

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

ميدان التكوين : علم النفس

محاضرات في مقياس :



الاضطرابات السلوكية و الإنفعالية

مطبوعة بيداغوجية موجهة لسنة الثالثة علم النفس العيادي

من إعداد الدكتورة : أمال بوعيشة

السنة الجامعية 2020/2019

مقدمة :

إن ما نشاهده باستمرار من أطفالنا هو (السلوك الظاهري) الذي نلاحظه باهتمام أحيانا وبعدم الاكتراث أحيانا أخرى في البيئة (المنزل، المدينة، المجتمع) لكن قل ما نفكر في القوى الكامنة لدى الطفل والتي تعتبر الطاقة المحركة لذلك السلوك. والتي بدورها قد تؤدي به إلى اضطرابات سلوكية كونها متعددة بتعدد مظاهرها وأعراضها وتعتبر اضطرابات السلوك من الاضطرابات ذات التعبير الخارجي مثل عدم الاستقرار الحركي، العدوانية الهروب، السرقة والكذب... إلخ وحديثنا عن هذه السلوكيات لا يعني أنها تشكل وحدة سيكوباتولوجي لها تنظيم مرضي وإنما نعتبرها سلوكيات عرضية (من العرض/الأعراض) نأخذها كدلالة على نمو ونضج الطفل، ولكن تكرار السلوكيات سابقة الذكر مع مرور الوقت يعتبر كمؤشر إنذار لأنه من الممكن جدا أن تصبح مظاهر لتنظيم باثولوجي في مرحلة المراهقة علما أن تطور السلوكيات ومآلها يرتبط بعملية التنشئة الاجتماعية فإما أن تصبح تنظيما مضادا للمجتمع أو اضطراب في الشخصية .

لدى حاولنا من خلال هذه المطبوعة تقديم نظرة شاملة قدر الإمكان تحاول الإحاطة بأطراف هذه الاضطرابات الشائعة اللانتشار في مختلف دول العالم، ليكون مرجع لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي.

فهرس المحاضرات

الصفحة	عنوان المحاضرة	رقم المحاضرات
9-16	مدخل للاضطراب السلوك 1 تعريف الاضطرابات السلوكية. 2 أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا. 3 معدلات شيوع الاضطرابات السلوكية .	01
17-31	تصنيفات الاضطرابات السلوكية: أولاً/ تصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية و يرمز (dsm): ثانياً/ تصنيف النظام السلوكي: ثالثاً/ التصنيف المعتمد على استخدام أسلوب التحليل العالمي: رابعاً/ التصنيف على أساس شدة الاضطراب السلوكي: خامساً/ تصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي المعدل للاضطرابات العقلية:	02

	سادسا/ تصنيف الدليل التشخيصي العالمي للاضطرابات النفسية و السلوكية لهيئة الصحة العالمية:	
36-31	أسباب الاضطرابات السلوكية :	03
45-37	النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية: - النظرية السلوكية. - النظرية البيئية. - النظرية البيوفسيولوجية. - النظرية التحليلية.	04
	• بعض الاضطرابات السلوكية:	
51-46	العدوان	05
63-52	اضطراب الهوية الجنسية	06
70-64	السرقه	07
106-96	جنوح الاحداث	08

107-111	الانسحاب الاجتماعي	09
121-112	العناد	10
121-113	النشاط الزائد	11
125-122	مفهوم الخجل عند الاطفال	12
136-126	سابعا/ التوحد	13
150-13	الوقاية من الاضطرابات السلوكية	14

المحاضرة (01):

مدخل للاضطراب السلوكي

تمهيد:

حاولت البشرية منذ القديم تقديم تفسير مقبول للسلوكيات غير العادية و المضطربة، لذلك سنتناول في هذا الفصل الاضطرابات السلوكية، تلك الاضطرابات التي قدمت لها عدة تعريفات، إذ لا يوجد اتفاق شامل على أي من هذه التعريفات و ذلك لعدة أسباب منها: عدم الاتفاق على مفهوم السلوك السوي أو العادي و إلى اختلاف و تعدد وجهات النظر التي تفسر الاضطرابات السلوكية . سنحاول من خلال هذه المحاضرة تقديم تعريف الاضطرابات السلوكية . أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا. معدلات شيوع الاضطرابات السلوكية

1 تعريف الاضطرابات السلوكية:

لقد تعددت التعاريف حول الاضطرابات السلوكية بتعدد وجهات النظر الباحثين والأطر النظرية التي تبناها كل باحث و فيما يلي سنتناول مجموعة من التعاريف منها :

• تعريف الدسوقي:

أنها مفهوم عام يشير إلى شكل من أشكال عدم السواء الذي لا يرتبط بعلّة أو بأعراض عضوية معينة، ويؤثر في التوافق العام والاجتماعي، وتتسم بكونها أولية، وتعتبر استجابات لبيئة غير ملائمة، ومن أشكالها العادات غير السليمة واضطرابات الجناح وسوء السلوك، كالشجار والعصيان والكذب والسرقة. وقد تظهر في سمات عصابية معينة كاختلالات الوجه وتقلصات العادة مثل النشاط الزائد والمخاوف أو كمشاكل دراسية وتربوية. (الدسوقي، 1988، ص171)

• تعريف محمود إبراهيم:

الاضطرابات السلوكية بأنها أنماط من السلوك اللاسوي الظاهر والثابت أو المتكرر الذي يميل إلى الخروج على القيم الدينية والخلقية والمعايير والعادات الاجتماعية وهو ينشأ نتيجة التعليم والتربية الاجتماعية الخاطئة مما يؤدي إلى سوء التوافق النفسي الاجتماعي. (محمود إبراهيم، 1998، ص80).

• تعريف جمعة سيد يوسف:

هو النمط الثابت و المتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني ، الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قسم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل ، في البيت أو المدرسة ووسط الرفاق و في المجتمع ، على أن يكون هذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال و المراهقين.(جمعة ، 2000، ص:29) و ذهب بعض الباحثين إلى تعريف الأطفال المضطربين سلوكيا منهم :

• تعريف كوفمان : (1977):

إن الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا هم أولئك الذين يستجيبون لبيئتهم غير مقبولة اجتماعيا، و هي مرضية شخصيا و ذلك بشكل واضح و متكرر و لكن يمكن تعليمهم سلوكا اجتماعيا و شخصيا مقبولا و مرضيا. (القاسم و آخرون، 2000، ص:15).

أما بور (bower، 1969) فيرى أن الطفل يمكن أن يكون مضطربا سلوكيا إذا أظهر واحدا أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة واضحة وعلى مدى فترة زمنية طويلة نسبيا وهذه الخصائص هي:

- عدم القدرة على التعلم التي لا يمكن تفسيرها على أساس عوامل عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية متبادلة على مستوى مرضي أو عدم القدرة على الاحتفاظ بمثل هذه العلاقات مع الأقران الكبار.
- عدم ملائمة سلوك الفرد المضطرب لأفراد والأقران تحت ظروف اعتيادية.
- وجود حالة مزاجية عامة من عدم الشعور بالسعادة أو الشعور بالاكئاب.
- ميل إلى تطوير أعراض جسمية أو آلام أو مخاوف ترتبط بمشكلات شخصية أو (مصطفى، 2006، ص:15-16).

ومن خلال هذه التعاريف يمكن القول بأن الاضطرابات السلوكية مشتركة تمثل استجابة الفرد لمظاهر السلوك والمتمثلة فيما يلي:

- سوء التكيف الاجتماعي
- تكرار السلوك الغير مرغوب فيه والغير مقبول اجتماعيا
- كل سلوك لا يتناسب مع عمر فاعله.

2 أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا:

يمكن تحليل أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا بالاعتماد على ما يأتي:

أ- **المعدل**: ويعني عدد مرات وقوع السلوك عند الطفل، ويمكننا الاعتماد عليه للتمييز بين الطفل المضطرب والطفل السوي، فالطفل ضمن هذه الفئة قد يصدر سلوكا وحركات غير مقبولة اجتماعيا بحيث يكون تكرار هذه الحركات والسلوك أكثر عما يظهر للأطفال الأسوياء.

ب- **الشدة**: إن شدة السلوك الصادر من الطفل المضطرب سلوكيا عملية مهمة لتصنيفه ضمن هذه الفئة فقد يصدر سلوكا يتصف بالشدة والحدة في وقت تنتفي الحاجة لمثل هذا السلوك، أو العكس قد يقوم بسلوك ضعيف جدا في وقت يتطلب الموقف فيه شدة أو قوة أي أن ردود فعل الشخص لا تتناسب مع طبيعة المثير الذي أثار ذلك السلوك.

ج- **فترة بقاء السلوك**: يشير هذا المصطلح إلى الفترة الزمنية التي يقع بها السلوك عند الطفل، وهنا يجب أن يعرف الفرد المهتم بملاحظة الطفل أن بعض أنواع السلوك السلبي

قد تحدث عند الأفراد الأسوياء والذي يميز الطفل المضطرب عن غيره من الأسوياء الفترة

الزمنية التي فيها السلوك السلبي. (Hallahan & Kauffman, 1982)

و كمثال على ذلك ان معظم الأطفاء الأسوياء ربما يقضون بشكل عام فترة زمنية

قصيرة جدا (05-10) ثوان في الصراخ أو ضرب النار..... إلخ ولكن هذا السلوك

قد يستمر أكثر من (5) دقائق و ربما أكثر لدى الطفل المضطرب و بعض الأطفال

المضطربين لا يستطيعون قضاء عدة ثوان لحل المسألة الرياضية أو مسألة لها علاقة

بالنشاط البدني مثلا: فقد يطلب هذا الطفل أن يرمي كرة لكن ووضعية جسمه في أثناء

حركة عن أداءه السوك فقد يحرك أرجله أو رأسه أو يديه حركات زائدة لا يحتاج إلى

تحريكها.

و إذا استمر هذا السلوك فترة زمنية طويلة نسبيا أو أعلى من المعدل فإن الطفل قد

يكون مضطرب سلوكيا. لكن يجب الإشارة إلى أنه:

1 لكل مرحلة عمرية مجموعة من المكلمات الخاصة بها و التي هي من المفروض

تزول بالتدريج في المراحل اللاحقة مثلا: ابن الخامسة من العمر يبدي سلوك

الغضب بسرعة و العناد، و في المرحلة اللاحقة تتراجع الأعراض بسبب وعي

الطفل بما هو لائق و غير لائق اجتماعيا.

2 ينظر الناس إلى أن المشكلات الأطفال طبيعية تزول هند الكبر لذلك فهي لا

تحتاج الى علاج إلا أن هذا يعتبر خطأ شائعا، فترك هذه المشكلات دون تقويم قد

تستمر إلى الكبر و بعضها يتطور إلى الأسوأ و بعضها قد يزول تاركا وراءه
جروحا نفسية ، لذلك لا يجب أن ننظر إلى المشكلات الأطفال باستخفاف إذا
بلغت مستوى عال من الشدة.

3 - و عليه يعاني الطفل في حياته اليومية من صراعات نفسية تتطلب الحل
للحفاظ على حالة السواء أما إذا تعذر عليه ذلك فإنه سيدخل في حالة اضطرابية
وظيفية أو سلوكية أو نفس جسدية، غير أنه لا بد من الإشارة إلى نقطة
مهمة في هذا المجال و هي:

-البنية و التنظيم :

تعرف البنية على أنها تنظيم ثابت و نهائي لمكونات ميتا نفسية سواء كانت
الحالة النفسية أو مرضية ، فعند الطفل لا تتكلم عن بنية عصابية أو ذهانية بل
عن تنظيمات عصابية أو ذهانية قابلة للتغيير تحت تأثير عوامل داخلية
خارجية ، فإنه ظهرت عند الطفل أعراضا ذات طابع عصابي فهذا لا يعني بوجود
بنية عصابية عند الطفل ، لأنه بإمكانه الشفاء خلال صيرورة نموه للإمكانيات
الداخلية و الخارجية التي يملكها الطفل.

3 معدلات شيوع الاضطرابات السلوكية :

-لا توجد تقديرات مؤكدة حول انتشار اضطرابات السلوك ، حيث تشير الدراسات إلى
اختلاف واضح في تقديرات انتشار اضطرابات السلوك تعزى للتباين في التعريفات

المستخدمة، و كذلك التباين في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين، بالإضافة إلى اختلاف المنهجية المستخدمة من قبل الباحثين لتحديد أعداد الأفراد المضطربين ، التقديرات المتحفظة تشير إلى نسبة اقل من (1%) في حين أن التقديرات غير المتحفظة تشير إلى أكثر من (20%) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك، أن هذا التباين في نسب التقديرات بعكس التقديرات مدى الاختلاف في الأسس المستخدمة لتحديد المضطربين في السلوك. **نسبة انتشار**

الاضطرابات السلوكية :

لا توجد تقديرات دقيقة حول انتشار الاضطرابات السلوكية و ذلك بسبب الاختلاف في استخدام التعريفات ، و كذلك الإختلاف في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين ثم بسبب الاختلاف في الطريقة المنهجية المستخدمة للوصول إلى النسب المختلفة، فقد أشار مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1929 إلى نسبة المضطربين بين الأطفال و الشباب من سن الولادة حتى سن التاسعة عشر تبلغ 2%، كما أشار بعض الباحثين إلى نسبة الاضطرابات الانفعالية في المدرسة أو المجتمع المدرسي حوالي 10% أما فيما يخص نسبة المقارنة بين نسب انتشار الاضطرابات السلوكية عند الذكور مع نسب الانتشار لدى الإناث فتشير الدراسات إلى أن انتشار الاضطرابات السلوكية لدى الذكور تفوق نسبة الانتشار لدى الإناث . حيث تتراوح هذه النسب 2.1 حيث تختلف

طبيعة السلوك العدوانى و الاندفاع و السلوك الموجه نحو الآخرين تميل الإناث إلى الخجل و القلق و الانسحاب الاجتماعى. (يحي احمد القبالي، 2017، ص:33)

و باستعراض من مختلف الدراسات حول مدى انتشار اضطرابات السلوك يمكن الإشارة إلى أن ما نسبته (2%) إلى (3%) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك ، و هذه الاضطرابات بدرجة متوسطة أو شديدة ، أما إذا أخذت الاضطرابات البسيطة أيضا فان النسبة تزيد و قد تصل إلى (10%) من الأطفال في سن المدرسة. أما فيما يتعلق بالمفارقة بين انتشار اضطرابات السلوك عند الذكور وانتشارها عند الإناث فتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطرابات السلوك لدى الذكور تفوق بشكل واضح نسبة انتشارها لدى الإناث إذ أنها عند الذكور ضعف الإناث . هذا و تختلف طبيعة اضطرابات السلوك عند الذكور مقارنة بالإناث إذ يميل الإناث إلى السلوك الموجه نحو الداخل كالخجل و الحساسية و القلق و الانسحاب الاجتماعى. إن الاضطرابات تكون قليلة في الصفوف الابتدائية الأولى و إن هذه الاضطرابات تزداد في الصفوف المتوسطة تم تميل الى الانخفاض في الصفوف العليا..

خلاصة

نستنتج مما سبق أن الاضطرابات السلوكية مفهوم نسبي و هذا ما يفسر اختلاف الباحثين في وضع تعريف موحد لها ، خاصة في ظل الاتفاق بين مفهوم السلوك السوي و اللاسوي و غياب المعايير الموحدة لتحديد السواء و اللاسواء لدى الطفل في ظل اختلاف البيئة الاجتماعية و الثقافية التي يعيش فيها الطفل .

المحاضرة (02):

تصنيفات الاضطرابات السلوكية:

تمهيد :

تعني كلمة تصنيف حرفيا تمييز الشيء أو تعيينه، أو تكوين مجموعات في تجمع كبير، أو هو عملية تعيين كيان معين في نظام قائم، و قد يقابل التصنيف مصطلح التشخيص في الاستخدام الطبي أي تحديد مجموعة من الأعراض و بدرجة معينة حتى يمكن وضع هذا الفرد في فئة اضطرابية محددة .

و قد ظهرت العديد من التصنيفات للاضطرابات السلوكية ، و ذلك اعتمادا على

الاتجاهات النظرية في تفسير هذه و فيما يلي عرض لأهم هذه التصنيفات :

أولا/ تصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية و يرمز (dsm):

و هو تصنيف يصدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) و هو الأكثر

استخداما من قبل الأطباء النفسيين ، و يعتمد هذا التصنيف على وجهه نظر الطب

النفسي في النظر إلى الاضطرابات في السلوك.

تصنف اضطرابات السلوك في هذا النظام التصنيفي تحت بند الاضطرابات التي تتشا

في مرحلة الطفولة أو المراهقة و تشمل مايلي:

-في الجانب الذكائي و يشمل الإعاقة العقلية.

- الاضطرابات السلوكية و تشمل اضطرابات الانتباه واضطرابات التصرف.

- الاضطرابات الانفعالية و تشمل : قلق الطفولة أو المراهقة اضطرابات أخرى.

-الاضطرابات الجسمية و تشمل اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية ،

اضطرابات أخرى

- الاضطرابات الجسمية و تشمل : اضطرابات الأكل ، اضطرابات الحركات النمطية ،

اضطرابات أخرى .

- الاضطرابات النمائية العامة ، و الاضطرابات النمائية المحددة كالتوحد.

و يعتمد هذا التصنيف على النموذج الطبي في تفسير اضطرابات السلوك و الذي

يركز في الأساس على العوامل الداخلية كأسباب الاضطرابات و الأمراض و أن المظاهر

المرضية ماهي الأعراض لأسباب الأساسية و التي تكون داخلية .إن النقد الأساسي لهذا

التصنيف إن يصنف الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة و المراهقة على أنها

اضطرابات عقلية و يتم التعامل معها على هذا الأساس.

ثانيا/ تصنيف النظام السلوكي:

يعتمد النظام السلوكي في تصنيف اضطرابات السلوك على وصف سلوكي للبعد أو

مجموعة أبعاد ثم وضع السلوكيات التي تطبق هذه الصفات في مجموعة واحدة و من

أمثلة على ذلك تصنيف كوفمان (1987) حيث يصنف اضطرابات السلوك كما يلي:

1 - الحركات الزائدة ، التخريب، و الاندفاعية.

2 - العدوان.

3 الانسحاب ، و عدم النضج ، و الشخصية غير المناسبة .

4 المشكلات المتعلقة بالنمو الخلقى و الانحراف.

ثالثا/ التصنيف المعتمد على استخدام أسلوب التحليل العاملي:

لقد استخدم كوي (QUAY)، أسلوب التحليل العاملي للوصول إلى تصنيف يعتمد وضع

الصفات في مجموعة متجانسة حيث قسم اضطرابات السلوك إلى مايلي:

1 -اضطرابات التصرف : و تتضمن عدم الطاعة ، الانزعاج، المشاجرة مع

الآخرين.

2 الاضطرابات الانفعالية و تشمل : قلق الطفولة أو المراهقة ، واضطرابات

أخرى.

3 الاضطرابات الجسمية و تضم: اضطرابات الأكل، الحركات النمطية،

اضطرابات أخرى.

4 -الاضطرابات النمائية العامة : و الاضطرابات النمائية المحددة كالتوحد.

يتميز هذا النظام التصنيفي بأنه يركز على تسمية الاضطراب و وضعه بصورة

واضحة و هذا يجعله يختلف عن التصنيفات الأخرى ، ضمن هذا النظام كما انه

يتضمن سلوكيات أكثر عن الشخص المراد تشخيصه إذ يتطلب هذا التصنيف معرفة أربعة

جوانب أساسية عن الشخص أو الحالة ، و لكن النقد الموجه لهذا النظام هو انه يصنف اضطرابات الأطفال على أنها اضطرابات عقلية و هو كذلك يعتمد على النموذج الطبي في تفسير اضطرابات السلوك و التي تركو في الأساس على العوامل الداخلية ، كأسباب للاضطرابات كما هو الحال بالنسبة للأمراض الجسمية.

رابعاً/ التصنيف على أساس شدة الاضطراب السلوكي:

حيث تصنف الاضطرابات السلوكية حسب هذا التصنيف إلى الفئات التالية:

1- اضطرابات السلوك البسيطة : و هي أكثر شيوعاً و لا تحتاج إلى إجراءات تدخل

علاجي و تربوي كبير و تشمل مشكل سوء التكيف البسيطة و المشكلات و الضغوط الموقفية.

2- اضطرابات السلوك المتوسطة : و تشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي

تربوي مثل السلوكات الموجهة نحو الخارج كالعدوان و التخريب و الفوضى و السلوكات الموجهة للداخل كالقلق و الانسحاب الاجتماعي ، و الخوف المرضي.

3- اضطرابات السلوك الشديدة : و تشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي و

تربوي مكثف مثل حالات ذهان الطفولة أو فصام الطفولة.(مصطفى توري ، خليل عبد

الرحمان المعاينة ، 2009، ص:24)

خامساً /تصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي المعدل للاضطرابات العقلية:

هو تصنيف يصدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي و هو الأكثر استخداما من

قبل الأطباء النفسنيين يعتمد هذا التصنيف وجهة نظر الطب النفسي في النظر إلى

الاضطرابات في السلوك و الذي يركز على الاضطرابات في الجانب الانفعالي و تبني

وجهة النظر الطبية التي تفترض وجود أسباب داخلية للاضطرابات السلوكية ، إحدى

أهم مايا التصنيف التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM4 تقديمه لمعايير

تشخيصية من اجل تحسين موثوقية الأحكام التشخيصية و تصنف اضطرابات السلوك

في هذا النظام التصنيفي تحت بند الاضطرابات التي تنشأ في مرحلة الرضاعة أو

الطفولة أو المراهقة تشمل (مايكل ، ترجمة تيسير حسون، 2004، ص:08).

• التخلف العقلي:

التخلف العقلي الخفيف.

التخلف العقلي المتوسط.

التخلف العقلي الشديد.

التخلف العقلي العميق .

التخلف العقلي غير محدد الشدة.

• اضطرابات التعلم:

اضطرابات القراءة.

اضطرابات الحساب .

اضطرابات التعبير الكتابي.

اضطرابات التعلم غير المحدد في مكان آخر.

• اضطرابات المهارات الحركية :

اضطرابات التناسق النمائي.

اضطرابات التواصل.

اضطرابات اللغة التعبيرية .

اضطرابات اللغة الاستقبالية. التعبيرية المخلطة.

اضطرابات التواصل غير المحدد في مكان آخر.

• الاضطرابات النمائية (الارتقائية) الشاملة:

الاضطراب التوحدي.

اضطراب ريت.

الاضطراب التفككي في الطفولة.

اضطراب اسيرجر.

الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد في مكان آخر.

• اضطراب عجز الانتباه و السلوك المخرب الفوضيوي:

اضطراب عجز الانتباه/ فرط الحركية.

النمط المشترك.

نمط الانتباه المسيطر.

النمط مفرط الحركية .الاندفاعي المسيطر.

اضطراب عجز الانتباه /فرط الحركية غير المحدد في مكان آخر.

اضطراب المسك.

النمط البادئ في الطفولة.

النمط البادئ في المراهقة.

