

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس
محاضرات في مقياس

علم النفس المرضي للمتمدرسين

من إعداد الدكتورة: بوعيشة أمال

السنة الجامعية: 2019/2020

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس
محاضرات في مقياس**

علم النفس المرضي للمتمدرس

من إعداد الدكتورة: بوعيشة أمال

السنة الجامعية: 2019/2020

الفهرس

رقم المحاضرة	عنوان المحاضرة	الصفحة
01	مدخل- عام- لعلم النفس	06-12
	المرضي	
02	التربية- التحضيرية- و	13-27
	مميزاتها	
03	قلق الانفصال	28-40
04	السلوك العدواني	41-54
05	العزلة الاجتماعية	55-60
06	اضطراب التوحد	61-68
07	اضطرابات النطق	69-80
08	اضطراب- الحركة- و- نقص	81-91
	الإنتباه	
09	صعوبات التعلم	92-101
10	صعوبات- تعلم- القراءة- و	102-109
	الكتابة	
11	المخاوف المرضية	110-121
12	اضطراب الإكتئاب	122-14
13	العنف المدرسي	125-143
14	السلوك- المضاد	144-151

للمجتمع(الادمان)

المحاضرة الأولى:مدخل عام لعلم النفس المرضي

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة و المراهقة من أهم و أبرز المراحل في حياة الإنسان، فهما المرحلتان اللتان يحدد فيهما بناء و تكوين شخصية الفرد من جميع النواحي النفسية والجسمية و العقلية، فكل ما يتلقاه الطفل و المراهق تبقى آثاره إلى مرحلة لاحقة، كونها مراحل متكاملة و متداخلة فيما بينها، و مرور الفرد من هذه المرحلتان بشكل سليم و متوازن يجعله يتمتع بالصحة الجسمية و الانفعالية و العقلية و بالراحة النفسية. أما إذا لم يلقى الرعاية و الاهتمام فقد يواجه العديد من المشكلات التي قد تلازمه طوال حياته و التي قد تتحول إلى اضطرابات أكثر خطورة و فيما يلي سوف نذكر بعض هذه الاضطرابات و الامراض التي قد تعرقل نموه و تقدمه و الأكثر شيوعاً في الوسط المدرسي و ذلك حسب المراحل الدراسية التي يمر بها من الطفولة إلى المراهقة و ذلك بشكل عام و التركيز على اضطراب معين من كل مرحلة بنوع من التفصيل، لكن قبل ذلك سوف نتطرق إلى التخصص الذي يهتم بدراسة هذه الاضطرابات و هو علم النفس المرضي

1/ تحديد مفهوم علم النفس و علم النفس المرضي كعلم مفسر لمنشأ

الاضطراب النفسي: يعرف علم النفس على انه ذلك العلم الذي يدرس السلوك الإنساني من خلال الإجابة على السلوك التالي " لماذا يسلك الإنسان السلوك الذي يسلك؟" .. أما علم النفس المرضي ببساطة بأنه ذلك العلم الذي يدرس الشواذ أو بعبارة أخرى ذلك العلم الذي يدرس و يفسر سلوك الأفراد الغير الأسوياء، الذين ليست لهم القدرة على إتباع السلوك السوي .. و يعتبر علم النفس المرضي فرع من فروع علم النفس التطبيقي.

2/ معايير تصنيف السواء و اللاسواء: السواء مصطلح يرادف في معناه الصحة

النفسية و يعني التصرف وفق المعايير و كون الفرد ذو صحيحاً سليماً متحرراً من الصراع لا يعاني الاضطراب و لا التخلف العقلي .. و حقيقة السواء هو توافق الفرد مع نفسه و مع البيئة التي يعيش فيها بسلوك مألوف عادي في حياة غالبية الناس.

و اللاسواء ببساطة هو الانحراف عما نعهه سوبا و هو مرادف للمرض و التشوه و خلل في الوظيفة و يتراوح بين عدم التوافق مع البيئة و التخلف العقلي و قد حدد العلماء مقياس كمي يبين مقدار أو بالاحرى درجة السواء و اللاسواء يدعى مقياس "قوس". و على العموم تبقى فكرة السواء و اللاسواء فكرة نسبية لأن ما يعد سواء في منطقة معينة لا يعتبر كذلك بدليل العادات و التقاليد الموروثة.

