., & Weinkauff, S. (2018). *An Introduction to Applied Behavior Analysis*, Howard University.
- Leaf, J. Cihon, J., Ferguson, J., & Weinkauff, S. (2018). An Introduction to Applied Behavior Analysis, 8(15), 220- 265.
- Leonardi, J. L., & Rubano, D. R. (2012). Empirical foundations of applied behavior analysis for the treatment of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). *Revista Perspectivas*, 3(1), 1-19.
- Levendosky, A., Huth-Bocks, A., & Bogat , C.(2011). The Influence of Domestic Violence on the Development of Attachment Relationship Between Mother and Young Child. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 512-527.
- Mikic, N., & Terradas, M.(2014). Mentalization and Attachment Representations: A Theoretical Contribution to the Understanding of

- Reactive Attachment Disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1), 34–56.
- Minde, K. (1999). Mediating Attachment Patterns During a Serious Medical Illness. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 106- 117.
- Minnis, H., Green,J., O’Connor,T., Liew,A., Glaser,D., Taylor,E., Follan,M., Young,D., Barnes,J., Gillberg,C ., Pelosi,A., Arthur,J., Burston, A., Connolly,B., & Sadiq, F.(2009). An Exploratory Study of the Association Between Reactive Attachment Disorder and Attachment Narratives in Early School-age Children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(8), 931–942.
- Minnis, H., Green,J., O’Connor,T., Liew,A., Glaser,D., Taylor,E., Follan,M., Young,D., Barnes,J., Gillberg,C ., Pelosi,A., Arthur,J., Burston, A., Connolly,B., & Sadiq, F.(2009). An Exploratory Study of the Association Between Reactive Attachment Disorder and Attachment Narratives in Early School-age Children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(8), 931–942.
- O’connor, G., & Zeanah, H.(2003). Attachment disorders: Assessment Strategies and Treatment Approaches. *Attachment & Human Development Journal* , 5(3) , 223-244.
- O’connor, T., & Rutter, M. (2000). Attachment Disorder Behavior Following Early Severe Deprivation: Extension and Longitudinal Follow- up. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 , 703-712.
- O’Connor,E., Collins, B., & Supplee, L. (2012). Behavior Problems in Late Childhood: The Roles of Early Maternal Attachment and Teacher–Child Relationship Trajectories. *Attachment & Human Development Journal* , 14(3) , 265–288.
- Pearce, C.(2009). *A Short Introduction to Attachment and Attachment Disorder* . London: Jessica Kingsley Publishing.
- Pelchat, D., Bisson, J., Bois, C., & Saucier, J.(2003). The Effects of Early Relational Antecedents and other Factors on the Parental Sensitivity of Mothers and Fathers. *Infant & Child Development Journal*, 12, 27-51.
- Poehlmann, J., Burnson, C., & Weymouth, L. (2014). Early Parenting, Represented Family Relationships, and Externalizing Behavior Problems in Children Born Preterm. *Attachment & Human Development Journal*, 16(3) , 271–291.