البدء غير المحدد .

اضطراب التحدي المعارض

اضطراب السلوك المخرب الفوضوي غير المحدد في مكان آخر.

• اضطراب الإطعام و الطعام في سن الرضاعة أو الطفولة المبكرة:

الوحم.

اضطراب الاجترار .

اضطراب الإطعام في فترة الرضاعة.

• اضطراب العرة:

اضطراب توريث.

اضطراب العرة الحركية أو الصوتية المزمن.

حدد غذاء كامل : نوبة وحيدو / معاودة .

5 اضطراب العرو غير المحدد في مكان آخر.

• اضطراب الإفراغ:

سلس الغائط.

مع إمساك و سلس بالاقاضة.

سلس البول (غير الناجم عن حالة طبية عامة).

جدد النمط أثناء الليل فقط/ أثناء النهار/أثناء الليل و النهار.

• اضطرابات أخرى في سن الرضاعة أو سن الطفولة أو المراهقة:

-اضطراب قلق الانفصال -حدد إذا كانت بداية مبكرة.

- الصمت الانتقائي.

-اضطراب التعلق : الإرتكاسي في سن الرضاعة أو الطفولة المبكرة.

حدد إذا كان النمط المثبط /من النمط غير المثبط.

-اضطراب الحركة النمطي.

حدد إذا كان مع سلوك مؤذ للذات.

-اضطراب سن الرضاعة و الطفولة غير المحدد في مكان آخر.

2-5 تصنيف الدليل التشخيصي العالمي للاضطرابات النفسية و السلوكية لهيئة

الصحة العالمية:

ساهم العديد من الأفراد و الهيئات في أعداد تصنيف الاضطرابات النفسية و السلوكية بالمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض واهداد النصوص المصاحبة له، شارك في الاختبارات الميدانية بمقترحات المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض باحثون و أطباء من حوالي أربعين دولة يتضمن تصنيفا مفضلا لأكثر من 300 اضطراب من الاضطرابات النفسية و السلوكية و الانفعالية التي عادة ما تبدأ في سن الطفولة و المراهقة .

*اضطراب الحركة :

اضطراب النشاط الزائد.

اضطراب التصرف مفرط الحركة .

اضطراب فرط الحركة الأخرى.

اضطراب فرط الحركة غير المعين.

● اضطراب التصرف :

- اضطراب الترف المقتصر على إطار العائلة.

- اضطراب التصرف غير المتوافق اجتماعيا.

اضطراب التصرف المتوافق اجتماعيا.

اضطراب التحدي المعارض.

اضطرابات التصرف الأخرى.

اضطرابات في التصرف غير المعين.

● الاضطرابات المختلطة في التصرف في الانفعالات:

- اضطرابات التصرف الاكتئابي.

- اضطرابات التصرف المختلطة.

- اضطرابات مختلطة التصرف و الانفعالات غير المعين.

* الاضطرابات الانفعالية ذات البدء النوعي في الطفولة:

- اضطراب قلق الانفصال في الطفولة.

- اضطراب القلق الرهابي في الطفولة .

- اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة.

- الاضطراب الناجم عن تنافس الاخوة
 - اضطرابات انفعالية أخرى في الطفولة.
 - اضطراب انفعالي في الطفولة غير المعين.
- * اضطراب العرات:

- اضطراب العرة العابرة .
 - اضطراب العرة الحركية او الصوتية المزمناة.
 - اضطراب العرة الصوتية و الحركية المتعددة و المشتركة .
 - اضطرابات عرة أخرى.
 - اضطرابات عرة غير معين.
- * اضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة و المراهقة:
- سلس البول (التبول اللاإرادي) غير العضوي المنشأ.
 - سلس البول (التبرز اللاإرادي) غير العضوي المنشأ.
 - اضطراب الإطعام في سن الرضاعة و الطفولة .
 - القطا (اشتهاة أكل مواد غير غذائية) في الطفولة و سن الرضاعة.
 - اضطراب الحركة النمطية.

التأتأة

الهزيمة (سرعة الكلام).

اضطرابات سلوكية وانفعالية معينة أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة و المراهقة.

اضطرابات سلوكية وانفعالية غير معينة تبدأ في سن الطفولة و المراهقة.

المحاضرة (03):

أسباب الإضطرابات السلوكية

تمهيد:

الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية الانفعالية غير معروفة للأطفال
أشخاص متميزون ، و لا تزال الدراسات العلمية حول الأسباب البيولوجية في بداية
الطريق و التفاعلات التي تحدث للأطفال الصغار مع أسرهم و البيئة و المجتمع معقدة
جدا لدرجة أننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية ، و مع ذلك
نستطيع تحديد أربعة مجالات يمكن أن تسبب هذه الاضطرابات و هي :

• الأسباب التكوينية:

و تشمل هذه الأسباب كل ما يمكن أن يحدث في زمن ما قبل الولادة (أثناء فترة الحمل)
ففي وقت غير بعدي اعتبر الجنين المتكون عند الولادة مقرا بالوراثة و لذلك اعتبرت
سماته وراثية، و مع انه لا يذكر فعل الوراثة في تقرير الإمكانات البيولوجية و النفسية
كالذكاء ، المزاج ، و سمات الجيم، إلا أن الأبحاث الطويلة و الدقيقة على فترة الحمل و
ما يمكن أن تتعرض له الأم الحامل، خلالها من تجارب لها أن تؤثر سلبيا أو ايجابيا في

جميع هذه الإمكانيات البيولوجية، و تشمل هذه العوامل كل ما يمكن تصوره عن عمر الأم ووضعها الجسمي و الصحي و الغذائي أثناء فترة الحمل إلى الأدوية و العقاقير التي تناولها إلى تعرضها للشدة الجسمية أو النفسية و من الأمور التي نخطأ كثيراً في تقديرها هي الإنقاذ بأن حصيلة العوامل التكوينية من وراثة و محيط أثناء فترة الحمل تظهر كلها عند الولادة، و هذا الاعتقاد لا ينطبق على الواقع و أن كانت بعض السمات تبان عند الولادة غير أن التأثير الكامل لفعل الوراثة و غيرها من العوامل المؤثرة أثناء فترة الحمل قد لا تظهر عند البلوغ المرحلة التي يتضح فيها الخصائص المناسبة لهذه المرحلة من النمو و قد يمتد ذلك عبر سنوات طويلة من الطفولة و الحداثة و حتى إلى ما بعد ذلك.

• **المجال الجسمي و البيولوجي :** يتأثر السلوك بالعوامل الجينية العصبية و ذلك

البيوكيميائية أو بتلك العوامل مجتمعة و منه فإن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان و سلوكه.

كثير من الأطفال العاديين من غير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة ، أما الأطفال من ذوي الاضطرابات السلوكية البسيطة و المتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسؤولة عن مثل هذه الاضطرابات ، و أما بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة و الشديدة جدا فإن هناك أسباب و عوامل بيولوجية لها مسؤولية مباشرة .

و يمكن القول أن جميع الأطفال بولدون و لديهم محددات لسلوكهم و لأمزجتهم .
بالإضافة إلى ما تقدم هناك مجموعة عوامل بيولوجية ذات صلة بالاضطرابات
السلوكية و الانفعالية مثل الأمراض و سوء التغذية وإصابات الدماغ.

• مجال الأسرة و العائلة :

يعزى اخصائيو التخاطب و الصحة النفسية أسباب الاضطرابات السلوكية و
الانفعالية في المقام الأول علاقة الطفل بوالديه ، حيث أن الأسرة ذات أثر كبير
على التطور النمائي المبكر، للطفل فقد أشرت بيت لهم (1967) إلى أن معظم
الاضطرابات السلوكية ترجع أصلا إلى التفاعل السلبي بين الطفل و أمه.
للعائلة دور مهم في التطور الصحي للأطفال ، و قد تحدث اضطرابات سلوكية
وانفعالية أي أسرة و لا يعني هذا بالضرورة أن الأسرة قد تسببت في حدوث
الاضطرابات و بالرغم من ذلك فإن العلاقات و التفاعلات غير الصحية قد
تسبب اضطرابات عند البعض من الأطفال كما أنها قد تويد من حدة المشكلة
الموجودة . و من الأمثلة على التفاعلات غير الصحية ضرب الأطفال وإلحاق
الأذى بهم ، وإهمالهم و عدم مراقبتهم، و عقابهم، وانخفاض عدد التفاعلات
الإيجابية ، وارتفاع نسبة التفاعلات السلبية ، و عدم الانتباه و الاهتمام ووجود
نماذج سيئة من قبل البالغين.

• **مجال الأسرة :** يضطرب بعض الأطفال حين التحاقهم بالمدرسة و البعض الآخر

في أثناء تواجدهم في البيئة المدرسية خلال السنوات الدراسية ، و يمكن لهؤلاء الأطفال أن يصبح بوضع أفضل و أسوء من جراء المعاملة التي يتعاملون بها داخل الصف.

للمعلمين تأثير على الطلاب ، من خلال تفاعلهم معهم ، حيث تؤثر توقعات المعلمين على الأسئلة التي يوجهونها و كذلك التعزيز الذي يقدمونه لهم و عدد مرات التفاعل مع الطلاب و نوعيته، قد يسبب المعلمون في بعض الأحيان السلوكيات المضطربة أو يزيدون من حدتها، و يحدث هذا عندما يدير المعلم غير المدرب الصف أو عندما لا يراعي الفروق الفردية ، فإن ذلك يؤدي إلى استجابات عدوانية محبطة واستجابة نحو المعلم او البيئة الصفية و المدرسية ، و تعبر البيئات التربوية غير مناسبة لبعض الأطفال و قد يلجأ بعض الطلبة إلى القيم بالسلوكيات المضطربة لتغطية قضية أخرى مثل صعوبة التعلم و على المدرسين الفعالين تحليل علاقاتهم مع طلابهم و كذلك البيئة التعليمية و الانتباه الجيد المقصود أو المشاكل الموجودة و المتوقع حدوثها.

• **مجال المجتمع :** قد يسبب المجتمع أو و حالات سوء التغذية و العائلات

المفككة و الشعور بفقدان الأهل و الحي العنيف. (انجشايري حفيظة ، 2015 ، ص :28-30).

خلاصة

نستنتج مما سبق أن الاضطراب السلوكي ينشأ نتيجة تداخل العديد من العوامل البيولوجية و النفسية و الاجتماعية ، فالطفل الذي يولد في بيئة غير سوية مثل المشاجرات اليومية بين الوالدين و التعرض للعنف داخل الأسرة تؤدي إلى ظهور اضطراب السلوك، كما أن بعض السلوكيات تعتبر سوية في مرحلة معينة من الطفل في حين تعتبر اضطراب سلوكي في مرحلة أخرى و ذلك راجل إلى حاجيات و متطلبات كل مرحلة من مراحل النمو للفرد.

المحاضرة (4)

النظريات المفسرة للاضطرابات

السلوكية:

تمهيد:

رأينا في تعريف الاضطرابات السلوكية، أن المتخصصين في مجال الصحة النفسية يختلفون في تحديد تعريف موحد للاضطرابات السلوكية ، و ترجع هذه الاختلافات إلى التوجهات النظرية المتنوعة التي تهتم بتفسير هذه الاضطرابات، و يرى البعض أن الاضطرابات السلوكية ترجع إلى عوامل بيولوجية، في حين يرى البعض الآخر أنها ترجع إلى عوامل نفسية، كما يرى البعض أنها تعود إلى عوامل اجتماعية و ثقافية و بيئية و من بين النظريات التي تناولت تفسير الاضطرابات السلوكية هي :

1 **النظرية السلوكية:** تهتم هذه النظرية بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصميم برنامج

التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك الملاحظ وتعديله.ومن مكوناتها

نمو الشخصية وتطويرها: يعرف السلوكيون الشخصية كدالة كلية لسلوك الأفراد، ويعتبرونها

احتمالا قويا للفرد لكي يسلك طرقا أو سلوكيات متشابهة في مواقف مختلفة تشكل حياته

اليومية، والتركيز على ما يقوم به الفرد في المواقف المختلفة دون الرجوع لسمات شاملة

تجعل الفرد يتصرف بطريقة شخصية ويتباين هذا التصور مع التصورات التقليدية

للشخصية التي تفترض أن سلوك الفرد هو تعبير لمحركات أولية محددة تتمثل في

الحاجات والرغبات والسمات والاندفاعية.

السلوك السوي والسلوك الغير سوي: معظم السلوكيات متعلمة باستثناء الانعكاسات وعندما

تحدث العلاقة الوظيفية بين المثير في البيئة واستجابة الفرد يحدث التعلم، مثلا (يتعلم

الطفل أن البكاء يخلصه من الألم والجوع، ومن وجهة نظرهم أن السلوك السوي متعلم

وكذلك السلوك الغير السوي، وهناك معايير للحكم على السلوك غير السوي كالمعيار

الاجتماعي والذاتي ومعايير أخرى كالشدة والتكرار).

تهتم النظرية بقياس تحت أي ظروف يحدث أو لا يحدث السلوك المرغوب وغير

المرغوب فيه، وتحديد ما هو التغيير المناسب في البيئة الذي يجعل الطفل قادرا على تعلم

استجابات تكيفية مناسبة، يحدث السلوك غير السوي عن طريق خبرات تعليمية سابقة أو

فشل في تلقي الفائدة من الخبرات التعليمية المختلفة.

أشكال التعلم: الإشراط الاستجابة ومن الأمثلة على المعالجات السلوكية التي تعتمد على

الإشراط الإستجابي:

- تقليل الحساسية التدريجي - التدريب على التغذية الراجعة - العلاج السلوكي

- تعديل السلوك المعرفي - العلاج بالتنفير

الإشراف الإجرائي والمتمثل في التعزيز الايجابي،العقاب،التعزيز السلبي،الإقصاء أو

العزل،التعزيز التفاضلي،الإشباع.

التعلم بالملاحظة ينطوي على أربع عمليات فرعية مترابطة لكل منها محدداتها

الخاصة،ولكي يتم تقويم التعلم بالملاحظة فلا بد للفرد من:

-الانتباه للملامح المناسبة لعمل النموذج.

-الاحتفاظ بالأحداث الملاحظة على شكل رمزي لاسترجاعها في المستقبل.

-القدرة الجسمية لإعادة إصدار المعلومات المحفوظة.

-الحافز لأداء سلوك النموذج.

2 النظرية البيئية: تقوم هذه النظرية على مبدأ أن الاضطرابات السلوكية التي تحدث

للطفل لا تحدث من العدم أو من الطفل وحده بل هي نتيجة التفاعل الذي يحدث

بين الطفل والبيئة المحيطة به.

ويقول البيئيون إن حدوث الاضطراب السلوكي لدى الأفراد يعتمد على نوع من البيئة التي

ينمو بها،فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث الاضطراب لدى الطفل.

والنظرية البيئية تميل لربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد فالفرد لا ينفصل عن بيئته وبالتالي فإن مشاكل الفرد تصبح شائعة لدى المجتمع. ولا يتم التعامل مع المشاكل بشكل فردي وكنتيجة إذا كان هناك اضطرابا لدى المجتمع فإن الفرد سيتأثر بالبيئة. ومن الافتراضات المتعلقة بالنظرية البيئية:

- إن كل طفل هو جزء لا ينفصل من نظام اجتماعي صغير.
- الاضطراب ليس مرضا يصاب به الطفل، بل هو نتيجة لعدم التوازن بين الفرد والبيئة.
- الاضطراب يمكن أن يتحدد من عدم التكافؤ بين قدرات الأفراد وتوقعات البيئة ومتطلباتها.

3 النظرية البيوفسيولوجية: يعتقد بعض المختصين أن كل الأطفال يولدون ولديهم

الاستعداد البيولوجي ومع أن هذا الاستعداد قد لا يكون السبب في اضطراب السلوك، إلا أنه قد يدفع الطفل إلا الإصابة بالاضطراب أو إلى المشاكل. فالأدلة على الأسباب البيولوجية واضحة أكثر في الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جدا.

وفي كثير من سلوكيات الأطفال العاديين بعض الاضطرابات البيولوجية وبالنسبة للاضطراب البسيط والمتوسط ليس هناك دلائل على أن العوامل البيولوجية وحدها تشكل

جذور المشكلة أما في حالة الاضطراب الشديد فإن هناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن العوامل البيولوجية يمكن أن تساهم في حدوث الحالة.

العوامل الوراثية: والتمثلة في:

- وجود الاستعداد الوراثي لهذا الاضطراب لا يعني أنه سوف يظهر.
 - إذا ظهر الاضطراب فإنه ليس بالضرورة أن تكون الوراثة السبب المباشر والرئيسي.
 - ليس كل من يحمل الخلية الوراثية (المصابة) يحصل لديه الاضطراب.
- وقد يولد الطفل حساسا بصورة أكثر من العاديين، وذلك لعوامل وراثية مما يؤدي إلى أن يسلك في بعض المواقف العادية سلوكا غير عادي. وأورد كيرك وحالجر (1983) عن شوارز (1979) أن هناك شواهد ثابتة تشير إلى أن للوراثة دورا واضحا في تشكيل سلوك الفرد.

العوامل النمائية: يعود هذا المجال إلى دراسات نمو الجنين والأطفال، وقد ورد في

تقرير (Bender 1968) أن عوامل وجود اضطراب في تصرفات الطفل ينشأ منذ الطفولة. وتؤكد هذه النظرية على أن الاضطراب مهمة في تكون الاضطرابات السلوكية لدى الفرد.

العوامل الإدراكية: تشير إلى أن السبب الرئيسي لنشوء مثل هذا الاضطرابات الشاذة، هو عدم معرفة الشخص المصاب بما حوله من أمور وعدم إدراك المصاب ينتج السلوك غير الثابت، ويولد عدم الاستمرارية والثبات في السلوك الايجابي. ومن أعراضه (خلل في الإدراك، خلل في التعامل مع الآخرين، اضطراب في الجهاز العصبي، اضطراب في اللغة، اضطراب في النمو) فعدم الإدراك عند الطفل يسبب تكون الحركة الزائدة التي تولد التصرفات غير الطبيعية.

العوامل العصبية (النيورولوجية): لا بد من وجود إصابات في الجهاز العصبي لنشوء مثل هذا السلوك غير المتوازن، ومن هذا المنطلق يكون السبب المباشر لهذا التغير غير المرئي، ولكن يظهر في التصرف والسلوك غير المقبول. ووضع هذا العامل في الدماغ. وقد أشار كروكشاتك وآخرون (1981) إلى أن سوء الأداء الوظيفي للمخ أو التلف المخي يؤثر بصورة مباشرة على طبيعة سلوكيات الفرد.

العوامل البيوكيميائية: إن استقصاء العلاقة بين كيميائية الدماغ توضح كثيرا من أسباب اضطراب السلوك لدى الفرد، وذلك بأنه قد يحدث خلل في الاتصال العصبي في الخلايا والتشابكات العصبية في الدماغ، فتختلف بذلك كيميائية الدماغ وتضطرب السلوكيات الظاهرة الصادرة عن الفرد.

4 النظرية التحليلية:

تهتم هذه النظرية بالسبب الذي أدى بالطفل لأن يسلك بالطريقة التي يسلك بها. يختلف

الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا من حيث الدرجة لا من حيث النوع، وينظر

للاضطراب على أنه صفات عادية مبالغ فيها.

إن مثل هذه المشكلات يمكن أن تكون متسببة عن ألم، أو صدمة، أو حدث خلال المرحلة

النمائية، أو تنتج عن علاقة سيئة أو غير مناسبة مع الوالدين التي يمكن أن تكون قد

تركت الفرد دون إشباع لحاجاته، أو يمكن أن يكون الاضطراب ناتجا عن عوامل تكوينية.

يظهر السلوك المضطرب نتيجة عدم التوازن بين نزعات الطفل واندفاعاته ونظام الضبط

لديه، وعندما يكون الضبط غير مناسب فإن سلوك الطفل يصبح عدوانيا، ومشتتا، وغير

متنبأ به. وعندما يكون الضبط صارما جدا فإن الطفل سيكف سلوكه باستمرار ولن يقوم

بالسلوك، ويكون غير قادرا على التعبير عن نفسه. (خولة أحمد

يحي، 2000، ص 68/39).

خلاصة :

من خلال هذه النظريات نستنتج بأن الهدف واحد وهو تفسير أسباب هذه الاضطرابات

السلوكية ومعرفة العوامل التي أدت إلى ظهورها لكن يكمن الاختلاف في التفسيرات

المختلفة على حسب النظريات.

أبرز أشكال الإضطرابات السلوكية

المحاضرة (05)

أولا/ السلوك العدواني :

تمهيد:

يعتبر السلوك العدوانى من أكثر أنماط السلوك المضطرب ظهورا مثل : الضرب و القتال و الصراخ، و رفض الأوامر و التخريب المتعمد. هذا العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين ، فهم يبكون و يصرخون و يضربون و يقتلون و يفعلون معظم الأشياء التي يفعلها الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا، هذه الفئة من الأطفال تربك الكبار و هم لا شعبية لهم من بين أقرانهم، و يتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة ايجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية و الاهتمام. يعتبر بعض هؤلاء الأطفال ممن لهم نشاط زائد أو الإصابة في الدماغ و بعضهم يطلق عليهم سيكوباتيين لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين همدا دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ، و سلوكهم هذا مزعج جدا، و لا نستطيع مقاومته بطرق مقاومة السلوك المزعج العادية . و هم غالبا ما يؤنبون و يعاقبون ، و لكن

لا يكون لذلك أية نتيجة ، و بسبب طريقة إعاقتهم فإنهم يتميزون بأنماط سلوكهم المنحرفة مدة من الزمن ، مما يثير سخط الكبار و غضبهم، و أنماط سلوكهم هذه تكون مستمرة و ليست في مدة زمنية معينة. و مثل هؤلاء الأطفال فغالبا ما يصرخ عليهم و يعاقبون، لذلك نرى أنه يجب التركيز على عملية التفاعل بين سلوك الطفل و سلوك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص:52)

1 تعريف العدوان :

يعرف العدوان أنه : كل سلوك نشط فعال تهدف العضوية من ورائه إلى سد حاجاتها الأساسية أو غرائزها ، و بهذا المعنى الواسع يشمل العدوان كل الفعاليات الإنسانية المتجهة نحو الخارج، المؤكد و للذات ، الساعية وراء سد حاجات الذات الأساسية ، أكانت هذه الحاجات من بين حاجات الجنس ، البناء ، التملك، أم غير ذلك. و هناك من يعرف العدوان انه السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه و الإيذاء . و بهذا المعنى يكون العدوان اندفاعا هجوميا يصبح معه ضبط الشخص لنوازعه الداخلية ضعيفا. وهو اندفاع يتجه نحو إكراه الأخر (او الشيء) أو السلب خير منه أو إيقاع أذى فيه.

و قد أشار كل من **ميلر و دنفر (1982)**، إلى أن هناك خمسة محكات أساسية

تستطيع من خلالها تعريف العدوانية و تحديدها و هذه المحاكات هي :

1. نمط السلوك .

2. شدة السلوك.