ومن هذه المعايير نجد :

- المعيار المثالي : يبين أن اللاسواء هو انحراف عن المثل العليا و الكمال.
- المعيار الذاتي : يقوم على الحكم الذاتي على أن سلوكا ما يتلائم مع ما نرغب فيه أم لا.
- المعيار الإحصائي: يستند إلى أن اللاسواء هو الانحراف الظاهر في النواحي السلبية و الايجابية عن المتوسط المعياري .
- المعيار الاجتماعي: مؤداه أن السواء هو التوافق مع المجتمع والسير مع معايير و قوانينه و أهدافه.
- المعيار الطبي : يرجح اللاسواء إلى حالة مرضية نتيجة تلف في الجهاز العصبي و يكون فيها الشخص خطرا على نفسه و على المجتمع و هنا لا بد من عزله عن المجتمع كليا حتى لا ينتشر المرض أن كان معديا.
- المعيار النفسي: تظهر السلوكيات اللاسوية التي تنتج عن صراعات نفسية و بالنسبة لفرويد السلوك السوي ناتج عن الدافع الشعوري و السلوك اللاسوي ناتج عن الدافع اللاشعوري.
- معيار علم الأعصاب: يقوم هذا المعيار على أن الدماغ السوي يختلف عن الدماغ اللاسوي في العدد الحقيقي للخلايا العاملة في منطقة اللحاء فكلم اقترب الدماغ من السواء اتسعت المنطقة الجينية و ضاقت ما تحت الجينية.

3- مفهوم الصحة النفسية: الصحة النفسية في الواقع مسألة نسبية مثلها مثل الصحة الجسمية, فكما أن التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة يكاد لا يكون له

وجود, ولكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تبرز حالة المرض عن حالة الصحة, فإن الصحة النفسية لا تعني أن هنالك حدًا فاصلاً بين الصحة النفسية والمرض النفسي, بمعنى أن نجاح الفرد في التكيف مع البيئة أمر نسبي, كما أن انعدام النزاع الداخلي للفرد مسألة نسبية, وعلى هذا الأساس فإن الفرد يتمتع بصحة نفسية على قدر توافقه الداخلي وحسن تكيفه مع البيئة.

فالمريض النفسي يتميز بصراعات نفسية داخلية تجعل الفرد غير متوافق مع نفسه أو مع المجتمع, وتجعله يبدو على درجة ملحوظة من الاضطراب في حياته الانفعالية, فيتميز بسرعة الهياج أحياناً, أو الخوف الشديد والشك والغيرة, أو الشعور بالاضطهاد أو الشعور بالنقص, والشعور بالذنب إلى غير ذلك من الأعراض, وتأسيساً على ذلك يكون الشخص الذي يتميز بالنضج الانفعالي, متمتعاً بأهم مميزات الصحة النفسية التي تساعد الفرد على ضبط انفعالاته والتعبير عن ميوله ورغباته ومشاعره بأسلوب مترن بعيد عن التهور والاندفاع.

أما **المريض النفسي** فغالباً ما يكون غير متوافق مع نفسه ويستنفذ قدرًا كبيراً من طاقته وحيوته في الصراع مع نفسه أو مع المجتمع, ولذلك فإنه يبدو مجهداً نفسياً وجسيمياً, عاجزاً عن المشاركة والإنتاج وبذل الجهد, كما أن توازنه يختل في الأزمات والشدائد, وصلاته الاجتماعية تتصف أما بالعنف الشديد والاحتكاك والنزوع إلى السيطرة على الغير, أو بالانزواء الشديد, أو الرغبة في استدراج العطف عليه, أو المبالغة في طلب معونة الغير والاعتماد عليهم

4- مفهوم الأمراض النفسية: أن الأمراض النفسية هي عبارة عن مجموعة من الانحرافات التي لا تتجم عن اختلال بدني أو عضوي أو تلف في المخ (حتى ولو كانت أعراضها بدنية عضوية) وتأخذ هذه الانحرافات مظاهر متنوعة من أهمها: التوتر النفسي, والكآبة, والقلق والوساوس, والأفعال القسرية اللارادية, والتحول الهستيرى, والشعور بوهن العزيمة والعجز عن تحقيق الأهداف, والمخاوف والأفكار السوداء التي تحاصر الفرد في يقظته (فتدعه مشتمت البال, وفي النوم تجعله أرقاً لا يعرف النوم إلى جفنه