- Pritchett, R., Pritchett, J., Marshall, E., Davidson, C., & Minnis, H. (2013). Reactive Attachment Disorder in the General Population: A Hidden ESSENCE Disorder. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-6.
- Puckering, C., Connolly, B., Werner, C., Toms-Whittle, L., Thompson, L., Lennox, J., & Minnis, H. (2011). Rebuilding relationships: A pilot study of the effectiveness of the Mellow Parenting Programme for children with Reactive Attachment Disorder. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 16(1), 73–87.
- Reselar, J.L., & Noell, G.H. (2008). Applied Behavior Analysis Treatment of Autism: The State of the Art. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17 (4), 821-834.
- Ringdahl, J., & Falcomata, T. S. (2009). *Applied behavior analysis and the treatment of childhood psychopathology and developmental disabilities*. In, J.L. Matson et al. (eds.), *Treating Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities* (pp.29-54). Springer Science + Business Media.
- Rochelle, F & Eve, G. (2000). Reactive Attachment Disorder : What We Know About Disorder and Implications for Treatment. *Child Maltreatment Journal*, 5(2), 137-145.
- Rose, J., & Parker, R. (2014). New Resources Focusing on Attachment Issues in School. *British Journal of School Nursing*, 9 (4), 195-196.
- Rosenwasser, B., & Axelrod, S. (2001). The contributions of applied behavior analysis to the education of people with autism. *Behavior Modification*, 25, 671-677
- Shaw, R., & Pàez, D. (2007). Reactive Attachment Disorder: Recognition, Action, and Considerations for School Social Workers. *Journal of Children & School*, 29(2), 70-74.
- Shaw, R., & Pàez, D. (2007). Reactive Attachment Disorder: Recognition, Action, and Considerations for School Social Workers. *Journal of Children & School*, 29(2), 70-74.
- Shi, L. (2014). Treatment of Reactive Attachment Disorder in Young Children: Importance of Understanding Emotional Dynamics. *The American Journal of Family Therapy*, 42, 1–13.
- Shin, Y., Lee, K., Min, S., & Emed, R. (1999). A Korean Syndrome of Attachment Disturbance Mimicking Symptoms of Pervasive Developmental Disorder. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 60-76.

- Shook, G. L. & Neisworth, J. T. (2005). Ensuring appropriate qualifications for applied behavior analyst professionals: The Behavior Analyst Certification Board. *Exceptionality*, 13, 3-10.
- Taft, R., Ramsay, C., & Schlein, C. (2015). Home and School Experiences of Caring for Children with Reactive Attachment Disorder. *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, 9, 237–246.
- Tomasic, M.(2006). Childhood Depression and Conduct Disorders as Related to Patterns of Attachment, *Un published doctoral thiesis*. Alliant International University.
- VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology (2nd ed.)*. American Psychological Association.
- Wilson, S.(2001). Attachment Disorders : Review and Current Status. *The Journal of Psychology*, 135(1), 37-51.
- Zeanah, H., & Smyke, T.(2009). Disorders of Attachment . In Zeanah, H.(Ed). *H&book of Infant Mental Health (3rd ed. , pp. 421-434)*. New York : Guilford Press.
- Zietlow, A., Schüter,M., Nonnenmacher, N., Müller, M., & Reck, C. (2014). Maternal Self-confidence Postpartum and at Pre-school Age: The Role of Depression, Anxiety Disorders, Maternal Attachment Insecurity. *Maternal and Child Health Journal*, 18, 1873–1880.

The effectiveness of training based on Applied behavior analysis techniques in reducing the level of Reactive attachment among Kindergarten children
*Mohamed A. S Khalil**

Abstract

This study aimed to identify the effectiveness of training based on applied behavior analysis techniques in reducing the level of reactive attachment among kindergarten children, and then measure its effect after the end and the follow-up period. The researcher used the experimental method in order to suit the nature of the current study, as the study sample consisted of 8 children from the second stage of kindergarten who showed high scores on the reactive attachment scale, with an average age of (6.3), and they were divided into one group, which is the experimental group. The researcher used a set of tools, namely Slosson Intelligence Scale for Children and Adults (S I T – R), Arabization and codification: Abdel Raqeeb Ahmed, Mustafa Abu Al-Majd (2011), the Reactive Attachment Disorder Scale prepared by Helen etal (2009), translation and Arabization by the researcher, and the training program based on applied behavior analysis prepared by the researcher. The results of the current study resulted in the effectiveness of applied behavior analysis training in reducing the level of reactive attachment among kindergarten children. In light of the above, the results of the study were interpreted and some recommendations and proposals were presented.

Keywords: *Reactive attachment, Applied behavior analysis techniques, Training programme.*

*. Associate Professor of Mental Health- Aswan Faculty of Education- Aswan University