3. درجة الألم أو التلف الحاصل.

4. خصائص المعتدي.

5. نوايا المعتدي.

2 مظاهر السلوك العدواني :

يأخذ العدوان الأشكال الرئيسية التالية :

1. **العدوان الجسدي**: و يقصد به السلوك الجسدي المؤذي الموجه نحو الذات أو الآخرين

و يهدف إلى الإيذاء أو إلى خلق الشعور بالخوف ، و من الأمثلة على ذلك : الضرب،

و الدفع، و الركل، و شذ الشعر، و العض...و هذه السلوكات توافق غالبا نوبات الغضب

الشديدة.

2. **العدوان اللفظي**: و يقف عند حدود الكلام الذي يرافق الغضب و الشتم، و السخرية،

و التهديد.....الخ، و ذلك من أجل الإيذاء أو خلق جو من الخوف ، و هو

كذلك يمكن أن يكون موجها للذات أو للآخرين.

3. **العدوان الرمزي** : و يشمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الأفراد الآخرين ، أو توجيه الإهانة لهم ، كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكن العداء له، أو الامتناع عن تناول ما يقدمه ، أو النظر بطريقة ازدراء و تحقير .

و قد يأخذ العدوان شكلين :

1. **العدوان الاجتماعي** : و يشمل الأفعال المؤذية التي تهدف إلى ردع اعتداءات الآخرين.

2. **العدوان اللااجتماعي** :و يشمل الأفعال المؤذية التي يظلم بها الإنسان نفسه أو يظلم غيره. و قد يكون العدوان مباشرا أو غير مباشرا.

-**العدوان المباشر** هو : الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي فتسبب في سبوك العدوان.

- **أما العدوان غيرمباشر** : فيضمن الأعداء على شخص بديل و عدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب فيغضب المعتدي ، و غالبا ما يطلق على هذا النوع من العدوان اسم العدوان البديل.

و قد يكون العدوان متعمدا أو غير متعمد فالعدوان المتعمد يشير إلى الفعل أذي يقصد من ورائه إلحاق الأذى بالآخرين .

-**أما العدوان غير المتعمد** فيشير إلى الفعل الذي لم يكن الهدف منه إيقاع الأذي بالآخرين على الرغم من انه قد انتهى عمليا بإيقاع الأذى أو إتلاف الممتلكات.

و يميز علماء النفس بين نوعين من العدوان :

-العدوان الوسيلى و العدوان المعادي:

العدوان المعادي: موجه نحو الآخرين بهدف إلحاق الأذى و الضرر بهم فقط.
أما العدوان الوسيلى : فيقوم بها الطفل بدافع الحصول على شيء ما ، أو استرداد

شيء ما ، و عادة ماتقوم الطفل بهذا النوع من العدوان عندما يشعر أن هناك ما
يعرض سبيل تحقيقه لهدفه.

و فد وصف باترسون و اخرون أشكال السلوك العدوانى كالتالى:

1. الشتم.

2. التحقير ، وهو إطلاق العبارات و الشتائم على طرف آخر بحيث تتقمص من

قيمته و تجعله موضعا للسخرية.

خلاصة:

و فى الأخير يمكننا القول أن العدوان عند الطفل يكون طبيعى باعتبار انه ردة فعل فى
حالة دفاع الطفل عن نفسه حين تعرضه للخطر من طرف أقرانه أو من طرف المحيطين
به، أى فى حالات الدفاع عن نفسه فى حين يكون غير طبيعى فى الحالات التى يبادر

بها الطفل بالسلوك العدوانى دون إيجاد مبرر لذلك، و هنا يكون السلوك مرضى لآبد من الاهتمام به و معالجته قبل أن يتطور فى المراحل اللاحقة من النمو .

المحاضرة (06)

ثانيا/ اضطرابات الهوية

الجنسية عند الراشد

تمهيد:

هو توتر شديد ينتاب الطفل حول جنسه، وإصراره على أنه من الجنس الآخر، أو رغبته الملحة في أن يصبح من جنس غير جنسه، إما صراحة أو من خلال رفضه التام للتركيب التشريحي لأعضائه التناسلية، وانشغاله بأنشطة الجنس الآخر.

من مظاهره لدى البنات: ممارسة الألعاب الخشنة و أدوار الذكور مثل اقتناء المسدسات والابتعاد عن لعب العرائس. و يرفض التبول في وضع الجلوس، بل أن

البعض قد تدعي أو تتخيل أنه سيظهر لها عضو ذكري و انه لن تنمو لها أثناء مثل البنات.

أما الذكور فتكون مظاهر تخنثهم واضحة من خلال لبس الفساتين ولعب العرائس ورفض الابتعاد عن ذلك مهما حاول الأبوان. ذلك مع الرفض الشديد للعب مع الأولاد واعتبار ذلك خشونة لا يتحملونها. كما يبدون اهتماما خاصا بما تلبس أخواتهم من ملابس داخلية أو خارجية و أدوات الزينة والموضة وإنتاج دور الأزياء. وقد يتخيل بعضهم انه سيصبح امرأة عندما يكبر وأن قضيبه المقزز سيختفي ويظهر بدلا منه عضوا أنثويا وأنه سيصبح قادرا على الحمل و ...

اضطراب الهوية الجنسية ليس قليل الانتشار كما يتخيل البعض، ولكنه قد يبقى مختفيا أو يختفي مع ضغط المجتمع. لذلك فان الذكور يحضرون للعيادة النفسية للعلاج، ربما لان المجتمع لا يقبل تخنث الولد كما يقبل خشونة البنت التي يتقبلها المجتمع كمظهر للقوة لا للشذوذ.

ويبدأ هذا الاضطراب قبل سن الرابعة غالبا ويزداد قبل الثانية عشرة. وقد يحدث لما نسبته 30-60% من الذكور شذوذا عمليا بالممارسة مع نفس جنسهم(الجنسية المثلية)، بينما نسبة قليلة جدا من البنات يحدث لهن هذا الشذوذ.

حينما يكبر هؤلاء الأطفال وقد صاحبهم هذا الاضطراب فإنه يمكن تصنيفهم إلى ثلاثة أصناف:

- فئة المخنثين Tranvestite: وهم من يلبس ملابس الجنس الآخر ولو سرا ويستتار جنسيا عند فعل ذلك وقد يمارس العادة السرية حينها.
- فئة الشذوذ الجنسي Homosexuals: وهم من يمارسون الجنس في دور الجنس الآخر أو من يسمون بالجنسية المثلية وقد سبق الإشارة إليهم قبل قليل.
- فئة الانقلاب الجنسي Transsexuals: وهذه الفئة من لا ترضى بغير تغيير الجنس وقد تسعى لذلك من خلال العيادات المختصة في الغدد واستخدام الهرمونات أو من خلال عيادات الجراحة لإزالة الأعضاء التناسلية وتغيير الجنس. http://musanadah.com/index.php?action=show_d&id=8.

1 الفرق بين اضطرابي الانحرافات الجنسية والهوية الجنسية:

تتغير مضامين التصنيفات المرضية للاضطرابات السلوكية والجنسية بالتحديد، وذلك بالاستناد إلى رجوع ذوي الاختصاص إلى مسببات هذه الأمراض النفسية المنشأ، والعمل على تصنيفها وفقا لخصائصها المرضية، موضحين أوجه المقارنة والاختلافات بين الاضطرابات الشبيهة بعضها ببعض، نتيجة للأسباب المحدثة لها ومظاهرها وعلاماتها

المرضية، لذا واستنادا إلى التصنيف الدولي للأمراض النفسية العاشر، في القسم الخامس (الفئة F60-F69) قسمت الاضطرابات الجنسية إلى نوعين رئيسيين: اضطرابات في الهوية الجنسية (نبذة أولى)، واضطرابات في التفضيل الجنسي (نبذة ثانية).

أولا: اضطرابات في الهوية الجنسية:

وتتمثل هذه الاضطرابات في عدم قبول الفرد لهويته الجنسية، وميله إلى أن يكون من الجنس الآخر.

إذ نجد "إريكسون" يعرف الهوية الشخصية (1950) "بأنها الأنا (Ego Identité) التي تهيئ القدرة على تجربة ذات المرء كشيء له استمرارته، وكونه هو الشيء نفسه Samenss، ثم التصرف تبعا إلى ذلك.

وتعود هذه الاضطرابات إلى مرحلة الطفولة وعقدة أوديب، وعدم تخطيها من قبل الطفل، حيث تظهر بشكل اضطرابات جنسية في مرحلة النضوج، وربما قد تحدث هذه الاضطرابات خلال الطفولة نفسها (ميل الطفل إلى الجنس الآخر)، وتستمر في مراحل متقدمة من عمر الشخص، أو قد تعود إلى خلل في الكروموزومات الجنسية، ومن أبرز حالات (أنواع) الاضطرابات في الهوية الجنسية.

• **التحول الجنسي Transsexuals**: ويكون في حالة رغبة الفرد في أن يعيش

كفرد من الجنس الآخر، وذلك بإجراء عملية جراحية، أو تناول علاج هرموني

لتغيير جنسه، حتى يتلاءم مع المرغوب وميولاته النفسية.

ومن مؤشراتها التشخيصية:

يجب لاستخدام هذا التشخيص، أن تستمر الهوية التحولية الجنسية لمدة عامين

على الأقل، ولا تكون عرضا لاضطراب عقلي آخر، مثل الفصام أو مصاحبة لأي شذوذ

بيني جنسي، أو وراثي أو في الصبغيات الجنسية.

تحول الزي الثنائي الدور (الإرتداء المغاير) Transvestisme: ويكون ذلك عن طريق

ارتداء ملابس الجنس الآخر، لفترة من الوقت من أجل الإستمتاع بتجربة مؤقتة، كأحد

أفراد الجنس الآخر. لكن دون أي رغبة في تبديل جنسي دائم، أو أي إجراءات جراحية

مصاحبة، ويجب تمييز هذه الحالة عن تحول الزي التوثيني (الفيتيشية)، حيث لا يوجد

إثارة جنسية مصاحبة لإرتداء الملابس المخالفة.

• **اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة:**

تتمثل في رغبة الطفل في أن يتحول للجنس المقابل للجنس الفعلي، ورفض شديد

لسلوك أو صفات أو ملابس الجنس الفعلي، ويصل بهم الحال-الأطفال- في الهوية

الجنسية، إلى اشتهاؤ الجنس المماثل (Homosexualite) أثناء فترة المراهقة وبعدها.

كما هي اضطرابات تبدأ في الظهور عادة أثناء مرحلة الطفولة المبكرة (دائماً قبل البلوغ بفترة طويلة)، وتتميز بانزعاج دائم وشديد بشأن الجنس الفعلي مع رغبة (أو إصرار) على الانتماء إلى الجنس الآخر، وهناك انشغال بملابس و /أو نشاطات الجنس الآخر و /أو رفض للجنس الفعلي المعتقد.

إلا أنه نادراً ما يصاحب اضطراب الهوية الجنسية، رفض مستديم للأجزاء التشريحية الخاصة بالجنس الفعلي.

وعند الفتيات يأخذ ذلك شكل تأكيدات متكررة على أن لديهن أعضاء تناسلية ذكورية، أو أنه سينمو لهن أعضاء تناسلية ذكورية، وقد يؤكدن على رغبتهن في ألا تنمو لهن نهود، أو تكون لهن دورة شهرية.

ثانياً: اضطرابات الانحرافات الجنسية (Paraphilias):

وتتمثل في اضطرابات التفضيل الجنسي، والتي يطلق عليها عادة إسم "الانحرافات أو الشذوذ الجنسي"، سواء كانت فيما يخص الموضوع الجنسي (كالتعلق بالأطفال، الحيوانات... الخ)، أو في الهدف الجنسي (كالسادية والمازوخية، الفينيشية... الخ)، فهي تتمثل باختلالاته الموضوعية والأدائية، من حيث الموضوع الجنسي الذي يختار من طرف المرض المعتل، وكذا سببية هدفه الجنسي والمبتغى من ورائه، إذ يكون في حالة

هاته الشذوذات الجنسية، الخلل واضح عند الحالة المنحرفة جنسيا، والمتعدية لغيره من الناس، كصفات سلوكية جنسية مستقرة.

• الولوج الجنسي بالأطفال:

وهو تفضيل جنسي للأطفال عادة في سن ما قبل البلوغ أو البلوغ المبكر، وبعض عاشقي الأطفال ينجذبون فقط إلى الفتيات، والبعض الآخر يقتصر على الفتيان، وهناك آخرون يعشقون الجنسين.

إن المعتدي على الأطفال لا يختلف عن بقية الناس من الناحية الاقتصادية ولا الاجتماعية ولا الفكرية، ولكنهم يختلفون في أنهم يتعرضون لمتاعب الحياة التي تفوق احتمالاتهم، فإنهم يبحثون عن الراحة في علاقات جنسية مع الأطفال.

ويمكن التمييز بين نوعين من المستغلين للأطفال:

النوع الأول: يجد ميلا للأطفال منذ بداية نضجه الجنسي، ويصبح الطفل هو موضوع الجاذب الجنسي له، ومع أنهم في الغالب قد يتزوجون وينجبون أطفال، إلا أن هذه الرغبة تستمر معهم نفسيا وتتحول إلى أطفالهم.

النوع الثاني: قد يكون الميل عنده نتيجة ضعف نمو جنسي، وعادة فإن هذا النوع ينجذب إلى الأطفال لرغبته بالبقاء طفلا.

و قد عدد علماء النفس الأسباب التي تجعل المعتدي يفضل العلاقة بالأطفال على

الكبار، ومن هذه الأسباب سببان أساسيان هما:

الأول: كون المجرم ناقص عقل، ضعيف، لديه جسد رجل ولكن تفكيره تفكير طفل ابن

سبع أو ثمان سنوات، وهو عاجز عن إقامة علاقة مع الكبار، وتشكل هذه الفئة

نسبة (7%) من الكبار الذين يعتدون على الأطفال.

الثاني: كون المجرم قد اعتدي عليه في طفولته، فيكون بذلك كمجرما وضحية في آن

واحد.

ومن أهم الأسباب لتفضيل المعتدي هذا النوع من الممارسة كون الزنا من المراهق أو

الطفل يحقق له التقليل من التعرض للأمراض الحديثة كالإيدز.

لذا فإن الدافع الجنسي يتميز من بين كل الدوافع الغريزية كونه الأكثر مرونة، خاصة

بسبب كون المواضيع التي يمكن أن ترضيه متغيرة جدا، وحتى قابلة للتبادل، هذه

المتغيرات تجعل الدافع الجنسي يظهر بأشكال تجعله أحيانا غير معروف.

الهيام بالحيوانات: فبعض هذه الحالات تجد لذتها في مراقبة الحيوانات في أثناء قيامها

بالنشاط الجنسي، وبعضها يتصل جنسيا حقيقيا بالحيوانات، على حين هناك البعض

الآخر الذي يكتفي بالتلذذ من "أثر" الحيوان **Fitishist**، مثل الفراء أو أي شيء ينتمي

للحيوانات.

و هو انحراف جنسي يتمثل في قيام الرجل أو المرأة بعلاقات جنسية مع حيوان، قد يصاحبها أحيانا تقليل وانعدام العلاقات الجنسية الإنسانية الأقل من 13 سنة.

جماع الأموات:

وفي هذا الانحراف يميل الفرد إلى القيام بالفعل الجنسي مع جسم ميت، ويكثر عند الذكور منه عند الإناث، وقد يقتل الفرد الأنثى حتى يمكنه القيام بفعل جنسي معها، أو حتى يقوم بنبش القبور لتحقيق ذلك.

الجنسية المثلية:

وهي المصطلح الذي يستخدم للدلالة على الإستجابية الجنسية لأفراد من نفس الجنس، وعلى الرغم من أن المصطلح يستخدم غالبا لوصف التعليق الشبقي الذي يكون بين الرجال، إلا أنه من الناحية الاصطلاحية يتضمن العلاقات التي تكون بين الإناث بعضهن ببعض، أو ما يعرف باسم السحاق Lesbianism، كذلك على الرغم من أن الجنسية المثلية تمارس على عدة أشكال، من بين أكثرها شيوعا تبدل الأعضاء التتاسلية، إلا أن النشاط ليس هو الأساس الأول الذي من أجله يوصف الفرد بالانحراف، وإنما الأساس في ذلك هو اختيار الموضوع الجنسي، إذا أن كثيرا من ألوان السلوك الجنسي التي نجدها عند الشركاء في الجنسية المثلية، تكون هي عينها ألوان السلوك الجنسي التي تلاحظها بين الشركاء في الجنسية الغيرية.

-أسباب الاضطرابات الجنسية:

ليس هناك أسباب محددة لاضطراب الهوية الجنسية يقدر ما هي عوامل مساعدة أو

مهينة:

- تشجيع الوالدين أو صمتهم أو حتى عدم اكتراثهم للطفل يعني مباركتهم لهذا الدور ورضاهم عنه حتى يتمكن و يتأصل فيه شعور الانتماء للجنس الآخر.
 - في أحيان أخرى قد لا يكون لدى الطفل المثل الجيد لمظاهر الرجولة أو حتى أما تعلمه ولو نظريا ما يفعله يشعر به الرجال في شتى المواقف والأحوال وتغرس فيه الشعور بالقوة وشدة البأس.
 - تقول النظريات التحليلية أن تماهي الطفل وتحده مع والده من الجنس الآخر قد يؤثر في ميوله وتكوين هويته. فالولد اللصيق بأمه بشكل كبير قد ينمو ليصبح أنثوي الهوية أو الميول.
 - أن الأذى الجسدي أو الجنسي الذي يقع على الطفل في سن مبكرة قد يجعله يحلم باختفاء هذا الأذى وزواله لو تحول للجنس الآخر مما يؤثر على تطور هويته.
- إن وجود ملامح أنثوية لدى الأطفال الذكور قد يجلب لهم التعليقات والتحرشات التي تؤدي لانحراف هويتهم وكذلك مظاهر الخشونة بالنسبة للإناث.

العلاج:

للأسف فإنه قد لا يمكن عمل الكثير لمثل هذه الحالات. لذلك فالوقاية خير من العلاج.

- الوقاية تأتي بممارسة الوالدان لدورهما الحقيقي في التوجيه والتصحيح وتوفير القدوة الجيدة للطفل في السلوك الاجتماعي المناسب للذكور عامة والممارسات الجنسية خاصة. ولا بد للوالدين من الاهتمام بما يقوله الطفل في هذا الخصوص وما يعلق به الأقارب تجاه أطفالهم.
- العمل على غرس النمط السلوكي المقبول اجتماعيا وتشجيع السلوك المطابق للجنس وذلك بالممارسة الفعلية من خلال الاشتراك بالأنشطة المناسبة للأطفال جماعيا أو مع الوالد أو الوالدة.
- إظهار الرفض لأي مظهر من قد يكون من مظاهر الانحراف للعمل على كبحه في سن مبكرة قبل أن يتأصل ويصعب التخلص منه.
- كما أن زيارة الطبيب النفسي في مثل هذه الحالات وبالذات في السن المبكرة جدا قد يفيد في اكتشاف بعض الإختلالات الهرمونية أو الخلقية التي قد في إصلاحها إنقاذا للطفل من المشكلة لا حل لها.

http://musanadah.com/index.php?action=show_d&id=8

المحاضرة (07)

السرقه :

تمهيد :

تعتبر خاصية امتلاك الأشياء فطرية تظهر لدى الطفل منذ الولادة ، و تكون وسيلة التعبير للحصول على ما يريد و تملك الأشياء عن طريق البكاء، ثم عن طريق الوالدين و خاصة الأم ، حيث تعتب علاقة الطفل بأمه هي العلاقة الأولى في حياة الطفل ، و أخير يتم الحصول على الأشياء و يمتلكها لوحدة، و يكون الطفل في المراحل الأولى لا يميز بين حاجاته و حاجات الآخرين مما يجعله يرغب في امتلاك أي شيء و يود الحصول عليه ، دون إدراك مفهوم الملكية (هذا الشيء ليس ملكا لي) وهذا طبيعي فهو لم يكتسب هذا المفهوم بعد والدور على الأسرة في وضع الحدود الفاصلة بين الطفل وأغراض الغير مع توضيح بعض المفاهيم الأخرى مثل الاستئذان عند الطلب

الأمانة والإيثار، مع العلم أننا لا نستطيع التحدث على مفهوم السرقة لدى الطفل إلا بعد ستة سنوات و لهذا تطرقنا في هذه المحاضرة إلى السرقة كاضطراب سلوكي لدى الطفل.

1 تعريف السرقة :

و فيما يلي بعض التعريفات التي تناول السرقة : يعرف (ودينغ 1994)

السرقة على إنها تعتبر سلوكا يعبر عن حاجة نفسية فهي ليست جدثا منفصلا قائما ذاته و إنما هو وظيفة في خدمة شخصية الفرد فقد تكون وسيلة لجذب الانتباه وإثبات الذات و قد تكون وسيلة لحماية هذه الذات.

و يعرف ألزغبى 1994 السرقة بأنها مشكلة اجتماعية تظهر على شكل اعتداء شخص

على ملكية الآخرين بقصد أو بدون قصد بغرض امتلاك شيء لا يخصه ، و حتى

يوصف هذا السلوك بأنه سرقة لابد أن يعرف الطفل أن من الخطأ اخذ السيئ بدون إذن

صاحبة.و تتضمن تعريفات السرقة العناصر التالية :

1. أنها تستحوذ على ملكية الآخرين دون وجه حق.
2. أنها عدوان على ملكية الآخرين.
3. أنها عمل غير أخلاقي يجب أن يعاقب عليه القانون.
4. أنها قد تكون مشكلة نفسية اجتماعية أو تربوية تحتاج إلى تطوير أساليب للوقاية

و العلاج.

و يرى الشرييني أن السرقة تبدأ كاضطراب سلوكي واضح في الفترة ما بين 4-8 سنوات.
و تتطور و تصبح جنوحا في الفترة ما بين 10-15 سنة

2- أشكال السرقة :

1. السرقة الكيدية :حيث يلجأ بعض الأطفال إلى السرقة عقبا إما للكبار أو الأطفال مثلهم .
2. سرقة حب التملك: لا نبالغ إذا قلنا أن أغلب الأطفال مارسوا نوعا من السرقة ، و أن الأمر ينطوي على إشباع حاجة بدأت مع النزوع للاستحواذ على مستوى من العاطفة في مراحل النمو النفسي الأولي برغبة الطفل في الإست ثار بالأم و قد ينجح مما يدفعه بالتدرج إلى محاولات الاستحواذ على الأشياء الآخرة.
3. السرقة كحب المغامرة و الاستطلاع.
4. السرقة كاضطراب نفسي .
5. السرقة لتحقيق الذات.
6. السرقة نتيجة الحرمان.

3- أسباب السرقة: من العوامل المرتبطة بالسرقة:

1. أسباب اقتصادية:مثل الفقر و الحرمان وانخفاض دخل الأسرة، و معاناة الوالدين من البطالة.

2. العوامل الاجتماعية : مثل التنشئة الأسرية الخاطئة (الدلال و الحماية الزائدة،

الإهمال ، التفكك الأسري، جهل الوالدين بأساليب التربية الحديثة.