سيلاً) وبذلك يكون المرض النفسي اضطراب في الشخصية يبدو في صورة أعراض جسمية أو نفسية أو كليهما، هذه الأعراض تعود إلى اضطرابات وظيفية ولا ترجع إلى تلف أو عطب في الجهاز العصبي، ومن الخطأ تسميتها كما هو شائع لدى العامة لأن الأمراض العصبية اضطرابات عضوية تنتج عن تلف عضوي « بالأمراض العصبية » يصيب الجهاز العصبي، وتبدو في صورة جسمية وإن كانت تصاحبها في كثير من الأحيان أعراض نفسية شتى، والشخص الذي يثور لأتفه الأسباب، ويبدو عليه القلق يعد شخص يعاني من - بالنرفزة - والتوتر، والعجز عن ضبط انفعالاته وهو ما نسميه الاضطراب النفسي وليس من المرض العصبي، أي أنه يعاني من اضطراب في الشخصية وليس من اضطراب أو عطب في جهازه العصبي، أو بمعنى آخر يعاني من اختلال في الجهاز النفسي بدون أن يكون الجهاز العصبي مصاباً بأي إصابة فعلية.

لذلك فالحصول على أرقام دقيقة للمرضى بأمراض نفسية أمر عسير إن لم يكن مستحيلاً، ذلك لأن المرضى بأمراض نفسية لا يدخل أغلبهم المستشفيات، وأن نسبة كبيرة منهم لا يلجأون للعلاج النفسي بل يمضون في حياتهم باحثين عن علاج لأمراض جسمية، يهملون يقضي كثير من المرضى بأمراض: « كوفيل » أي تشخيص سيكولوجي، وهذا ما أكده قول نفسية سنوات عديدة متنقلين من طبيب إلى آخر على أمل أن يجدوا طبيباً واحداً يكشف عن أي أساس عضوي لأمراضهم ويعطيهم علاجاً طبياً أو جراحياً،

المحور الأول :

اضطرابات مرحلة الحضانة (التربية

التحضيرية)

اهم اضطرابات مرحلة الحضانة نذكر ما يلي:

1- قلق الانفصال

- العادي

- المرضي

2-العدوانية

- سلوك عادي انتقالي

- السلوكات العدوانية المتجهة نحو الغير المرضية

3-عدم الاستقرار الحركي

- عدم الاستقرار الناتج عن حرمان تربوي

- عدم الاستقرار الحركي كظاهرة لاضطرابات في الشخصية

- عدم الاستقرار الناتج عن اضطراب في السمع

4-اضطرابات اللغة

- اضطرابات النطق ، التأخر اللغوي و تأخر الكلام

- التأتأة و البكم خارج العائلة

5-العزلة

- العزلة الناتجة عن تخلف ذهني

- العزلة الناتجة عن عجز بصري

- العزلة الناتجة عن نمو عقلي مبكر

- العزلة الراجعة لاضطراب نماءي شامل (التوحد)

المحاضرة رقم (02):

الترسة التحضيرة مميزاتا و

أهدافها.

تمهيد:

يعمل التعليم ما قبل المدرسي على تهيئة الطفل للمرحلة المدرسية الإلزامية، معرفيا بتعليمه بعض المبادئ الأولية للقراءة والكتابة والحساب واجتماعيا بتلقينه قواعد الانضباط التي تتطلبها الحياة المؤسساتية كاحترام الغير والتعاون مع الآخرين التي لم يألفها الطفل في الحياة الأسرية وتربويا يخلق ميول واتجاهات وأفكار إيجابية عن التعليم والتعلم والمدرسة فيصبح يحب التعلم ويجتهد فيه ويزداد مردوده التربوي في مراحل سلم التعليم، فينشأ قادرا على مواجهة التحديات وتحقيق أسباب الرقي والازدهار للمجتمع.