3. العوامل النفسية : المتعلقة بالأطفال مثل الاضطرابات الانفعالية و الأمراض

النفسية و الغيرة و الحرمان النفسي و الاجتماعي.

4. العوامل المدرسية مثل الشعور بالنقص للفروق بالوضع الاقتصادي و التنافس و

الغيرة بين الأطفال و عدم المعاملة الجيدة من المعلم.

5. وسائل الإعلام: مثل التلفزيون و السينما الانترنت و غيرها من الوسائل التي

تقدم النماذج السلبية للأطفال.

6. غياب و ضعف الوالدين و عدم قدرتهم على معالجة المشكل بالأسلوب

المناسب.

7. ضعف الوازع الديني و الابتعاد عن التربية الإسلامية.

3 اتجاهات الطفل نحو سلوك السرقة:

-نادرا ما يشعر الأطفال بالذنب نتيجة امتلاكهم لأشياء غيرهم ولكن ردة فعل

المحيط هي التي تعطي معنى لسلوك السرقة

- كما نلاحظ في بعض الأحيان ظهور قلق وتوتر مصاحب للسرقة مع الشعور

بالذنب وكأن السارق هنا يبحث عن العقاب وفي بعض الأحيان الأخرى نلاحظ

العكس سرقة ممتلكات الغير مع عدم الشعور بالذنب بل يكون سلوك السرقة هنا

كعملية إصلاح أو المطالبة بتعويض النقص

-كلما كانت السرقة ذات طابع اجتماعي أي تحدث داخل مجموعة كلما دلت على

اضطراب السلوك المضاد للمجتمع(بن يحي فرح،2020)

5 التفسير النفس مرضي للسرقة: يرجع سلوك السرقة من الناحية النفس مرضية

لدى أغلب الباحثين إلى:

الحرمان العاطفي- التخلي عن الطفل- انفصال الوالدين- الصرامة الشديدة أو الإهمال

التربوي الشامل

وهذه الظروف غالبا ما نجدها ترافق الأطفال الذين يميزهم سلوك السرقة

ففي حالة الحرمان العاطفي تكون صورة الأم هي التي يبحث عنها الطفل الذي يأخذ

الشيء هو لا يبحث عنه في حد ذاته وإنما عن حقه في أمه التي تخلت عنه وبالتالي

أخذه أو سرقتة لممتلكات الغير هي كتعبير لاسترجاع حقوقه و يرى Winnicott أن

السرقة لا تحمل طابعا سلبيا دائما وإنما هي المطالبة بالحق في الحب

6 ردود أفعال الأولياء اتجاه السرقة قد تأخذ اتجاهين:

-معاملة صارمة نحو سلوك " بسيط " *هي ما يجعل سلوك السرقة هذا يأخذ منحى

مرضيا فيعامل الطفل

-كلص وبراوب وكأنه مشتب به فبءءل الءفل فب ءائرة سلوكفة مازوشفة مءكرة

وبؤكء فب كل مرة

-مءاوف الأهل أو المقربفب منه

من ءهة أخرى نءء بعض الأولفاء فءسامءون مع أبناءهم وبتهاونون فب الءعامل مع

هءا الءفل إلى ءرءة ءءل هءا الءفل فءءقء أن هءا الفعل مقبول ومرءص له

-هناك أيضا سرقات عصابفة (la cleptomanie) وهف سرقات ءفر نفعفة ءءمفز

بنزعة قهرفة وهناك رءبة مؤلمة فب مواءهة هءا السلوك فرافقه قلق مع شعور

بالراحة عنء ءنففء السرقة لكن مع الشعور بالءنب

-فب الءفل الءشفصف الفءصاف الخامس 5 DSM صنفء السرقة ضمن

اضءراباء الءءكم فب الءافعة وهف قرفبة من الناففة الوظففة ل TOP

العلاج:

أول ءءوة فب العلاج هف ءءوة وقائفة نوضح ففها معنى الملكفة ومفهوم الأمانة للءفل

الصءفر

-اشباع النقص والافءفاءاء العاففة للءفل وإعطاءه الحب والاهءمام قبل الأمور

الماففة.

- فبب ألا فبالء فب العقاب الءابع للسرقة مع ءوضفء سلبفباف وعواقب هءا الفعل

على الءفل وعلى ءفره .

- عدم إصاق بالطفل مصطلح لص أو التشهير به أمام اخوته أو رفقائه بالمدرسة
- من الأفضل أن نجعل الطفل يتابع العلاج النفسي في حالة هوس السرقة أو الشعور بالقلق والاكتئاب المصاحبين للسرقة. (بن يحي فرح، 2020)

الخلاصة :

يعتبر سلوك السرقة ظاهرة طبيعية في بعض المراحل الأولى باعتبار أن الطفل لا يميز في هذه المرحلة بين حاجياته و حاجيات الآخرين و يريد امتلاك أي شيء يكون يصادفة أو يثير انتباهه ، لكن اذا استمر هذا السلوك أكثر من 6 سنوات هنا يصبح الأمر غير طبيعي و لابد من معالجة الطفل قبل أن يتطور في المراحل اللاحقة.

المحاضرة (08):

ثالثا/جنوح الأحداث

تمهيد:

إن جنوح المراهقين ظاهرة اجتماعية في كل المجتمعات، واختلفت نظرة التاريخ الاجتماعي لهذه المشكلة فقديمًا اعتبر المراهق الجانح مجرمًا يستحق العقاب، حتى لا يصاب المجتمع باختلال توازنه.

أما المجتمعات الحديثة فقد أدركت أن المراهقين الجانحين أغلبهم ضحية لظروف عديدة: بيولوجية، نفسية واجتماعية أدت بهم إلى الجنوح وقد حاولنا أن نفهم ونتعمق في هذه الظاهرة أي الجنوح خلال فصل كامل، حيث نتعرف من خلاله على أهم التعاريف

الخاصة والمختلفة التي أعطيت لهذا المفهوم، وأهم النظريات المفسرة له، وأشكاله،
والعوامل المؤدية إلى ذلك، لنتناول في الأخير الجنوح لدى المراهق، والمراهق الجانح
المحروم عاطفياً.

1. مفهوم الجنوح: تتحدد تعاريف الجنوح حسب وجهات النظر المختلفة:

1-1. الجنوح لغة:

يعني الجنوح بأنه الفشل في أداء الواجب أو أنه ارتكاب الخطأ أو العمل السيء أو العمل
الخاطئ. (عبد الرحمن العيسوي، 1984، ص: 23)

1-2. المفهوم القانوني:

يركز التعريف القانوني للجنوح على فكرة حماية المجتمع من الجريمة، فالمراهق لا
يعتبر جانحاً إلا إذا شكل سلوكه خطراً على أمن المجتمع، والقانون لا يعنيه بعد ذلك ما
يتعرض له المراهق من مخاطر، طالما كان ذلك لا يتضمن اعتداء مباشراً على أمن
المجتمع وسلامته، كما لا يعنيه ما إذا كان السلوك المنحرف الذي أتاه عارضاً أو أصيلاً
على شخصيته.

● ويرى بول تابان (paul tappani) أن الانحراف من الناحية القانونية بأنه "أي فعل أو

نوع من السلوك أو موقف يمكن أن يعرض على المحكمة ويصدر فيه حكما قضائيا

لإسناده إلى تشريع معين". (منير العصرة، 1974، ص:30)

● ويعرف الدكتور "منير العصرة" إنحراف الأحداث من الوجهة القانونية بأنه: " الحدث في

الفترة ما بين سن التمييز وما بين سن الرشد الجنائي الذي يثبت أمام السلطة القضائية،

أو أي سلطة أخرى مختصة أنه قد ارتكب احدى الجرائم أو تواجد في احدى الحالات

الخطرة التعرض للانحراف التي يحددها القانون ". (قواسمية، 1992، ص35)

3-1- المفهوم النفسي:.

إن جنوح المراهقين من وجهة نظر علم النفس، هو سلوك لا اجتماعي أو مضاد

للمجتمع يقوم على عدم التوافق وعلى الصراع النفسي بين الفرد ونفسه، ويشترط أن يكون

الصراع أو السلوك اللااجتماعي سمة واتجاهها نفسيا واجتماعيا تقوم عليه شخصية

المراهق الجانح، وتستند إليه أغلب مواقف الحياة، وإذا كان هذا السلوك سطحيا عارضا

يزول بزوال أسبابه الناشئة عن عوامل اقتصادية أو صحية. (خيل الزراد ، 1984،

ص:251)

حيث أن علماء النفس يركزون في دراساتهم للجنوح حول فهم الجنوح كسلوك من

خلال الشخصية و تكوينها وطبيعة القوى الفاعلة فيها.

إذ يعرف العالم "اديك هورن"، الطفل الجانح على أنه يحمل في داخله شيئاً ما وأن دور البيئة لا يتعدى افساح المجال للتعبير عن هذا الشيء بشكل سلوك جانح. (كامل محمد عويضة، 1994، ص:9)

بينما يرى sheldan blecuor : "أن الجنوح سوء تكيف الأحداث مع النظام الاجتماعي الذين يعيشون فيه". (قواسمية، 1992، ص:63)

أما رأي "فرويد": "أن الجانح يرتكب أفعاله المضادة للمجتمع بحثاً عن العقاب، وهو يفعل ذلك لأنه مدفوع بمشاكل ذنب شديدة ناتجة عن أنا أعلى مفرط في قسوته، ويتطلب العقاب بشكل دوري لكي يهدئ". (حجازي، 199، ص:22)

كما يرى Echoin Eriad Lander : "أن تصرفات الفرد تتحد في الغالب بتجارب الطفولة الأولى، ويقول لبعض علماء النفس بأن كل انسان يولد وهو مزود بمجموعة من النزاعات الغريزية، إلا أن الأفراد يختلفون فيما بينهم من حيث شدة تلك النزاعات، فهي تشتد عند البعض لتدفعهم إلى سلوك يتعارض مع مقتضيات القانون، وأوضاع الجماعة الأخلاقية والحضارية، ومن ثم يقع ما يسمى بالجنوح عند الصغار أو المراهقين". (محمد عويضة، ص:10)

1-4. المفهوم الاجتماعي:

إن الدراسات الإجتماعية متعددة في آرائها، لكنها تكاد تتفق على أن الجنوح ظاهرة اجتماعية تخضع في شكلها وأبعادها لقوانين حركة المجتمع فهي لا تهتم بالمراهق الجانح كفرد، بقدر ما تركز جهودها على ما يحمله النشاط الجانح. (قواسمية، ص:46)

حسب علماء الاجتماع يرون أن الانحراف شيئاً من البيئة دون أي تدخل للعمليات النفسية المعقدة التي تلعب دورها على مسرح اللاشعور، وهم بذلك يصفون المراهقين الجانحين على أنهم ضحايا ظروف اجتماعية خاصة اتسمت بعدم الاطمئنان والاضطراب الاجتماعي لأسباب متعلقة بالانخفاض الكبير بمستوى المعيشة التي يعيشون في ظلها أو هم ضحايا مزيج من هذا وذاك. (محمد جعفر، 1196، ص:8)

- ويعرفه فريدريك تراشر **trosher frideric**: "الجنوح هو حصيلة البيئة التي تساهم في تطويره... فالسلوك الجانح هو نتيجة المعاناة والقهر الاجتماعي الذي يأخذ شكل سوء تكيف أو تكيف مرضي لشروط بيئة سيئة". (قواسمية، 1992، ص:49)
- أما اميل دور كايم : " فيعتبر الانحراف عموماً والجنوح من ضمنه ظاهرة اجتماعية عادية نظراً لوجوده في كل المجتمعات وفي كل العصور، وبالتالي فدراسته يجب أن تتم بالطريقة الاجتماعية". (حجازي، 1995، ص:68)

ومن هنا نستخلص أن جنوح المراهقين يعتبر عدم تكيف ناتج عن عوامل مختلفة مادية، نفسية واجتماعية تحول دون الإشباع الصحيح لحاجات المراهق.

2- النظريات المفسرة للجنوح:

تنوعت النظريات واختلفت في تفسيرها للجنوح، كلا حسب اتجاهاته، فهناك من فسرها من الناحية البيولوجية مركزا في ذلك على دور الوراثة والجانب الجسمي والفيزيولوجي، أما الاتجاه النفسي فقد تناول الجنوح من خلال مسببات نفسية مثل: المشاكل النفسية المختلفة والطاقة الكامنة الداخلية وخبرات الطفولة، أما الاتجاه الآخر فقد تناول تفسير الجنوح في ضوء الحياة الاجتماعية والمحيط الذي يعيش فيه الفرد، وسنستعرض أهم هذه النظريات.

2-1. النظرية البيولوجية (دور الوراثة):

أثبتت الدراسات التي توصل إليها العلم الحديث أن الاصابات ما قبل الولادة، وما بعدها تحدث تغييرا في نمو الطفل، وبالتالي تكون قادرة على احداث اضطرابات عاطفية وسلوكية تؤدي بالشخص فيما بعد بالقيام بأفعال جانحة. (Ajuria , 1980, p :1002)

ويرى **Goring**: "أن الوراثة هي العامل الأساسي في ارتكاب الجرائم وليست البيئة. وقد دل على وجهة نظره بالنسبة للأولاد الذين أبعدها عن تأثير والديهم في سن مبكرة، فقد أصبحوا مجرمين بنسبة أكبر من الأولاد الذين أبعدها عن تأثير والديهم في سن متأخرة. فإذا ما وضعنا جانبا عنصر البيئة لأنه قليل الأهمية يبقى البديل هو الوراثة".

كما رأى **Burt** من خلال دراسته على مجموعة من المراهقين الجانحين 44% من الحالات موضوع البحث كان أقرباؤهم من المنحرفين والمجرمين الذين أحيلوا إلى المحاكم،

وأن 19% كذلك اشتهروا ببعض الانحرافات الخطيرة، كذلك يرى العالم الايطالي لمبروزو أن المجرم يولد مجرماً بحكم عوامل وراثية، ويمتاز بسمات تكوينية خاصة ككثافة الحاجبين وكبر حجم الأذنين وعدم انتظام شكل الجمجمة. (محمد جعفر، 1996، ص:52)

2-2. النظرية النفسية:

إن النظرة النفسية للجنوح ترى بأنه ناتج عن مشاكل نفسية مختلفة تظهر بشكل سلوكيات اجتماعية. كما أنهم يرون بأنها عبارة عن محاولات يلجأ إليها الفرد لمواجهة بعض المشكلات و العقبات التي تعترض حياته وكشف بعض اللاشعورية التي تحرك السلوك الظاهر، وينطلقون من محاولة تحليل السلوك الجانح من خلال البعد الذاتي للشخصية الجانحة والاهتمام به، ولأنه فرد قائم بذاته (فالتغيرات النفسية الأساسية لسلوك المراهق الجانح والشائعة حالياً تعتمد على منطلقات بأن في صياغتها لحل المشكلة الخاصة بالعلاقات مع الوالدين والحرمان العاطفي). (قواسمية، 1992، ص:88)

ولقد فسّر فرويد وبعض أتباعه مثل: باش، وكان فريد لاندرا، وليبو فيني، ظاهرة التكرار عند بعض الجانحين الفاشلين.

ومن خلال هذا الافتراض أن الجانح الفاشل المكرر يبدو كأن لديه انجذاباً نحو السجن، وهذا يعطي الانطباع وكأنه ينحرف كي يعاقب، وفي السجن يبدو عليه الهدوء،

لأن العقاب يسكت صوت الأنا الأعلى، بعد خروجه لا يمضي فترة طويلة من الزمن في حياة الحرية حتى يتحرك الأنا الأعلى من جديد مطالباً بالعقاب من خلال إثارة مشاعر الذنب الشديدة، ويستجيب الجانح لذلك بالعدوان والسلوك المضاد للمجتمع فيعاقب من جديد، وهكذا تكرر الحلقة التي تميز حياة هؤلاء الجانحين. (حجازي، 1995، ص: 22-

(23

مشاعر الذنب ← سلوك عدواني جانح ← عقاب ← مشاعر الذنب

ولكن هذا التفسير لا ينطبق على جميع الجانحين.

كما يرى أصحاب هذه النظرية أن لدى الفرد ما يسمى بالدوافع أو الحاجات التي تدفعه إلى سلوك معين، حتى يخفف من توتره ويشبع هذه الحاجات ويعيد الاتزان لنفسه، وهي حاجات نفسية واجتماعية، كما هي عبارة عن عمليات عقلية، عاطفية ونفسية تهدف إلى تحقيق الشعور بالأمن والسعادة.

كما ترى مدرسة التحليل النفسي أيضاً أن الفرد غالباً ما يعبر عن حوافره وحاجاته، بصورة ساذجة، أنانية متجها نحو اشباع حاجاته على أساس الحصول على اللذة والأنا يتعارض مع معايير الجماعة (الأنا الأعلى). (خير الزراد، 1984، ص: 263-264)

2-3. النظرية الاجتماعية:

من رواد هذه المدرسة دور كايم durkheim وتارد tard في فرنسا وcohyanni في

إيطاليا، وبونجر bonger في هولندا، كل هؤلاء أرجعوا سلوك الجانح إلى الظروف

الاجتماعية المحيطة به، وترجع هذه المدرسة العوامل البيئية على غيرها من العوامل

المتصلة بذات الشخص، فالانحراف بصورته المباشرة وليد البيئة التي تمارس ضررا أو

فسادا على المراهق، وأسباب الجنوح عديدة أهمها يكمن في: التصدع العائلي وعدم

استقرار الأسرة وجهل الوالدين لأساليب التربية السليمة. فالفرد لا يعيش منعزلا عن تأثيرات

البيئة. والجنوح نادرا ما يكون عملا انفراديا، بل يقع بتأثير أو بضغط البيئة الاجتماعية.

أما اتجاه المدرسة الخاصة بالتنشئة الاجتماعية هي التي تفترض أن الخبرات

الحياتية التي يكتسبها الفرد خلال مراحل تنشئته تشكل الحجر الأساسي في بناء الضوابط

الداخلية للسلوك الظاهر.

وتكاد هذه المجموعة الكبيرة من التفسيرات النفسية الاجتماعية أن تعطي كافة

العلاقات الاجتماعية، وأدوارها، والمواقف، الظروف الفردية والبيئية التي تدخل في عملية

التنشئة الاجتماعية التي يمر بها الفرد خلال فترات زمنية متعاقبة، ولا شك أن السلوك

الجانح في طبيعته سلوك مكتسب يتصل بشكل أو بآخر بمدى اكتساب الفرد للقدرة على

ضبط تصرفاته المختلفة، ولعل من أبرز الموضوعات التي تتناولها هذه المجموعة من

النظريات وتلك الظواهر النفسية والاجتماعية ذات الصلة بتكون سلوك الجانح، كظواهر

الإحباط ونبرات الطفولة المبكرة التي يكتسبها الطفل من خلال الأسرة، التركيب العائلي

والأسرة المتصدعة، وتأثير الأب في تنشئة الطفل، وأثار انفصال الأبوين بالهجر أو الطلاق، ومركز الإيحاء في الأسرة والضبط الأسري، والالتقاء الأسري، وغير ذلك من الظواهر ذات الصلة بالتنشئة الاجتماعية. (الدوري، 1985، ص:26)

3- أشكال الجنوح:

يأخذ جنوح المراهقين أشكالاً متعددة ومختلفة، تختلف من حيث الكم والكيف.

فمن حيث الكم نميز نوعين من الجنوح: جنوح جماعي وجنوح فردي.

● **الجنوح الجماعي:** يظهر في سلوك تلك الجماعات التي تتغمس في أنشطة مثل: سرقة

السيارات والضرب والنشاط الجنسي، وغير ذلك من السلوك المنحرف.

● **الجنوح الفردي:** يظهر في الأسر الطبيعية والأحياء الراقية أو الرديئة، ويظهر لدى

الصغير لحل مشكلة خاصة.

● **و سرد كوهن " ak.cohen"** الظروف التي تقود إلى الجنوح الاجتماعي أو جنوح

الجماعات ونوع الثقافة المحلية أو الفرعية التي تقود أعضائها إلى الامتثال لمعاييرها

والخضوع لها، ومن بين التفسيرات التي يقدمها أن أطفال الطبقات الدنيا يعانون الكثير

من الإحباط و الإهانة في المدارس، ومن هنا فإن أولئك الذين يعانون معاش الحرمان

يميلون إلى التجمع في جماعات صغيرة، ويعبرون على جنوحهم بالهجوم أو الإهانة نحو

نظام الطبقة الوسطى. (عبد الرحمن عيسوي(1984)، ص:24)

-أما من حيث الكيف فنجد هناك أنواع مختلفة من الجنوح وهي:

● **جنوح ضد الممتلكات:** وهي جنح معروفة مثل: السطو على المنازل، وسرقة الأشخاص

بالعنف والجنح البسيطة مثل: إخفاء الأشياء المسروقة، سرقة السيارات، وسرقة بكل أنواعها.

● **جنوح ضد الأشخاص:** مثل: القتل، محاولة القتل، القتل الخطأ، الضرب، الجروح

الجسمية، استعمال العنف، التعدي، قتل الأطفال، و التخلي عن الأطفال في حالة "أطفال غير الشرعيين".

● **جنوح ضد الأخلاق:** الاغتصاب، محاولة الاغتصاب، الانحرافات الجنسية،

والاعتداءات اللاأخلاقية بكل أنواعها.

أنواع أخرى من الجنوح: مثل:

الحرق العمدي، التشرد، و الاختلاس... الخ.(عبد الرحمن محمد عيسوي، 1984،

ص:26)

4- العوامل المؤدية للجنوح:

لا يمكن فهم الجنوح إلا على ضوء تلك الخبرة التي تشكل جزءا من عملية ديناميكية

مستمرة، فالمراهق يتمتع عادة بتكوين بيولوجي، نفسي خاص، ويتضح بقدرات وميولات

واتجاهات مختلفة واعية، يعيش أيضا في عالم اجتماعي تسوده العلاقات الفردية

والاجتماعية والثقافية المتنوعة التي تؤثر في تكوين شخصيته.

هناك أمر مؤكد وهو أن سلوك المراهق الجانح يرجع لأكثر من سبب يساهم بشكل أو بآخر في تكوين ذلك السلوك.

ورغم تعدد العوامل الدافعة إلى الجريمة فإنها ليست على درجة واحدة من الأهمية، فقد تكون بعض هذه العوامل مسيبا رئيسيا للانحراف، وقد يكون البعض الآخر من الأسباب الثانوية أو المساعدة له، وهذه العوامل هي كما يلي:

4-1. العوامل البيولوجية: (دور الوراثة)

نقصد بالعوامل البيولوجية هنا دور الوراثة في ظاهرة الجنوح، وقد اهتم الكثير من الباحثين بالجانب الوراثي ومنهم العالم لمبروزو الذي أرجع الجنوح إلى سمات وصفات تكوينية في الأفراد، فقد قطع على أن مثل هؤلاء الأشخاص ما ولدوا إلا ليصبحوا فيما بعد جانحين أو مجرمين، المجرم بالوراثة حامل لكروموزوم الإجرام (XXY) وهذا ما أكده الدكتور (Medneek).