و يعد الالتحاق بالروضة حدثا مهما بالنسبة للطفل فهي تساعده على النمو المتكامل في مختلف جوانبه الجسمية، المعرفية، اللغوية، الاجتماعية والانفعالية وذلك من خلال تزويده بخبرات وعلاقات اجتماعية جديدة هذا من جهة، ومن جهة أخرى التحاق الطفل بالروضة يعني له الانتقال من البيئة الأسرية المألوفة بعلاقاتها وأفرادها إلى بيئة جديدة عليه التكيف معها.

و سنتناول في هذه المحاضرة ماهية التربية التحضيرية **مميزاتها و أهدافها**.

1- **تعريف التربية التحضيرية:** هي تربية تقدم للأطفال الذين هم في سن لا يسمح لهم قانونيا الالتحاق بالمدرسة الابتدائية، وهي عبارة عن أقسام فتحت أو ألحقت بهذه المدارس

و لقد جاء تعريف التعليم التحضيري في الجزائر في الجريدة الرسمية ، أمرية رقم 76-33 الصادرة بتاريخ 16 أفريل 1976 م ، و جاء نص التعريف في المادة 19 كما يلي :

" التعليم التحضيري تعليم مخصص للأطفال الذين لم يبلغوا سن القبول الإلزامي في المدرسة " .

إذن **التعليم التحضيري** هو : هذا النوع من التعليم خصص للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الأربع و الست سنوات (أطفال لم يبلغوا سن القبول الإلزامي في

المدرسة الأساسية) . و يمنح هذا التعليم التحضيري في المدارس العادية ضمن أقسام الحضانة رياض الأطفال و يدوم سنتين)

و يعتبر التعليم التحضيري عملية تربية تعليمية تعمل على تحضير الطفل للحياة الاجتماعية عن طريق تفاعله للدخول إلى المدرسة عن طريق تنمية قدراته العقلية والملاحظة والانتباه بالإضافة إلى ذلك تنمي فيه حب الاستطلاع والتعلم .

و تعريفه في **منظومة التربية الوطنية:**هو التربية التي تسبق التمدرس الإلزامي على مختلف مستويات التكفل الاجتماعي، والتربوي للأطفال، الذين يتراوح سنهم بين 03 سنوات و 06 وهناك مجموعة من التسميات، تشير إلى التعليم التحضيري، يجدها الباحث عبر إطلاعاته، كالتعليم ما قبل المدرسي، التعلم ما قبل الإلزامي والتربية التحضيرية... الخ وهي مرحلة انتقال الطفل من محيطه الأسري و إدماجه في وسط شبه مدرسي(قبل مدرسي) ليتعلم أهم المكتسبات القبلية التي تضمن له تمدرس جيد لاحقاً، و من الأفضل أن نستعمل مصطلح التربية التحضيرية أحسن من التعليم التحضيري لأن الأولى في مجملها تركز على الجانب التربوي وعلى تهذيب و ديمومة تربية الطفل في الجانب السلوكي الأخلاقي، ثم يأتي الجانب المعرفي و الحسي الحركي، بحيث يربط المعلم بين هاذين الجانبين. والتعليم التحضيري هو استدراك جوانب النقص في التربية العائلية وتهيئة الأطفال للدخول إلى المدرسة، وذلك بتعودهم العادات العلمية الحسنة وتربيتهم على حب العمل و كذا العمل الجماعي، ويرى رابح تركي أن التعليم التحضيري في الجزائر يستغرق مدة سنتين و يقبل الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 4 و 6 سنوات.

2- أهداف التعليم التحضيري: التربية التحضيرية محددة بوضوح في القانون التوجيهي للتربية الوطنية وفي منهاج هذه التربية تسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف وهي:

-تعمل التربية التحضيرية على تنمية شخصية الطفل وفتحها وذلك بمختلف نشاطات اللعب التي يقوم بها الطفل.

-تعمل على تنمية الطفل في جوانب ه الحسية والحركية التي تسمح له بالعيش في الجماعة.

-تساعد على تنمية الرصيد اللغوي للطفل من خلال الممارسات اللغوية ووضعيات التواصل التي تنبثق من النشاطات اليومية واللعب.