وللجنوح علاقة بالوراثة، لأنه وجد الكثير من المراهقين الجانحين تبين أن آبائهم الحقيقيين كانوا جانحين مجرمين، وهذا ما أدى إلى ظهور نظريات وبحوث متعددة تؤكد دور الوراثة في السلوك الجانح، وأن الجريمة تنتقل من السلف إلى الخلف عن طريق الدم. (قواسمية، 1992، ص: 88)

كما قد يكون الجنوح سببه ضعف عقلي ونفسي أو تخلف أو عدم اكتمال النمو العقلي الذي يولد به الفرد، أو تحدث في سن مبكرة من عمره بسبب عوامل وراثية، ويؤدي به إلى نقص في الذكاء، وتتنضح آثاره في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم والتوافق النفسي.

إلا أن أبحاث المختصين أكدوا أنه ليس هناك علاقة ما بين الذكاء و درجة الجنوح، وأن الجانحين و الأسوياء متماثلين في الذكاء وأن الضعف العقلي هو عامل من جملة العوامل المساعدة فقط.

-كما تختلف نسبة الجنوح باختلاف الجنس، حيث يكثر الجنوح عند الذكور عنه عند الإناث.

-كما تؤثر الغدد الصماء بشكل مباشر، وذلك من خلال اختلال التوازن و إفرازاتها الهرمونية المختلفة، على سبيل المثال زيادة هرمونات الغدة النخامية الأساسية يكون مصحوب بحياة متوترة ومشدودة ومعيشته مبالغ فيها وجرأة واندفاع و ميولات عدوانية، على عكس إفرازاتها تصاحبه حالة ركود و فتور و خجل.

-كما تؤدي العاهات الجسدية على الجنوح مثل: (قصر القامة، العمى، الصم البكم، شلل الأطفال، وغيرها من التشوهات-خاصة تشوهات الوجه-،...).

وهذه العاهات تلعب دورا هاما في حياة المراهقين الجانحين نتيجة للنقص و الحرمان الذي يجدونه في أنفسهم، وعدم التكيف مع المجتمع، مما يقوده للقيام بسلوكات مضادة للمجتمع. (قواسمية، ص:100)

4-2. العوامل النفسية:

ترى المدرسة النفسية القديمة أن سبب الجريمة والتشرد هو إصابة الفرد بالمرض النفسي أو العقلي أو الصرع أو الجنون الخلفي. بينما ترى المدرسة النفسية الحديثة أن المرض النفسي في حد ذاته أو المرض العقلي أو الجريمة أو الجناح أو التشرد أو أي فعل شاذ آخر لا يقع تحت طائلة القانون يعتبر عرض لمرض قديم في التكوين النفسي للفرد، وسبب هذا المرض فساد الترقى الوجداني في عهد الطفولة المبكرة. ويفرز ذلك ظروف بيئته في الكبر، تدفع السلوك الشاذ سواء أكان جريمة أو تشرد أو أي فعل آخر خارج عن دائرة السواء. ويوضح العالم النفسي فرويد Freud: " الاضطرابات في الشخصية نتيجة كبت عنيف في الطفولة المبكرة مع إحباط شديد الكبر"، هذا الاضطراب في العاطفة هو الذي يهيئ للسلوك الشاذ الامتصاص الثقافي اللااجتماعي، فهو البوتقة التي تتضح فيها الروح الاجتماعية أو تحترق.

وإن العامل المسبب للانحراف هو الاضطراب العاطفي في عهد الطفولة المبكرة، فالانحراف يعبر بطريقة رمزية عن العقد النفسية، والتي تكونت في الطفولة لاشعوريا،

فحالات السرقة القهرية ترمز إلى انتزاع الحب والحصول على العطف في سورة الشيء المسروق، ويرى فرويد أن الإجرام سببه عقدة الأوديب الناتجة عن حب الفرد لأمه لا شعورياً، ذلك الحب الجنسي الذي تمنع حقيقته تقاليد المجتمع، ومن ثم يسبب للطفل اضطراباً وضيقاً نفسياً نتيجة للكبت العنيف. (ماجدة ، علام وآخر، 1985، ص:412)

كما يرى "كيت لاندر" أن السلوكات الجانحة إنما ترجع في أساسها إلى اضطرابات في تكوين الأنا.

ويرى كذلك أن سلوك الجانح في بعض الحالات مصاحب لمشكلات عقلية انفعالية وتربوية مثل:

●الطفل المتأخر عقلياً يخالف القانون من غير قصد على الإطلاق.

●الأطفال أصحاب الاضطرابات الانفعالية فالسلوك الجانح عندهم يكون تعبير عن

مشاعر العداوة القوية. (قواسمية، 1992، ص:83)

كما يرى فرويد التشرد يرجع إلى الصراع بين الهو و الأنا الأعلى في الطفولة المبكرة نتيجة للتضارب بين التكوين البيولوجي والغرائز الفطرية من جانب، ومطالب البيئة من الجانب الآخر، الذي يؤدي بدوره إلى كبت عنيف للدوافع الغريزية فتتوقف نمو بعض أجزائه للشخصية. (ماجدة ، علام، 1985، ص:412)

3-4. العوامل الاجتماعية:

هي كافة الظروف الطبيعية الاجتماعية المحيطة بالمراهق الجانح، ونجدها تنقسم إلى

نوعين من العوامل:

4-3-1. العوامل البيئية الداخلية (الأسرة):

***التفكك الأسري**: توضح كثير من الدراسات العامة أن المراهق الجانح يأتي من أسرة متصدعة سواء بالهجر أو الطلاق أو الوفاة، وغالبا ما تدفع المراهق إلى حياة تخرج عن الوضع الطبيعي.

ويؤكد "هويز" من خلال بحث أجراه في مدينة باريس سنة 1942 أن 88 % من المراهقين الجانحين كانت أسرهم مفككة، ويرى "بيناتل" الباحث الفرنسي أيضا من خلال دراساته أن 58% من عائلات المراهقين الجانحين يشوبها التفكك و الانحلال كذلك، تعدد الزوجات وحرمان المراهق من رعاية أحد والديه سببه زواج الأب بامرأة أخرى أو زواج الأم برجل آخر، واضطرار الابن إلى الحياة في كنف زوجة أبيه يحرمه من مقوماته الشخصية المتكاملة و ينمي فيه ال نزعات العدوانية، لدرجة أن الاضطرابات السلوكية تتضاعف لدى الأطفال الذين يعيشون مع زوجة الأب أو زوج الأم. (حسن، 1975، ص:630)

***التصدع المعنوي للأسرة**: يقصد بالتصدع المعنوي للأسرة الخلل والاضطراب الذي

يسود العلاقات بين أفراد الأسرة، وسوء التفاهم الحاصل بين الوالدين، وانعكاساتها على

شخصية الأولاد وجهل الوالدين بأساليب التربية السليمة، والخلافات العائلية تمنع التطور الطبيعي لشخصية المراهق الجانح، فقد بينت العديد من الدراسات هذا، منها الدراسة التي أجراها " شلدون واليانور جلوك " في الولايات المتحدة الأمريكية أن 70.4% من المراهقين الجانحين موضوع دراساتهم قد تربوا في بيوت استحك العداة فيها بين الآباء والأمهات أو بين الوالدين والأبناء. (جعفر، 1996، ص:62)

* جهل الوالدين بأساليب التربية السليمة:

أنه كما يمكن أن يكون الوالدين مصدر أمان وعطف وثقة بالنسبة للمراهق الجانح، فإنه يمكن أن يكونان أيضا سببا لخبية أمله وكبته وذلك من خلال أسلوب المعاملة التربوية التي يتلقاها الحدث، سواء كان ذلك ثوبا أو عقابا، وقد رأى "تريت" من خلال أبحاثه أن معاملة الحدث بحزم زائد ممكن أن يولد لديه ردود فعل مادية كالسرقة، ومن ناحية أخرى فإن التساهل في معاملته ينمي لديه شخصية ضعيفة، غير قادرة على مواجهة الصعاب التي تصادفه وغير قادرة على تنمية العلاقات الاجتماعية مع الآخرين كذلك أظهرت الدراسات التي قام بها "هيلي" و "برونر" على 4000 حدث منحرف في مدينة شيكاغو و بوستن في الولايات المتحدة الأمريكية أن 40% من هؤلاء الأحداث ينقصهم النظام المؤثر و الانضباط. أما النظام غير المؤثر فيظهر عادة إذا كان غير عادي أو شديد القسوة أو بالغ التساهل. (جعفر، 1996، ص:63)

*الوضع الاقتصادي للأسرة:

ويتمثل في الفقر ولا جدال أن المراهق الذي ينشأ في بيئة فقيرة فهو شخص سيء الحظ، والفقر ينعكس على مقومات حياته، لأن الفقر يعني السكن المتواضع وسوء التغذية والجوع والتفكك والقلق والانزعاج والبؤس، وكل هذه التغيرات تؤدي إلى الغيرة و الطموح إلى حياة أفضل مثل الآخرين وتصبح هذه المتغيرات أسبابا للجنوح بحيث يبين "كارييتر" على أن الفقر والعوز هي أسباب رئيسية لجنوح المراهقين.

أما من الناحية التربوية يؤدي الفقر إلى سوء معاملة الأطفال فقد تمتد فترات البطالة إلى شهور وسنوات يوجه فيها الوالدان كل طاقاتهم للبحث عن العمل ولتدبير قوت الصغار فلا تبقى لهم طاقة للإشراف على تربية أولادهم.

أما من الناحية النفسية فالفقر معناه الحرمان، والحرمان يجعل الوالد شخص عصبي الطبع مما يدفعه إلى القسوة و الإسراف في العقاب لأولاده ومن هنا تنشأ بوادر الانحراف في نفوس المراهقين الجانحين.(منير العصر، 1994، ص:144)

4-3-2. العوامل البيئية الخارجية (العوامل التربوية):

هي العوامل الخارجة عن النطاق الذي ينشأ فيه المراهق الجانح و تتبين هذه العوامل في الصور التالية:

***المدرسة والنظام المدرسي:** قد يصل الطفل إلى المدرسة وهو مزود بشحنات إنفعالية

خاصة تصف سيره المدرسي، فإذا لم يجد النصيحة و الرعاية الكافية قد ينحرف عن

النظام المدرسي ويظهر ذلك في التحصيل المدرسي، والغياب والهروب من المدرسة،

فالمدرسة مسؤولة بصورة مباشرة أو غير مباشرة عن جنوح بعض المراهقين، و يظهر ذلك

في: (الطيب، 1990، ص:19)

-الهروب من المدرسة.

-الغياب أو التأخر.

-الجنوح داخل البيئة المدرسية.

-التخلف المدرسي.

كما أن سخرية المعلم من المراهق أمام أصحابه وتكران هذه السخرية تخلف في

روحه أي المراهق الإحباط و الانتقام التي هي وراء جرائم العنف في كثير من الأحيان،

وكذلك العقوبة التي يسلطها المعلم على المراهق بسبب الإخفاق المدرسي و سوء

الانضباط و العصيان لأوامره، وهذا كله يعد خطوة نحو الجنوح. (مكي، ص:190)

***جماعة الرفاق:** وتعتبر جماعة الرفاق على درجة عالية من الأهمية حيث تعتبر

جماعة الرفاق و الأصحاب من أشد الجماعات الأولية تأثيرا على شخصية المراهق ومن

هذه الجماعات ما تكون منسجمة مع السياق العام للمجتمع، ومنها ما تكون جانحة.

ويؤثر الأصحاب في بعضهم البعض بأساليب متجددة"، وقد لا يؤثر أثر الرفاق إلى الجنوح إلا إذا وجد مجال الانحراف وكانت المعوقات الأخلاقية لجماعة الرفاق من الانحلال لدرجة تقضي على عناصر المقاومة المحتملة من بعض ذوي الشخصية الضعيفة بالإضافة إلى وجود المراهق في ظروف أسرية متسمة بالإهمال والقسوة بحيث يضعف أمام تيارات الإغراء الناتجة عن جماعة الرفاق و يؤدي ذلك إلى تعلم كيفية الانحراف وذلك عن طريق التأثير بجماعته. (نوار الطيب، 1989، ص: 52)

* **المسكن وخصائصه:** الطابع الذي يأخذه الحي و مؤثرات الجيرة، تؤثر على المراهق الجانح، فالحي هو المكان الذي يقع فيه المسكن، والجيرة هي المحيط الاجتماعي و

الإطار الاجتماعي الذي يضم المدرسة و المسكن أو العمل فالحي التجاري يشاهد فيه المراهق أنماط التعامل والبيع والشراء، إن كانت قائمة على الثقة، أو كانت قائمة على الفشل مما يؤثر مستقبلا على المراهق كما أن المقاهي وألعاب الغش والملاهي قد يؤدي إلى التأثير في مجموعة قيم المراهق و معاييرها مما يحطمه إن كانت شخصيته من النوع القابل للانتقاد.

* وسائل الإعلام:

لوسائل الإعلام دور كبير في التأثير على فئة المراهقين الجانحين، حيث أن كل من السينما و التلفزيون لها النصيب الأكبر من المسؤولية في انتشار ظاهرة الشباب كما "أن الشاشة الكبيرة والصغيرة، حيث تعرض أفلام الجريمة وقصص الخروج عن القانون تؤثر إلى حد كبير على الأحداث والبالغين على السواء إلا أن الأطفال بشكل عام هم أكثر من البالغين قابلية للتغيير بسبب طبيعتهم الفيزيولوجية النفسية العقلية ولهذا فإنهم أكثر الناس عرضة لهذه الوسائل، لكن هذا لا يعني أنه ليس لوسائل الإعلام جانب إيجابي، حيث أشارت الدراسات التي قام بها" باندورا **Bandura** (1963) أن الأطفال يقلدون سلوك العنف الذي يعرضه التلفزيون، عندما يتعرضون لإحباط أو حالة شبيهة بتلك التي تعرض من خلال التلفزيون، وقد توصل إلى رأي مؤداه أن الإحباط قد يزيد

من احتمال إبراز السلوك العدواني من خلال الأفلام التلفزيونية التي قد تؤدي إلى رد فعل عدواني لدى الأطفال، وبالرغم من أن نتائج الدراسات والبحوث لم تتفق على أن الشكل أو المضمون هما المسؤولان عن السلوك العدواني عند الطفل إلا أن التعرض للمضمون التلفزيوني المرغوب اجتماعياً يؤدي إلى زيادة اكتساب الأنماط السلوكية السليمة بالنسبة للأفراد كالمشاركة والتعاون وضبط النفس واحترام الآخرين وتقدير

الذات. (ابراهيم، 1998، ص: 47-48)

*التصنيع والتحضر: نجد أن ظاهرة الانحراف لدى الأحداث وبشكل واضح في

المجتمعات الحضرية والصناعية، تصبح ظاهرة نوعية، مصاحبة لعملية التصنيع والتحضر، كما أن الانتقال من حياة الريف إلى الحضر تؤثر فيها العوامل الاقتصادية والاجتماعية، وتتشابك فيها العلاقات الانسانية وتؤثر فيها الروابط الأسرية، وكل هذا يعد عوامل جنوح المراهقين.

5- الجنوح لدى المراهق:

نظرا لعدم وجود دراسات تطرقت بصورة مباشرة حول الجنوح لدى المراهق

والمراهق الجانح المحروم عاطفيا حاولنا استخلاصها فيما يلي:

كشفت الدراسات أن حوالي 38% من حالات الجنوح تحصل عندما يكون مقترفوها

بين 14-16 سنة من العمر، وأن 34% من حالات الجنوح يأتيها الناشئون فيما بين

16-18 سنة من العمر، هذه النسبة العالية جدا تظهر بوضوح أن الجنوح والمراهقة

يسيران جنبا إلى جنب وذلك لأن هذه الفترة الواقعة بين 14-18 من العمر، والتي

يصنفها "هادفيلد" بأنها فترة جنون المراهقة تتصف بالنمو السريع في التكوين البيولوجي

وفي الوظائف الفيزيولوجية على نحو لا يتاح فيه للجوانب العقلية والفكرية اللحاق

بمتطلبات الجوانب الحسية، فتكون هناك فجوة حاصلة داخل كيان المراهق فبدلا من أن

يحدث انسجاما وتناسق بين سائر أركان وحدة البيولوجية، قد يتجه المراهق لاقتراف

السلوك الجانح يتصف بالتحدي كمتنافس لما يتعرض له من إحباط أو إخفاق ناشئين

عن بيئة المراهق ومحيطه الأسري، وهو يتجه للسلوك الجانح للتعبير عن حالات انفعالية، مضطربة وكأنه يعاقب أسرته ومحيطه، ويزداد اتجاهه لاقتزاف هذا السلوك في وجود عوامل مساعدة تشجعه على القيام به باعتبار أن المراهق أكثر تقبلا لعوامل الإغراء و الإيحاء لأنه في مرحلة انتقال تمثل فيها البلبلة والاضطراب العقلي أحد خصائصها.

وكثيرا ما يكون الجنوح رد فعل إما كان قد تعرض له المراهق من ضغط لا مبرر له أيام طفولته، فهو بإقدامه على الجنوح إنما يكون قد أنتقم من من حاولوا تفتح براعم الطفولة لديه.(عبد العلي الجسماني ،1990، ص:268)

كما أن في المراهقة يدرك تدريجيا ضروب المشكلات التي تحيط به كفرد يريد الاستقلال الذاتي وبصبر إليه، فهو يحاول الانسياق وراء كل ما من شأنه تحقيق حاجاته وإرضائها.

رغم أن ظاهرة الجنوح تنتشر بنسبة كبيرة في فترة المراهقة فإن هذه الجرائم التي يقومون بها تختلف باختلاف السن، حيث بينت الإحصائيات على أن جرائم المال تشيخ بنسبة 72% وهذا سنة 1963 من مجموع الجرائم التي اقترفتها المراهق الجانح في ما

بين 13 و 18 سنة بينما لا تشكل جرائم الاعتداء على الأشخاص كالقتل والضرب والجرح لدى المراهقين أكثر من 10% من جملة الجرائم. (قواسمية، 1992، ص: 89)

6- المراهق الجانح المحروم عاطفياً:

يمكن دائماً التمييز القاطع السلوك الجانح أو التجربة الجانحة للمنبوذ أو المحروم عاطفياً وبين الانحراف الناتج عن مآزم نفسية عصابية أو ذلك وليد البيئات المفككة فالحرمان العاطفي يشمل كلا الأمرين معا.

إن هناك حالات صراع مع الأسرة المهملة أو النابذة خاصة في فترة المراهقة مما تؤدي بالتشرد و الجنوح ثم التطفل على جماعة الجانحين وبدأ الممارسة الجانحة ويكون الانحراف أمراً ثانوياً، والبحث عن جماعة بديلة هو الأساس، على أن الأمر قد يتحول تدريجياً إلى عكسه بعد فترة من التدريب على السلوك الجانح وبعد أن يكون الحدث قد تقدم قليلاً في الخبرة، واكتسب قدرات جانحة وثقة نفسه، في هذه الحالة تصبح الحياة الجانحة نموذجاً أساسياً في العيش ويفشل غالباً عن الأجواء والجماعات التي تدعم ميوله. (قواسمية، 1992، ص: 199)

وأحياناً نجد أن المراهق الجانح في حالة صراع مع الأسرة ولكنه لم يقطع الصلة بها، وقد يظل الصراع كامناً لا يدل عليه سوى هروب منقطع من البيت لفترات قصيرة وعودة إليه مع فشل دراسي أو عدم استقرار سلوكه مما يؤدي إلى تشرد المراهق الجانح و

انقطاعه كلياً من البيت مع انغماس في الحياة الجانحة، هناك حالة ثالثة تأخذ طابع النزاع والعداء الصريح بين المراهق وأسرته ينفي فيها ولكنه نقلت كلياً من سلطتها وينغمس في حياة اللهو و الانجراف ويتحول البيت في هذه الحالة إلى ما يشبه الفندق، وتتحول العلاقات مع الأسرة إلى تباعد وعزلة وأخيراً قد تبدأ الحياة الجانحة الصريحة

بشكل فج في إثر انهيار الأسرة وخصوصاً إثر فقدان الشخص الذي كان يشكل مرجعاً وسنداً عاطفياً للمراهق الجانح يشعر بالضياع وتزداد الأمور سوءاً نتيجة لعدم وجود بديل يعوض لهم ما فقده. (مصطفى حجازي، 1995، ص: 199)

ويصل الأمر درجة الخطر عند بروز صراع بينه وبين من بقي في الأسرة (أم، أب، جد،... الخ) فيتشرد المراهق وتتقطع الصلة مع ذويه وينخرط في تجارب جانحة ليس من الضروري أن تصطدم بالقانون مباشرة، ويستمر في ذلك وقتاً يطول أو يقصر حين تبدأ تصرفاته بتشكيل إزعاج للآخرين فيدخل عندها في حلقة الجانحين قانونياً.

وأخيراً يمكن القول أن الجنوح في أصله يعتبر اضطراب داخلي يعاينه المراهق يخبأ وراءه أشكال من الصراع أحياناً وأشكال من الإحباط وأحياناً أخرى يخبأ وراءه عدد من الحاجات.

ومن الناحية النفسية يبدو الجنوح للمراهقين سوء تكيف عملت في وجوده عدة عوامل.

المحاضرة (09)

رابعاً/ الانسحاب الاجتماعي:

تمهيد :

يعتبر الانسحاب الاجتماعي من أخطر الاضطرابات السلوكية التي يتعرض لها الطفل خلال مراحل النمو و من أخطرها ، باعتبار أنه يستمر إلى مراحل لاحقة و لمدة زمنية طويلة مما يؤدي إلى الكثير من المشكلات النفسية و الاجتماعية في حالة عدم علاجه، و لهذا سنتناول في هذه المرحلة هذا الاضطراب السلوكي الذي يعتبر اضطراب داخلي باعتبار ان الطفل ينطوي على ذاته و ينسحب عن المجتمع دون أن يؤدي الآخرين و لا يتفاعل و لا يتواصل معهم.

1 مفهوم الانسحاب :

الانسحاب هو سلوك انفعالي يتضمن الهرب من مواقف الحياة بحيث أنها من وجهة نظر إدراك الفرد ممكن أن تسبب له صداعا نفسيا أو عدم الراحة، ويوصف الطفل لانسحابي بأنه (منعزل، خمول، خجول، خائف ومكتئب، قلق لديه أحلام اليقظة).

• السلوك الانسحاب:

يعتبر السلوك الانسحاب سلوك موجه نحو الداخل أو نحو الذات وهو يتضمن الابتعاد من الناحيتين الجسمية والنفسية عن الأشخاص الآخرين وعن المواقف الاجتماعية التي تتطلب من الطفل التفاعل الاجتماعي وتعد العزلة والتفوق حول الذات والاستغراق في أحلام اليقظة والخمول والكسل وعدم المبادرة الاجتماعية وعدم تكوين صداقات من أبرز المظاهر التي تعبر عن السلوك الانسحاب لدى الطفل المضطرب سلوكي.

2 مظاهر الانسحاب الاجتماعي:

تتمثل في العزلة، انشغال البال، تجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين، أو أداء نشاطات مشتركة معهم، وقد يشمل الشعور بعدم الارتياح لمخالطة الآخرين والتفاعل معهم، وهذا السلوك يصاحبه أحيانا عدم الشعور بالسعادة، ومعاناة تصل إلى حد الاكتئاب، كما قد ينطوي على سلوكيات أخرى مثل: القلق، الكسل، خمول والخوف من التعامل مع الآخرين والخوف من العقاب، وعدم الوعي بالذات وإدراكها، البطء والتلعثم في الكلام، الشعور

بالنقص بالدونية،سهولة الانقياد،الخوف من الكبار،حب الروتين،عدم الاستجابة للتغيير،والتعبير اللفظي المحدود،ومص الأصبع.

ويكون الأفراد المنسحبين عادة طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم وأصدقاؤهم قليلون،نادرا ما يلعب هؤلاء مع الأطفال الذين هم من نفس عمرهم كما تتقصر المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية،وبعضهم تنمو لديه مخاوف مرضية لأسباب لها،كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة،وبعضهم ينكص إلى مراحل مبكرة من النمو ويطلب المساعدة من الآخرين. (خولة أحمد يحي،2000،ص193/194).

3 أشكال الانسحاب الاجتماعي:

صنفه جرينوود وآخرون(1977)الانسحاب الاجتماعي إلى صنفين هما:

-الانسحاب الاجتماعي:ويتمثل في الأطفال الذين لم يسبق لهم أن أقاموا تفاعلات

اجتماعية مع الآخرين،أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة،مما يؤدي إلى عدم نمو

مهاراتهم الاجتماعية والخوف من التفاعلات الشخصية.

-العزل الاجتماعي أو الرفض :وهو يتمثل في الأطفال الذين سبق لهم أن أقاموا

تفاعلات اجتماعية مع الآخرين في المجتمع،ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة

مما أدى إلى انسحابهم وانعزالهم.

4- أسباب الانسحاب الاجتماعي:

يعتبر سلوك الانسحاب الاجتماعي مظهرا من مظاهر سوء التكيف لدى

الأطفال، وهو نمط سلوكي شائع يمكن أن يتيح عن عدة عوامل منها:

- وجود نقص في المهارات الاجتماعية وعدم معرفة الطفل للقواعد الأساسية لإقامة

علاقات مع الآخرين، وعدم التعرض للعلاقات الاجتماعية.

- عدم احترام الطفل وتجاهله من قبل الآخرين وكذلك تعرضه للأذى والألم بسبب له

سلوكا انسحابيا.

- الخجل: وهو من أكثر أسباب الانسحاب الاجتماعي شيوعا.

- الخبرات المبكرة القاسية مع الإخوة، يصبح الطفل شديد الحساسية والمراقبة لذاته

ويتوقع استجابات سلبية من الأفراد كالتخويف أو الإحراج، مما يجعله يتجنب

الآخرين.

- من العوامل المؤثرة عدم اختلاط الطفل بأطفال في مثل عمره وكذلك من خارج

أسرته.

- عدم حصول الطفل على إعجاب الجماعة، فالطفل الذي لا يعتبر نفسه مصدرا

لإعجاب الجماعة يكون على استعداد لتنمية الشعور بالدونية والانسحاب.

5- قياس وتشخيص الانسحاب الاجتماعي:

توجد ثلاث أساليب رئيسية لقياس الانسحاب الاجتماعي عند الطفل وهي:

-**الملاحظة الطبيعية** :وهي الأكثر استخداما وتتمتع هذه الطريقة بالصدق

الظاهري،حيث أنها تتضمن ملاحظة أنماط تفاعل الطفل في المواقف الطبيعية

بشكل مباشر وكذلك تمكن هذه الباحثين من قياس سلوك الطفل بشكل

متكرر،ودراسة المثيرات القبلية والمثيرات البعدية المرتبطة بسلوكه،وهذا له أهمية

كبيرة في تحليل السلوك،وبالتالي وضع الخطط العلاجية المناسبة.

-**المقاييس السيسومترية** : وتعرف هذه الطريقة باسم(ترشيح الأقران)،وتشمل تقدير

الأقران للسلوك الاجتماعي،والمكانة الاجتماعية للطفل وأصبحت هذه الطريقة من

الطرق المستخدمة على نطاق واسع.

-**تقدير المعلمين** :تتضمن هذه الطريقة توظيف قوائم التقدير السلوكية التي يقوم

المعلمون باستخدامها لتقييم الانسحاب الاجتماعي للأطفال،وتشمل هذه القوائم

جملة من الأنماط السلوكية الاجتماعية التي يطلب من المعلمين تقدير مدى

إظهار الطفل لها.ومن قوائم تقدير السلوك الشهيرة التي تعالج في جزء منها سلوك

الانسحاب الاجتماعي،القائمة التي أعدها كل من روس ولارسي،بارتون. (بطرس

حافظ بطرس،2008،ص384).

6-أساليب علاج الانسحاب الاجتماعي:

أولا:طريقة المثير والاستجابة الحديثة:

تقوم هذه النظرية على الاشتراط الكلاسيكي وهو عبارة عن قدرة مثير محايد أصلا على استدراج الاستجابة من العضوية نتيجة تكرار اقتران هذا المثير الأصلي والذي له قدرة كبيرة على استدعاء الاستجابة المطلوبة. وللإشراف الكلاسيكي (التقليدي) أسلوبين للتعامل مع السلوكيات غير المرغوبة بها وهما:

- **الإنطفاء:** ويتمثل بسحب المعزز من الاستجابة المعزز سابقا وبالتالي قد يؤدي هذا إلى تناقضه وبالتالي إطفاءه. وينجح هذا على السلوكيات المتعلمة من ملاحظة النموذج ويطبق أيضا لاستجابات الإشراف الكلاسيكي.

- **الإشراف المضاد:** له ثلاث خطوات هي:

- أ - تحديد المواقف التي تستجر الاستجابات غير المرغوب بها.
- ب - استخدام مبادئ التعلم وأساليب لتوليد استجابة مضادة للاستجابة غير المرغوبة، وتكون أقوى منها، مثل استخدام الاسترخاء العضلي كاستجابة مضادة للقلق، واستخدام التدريب على توكيد الذات أو على المهارات الاجتماعية و الأكاديمية كاستجابة مضادة للخجل.

ثانيا: التحليل السلوكي التطبيقي/الإشراف الإجرائي:

يرى أصحاب نظرية الإشراف الإجرائي أن السلوك يحدث تحت سيطرة التعزيز أي أن نتائج السلوك هي التي تحدد تكرار السلوك والقيام به وبذلك فإن احتمالية حدوث السلوك السوي واللاسوي في المستقبل محكوم بنتائجه. ومن أهم أنواع الإشراف الإجرائي:

أ - التعزيز الإيجابي:تقديم المثير الذي يزيد من احتمالية الاستجابة.

ب -التعزيز السلبي:تقديم مثير غير مرغوب فيه يتوقف عند حصول السلوك المرغوب فيه.

ت -العقاب:إحداث مثير غير مرغوب فيه بعد حصول السلوك وبالتالي يقلل من احتمالية حدوث السلوك.

ث -التعزيز التفاضلي:وهنا تقل احتمالية الاستجابة غير المرغوبة فيها من خلال إهمال الاستجابة غير الصحيحة وتعزيز السلوك المرغوب.

ثالثا:نظرية التعلم الاجتماعي/التعلم بالملاحظة :

قد طور هذا الأسلوب باندوره وروتر (**bandura & rotter**)حيث حاولوا دمج مبادئ علم النفس المعرفي مع نظريات التعليم التقليدية في نظام أطلقوا عليها اسم نظرية التعلم الاجتماعي أو بالملاحظة،حيث وجدوا أنه بالإضافة إلى تعلم الإنسان من خلال العمل وهو مبدأ الاشرط الإجرائي والكلاسيكي فإن الإنسان يمكن أن يتعلم من خلال الملاحظة.ويرى أن السلوك يحدث نتيجة تفاعل مستمرة بين العوامل الشخصية الداخلية والبيئية.وبالتالي فإن عمليات الترميز والاعتبار والتنظيم الذاتي لها دور هام،فهذه النظرية تهتم ببعض العمليات المعرفية ويرى باندورا أن التعلم بالملاحظة يحدث من خلال أربع عناصر أو مراحل رئيسية هي:

الانتباه من خلال مراقبة شخص ما سلوك شخص آخر (نموذج) بدون أن يقوم الشخص الأول المراقب للسلوك بأداء أي استجابة من سلوكيات النمذجة التي يراقبها، وبالتالي تعلم السلوك عن طريق ملاحظة سلوكيات النموذج من خلال عملية الترميز وحفظ أحداث النمذجة، أما إعادة أداء هذا السلوك المنمذج فيعتمد على سلسلة من العوامل تشمل نتائج الاستجابة للنموذج وللمراقب وكذلك يعتمد على دافعية المراقب والنموذج وخصائصهم وعلى عدد النماذج المراقبة.

رابعاً: واطع هذا العلاج ميكينبوم (meichenbom) وتبعاً له 1977:

فإن الحديث والمعتقدات الذاتية تؤثر على سلوك الأفراد وبالتالي ظهور الاضطرابات لديهم. ويركز تعديل السلوك المعرفي على تعديل التعليمات والأفكار التي يوجهها لأنفسهم باستخدام الاشراف الإجرائي. وقد اتجه ميكينبوم إلى تعديل سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك مثل الدافعية، الخوف من الامتحانات، الخوف من الحديث أمام الآخرين، السلوك العدواني، من خلال التركيز على إكسابهم مهارات استخدام التعليمات الذاتية وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع استخدام أسلوب الاشراف الإجرائي إلى إعطاء نتائج أفضل.

خامساً: برامج ضبط الذات والسلوك الموجه ذاتياً:

وقد ظهرت هذه الإستراتيجية نتيجة توحيد الطرق المعرفية مع الطرق السلوكية بهدف مساعدة المضطربين على إدارة مشاكلهم بأنفسهم.

وتتضمن استراتيجيات ضبط الذات: مراقبة الذات، مكافئة الذات، الاتفاقية الذاتية.

ويتضمن أربع مراحل:

أ - اختيار الأهداف: حيث يجب أن تكون هذه الأهداف مختارة من قبل الفرد نفسه قابلة للقياس، والتحقق، إيجابية، وهامة للفرد.

ب - ترجمة الأهداف إلى سلوكيات هادفة التي يريد الفرد زيادتها أو نقصانها.

ت - المراقبة الذاتية للسلوك: وذلك من خلال الانتباه المدروس والدقيق لسلوك الفرد لذاته وتعمل هذه المراقبة على زيادة إدراك الفرد، وعلى زيادة التركيز على السلوكيات الواقعية المشاهدة أكثر من تركيزها على الأحداث التاريخية أو خبرات المشاعر.

ث - تنفيذ خطة التغيير: تبدأ هذه المحصلة بالمقارنة بين المعلومات التي حصلنا عليها المراقبة الذاتية ومعايير الفرد للسلوكيات المحددة. بعد تقييم المضطربين للتغيرات السلوكية التي يريدون إحرازها، فإنهم بحاجة إلى تطوير برنامج فعالة لأحداث تغيير حقيقي والتي يتطلب نظام التقدير الذاتي والتفاوض لعمل اتفاقية وتتضمن هذه

الخطة كما أشار لها wetson & tharp ما يلي:

- قواعد تحدد السلوكيات المراد تغييرها والأساليب التي سيتم اتباعها.
- أهداف عامة وفرعية محددة.

- تغذية راجعة والنتيجة عن المراقبة الذاتية
 - مقارنة التغذية الراجعة مع أهداف الفرد والأهداف الفرعية لقياس التقدم.
 - تعديل الخطة لتلائم ظروف التغيير.
- وتتمثل أهمية كل برنامج يصمم لضبط الذات في تعلم الفرد المسؤولية تجاه نشاطاته الخاصة.

المحاضرة (10)

خامسا/ العناد:

تمهيد:

العناد سلوك يعبر عن نزعة عند الفرد إلى مخالفة الوالدين أو الكبار، وتأكيد مواقف له تتنافى مع مواقفهم ورغباتهم وأوامرهم ونواهيهم، إنه تأكيد للذات يحمل إلى حد ما طابعا رضيعيا] عدوانيا تجاه الوالدين أو الكبار، ويتخذ شكل المعارضة لإرادتهم.
(نبيلة الشوريجي، 2003، ص122).

إن العناد وتمرد الطفل ظاهرة نفسية يتبعها الطفل لتحقيق حاجة معينة قد تمثل هدفا ظاهريا أو غير معلن، لذلك فإن البحث عن أسباب هذا السلوك وعن الغاية التي يهدف الطفل لتحقيقها إجراء إتباعه له هو أمر مهم لعلاج.
وقد يكون أحيانا هو جلب انتباه الوالدين أو الآخرين لحصوله على الثناء منهم والإطراء

جراء قدرته على التحمل والمقاومة وقد يكون الأمر نوعا من الرغبة في إظهار الشخصية وإبراز عنصر الاستقلال عن الوالدين وإثبات قدرة الطفل بأنه قادر على الاختيار والفعل والحركة دون والديه وقد ينجم الأمر عن ضيق يساور الطفل نتيجة التدخل المستمر في شؤونه الحياتية اليومية ورغبته في اتخاذ زمام أموره بيده (عز الدين، 2009، ص80/79).

1 متى يظهر العناد؟

العناد كسلوك طبيعي مقبول يظهر في السنوات الأولى من حياة الطفل حيث يرى "زكريا الشرييني" أن بوادر العناد تظهر بعد سن السنتين من العمر، حيث يصبح الطفل متمتعا بقدر من الاستقلالية، نتيجة نمو تصوراتهِ الذهنية، فيرتبط العناد بما يجول في رأسه من خيال ورغبات، قد تتعارض مع رغبات الكبار فيحدث التصادم. وعادة ما يكون العناد وسيلة مؤقتة يستعملها الطفل لتحقيق مقاصد آنية وسرعان ما يتخلى عنه حالما يحققها . لكن عند البعض من الأطفال يكون نمطا متواصلا وصفة ثابتة في سلوكهم وشخصيتهم وتكون قوية بدرجة غير طبيعية، ويعتبر في هذه الحال جذورا لنوع من اضطرابات الشخصية عند الكبار وهو ما يسمى بالشخصية السلبية العدوانية.

يرى " الشربيني " أن العناد في السنوات الأولى من عمر الطفل يعد سلوكا طبيعيا ووسيلة مؤقتة، وهو دليل على النمو السليم لشخصية الطّفل، وقد لا يعني به الطفل المعارضة، بقدر ما يرغب من خلاله في أن يستكشف ما حوله من الشخصيات الأخرى المحيطة به؛ لكنها إن استمرت مع الطفل إلى ما بعد هذه المرحلة وكانت مصحوبة بأعراض الغضب، والتخريب، والأنانية المفرطة، والاعتداء على الآخرين فقد خرجت عن الحدود الطبيعية لها، وتحتاج إلى اهتمام، و أخذ الإجراءات اللازمة لأن الأعراض المصاحبة تتم عن أزمة يحتاج الطفل للمساعدة لتخطيها كي لا يصل به الحال إلى أمراض نفسية قد يصعب علاجها . (زكريا الشربيني، 2001، ص43).

2 أنواع العناد: للعناد ثلاث أنواع:

-**العناد العرضي:** وهو آني يحدث على فترات متقطعة وهذا النوع الطبيعي جدا يحدث للجميع حينما يتقلب المزاج.

-**العناد المتكرر:** وهو العناد الذي نحن بصدده وفي هذه الحالة يكون الرفض والإصرار للتوجيهات بشكل متكرر ودون مبرر مقنع.

-**العناد المرضي:** هذا قليل جدا وهو العناد الذي يصاحبه حالات نفسية وعصبية وهذا يحتاج إلى أخصائيين ونفسانيين لمعالجة الحالة. (بدر محمد ملك وآخرون، ص2).

3 مظاهر العناد:

- رفض الأوامر والنواهي

- الإصرار على ممارسة سلوكيات غير لائقة ومتصادمة مع مصلحة الأسرة.

- انتهاك حقوق الآخرين

- التفرد في الرأي

- يمتنع عن الطعام أو الكلام ليفرض رأيه على والديه

- كثرة المشاكسة لا سيما الطلبات غير معقولة وليست في مقدوره

- التمادي في الرفض فإذا طلبنا منه أن يخفض من صوته فسيعليه وإذا طلبنا منه

أن - يتناول الطعام فسيمتنع

- الغضب لأتفه الأسباب

- التأخر في إنجاز المهام وعدم تأديتها بإتقان. (بدر محمد ملك وآخرون ،ص6).

4 أشكال العناد:

- **التحدي الظاهر:** بحيث يكون الطفل مستعدا لتوجيه إساءة لفظية أو للانفجار في

ثورة غضب للدفاع عن موقفه.

- **شكل المقاومة السلبية:** حيث يتأخر الطفل في امتثاله ويتجهم ويصبح حزينا أو

يشكو ويتذمر من أن عليه أن يطيع أو يمتثل لحرفية التعليمات.

- **نمط العصيان الحاقد:** ويؤدي إلى قيام الطفل لعمل عكس ما طلب منه تماما.

(حسن، 2013، ص85).

5 أسباب عناد الطفل:

- رغبة الطفل في تأكيد ذاته.
- تغيير حركة الطفل ومنعه من اللعب ومزاولة ما يحب من نشاط.
- إرغام الطفل على إتباع نظم معينة في المعاملة وآداب الأكل والحديث وغير ذلك.
- غياب أحد الوالدين أو كلاهما فالطفل الذي يحرم من والديه منذ الصغر لا يجد من يتحدث معه ليتعرف على الحياة والعالم المحيط به وبذلك يتأثر نموه وتتأثر علاقاته الاجتماعية والعاطفية بذلك كثيرا وكما أن غياب الأم عن الطفل لمدة طويلة تشعره بالإهمال وتؤثر على نموه فيلجأ إلى العناد والمشاكسة ويظهر ذلك من نفور من الآخرين وتزداد مخاوفه ولا يستطيع الاعتماد على ذاته.
- حالات الإحباط والتوتر والقلق التي تعترى الطفل وتؤدي به إلى العناد المستمر مثل إحساس الطفل بعدم حب أمه له من حيث الاهتمام والرعاية مما يفقده راحته النفسية. (الدين، 2009، ص 81).
- نتيجة فرض قيود مشددة على سلوكيات الطفل، وأكله، ملبسه... إلخ
- الأسلوب المتذبذب بين اللين والقسوة المتبع من قبل الوالدين، مما يجعل الطفل في حيرة من أمره، فلا يعد يستطيع التمييز بين ما هو حق له، وما ليس له به حق، فيعبر - عن عدم هذا الاستقرار النفسي بالعناد والرفض.

المحاضرة (11)

سادسا/النشاط الزائد:

تمهيد:

يميز البعض بين النشاط الزائد الحركي والنشاط الزائد النفسي، ففي حين يشير النوع الأول إلى زيادة مستوى الحركة ويشير النوع الثاني إلى عدم الانتباه والتهور. وقد يحدث كلا النوعين من النشاط الزائد معا وقد يحدث أحدهما دون الآخر، وبغض النظر عن ذلك فإن كلا النوعين يؤثران سلبيا على قدرة الطفل على التعليم وإذا ترك النشاط الزائد بدون معالجة فإن ذلك يعني أن الطفل سيعاني من مشكلات سلوكية واجتماعية في المراحل العمرية اللاحقة.

1 تعريف النشاط الزائد:

يعرف النشاط الزائد على أنه مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالبداية المبكرة وتتشابك بين مفرط في النشاط وقليل التهذيب مع عدم انتباه شديد وفقدان القدرة على الاندماج. (عكاشة، 2003، ص759).

2 مظاهر النشاط الزائد:

السلوك الفوضوي، إصدار أصوات غير مفهومة، الضحك بطريقة غير مناسبة، اللعب بممتلكات الغير.

كما ترافق النشاط الزائد خصائص سلوكية منها: عدم التنظيم، التهور والاندفاع، القابلية للإثارة، عدم القدرة على الانتباه، ضعف شديد في التركيز، نوبات الغضب الشديد، تصرفات غير متوقعة، تغيرات ملحوظة في المزاج، علاقات اجتماعية مضطربة، اضطراب في الوظائف الحركية. (خولة، 2000، ص180).

لا يقوم بإنجاز ما يطلب منه بشكل كامل، من السهل شد انتباهه لأشياء أخرى غير التي يقوم بها، تدني مستواه الدراسي، مشوش التركيز دائما ويضيع أشياءه الشخصية، يجيب على الأسئلة بسرعة ودون تفكير ويتكلم بأوقات غير مناسبة، يجد صعوبة في إتباع التعليمات المعطاة له، يلعب بطريقة عدوانية فظة، يجد صعوبة في الانتظار في الدور، غير قادر على التكيف أو غارق في أحلام اليقظة، الطفل غير ناضج اجتماعيا وأصدقاءه قلائل وسمعته سيئة. (خالدة، 2009، ص147).

3 أسباب النشاط الزائد:

حاولت نظريات متعددة تفسير النشاط الزائد وتحديد أسبابه، وتشير النظريات إلى جملة من الأسباب المفترضة للنشاط الزائد منها:

العوامل العضوية: أشارت مجموعة من الدراسات أن الأطفال الذين يظهرون نشاطا زائدا هم أطفال تعرضوا أكثر من غيرهم للعوامل التي قد تسبب تلفا دماغيا، ومن الأسباب نشاط الجزء تحت القشري في الدماغ، أو نتيجة ضعف نمائي يعود لأسباب متباينة مثل الأورام، أو نقص الأكسجين في الأنسجة، ولكن دراسات أخرى وجدت أن النشاط الزائد ليس عرضا ضروريا أو شائعا من أعراض التلف الدماغي.

العوامل النفسية:

- المزاج: قد تقود المشكلات في المزاج لدى الأطفال إلى اضطرابات سلوكية أكثر صعوبة، فالنشاط الزائد لدى الطفل هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض، وبالتالي انخفاض تقدير الذات وزيادة مستوى التهيج لدى الطفل.

- التعزيز: قد يؤدي التعزيز الاجتماعي إلى تطور النشاط الزائد أو إلى استمراره في مرحلة ما قبل المدرسة يحظى نشاط الطفل بانتباه الآخرين الراشدين وقد يتم تعزيزه، والمشكلة هنا عندما ينتقل هذا الطفل إلى المدرسة وتفرض عليه القيود والتعليمات، فالطفل في هذه الحالة لم يعتد على هذا الموقف، ومن هنا يصبح أكثر

نشاطا ليحظى بالتعزيز الاجتماعي الذي كان يحصل عليه في مرحلة ما قبل المدرسة.

-التعلم بالملاحظة ا لنمذجة:أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطا يزيد مستوى نشاطه ويصبح قريبا من الطفل الأكثر نشاطا.وقد يكون الوالدان بمثابة نموذج لمستوى نشاط الطفل،وقد يعملان على تعزيزه. (خولة ، 2000،ص182).