-تعمل على اكتساب الطفل بعض المبادئ الأولى للقراءة والكتابة والحساب عن طريق نشاطات وألعاب محفزة ومناسبة للطفل.

-تعمل على تنمية الإمكانيات الظاهرة والباطنة للطفل وتوفير له أسباب النجاح في المدرسة وخارجها.

-تعمل على تنشئة الطفل تنشئة اجتماعية موافقة لمبادئ وقيم المجتمع الجزائري.

-تساعد الطفل وتوجهه من أجل توظيف إمكانياته للوصول إلى فهم ما يحيط به من أشياء وظواهر وحوادث.

-تعمل على إعداد الطفل للمدرسة الابتدائية وتحضره اجتماعيا وتربويا من أجل ذلك - تعمل على كشف جوانب النقص في تربية الطفل السابقة بهدف استدراكها أو تكييفها.

-تبحث وتستكشف بمساعدة من الهياكل الصحية المعنية عن جوانب الضعف الجسمي والإعاقة وأعراض الإصابة من أجل المعالجة والتكفل بالطفل مبكرا.

-تعمل على تحفيظ الأطفال بعض الآيات والسور القرآنية القصيرة. هذه هي الأهداف العامة وتوجد هناك العديد من الأهداف الخاصة بكل نشاطات المنهاج المختلفة وبكل

موضوع من مواضيع التعلم التي يتضمنها المناهج. (مزبود، 2008-2009، صفحة 105)

مميزاته:

التعليم التحضيري أو ما قبل المدرسي يكمل دور الأسرة: يحقق التعليم

التحضيري للطفل كثيراً من حاجاته التي لا يمكن للأسرة أن تحققها. فوظيفة التعليم ما

قبل الابتدائي هي توفير مناخ اجتماعي ووجداني وعقلي يجمع بين مميزات عهد الطفل

في الأسرة بما يشمل هذا العهد من حرية وحنان وتلقائية، وبين صفات المدرسة

الابتدائية بما تشتمل عليه من نظام وحدّ للحرية. فالطفل حين يلتحق بالروضة أو المدرسة، ينضم الى (المعلمة والأقران) قائمة مصادر التنشئة الاجتماعية. ويتأثر الطفل بعوامل بيولوجية وعضوية وعوامل بيئية اجتماعية وتربوية. فالمعاملة التي يلقاها الطفل في الأسرة أو الروضة لها تأثيرها على طبيعته الانفعالية. ويحتاج الطفل حتى يحقق الاتزان والثبات إلى إشباع حاجاته النفسية الأساسية مثل الشعور بالأمن والاطمئنان في ظل أسرة أو مؤسسة تربوية تحميه من الشعور بالخوف والقلق، والحاجة إلى الحب والعطف، والحاجة إلى التقدير والاحترام، والحاجة إلى النجاح والحاجة إلى الانتماء للأسرة والجماعة.

التعليم التحضيري أو ما قبل المدرسي تنمية لقدرات الطفل: إن تنمية
الطفل تتم ب:

_مراعاة النمو الحركي والمعرفي والقيمي الخلقى واللغوي والانفعالي للطفل في هذه المرحلة.

-تعديل بعض السلوكات الحركية والانفعالية والنطقية وخاصة المعارف- وتكوين خبراء في التعليم ما قبل المدرسي أو التحضيري. وربط الحلقة بين هذا التعليم التمهيدي والتعليم الابتدائي لإرساء تكامل بين الحلقتين.-ومراعاة خصوصيات الطفولة في هذه المرحلة.

مثلا: بعض الدول مثل فرنسا والولايات المتحدة الأمريكية وإنكلترا والتي أدخلت وأدمجت هذه المرحلة في السلم التعليمي حيث تهدف إلى تأمين الرعاية الصحية والتدريب على العادات والسلوك الحسن، ويتم ذلك من خلال مناهج خاصة بالأطفال، حيث تركز بعض البلدان على تعليم الأطفال مبادئ الكتابة والقراءة والحساب في المرحلة الأخيرة من خلال معلمين جرى إعدادهم بتأهيل تربوي عال في معاهد خاصة بتربية الأطفال، وفي إنكلترا يشترط أن تتوافر صفات خاصة بالمعلمة إضافة إلى تأهيلها العلمي والتربوي، أما

في الولايات المتحدة الأميركية فإن شهادة الماجستير أو الدكتوراه في التربية شرط أساسي للعمل في رياض الأطفال. (من مداخله التربية ما قبل المدرسية : غالبية نوام الموسوعة التربوية لتطوير الذات.

- أهمية برامج التعليم التحضيري: تم الإجماع التام على الدور الإيجابي الذي

يلعبه التعليم التحضيري في حياة الفرد بحيث يكسب الطفل قواعد الانضباط الاجتماعية والتوافق مع البيئة المحيطة ويعلمه العادات واحترامها والتقاليد والامثال لها ويساعد في تكوين عادات الطفل و سلوكياته الاجتماعية ، كما أن أهمية التعليم التحضيري تكمن في مساعدة الأطفال على النمو السليم في بيئة تربوية سليمة. لبرامج التعليم التحضيري الخاصة بطفل ما قبل المدرسة أهمية كبيرة تتمثل في:

- توفير جو ملائم للطفل و إثراء معارفه في مرحلة ما قبل المدرسة التي يمضي فيها الطفل جزء من يومه و يستفيد من الخبرات التي لا يحصل عليها في المنزل.

- تهيئ الطفل لدخول المرحلة الموالية من التعليم الرسمي، وذلك من خلال تزويده بالمبادئ و المهارات الأساسية التي تكون لديه الاستعداد لذلك التعليم، كما تهيئه نفسيا واجتماعيا ليتنقل من مراحل الاعتماد على ذاته إلى تفاعله مع الآخرين.

- تدريب الطفل و تعويده على العمل الفردي أو الجماعي.

- زيادة اهتمام الطفل بالموضوعات الحيوية في تنمية ميوله وتكوين مهارات العلمية.

- توفير الخبرة الأكاديمية عند الطفل والمتمثلة في بناء النمو اللغوي والخبرة القرائية والأنشطة التي من شأنها أي تثير فيه الاهتمام بالكتابة والحساب.

- البرامج المعدة لأطفال التربية التحضيرية تلعب دورا مهما في إنماء قدراتهم العقلية، الاجتماعية

والحسية الحركية ولذلك اشتملت على نشاطات مختلفة تتماشى مع رغبات ومتطلبات الأطفال.

- البرامج يجب أن تراعي ميول واهتمامات الأطفال، وتراعي كذلك الفروق الفردية الموجودة بينهم

سواء من حيث مستوى استيعابهم للمعلومات أو قدراتهم العقلية والمعرفية والجسمية.
مبادئ تنظيم برامج التربية التحضيرية: لقد وضعت مجموعة من البرامج الخاصة بطفل ما قبل المدرسة وذلك وفق قواعد ومبادئ منظمة في الانتقال من عنصر إلى آخر وهذه المبادئ تتمثل في:

الانتقال من المحسوس إلى المجرد: نبدأ في تعليم الطفل بكل ما يراه وما يحس به حتى تتكون لديه

أفكاره الأساسية حول هذه المواضيع، ثم نتقل به إلى المعلومات المجردة التي لا يمكنه أن يراها أو يحسها، ولكنه يتخيلها أو يتصورها في عقله ويساعد في هذا المعلومات السابقة التي كونها من خلال تعلمه.

التدرج من البسيط إلى المعقد: نبدأ دائما في تعليم الأطفال الأشياء البسيطة والسهلة للفهم والإدراك،

وحتى وإن كانت المعلومات التي يجب على الطفل أن يتلقاها معقدة فيجب على المربين أن يقدموها للأطفال بشكل مبسط، بعد ذلك يكون تدرج في التعقيد إلى أن يصل بالطفل إلى المعلومات المعقدة.

الانتقال من الحقائق إلى المفاهيم: الحقائق بالنسبة للطفل هي كل ما يعيشه ويحسه أي خبراته في

الحياة، ومن خلال تلك الحقائق يبني مفاهيمه الجديدة، ويفهم العلاقات بين الأشياء والأحداث.