الأسباب البيئية :

تسبب الأسباب البيئية إثارة كبيرة للجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى سلوك النشاط ال الزائد ومن هذه العوامل:

- التسمم بالرصاص :إن وجود نسبة عالية من الرصاص في دم الطفل يؤدي إلى النشاط الزائد وعجز الانتباه. (يحي،2000 ، ص182).
- المواد الحافظة للطعام :قد أثبتت دراسة فاين قولد Fein Gold (1973) أن الإضافات الغذائية كالألوان والمواد الحافظة و المنكهات تثير الجهاز العصبي المركزي مما تؤدي إلى زيادة النشاط. (جمعة ، 2000، ص34).
- **تشخيص النشاط الزائد:** قد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب وهي تتمثل في:

أولا:نمط مستمر من عدم الانتباه أو فرط الحركة،الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور
كما يتظاهر ب(1)و(2):

عدم الانتباه: من الأعراض التالية أو أكثر استمرت ل 6 أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلبا ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية الأكاديمية.

فرط الحركة، الاندفاعية: 6 من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلبا ومباشرة على النشاطات الاجتماعية. ثانيا: وجود بعض أعراض فرط الحركة-الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر 12 سنوات.

ثالثا: وجود بعض أعراض فرط الحركة-الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة مثلا والعمل وفي المنزل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة).

رابعا: يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض/أو إنقاصها لجودة، الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

لا تحدث الأعراض حصرا في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب مزاج أو اضطراب قلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية، الانسحاب أو السحب من مادة ما).

تحديد الشدة الحالية:

خفيف: أعراض قليلة إن وجدت تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص موجودة في الوقت الراهن، والأعراض تؤدي إلى ضعف طفيف في الأداء الاجتماعي والأكاديمي أو المهني. المتوسط: الأعراض أو الضعف الوظيفي الموجود بين خفيف وشديد. شديد: كثير من الأعراض تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص أو عدد من الأعراض شديدة جدا موجودة في الوقت الراهن، أو الأعراض تؤدي إلى ضعف ملحوظ في الأداء الاجتماعي والأكاديمي أو المهني. (أنور، ص 36).

• أساليب العلاج السلوكي لنشاط الزائد وتشتت الانتباه:

أولاً: التنظيم الذاتي: يشمل الملاحظة الذاتية والمتابعة الذاتية والتعزيز الذاتي ويتمثل المبرر الأساسي لاستخدام التنظيم الذاتي لمعالجة النشاط الزائد في افتراض مفاده "أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة يستطيع تعميم التغييرات التي تطرأ على سلوكه إلى ظروف أخرى دونما تدخل علاجي خارجي"

ثانياً: التعزيز الرمزي: لقد أثبتت العديد من الدراسات فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال في مراحلهم العمرية المختلفة، فالمعززات الرمزية هي رموز مادية تعطى للفرد ويستطيع استبدالها في أوقات لاحقة بالأشياء التي يرغب فيها.

ثالثا: الاسترخاء: يستند هذا الأسلوب إلى افتراض مفاده "أن تدريب الطفل على الاسترخاء يهدئ الطفل ويقلل من تشتته" ولقد استخدم مكبريان (Mcbrein 1976) أسلوب الاسترخاء العضلي التام بنجاح في معالجة النشاط الزائد لدى الأطفال في الصف الأول الابتدائي وتضمن البرنامج العلاجي أيضا استخدام التخيل وذلك بهدف مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تبعث الراحة في أنفسهم أثناء الاسترخاء، وفي دراسة أخرى استخدم كلاين ودفنباشر

(klein & deffenbacher) الاسترخاء العضلي لمعالجة النشاط الزائد لدى 24 طفلا بنجاح تام.

رابعا: التعاقد السلوكي: يعتبر التعاقد السلوكي من الأدوات الفعالة لتنظيم الاستجابات الأكاديمية والاجتماعية والسلوكية لدى الأطفال. وقد ثبتت فاعليته أسلوب التعاقد السلوكي في الحد من مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال، ويشمل هذا الأسلوب تحديد السلوك المتوقع من الطفل وإيضاح المكافأة التي سيحصل عليها بعد تأديته لذلك السلوك، ويتم تحديد المهمة السلوكية والمعززة في عقد مكتوب يفهم الطرفان (المعلم والطفل) ويتفقان على بنوده، ويتصف بكونه واضحا وعادلا وإيجابيا، فهو أداة فاعلة تساعد الطفل على تنظيم الذات، حيث يدرك أن حصوله على ما يريد يتطلب منه القيام أولا بما يريده المعلم منه.

خامسا: التغذية الراجعة: تتضمن التغذية الراجعة (تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه) وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي. فقد استخدم كل

من شولمان وسوران وشيفنز وكوبست) schulman suran strens

1979) جهازا الكترونيا يقيس مستوى النشاط الحركي للطفل، ويعطي تغذية راجعة سمعية (صوتا مسموعا) وكان صدور الصوت يعني أن مستوى النشاط الحركي مرتفع، وفي هذه الحالة كان المعالجون يمتنعون عن تعزيز الأطفال، في حين أن عدم صدور الصوت

يعني أن مستوى النشاط الحركي ينخفض في هذه الحالة كان المعالجون يقومون بتعزيز الأطفال، وقد كان لهذا الأسلوب أثر كبير على التقليل من النشاط الزائد لدى تسعة أطفال تراوحت أعمارهم بين (9-13) سنة.

المحاضرة (12) :

سابعا/ مفهوم الخجل عند الاطفال :

تمهيد:

يعد الخجل من الأسباب النفسية التي تعوق إشباع حاجات الفرد النفسية ، مما يؤدي إلى إعاقة الاتصال بالآخرين و عدم القدرة على التكيف مع الآخرين، و هذا ما ينعكس سلبا على الفرد مما يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات النفسية و الاجتماعية في المراحل الزمنية اللاحقة في حالة عدم علاجه و التكفل به ، و لهذا سنتناول في هذه المحاضرة الخجل كاضطراب سلوكي لدى الفرد.

1 تعريف الخجل:

حسب الباحثة مایسة احمد النیال فان: الخجل حالة طبيعية في كثير من الأحيان، فبعض الأطفال يظهرون نوعا من الخجل و الاعتماد على الأهل عند

لقاء الأقراب أو الأصدقاء أو الغرباء، و لكن عندما يكون الخجل شديدا و يستمر لفترة طويلة ، و عندئذ يمكن ان يسمى الخجل بالاضطراب التجنبي أو الهروبي ، فالطفل الخجول عادة يتحاشى الآخرين . و يعاني من عدم القدرة على التعامل بسهولة مع زملائه في المدرسة و المجتمع ، و يعيش منظويا عن الآخرين ، و يتكلم بصوت منخفض و يتعلم و يحمر وجهه و أذناه ، بالرغم من أنه طبيعي و نشط في منزله و بين ذويه.

و بهذا يمكن تعريف الخجل على انه ظاهرة يصاحبها ردود فعل فسيولوجية تتمثل في احمرار الوجه ، وزيادة في دقات القلب ، جفاف الحلق و برودة اليدين ، تجعل الطفل غير قادر على التعامل مع الغير أو مواجهتهم.

2- أسباب الخجل :

الوراثة : حيث يرى بعض الباحثين أن فسيولوجية الدماغ عند الأطفال المصابين بالخجل هي التي تهيؤ لان يستجيبوا استجابات تتصف بالخجل، كما ان الجينات الوراثية لها تأثير كبير على حبل الأطفال .

أسلوب معاملة الوالدين للأبناء قلق الأم الزائد على طفلها و مراقبة و حمايتها له تحول دون استمتاعه باللعب أو التواصل مع الغير و التفاعل مع الأبطال الآخرين بسبب الخجل.

الخلافات بين الوالدين : مما يخلق مخاوف غامضة لدى الطفل مما يؤثر في نفسيته و يلود الخجل.

الشعور بالنقص : و هو اقوي مسببات الخجل و يتولد هذا الشعور بسبب وجود عاهات جسمية لديه، أو قلة مصروفه مقارنة بزملائه أو رداءة ثيابه مثلا.

التأخر الدراسي: فتأخر الطفل عن زملائه يشعره بالخجل و انه اقل من زملائه

تقليد الوالدين: فالآباء الخجولين يكو أبنائهم خجولين و يقلدونهم في هذا السلوك.

عدم تعويد الطفل على الاختلاط بالآخرين: فهذا الأمر يجعله خجولا مما يدفع به إلى الانعزال و عدم الاختلاط بينهم.

شعور الطفل بعدم الأمن: فالطفل الذي لا يشعر بالأمن و الطمأنينة يتجنب الاختلاط مع الآخرين بسبب قلقه أو لفقدانه الثقة بالآخرين و خوفه منم أو سخريتهم منه.

* علاج الخجل : لخص الباحثان " شيفر و ميلمان " (1981) بعض الطرق الوقائية

التي تساعد على الحد من انتشار ظاهرة الخجل لدى الأطفال كما ذكرت الباحثة " مايسة احمد النبال" و كانت هذه الطرق على النحو التالي:

تشجيع الأطفال على ممارسة الأنشطة الاجتماعية ، و على تطوير المهارات وإجادتها .
تقليل حساسية الأطفال من المشاعر السلبية المقترنة بالتفاعل الاجتماعي.

زيادة الجرأة الإيجابية لدى الطفل و المبادرة الفعالة ، و إحاطة بجو من التقبل و الدفء

(. عبد اللاوي ، 2012)

المحاضرة (13)

التوحد:

1 مفهوم التوحد:

عرف قانون التربية للإفراد المعوقين التوحد ، على انه ' أعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي و غير اللفظي، و على التفاعل الاجتماعي، و تظهر قبل سن 03 سنوات، مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي، و من الخصائص الأخرى وجود سلوكيات نمطية متكررة بشكل واضح،و الطفل هنا لا يقبل التغير خصوصا في الروتين اليومي، كما أن ردود فعله غير عادية بالنسبة للخبرات الحسية، و مصطلح التوحد هنا لا ينطبق على الطفل إذا كان أداؤه التعليمي قد تدنى بسبب معاناته من اضطرابات انفعالية شديدة.

و يعرف أنه : أحد الاضطرابات الارتقائية الشاملة التي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي مما ينتج عنه تلف في الدماغ يؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي وعدم القدرة على التخيل.

• يعرف قاموس التربية الخاصة التوحد بأنه

اضطراب شديد في عملية التواصل و السلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة من 30-42 شهر سنوات من العمر، و يؤثر في سلوكهم حيث نجد _ الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين 3-0معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح ، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم و عدم الاهتمام بالآخرين و تبدد المشاعر . (عبد العزيز ، عبد الغفار ، ص:19)

• عرف الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of USA) (2000):

بأنه نوع من الاضطرابات في تطور نمو الطفل ، و تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، تؤثر على مختلف نواحي النمو بالسلب ، و تتأثر النواحي الاجتماعية و التواصلية و العقلية و المعرفية أو الانفعالية و العاطفية و السلوكية

• و يتصف اضطراب طيف التوحد حسب DSM5 بـ :

1.نقص في التواصل و التفاعل الاجتماعي .

2.محدودية تكرار السلوك و الاهتمامات و النشاطات ، و إذا لم يتوفر وجود الصفات السلوكية المذكورة في البند الثاني فان التشخيص هو اضطراب في التواصل الاجتماعي و ليس طيف التوحد.

قام علماء النفس و الأطباء النفسيون بجمعية النفسانيين الأمريكية بمراجعة معايير تقييم الأفراد ذوي الاضطرابات النمائية ، حيث ظهرت هذه الطبعة الخامسة في مايو سنة 2013، وظهرت معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد (ASD) و التشخيص ذي الصلة باضطراب التواصل الاجتماعي (SCD) تم فيها تغيير مسمى اضطراب التوحد حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس من اضطراب التوحد الذي كان يندرج ضمن مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) التي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل التشخيصي الإحصائي إلى مسمى جديد و هو اضطراب طيف التوحد (ASD) الذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب التوحد (AD) ، و متلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome) ، و اضطراب التفكك الطفولي (CDD) ، الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD)

(NOS) ، ضمن مسمى واحد. كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية (Neurodevelopmental Disorder) و التي تتضمن

الفئات التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد:

الاضطرابات العقلية (**Intellectual Disabilities**) واضطرابات التواصل،

(**Communication Disorder**) وضعف الانتباه والنشاط الزائد (**ADHD**)

وصعوبات التعلم المحددة (**Specific LD**) ، والاضطرابات الحركية (**Motor**)

(**Disorders**). تعريف الجمعية البريطانية للتوحد: لقد كان الهدف من تعريف الجمعية

البريطانية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة هو رسم سياسة اجتماعية و قانونية

بخصوص اضطراب التوحد، و كذلك توعية الرأي العام بهذا الاضطراب و حسب

التعريف يشمل اضطراب التوحد على المظاهر التالية :

1. اضطراب في معدل النمو و سرعته.

2. اضطراب حسي فند الاستجابة للمثيرات.

3. اضطراب التعلق بالأشياء و الموضوعات و الأشخاص.

4. اضطراب في التحدث و الكلام و اللغة و المعرفة.

• تعريف الباحث نايف الزارع، (2000)

يعرف الباحث التوحد على أنه عبارة عن خلل في الجهاز العصبي غير معروف المنشأ والسبب يؤثر على عدد من جوانب النمو المتمثلة غالباً في الأبعاد النمائية التالية (بعد العناية بالذات والبعد اللغوي والتواصل والبعد المعرفي والبعد السلوكي والبعد البدني والصحي والبعد المعرفي و الأكاديمي والبعد الاجتماعي والانفعالي والبعد الحسي. ويظهر اضطراب التوحد منذ الولادة وحتى سن الثالثة، ولا يوجد علاج شافي من اضطراب التوحد، وقد يكون لدى التوحديين قدرات خاصة في بعض الجوانب، وقد يكون التدخل المبكر من أفضل طرق تحسين حالة الطفل التوحدي (نايف ، 2005 ، ص20)

و للتوحد ثلاث تسميات هي:

1 **طيف التوحد** : سمي بطيف التوحد لأنه يشبه ألوان الطيف فهو نطاق واسع

ومظهر الأشخاص المصابين به.

2 **متلازم التوحدة** : لأن التوحد يلزم الشخص مدى الحياة مع اختلافه من فرد

لآخر في الشدة والتحسن.

3 **الذاتوية** : لأن أطفال التوحد يتجهون نحو الذات ويعيشون حياتهم الخاصة وليس

لديهم أي تفاعل اجتماعي مع الآخرين. وسمي بالاضطراب لأنه اضطراب

نمائي يصيب الدماغ فيؤثر على التواصل والتفاعل .الاجتماعي والسلوكيات

الحركية لدى الطفل (خالد عياش،2015)

• **معدل انتشار اضطرابات التوحد:**

من الجدير بالذكر أن معدلات انتشار التوحد تتباين بدرجة كبيرة حيث تدل

الإحصاءات الحديثة

على أن 15 بالمئة من الأطفال في سن المدرسة يتلقون خدمات تربوية خاصة تحت ما يسمى أن البيانات الأكثر مصداقية إنما تدل على أن تلك **frith** بفئة اضطراب التوحد . ويشير فريث الاضطرابات تنتشر بمعدل يبلغ 60 حالة لكل 10000 حالة ولادة ومع ذلك فمن الصعب التوصل إلى تحديد معدلات دقيقة لانتشار التوحد(عادل ، 2008 ، ص 646)، $\frac{1}{4}$ ومعدلات انتشار اضطراب التوحد لدى الذكور تفوق انتشاره لدى الإناث بحيث تتراوح النسبة وربما يعزى ذلك إلى وجود دليل على الأجنة والرضع الذكور يكونون بيولوجيا أكثر تعرضا للضغوط قبل الولادة مقارنة بالإناث (أسامة ، 2011 ، ص 3). وفي الدول العربية أجرت مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية في المملكة العربية السعودية دراسة لمدة خمس سنوات لتحديد حجم مشكلة التوحد في المملكة العربية السعودية من خلال عينة بحث قوامها 60000 طفل من مختلف مناطق المملكة. 1000 طفل _6/ .إذا توصلت الدراسة إلى أن نسبة انتشار اضطراب التوحد في المملكة أما فيما يتعلق ببقية الدول العربية فلا توجد فيها إحصاءات دقيقة، فغالبية الدول العربية تقدر نسبة انتشار اضطراب التوحد مقارنة بنسب انتشاره في الدول المتقدمة، وعلى وجه الخصوص إحصاءات الولايات المتحدة الأمريكية(نايف 2010 ، ص 3)

• أعراض التوحد:

1. نقص في التواصل و التفاعل الاجتماعي .

2. محدودية و تكرار السلوك و الاهتمام و النشاطات ، و اذا لم يتوفر وجود الصفات

السلوكية المذكورة في البند الثاني فان التشخيص هو اضطراب في التواصل

الاجتماعي و ليس طيف التوحد. (فوزية ، 2014،ص:176)

و يتصف اضطراب طيف التوحد حسب DSM5 بـ :

1.نقص في التواصل و التفاعل الاجتماعي .

2.محدودية تكرار السلوك و الاهتمامات و النشاطات ، و إذا لم يتوفر وجود الصفات

السلوكية المذكورة في البند الثاني فان التشخيص هو اضطراب في التواصل الاجتماعي و

ليس طيف التوحد.

جدول يوضح : ملخص لأهم الفروق بين المعايير الشخصية القديمة و المعايير

التشخيصية الجديدة:

DSM V(2013)	DSM IV-TR (2000)	معيار المقارنة
اضطراب طيف	الإضطرابات النمائية الشاملة	مسمى الفئة

التوحد (PSD)	(PDD)	
متصلة لثلاث فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض	مظلة لخمس اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	بنية الفئة
فئة واحدة، متصلة تتضمن ماكان يعرف بالتوحد، اسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة.	5 اضطرابات هي: التوحد، اسبرجر،ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي	مكونات الفئة
محكين، التفاعل و التواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية،	ثلاث محكات: التفاعل الاجتماعي ، التواصل، السلوكيات النمطية.	محكات التشخيص
تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاث مستويات صمن فئة واحدة.	خمس اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض	مستوى الشدة

(محمد عبد الفتاح الجابري، 2014، ص:10)

• مقاييس تشخيص اضطراب طيف التوحد :

. مقياس التقدير التوحدي للأطفال CARS-2 Children Autism Rating Scale

2. القائمة E 2 التشخيصية (Autism Diagnostic Checklist Form E-2
Research Institute)

3. مقياس المقابلة التشخيصية لاضطرابات التواصل الاجتماعي The Diagnostic

Interview for Social and Communication disorders (DISCO). The
Center for Social and Communication Disorders. U.K

4. جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد Autism Diagnostic Observation
Schedule (ADOS)

5. قائمة سكولر المعدلة Pscho Education Profile (PEP-R)

6. قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) The Autism Behavior Checklist

7. قائمة التوحد للاطفال دون السنتين Checklist for Autism in Toddlers
(CHAT)

8. مقياس الطفل التوحدي لعادل عبد الله 2003

9. الاستبيان السلوكي النمائي لاضطرابات طيف التوحد Developmental and

Behavioral Questionnaire for Autism Spectrum Disorder

• فريق التشخيص طيف التوحد: متكون من عدة متخصصين بتخصصات مختلفة

1. طبيب الأطفال Pediatrician

2. الأطباء النفسيون Psychiatrist

3. طبيب الأعصاب Neurologist

4. الأخصائي النفسي Psychologist

5. الأخصائي الاجتماعي Social Worker

6. أخصائي النطق و التخاطب Speech and Language Patologist

7. أخصائي العلاج المهني Occupational Therapist

8. أخصائي السمعيات و البصريات

9. أخصائي العلاج الطبيعي

10. معلم التربية الخاصة

المحاضرة (13)

الوقاية من الاضطرابات السلوكية

وعلاجها:

أولاً-النمذجة:

يرى باندورا أن هناك 4 عمليات متضمنة في النمذجة هي:

1 العمليات الانتباهية وهي تنظم المدخل الحسي وإدراك الحدث المندمج، ويشمل ذلك

خصائص النموذج التي تجذب الانتباه والحوافز مثل التدعيم المحتمل للانتباه

للحدث.

2 عمليات الاحتفاظ: وهي تشير إلى عمليات الترميز والتي يترجم فيها الحدث

الملاحظ إلى دليل للأداء مستقبلاً.

3 عمليات إعادة الإنتاج الحركي: وهي تشير إلى تكامل مختلف الأفعال المكونة في

أنماط استجابة جديدة، بينما تحدد عمليات الحافز أو العمليات الدافعية ما إذا كانت

الاستجابة المكتسبة من خلال الملاحظة سوف تؤدي. وطبقا لباندورا فإن دور
التدعيم والحوافز هو تيسير الانتباه إلى الحدث المندمج وتشجيع المراد والترجمة
إلى سلوك ظاهر. (لويس كامل مليكة، 1990، ص104).

ثانياً -التحصين التدريجي أو التدريب العكسي:

ويستند إلى استخدام الكف بالنقيض ومن أشكاله التحصين الجماعي، الآلي، الذاتي،
الخيالي، الواقعي الفعلي، استجابات بديلة عن الاسترخاء، إزالة الحساسية الاتصالية.
فبينما يبدأ التحصين التدريجي بمثيرات أقل وعلى النقيض منه يوجد الغمر حساسية فإن
هذا الأسلوب يبدأ بمثيرات أكثر إثارة للحساسية، وفيه يتم تقديم المثير أو وضع الطفل
المضطرب أمام الأمر الواقع في الخبرة دفعة واحدة مما يثير التوتر ويرفع القلق عنده وقد
يكون حياً أو خيالياً والحي هو الأفضل والأكثر استخداماً في ممارسة العلاج وفي جدواه
وغالباً ما يستخدم في علاج المخاوف.

ثالثاً -الضبط الذاتي:يتضمن التنظيم الذاتي بوصفه إستراتيجية علاجية المواقف التي

يكون فيها الفرد نفسه أداة تغيير سلوكه. وفي هذه الإستراتيجية العلاجية يترتب المعالج
التدعيم بصورة ينتقل فيها العميل من الضبط الخارجي لسلوكه إلى الضبط الداخلي لهذا
السلوك. وهو موقف اختياري كما يحدث بالنسبة للفتاة الخجولة التي تبادئ بمحادثة
الآخرين بدلا من تجنب الموقف. ومن أساليب الضبط الذاتي(الملاحظة الذاتية، تخطيط

البيئة والبرمجة السلوكية) وهي تتضمن السلوك الداخلي مثل الأفكار والصور والاستجابات الفسيولوجية كما تتضمن السلوك الخارجي.

التدريب على تأكيد الذات : وفيه يعمل المعالج على تعزيز علاقة الطفل بذاته، وتدريبه على المواقف الاجتماعية المختلفة من خلال لعب الأدوار والمشاركة الاجتماعية الفعالة وإبداء الرأي، " وتعليم الطفل السلوك التأكيدي المناسب والفعال والمعقول وفقاً للمعايير الثقافية والاجتماعية. (لويس كامل مليكة، مرجع سابق، ص 110/113).