الانتقال من المعلوم إلى المجهول: المعلوم عند الطفل هو كل ما يوجد في محيطه وما يراه في البيئة

التي يعيش فيها، ثم نتقل به إلى المجهول الذي لا وجود له أو بعيد عن بيئة الطفل التي يعيش فيها.

أهم النشاطات في القسم التحضيري: جاء في منهاج التربية التحضيرية العديد من الأنشطة المحددة

والمقترحة، التي يمكن للمعلم أو المربي أن يقوم بها مع الأطفال وهذه النشاطات موزعة حسب البرنامج

التربوي الذي سطرته وزارة التربية الوطنية ومن أهم هذه النشاطات ما يلي:

نشاط التربية الإسلامية: يحرص المعلم في هذا النشاط على تحفيظ الأطفال بعض السور القرآنية

القصيرة، كما يعمل على غرس الروح الدينية في نفوسهم وذلك بتوجيه سلوكياتهم وتهذيبها بتربيتهم على

المواقف الأخلاقية مثل العناية بنظافة الأطراف والثياب والمحافظة على نظافة المكان، وتع ليمهم آداب

الجلوس والأكل والحديث والاستئذان ويعتمد المربي أو المريية عند تقديمه لنشاط التربية الإسلامية في

شكل قصة مبسطة تحمل المغزى المارد الوصول إليه.

نشاط التربية الرياضية: يعتمد المربي في تقديم النشاطات المتعلقة بالتربية الرياضية في صورة حسية

ملموسة حتى يتيح للأطفال فرصا لتدريب مهاراتهم في مجال التعامل مع الأعداد والأشكال، فيتعد عما هو مجرد، ويهدف هذا النشاط لمساعدة الأطفال على تنمية اتجاهات إيجابية نحو التعامل مع المفاهيم الرياضية وتنمية بداية التفكير المنطقي. تمكين الأطفال من إدراك مفاهيم الرياضيات الأساسية.

نشاط الخط: يعتبر نشاط الخط من النشاطات الممهدة للكتابة، فهو يهيئ الطفل نفسيا وحركيا لممارسة

الكتابة في الأطوار الدراسية المقبلة، إذ يصبح بإمكانه التحكم في عضلاته الدقيقة وقادرا على مسك القلم والتخطيط به، وضبط اتجاهاته.

نشاط القراءة: إن تعلم القراءة لا يختلف كثيرا عن تعلم اللغة المنطوقة، فالطفل في المرحلة التحضيرية يبدأ بالتعرف على الأصوات اللغوية والحروف الهجائية، الهدف من التعرف على الحروف ليس حفظها وإنما حتى نعود الطفل على سماع الأصوات والنطق بها نطقا سليما، فالنشاطات الممهدة للقراءة تهدف إلى مساعدة الطفل على التخلص من العيوب النطقية وتكسيهم رصيذا لغويا يساعدهم على ممارسة القراءة الفعلية في المرحلة الدراسية المقبلة.

نشاط التعبير الشفهي: يعتبر نشاط التعبير من النشاطات المهمة في المجال اللغوي بالنسبة للمرحلة التحضيرية، باعتبار أن التعبير أداة تواصل واتصال شفوي، والطفل في هذه المرحلة يأتي برصيد لغوي بسيط اكتسبه من الوسط العائلي والاجتماعي الذي نما فيه، إن الطفل حين يلتحق بالقسم التحضيري يتكلم اللهجة العامية وبالتالي يجب على المربي أن ينطلق من لغته العامية لترتقي إلى لغة المدرسة. بحيث

يعمل على تثبيت وتعزيز المكتسبات اللغوية الصحيحة لدى الطفل. تصحيح ألفاظ الطفل المنحرفة

وتهذيبها. تنظيم لغة الطفل وتزويده بما يحتاجه من ألفاظ وصيغ للتعبير عما يدور في أفكاره. تدريب الطفل على التخاطب والتحاور.

نشاط الملاحظة: يهدف هذا النشاط إلى تنمية حواس الطفل وجعله يميز بين الواقع والخيال وبين الألوان والأشكال، ومعرفة مكونات الأشياء بتفكيك أجزائها، فالاهتمام بحواس الطفل هو المركز الذي يدور عليه النشاط، والهدف العام لهذا النشاط هو إشباع ميل الطفل ومساعدته على اكتشاف المحيط وتنظيم مدركاته وتصحيح التصورات التي كونها عن العالم المحيط به.