رابعاً - الاسترخاء The Relaxation Therapy :

وأساسه العمل على تنشيط الاستجابة للاسترخاء والتي تصيب الفرد عند شعوره بالراحة ويعتمد على استخدام أجهزة الجسم التي يستطيع الفرد التحكم فيها للتأثير في الأجهزة الأخرى التي لا يستطيع السيطرة عليها (هيريون، 2005، ص 15/16).

خامساً - الطرح : وهو أحد أساليب التحليل النفسي العلاجية ويعتمد على تصفية الصراعات الطفلية الأساسية أثناء تحليل العصاب الرئيسي، مما يؤدي بصورة آلية إلى تصفية أو التخلص من مشاعر الدونية العصابية، وبالتالي التواءم والتناغم النسبي مع الأنا العليا (عسكر، 2001، ص 148)

سادساً- العلاج المعرفي:

جاء العلاج المعرفي بمثابة رد فعل للعلاج السلوكي كونه لا يعطي اهتماما كافيا

للعمليات المعرفية، حيث أن العلاج السلوكي يهتم بالسلوك الظاهر.

ويشير العلاج المعرفي إلى مجموعة من الاتجاهات العلاجية التي تهدف إلى تعديل

النماذج الخاطئة في تفكير العميل، و ينصب التركيز في هذا العلاج على أسلوب تفكير

العميل ومشاعره وسلوكياته لكي يتم فهم العلاقة التبادلية بين التفكير والانفعال والسلوك،

ولذا ينظر إليه على أنه عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة

تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة.

وتعتمد فكرة العلاج المعرفي على تحديد أنماط التفكير اللامنطقي ومساعدة العميل على

فهم الأثر السلبي لهذه الأنماط من التفكير واستبدالها بأنماط تفكير أخرى فعالة، وهناك

أنواع متعددة من الأساليب العلاجية المعرفية مثل: العلاج المعرفي لبيك، التدريب على

مهارة التغلب على المشكلات لجولد فراند، العلاج العقلاني الانفعالي لأليس، وفي هذا

العنصر سوف نركز على العلاج العقلاني الانفعالي « لأليس Ellis » لأنه أكثر

العلاجات استخداما في مجال الاضطرابات السلوكية:

• العلاج العقلاني الانفعالي:

الوضع هذه النظرية في العلاج العقلاني الانفعالي "ليس"، وذلك على أساس أن البشر يفكرون ويشعرون ويتصرفون في نفس الوقت وهم نادرا ما يشعرون دون أن يفكروا لأن المشاعر تثار عادة عن طريق إدراك موقف معين، ويعبر "ليس"، عن فكرته بقوله (عندما يفعلون فإنهم أيضا يفكرون ويتصرفون، وعندما يفكرون فإنهم أيضا يفعلون و يتصرفون) وبناءا عليه، يرى "ليس" أن استجاباتنا السلوكية قد تكون معقولة أو غير معقولة بحسب اتجاه التفكير، فإذا كانت طريقة التفكير منطقية فإن السلوك سيكون معقولا وسويا، وإذا كانت طريقة التفكير غير معقولة و غير منطقية فإن سلوكنا سيكون على درجة مرتفعة من الاضطراب و لهذا يميز "ليس" بين نوعين من الأفكار والمعتقدات:

أ. اعتقادات منطقية وعقلانية، وتصحبها في الغالب حالات وجدانية سليمة وتدفع

الإنسان لمزيد من النضوج والانفعال.

ب. اعتقادات لا منطقية وغير متعلقة تصحبها الاضطرابات السلوكية.

ويستخدمها العلاج العقلاني الانفعالي في علاج العديد من الاضطرابات حالات

التعصب بأنواعها المختلفة، تعديل العديد من الاتجاهات التعصبية، العدوان، الإدمان،

الانحرافات الجنسية، الاضطرابات السيكوباتية.

وتتمثل خطوات العلاج العقلاني الانفعالي في الخطوات الأربع التالية:

الخطوة الأولى: يبين المعالج للعميل أنه غير منطقي، وأن يساعده على فهم كيف و لماذا أصبح كذلك، وأن يوضح له العلاقة بين أفكاره غير المنطقية و اضطرابه السلوكي.

الخطوة الثانية: يظهر المعالج للعميل بأن اضطرابه مستمر، لأنه استمر في التفكير بطريقة لاعقلانية ، أي أن تفكيره غير المنطقي والمستمر معه في الوقت الراهن هو المسؤول عن حالته و ليست التأثيرات المستمرة للأحداث السابقة.

الخطوة الثالثة: يقوم فيها المعالج بجعل العميل يغير تفكيره و يقلع عن الأفكار اللامنطقية.

الخطوة الرابعة: يبدأ المعالج في الأخذ في اعتباره الأفكار اللامنطقية العامة، بالإضافة إلى تبني فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن للعميل أن يتحاشى الوقوع ضحية أفكار أخرى غير منطقية.

ثالثا- العلاج الجماعي:

لا يختلف مفهوم العلاج الجماعي عن مفهوم العلاج النفسي بشكل عام إلا أنه يتم في جماعة كبيرة أو صغيرة يقودها معالج أو أكثر.

و يعرف العلاج الجماعي بأنه محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للأفراد والتعديل من نظرتهم الخاطئة و إلى الحياة و إلى مشكلاتهم، من خلال وضعهم في

جماعة، بحيث يعمل التفاعل الذي يتم بينهم من جهة وبين المعالج من جهة أخرى إلى تحقيق الأهداف العلاجية.

ويعتبر العلاج الجماعي مفيدا لكثير من الاضطرابات السلوكية، و بدأ يزداد استخدامه بعد الحرب العالمية الثانية بسبب نقص عدد الأفراد المربين، وزيادة عدد الأفراد المحتاجين للعلاج، وأدخلت مدرسة التحليل النفسي العلاج الجماعي ضمن جهودها.

من هنا يتضح أن العلاج الجماعي هو علاج عدد من المرضى معا في جماعات صغيرة مع استغلال أثر التفاعل الاجتماعي بين المرضى بعضهم وبعض، وبينهم وبين المعالج مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب حيث يجتمع عدد من المرضى يتراوح عددهم ما بين (0-15) مريض مع المعالج، و يكون العلاج على شكل جماعي، بشرط أن تتشابه مشكلات هؤلاء المرضى في اضطراباتهم السلوكية.

وهناك شروط معينة لاستخدامه منها:

- أن تشتمل الجلسة (3-15) مريضا ويفضل أن تكون من (7-10) مريضا.
- تجانس أفراد الجماعة العلاجية في الأعراض المرضية.
- يعتمد المعالج على طريقة الشرح والمحاضرة والحوار والمناقشة.

➤ لا يتم اختيار جماعة المرضى عشوائياً، بل إن ذلك يحتاج لدقة ومهارة وخبرة

بالأنماط الشخصية.

➤ أن تتراوح مدة الجلسة ما بين (ساعة ونصف إلى ساعتين).

➤ ضرورة إجراء مقابلة شخصية مع كل مريض على حدة بهدف فحص

وتشخيص حالته بصره جيدة.

➤ ضرورة التأكد من أن المريض مستعد للعلاج ومتقبلاً لنظامه.

• أساليب العلاج الجماعي:

1. التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما):

السيكودراما هي شكل من أشكال العلاج الجماعي والتي تستخدم فيها أساليب محددة حيث يتم تمثيل مواقف الحياة اليومية في مكان محدد باستخدام أعضاء المجموعة للتمثيل وهي عملية غنية بالمرح وتقييم الحلول للمشكلات باستخدام طرق عفوية وإبداعية من المجموعات، ويمكن تعريفها أيضاً بأنها النفسي المسرحي، أو التمثيلية النفسية، وهي عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي.

2. العلاج الجماعي العائلي:

يعرف العلاج العائلي بأنه أسلوب من أساليب العلاج النفسي الجماعي ويتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس كأفراد وهو يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء العائلة كنسق اجتماعي، ومن دواعي استخدام العلاج النفسي:

اضطراب العلاقات الأسرية وتبادل الاتهامات والإسقاطات اضطراب العلاقات الزوجية،
واضطراب الأسرة وانهاؤها.

• مراحل العلاج الجماعي:

تتضمن عملية العلاج الجماعي ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى:

تتضمن: 1. القلق والدفاعية وتأرجح المشاعر اتجاه المعالج.

2. ظهور روح الجماعة

3. نمو الثقة يتبادل الخبرات

4. وضوح أنماط الأفراد

المرحلة الثانية:

تتضمن: 1. تفاعل كل فرد بإيجابية ومشاركة ورؤية نفسه في الآخرين واعترافه بالمشاعر

المكبوتة.

2. ظهور التنافس في الكشف عن المخاوف والقلق والصراعات.

3. احتمال ظهور عمليات مضادة للعلاج.

المرحلة الثالثة:

تتضمن: 1. الاستفادة من خبرات الآخرين وتطبيقها على حالة الفرد.

2. احتمال حاجة الأفراد إلى علاج نفسي فردي متكامل.

رابعاً- العلاج عن طريق اللعب:

ينصح باستعمال العلاج باللعب مع أي طفل لديه مشكلات بما في ذلك هؤلاء الذين لديهم اضطرابات سلوكية، مشاكل دراسية، صعوبات في النطق، أما ما نقصده بخصوص الاضطرابات السلوكية فهي تعني الأطفال الذين تتراوح صعوبة تأقلمهم من المنعزلين تماما إلى النشطين جدا، والذين يعبرون عن شعورهم، وكذلك من يعانون من صعوبات النطق والتأتأة واللغة المكررة واللغة غير الواضحة، كذلك عدم القدرة على الكلام، أيضا من لديهم صعوبات في مجال القراءة ويحظى اللعب الآن باهتمام بالغ من جانب السيكولوجيين والتربويين من زاوية تأثير السلوك على النمو النفسي المعرفي للأطفال، وتشير وجهة النظر العلاجية إلى أن اللعب يعتبر وسيلة للتغلب على المخاوف والقلق والتوتر.

وهناك أشكال متعددة من هذا اللعب العلاجي منها علاج الراحة، حيث يعبر الطفل عن قلقه وتوتره من خلال استخدام مواد اللعب كالمكعبات وأدوات الرسم بالأصابع وصناديق الرمال، وهو يهدف إلى تحرير الفرد من التوتر، كما أن هناك علاج التحرير

الذي يؤكد على أهمية توفير فرص التعبير عن الانفعالات الحبيسة، ولاسيما النزعات العدوانية.

ويفضل أن يختار المعالج ما يناسب عمر الطفل ومشاكله من ألعاب وأن يركز على ملاحظاته للعب الأطفال، وعلى أهمية التعبير الرمزي في لعب الأطفال، وقد يستخدم أثناء ذلك في بعض الاختبارات الإسقاطية وقد يشاركه المعالج في اختيار اللعبة ويفضل أن يشترك الوالدان مع المعالج في علاج طفلهما.

تعقيب عام على علاج الاضطرابات السلوكية:

تتشرك جميع العلاجات السابقة الذكر والخاصة بالاضطرابات السلوكية في ملامح أساسية معينة، وتشمل هذه الملامح مضطربا ومعالجا يتوقع منه أن يكون قادرا على مساعدة العميل وتأسيس علاقة خاصة بينه وبين العميل تسودها الثقة والارتياح، وبالإضافة على ذلك تقوم كل أشكال العلاجات على نظرية معينة عن أسباب ومشاكل العميل، فمثلا العلاج السلوكي يقوم على ما توصلت إليه نظريات التعلم، كما أنه يركز على العرض وهذا يوفر وجود محك لتقييم نتائجه وبالتالي وضوح أهدافه مما يسهل تحقيقها في أقصر وقت، إلا أنه ما يؤخذ على هذا النوع من العلاج أنه يهتم بالأعراض فقط متجاهلا حقيقة هي أن الاضطراب السلوكي في الحقيقة ما هو إلا دليل على وجود اضطراب داخلي عميق يكمن وراء هذا السلوك الظاهر، فعدم البحث عن الأسباب يجعل في الكثير من الأحيان العلاج السلوكي للاضطراب السلوكي وقتيا وعابرا.

أما بالنسبة للعلاج المعرفي فكما رأينا أنه شكل فعال من أشكال علاج الاضطرابات السلوكية، وخاصة العلاج العقلاني الانفعالي حيث أظهر هذا العلاج التكامل والاندماج بين عمليتين أساسيتين هما: التفكير وما يترتب عليه من انفعالات ربما تكون سالبة تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية، كذلك لأن هذا النوع من العلاج المعرفي حدد الأفكار اللاعقلانية التي تكمن وراء السلوك المضطرب ومحاولة استبدالها بأفكار ومعتقدات أخرى عقلانية، وليس مجرد تعديل السلوك المضطرب ومحاولة استبدالها بأفكار ومعتقدات أخرى عقلانية، وليس مجرد تعديل السلوك المضطرب الظاهر دون مناقشة الفكرة الكامنة وراءه، وبالرغم من هذه المميزات الخاصة بالعلاج المعرفي بصفة عامة والعلاج العقلاني الانفعالي بصفة خاصة فإنه توجد نقائص ومشاكل غير محلولة، فهو يركز على العمليات المعرفية التي يكون المضطرب واعيا بها شعوريا، في حين يتغاضى عن العمليات المعرفية التي تحدث تحت مستوى الوعي الشعوري، فضلا عن هذا فإن العلاج العقلاني الانفعالي يستغرق وقتا طويلا لأنه ليس من السهل تغيير مجموعة الأفكار اللاعقلانية لدى الأفراد، فهذا الأمر محكوم كثير من المتغيرات الداخلية والخارجية، مما يجعلهم أكثر مقاومة لهذا التغيير.

أما بخصوص العلاج الجماعي للاضطرابات السلوكية فهو يساعد المضطرب سلوكيا في التخلص من اضطرابه ويوفر الوقت والجهد والمال، حيث يستطيع المعالج معالجة أكثر من مضطرب في وقت واحد من خلال توفر خبرة الاتصال والتفاعل مع أفراد

جماعة العلاج، وتبادل الآراء والتخفيف من حدة السلوك المضطرب، كما أن أساليب العلاج الجماعي تتعدد وتتنوع مع إمكانية التدريب عليها بدرجة أسهل وفي أسرع وقت نسبياً، إلا أن من عيوبه أن التغيرات السلوكية التي تحدث قصيرة وغير دائمة، كما أن العلاج الجماعي غير مناسب لكل أنواع الاضطرابات السلوكية و أبرزها الانحرافات الجنسية بصفة عامة والجنسية المثلية بصفة خاصة. وهناك نوع آخر من العلاجات المتمثل في العلاج عن طريق اللعب والذي يفيد مع الأطفال من خلال اللعب في الكشف عن الجوانب الخفية من الشخصية والجوانب الانفعالية والوجدانية لديه، كما يمكن الاستفادة من مواقف اللعب في تحقيق تكيف الطفل فهو وسيلة طبيعية للتعبير عن الذات والتنفيس الانفعالي، وإزاحة المشاعر مثل الغضب والعدوان إلى أشياء أخرى بديلة مما يخفض التوتر الانفعالي لدى الطفل، إلا أنه ما يأخذ على العلاج عن طريق اللعب هو أنه في حالة اختيار هذا النوع من العلاج من طريقة المجموعة أي(علاج المجموعة) هذا الأمر يحتاج إلى ضبط كبير فهو يعتمد بالدرجة الأولى على تركيبة المجموعة، ومن الضروري تشكيل المجموعة بطريقة صحيحة وعلى كل حال هناك أطفال لن يناسبهم الدخول في مجموعات علاجية للعب ومنهم الأطفال الذين يظهرون ما يلي:

• التنافس الشديد مع إخوانهم.

• انحراف في رغباتهم الجنسية

• الرغبة في السرقة

• ردود فعل وتوتر واضح

فهؤلاء الأطفال عادة ما يتجاوبون بشكل أفضل لحلقات اللعب الفردية.

سابعاً - الكف المتبادل Reciprocal Inhibition

يقوم على أساس وجود بعض الأنماط من الاستجابات المتنافرة وغير المتوافقة مع بعضها

البعض، ويهدف للكف بين نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما وإحلال استجابة

متوافقة مكان أخرى غير توافقية

(زهران، 2001، ص246).

ثامناً - الممارسة السالبة: Negative Practice

وفيه يطلب من الطفل أن يمارس السلوك غير المرغوب بتكرار حتى يصل إلى درجة

تشبع لا يستطيع عندها ممارستها ولا يمكن استخدامه في علاج جميع أنماط السلوك

المضطرب، بينما تبرز فعاليتها في علاج اللزمات العصبية.

وثمة العديد من الأساليب الأخرى المستخدمة في العلاج السلوكي ومن بينها التعزيز الإيجابي والتفاضلي والخبرة Negative Reinforcement والسلبى ، Positive Reinforcement والعزل والتصحيح الذاتي ، Stimulus Control وضبط المثيرات Punishment المنفرة وتكلفة الاستجابة والإطفاء والتشكيل والإقصاء، وتنظيم الظروف البيئية، والعقابر الطبية، وقد أعطى قاعدة عامة توضح الأساس في العلاج السلوكي فأفاد بأن:

التقبل + الإحالة + العلاج = النجاح (زهران، 1995، ص494).

خلاصة:

يعتبر مجال الاضطرابات السلوكية أحد المجالات الهامة والمثيرة للاهتمام لدى المنظرين والباحثين في مجال علم النفس، لذلك تناولنا في هذا الفصل أبرز الاضطرابات السلوكية، حيث تم مناقشة الملامح الأساسية للاضطرابات السلوكية ، وعلاج الاضطرابات السلوكية بواسطة أساليب متعددة مثل الأساليب السلوكية، الأساليب المعرفية، والجماعية، والعلاج عن طريق اللعب، وهذه الأساليب مشتقة من عدة مدارس سلوكية ومعرفية وإنسانية للعلاج.

ويجب الإشارة فقط إلى أنه يجب أن نضع في الاعتبار أن غالبية المهتمين بمجال الصحة النفسية يرون أنفسهم كمعالجين انتقائيين، بمعنى أنهم يميلون إلى مجال علاجي

واحد، ولكن أثناء العمل مع المضطربين سلوكيا، فإنه يجب عليهم الاستعانة بأساليب من أنماط علاجية متعددة، وهذا للوصول إلى علاج ناجح وتمكين ذوي الاضطرابات السلوكية من التخلص من معاناتهم، والتخفيف من حدة الاضطراب.

• قائمة المراجع

- 1 يحي احمد القبالي (2017)، المدخل إلى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ،دار الخليج للصحافة و النشر ، عمان ، الأردن.
- 2 بيلة الشوريجي (2003)، المشكلات النفسية للأطفال أسبابها وعلاجها، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة
- 3 كمال الدسوقي(1988)، ذخيرة علوم النفس، الطبعة الأولى،الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة.

- 4 إبراهيم سعد، (1996)، مشكلة الطفولة و المراهقة، الطبعة الأولى، منشورات دارالآفاق الجديدة،بيروت.
- 5 إبراهيم،عبد الستار (1993)،العلاج السلوكي للطفل،الطبعة الأولى،عالم المعرفة،الكويت
- 6 زهران حامد (1995)،علم النفس النمو"الطفولة والمراهقة"، عالم الكتب،الطبعة الخامسة،القاهرة
- 7 نجشاييري حفيظة (2015)، الاضطرابات السلوكية الانفعالية و ظهور اضطرابات التعلم القراءة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية
- 8 جمعة سيد يوسف (2000)، الاضطرابات السلوكية و علاجها، القاهرة، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.
- 9 خالد عز الدين، (2009)، السلوك العدواني عند الأطفال، الطبعة الأولى،دار أسامة، عمان.
- 10 - خالد نيسان،(2009)، سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والإفراط،الطبعة الأولى،دار أسامة،الأردن عمان
- 11 - مليكة لويس كامل،(1990)،العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الطبعة الأولى،دار القلم،الكويت.

- 12 - خولة أحمد يحي (2000)، الاضطرابات السلوكية و الإنفعالية ،ط1، عمان ،دار الفكر للطباعة و النشر، الأردن .
- 13 - الجبوري،مي يوسف عبود،(1996)،انتهاك حرمة الطفل وعلاقتها بظهور بعض الاضطرابات السلوكية،رسالة ماجستير غير منشور،كلية الآداب،الجامعة المستنصرية.
- 14 - جمال شفيق أحمد،(1986)،سمات المودعين ببعض المؤسسات الإيوائية،رسالة ماجستير،جامعة عين شمس،مصر .
- 15 - الخفاجي عبد المنعم وجاسم محمد،(2009) ،العزلة الاجتماعية لدى المكفوفين وعلاقتها بأساليب المعاملة الو الدية،رسالة ماجستير،كلية التربية،الجامعة المستنصرية
- 16 - السردية،مها(2002)،المشكلات السلوكية لدى أطفال دور رعاية الأيتام من وجهة نظر معلمهم،رسالة ماجستير،جامعة اليرموك،الأردن
- 17 - سليمة سايجي وصباح ساعد،(ب س)،واقع مشكلة النشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وطبيعة التكفل بها من خلال تقديرات المعلمين،قسم علم النفس جامعة بسكرة.
- 18 - محمود إبراهيم،(1998)،أثر الإرشاد النفسي الديني في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى المراهقين،رسالة دكتوراه،كلية التربية،جامعة عين شمس

- 19 - يوسف ياسر اسماعيل،(2009)،المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية،رسالة لقسمة علم النفس كلية لتربية بالجامعة الإسلامية،رسالة ماجستير،سوريا.
- 20 - سوسن شاكر مجيد ، (2010) ، التوحد أسبابه- خصائصه-تشخيصه - علاجه ، ط 02 ، ديبونو للطباعة و النشر
- 21 - عبد الفتاح عبد المجيد الشريف ، (2011) ، التربية الخاصة و ب ا رمجها العلاجية ، ط 01 ، مكتبة الأنجلو المصرية ،
- 22 - إِب ا رهم محمود بندر ، (2004) ، الطفل التوحد تشخيص و علاج ، ط 01، مكتبة الأنجلو المصرية ، مصر.
- 23 - أسامة فاروق مصطفى ، السيد كامل الشربيني ، (2011) ، التوحد الأسباب ، التشخيص ، العلاج ، ط. 02
- الاردن.
- 24 - الجودي موسى كاظم(2008)، اثر برنامج تدريبي تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى اطفال التوحديين، رسالة ماجستير لكلية التربية ، جامعة المستنصرية القاهرة .
- 25 - حازم رضوان آل اسماعيل ، (2012) ، التوحد و اضطرابات التواصل ، ط 01 ، دار المجدلوي للنشر و التوزيع، عمان
- 26 - فوزية بنت عبد الله الجلامدة،(2014) ، قياس و تشخيص اضطراب طيف التوحد في ضوء المعايير الواردة DSM5/DSM في التشخيصية دار المسيرة ، الأردن .
- مصر.

27 - نايف بن عابد بن ابراهيم الزارع(2010)، اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية و طرق

التدخل، دار الفكر ، عمان الأردن.

http://musanadah.com/index.php?action=show_d&id=8128