نشاط التربية النفسية الحركية: يهدف هذا النشاط إلى مساعدة الطفل على الاكتشاف التدريجي لقدرته وإدراك جسده وتصوره ذهنيا وتحديد وضعه بالنسبة للأشياء،

كما يمكنه من التحكم في جسده أثناء اللعب والحركة وتدريبه على ممارسة حركات تتطلب استعمال عدة أعضاء جسمية بكيفية منسجمة، كما تساعد التربية النفسية الحركية على تمكين الطفل من ممارسة التعبير التلقائي حول مواقف مثيرة مقترحة من المربي أو المربية وهذا ينمي روح الإبداع عن طريق التعبير بالحركة واللعب.

نشاط اللعب والألعاب التربوية: اللعب يساعده على تشكيل جوانب شخصيته الطفل، فمن خلاله يندمج الطفل في أدوار يعيشها ويستثمر فيها قدراته الشخصية ز مهاراته وذكائه، فهون يمي حواسه وعضلاته مثل الألعاب الرياضية التي تساعد على تحقيق التوازن الحركي الألعاب التي تساعد على التكيف الاجتماعي مثل تقمص الأدوار وتمثيلها.

خصائص النمو لدى تلاميذ ما قبل المدرسة:

أ- النمو الجسمي والحركي: يشهد النمو الجسمي لطفل الروضة تغيرات في نسب أجزاء الجسم، فالعظام والعضلات تنمو بقدر أكبر ويستمر النمو في منطقة الجذع والأطراف ويصبح مظهر الطفل أقل استدارة وحين يصل الطفل إلى العام السادس تكون نسبة الأجزاء أقرب إلى نسب جسم الشخص الكبير، وبينما يرجع معظم وزن جسم الطفل في المرحلة السابقة إلى زيادة الدهون، فإن الزيادة في هذه المرحلة تعود إلى النمو في أنسجة العضلات والعظام، وتستمر الأسنان اللبنية حتى السن السادسة أو السابعة حين تستبدل بالأسنان الدائمة.

و تتميز هذه المرحلة بالسرعة في النمو ولكنها اقل من المرحلة السابقة اذ يستمر النمو في الطول والوزن بمعدل سريع ثم يتباطأ نسبياً - ويزداد الوزن ويصل حجم الجسم في نهاية هذه المرحلة الى حوالي (43%) من نموه النهائي

- وتستمر الاسنان في الظهور ويكتمل عدد الاسنان المؤقتة

- يزداد الوزن بعدل ثلاثة الى خمسة اربطال سنويا

- والرأس ينمو بطيئا في هذه المرحلة ويصل حجمه حجم رأس الراشد

- وتتميز عظام الطفل بالزيادة في الحجم والعدد والصلابة ومعدل نمو العضلات الكبيرة يكون أكبر من نمو العضلات الصغيرة

ب- النمو الانفعالي: السلوك الانفعالي لدى الطفل ينمو تدريجيا في مرحلة ما قبل المدرسة ويزداد تمايز الاستجابات الانفعالية، كما تزداد الاستجابات الانفعالية اللفظية لتحل تدريجيا محل الاستجابة الانفعالية الجسدية، ومن أهم خصائص انفعالات طفل الروضة أنها غير مستقرة وتتغير بسرعة من البكاء والدموع إلى الضحك، وبسبب أن الطفل ضيق انفعالاته تدريجيا عند وصوله لسن الخامسة، حيث يظهر بداية الاستقرار في الانفعالات والقدرة على ضبطها نوعا ما، كما تظهر انفعالاته تركزه حول الذات مثل الخجل، والشعور بالنقص، والشعور بالذنب، والشعور بالثقة في النفس ومن أكثر الانفعالات التي يمر بها الأطفال في هذه المرحلة: الخوف، الغضب والغيرة. (محمد عماد الدين، 1995)

ج- النمو العقلي: يرى العالم النفسي **بياجيه (Piaget)** يمر بأن الطفل من سنتين إلى سبع سنوات بمرحلة سماه (مرحلة ما قبل العمليات الواقعية) وهي مرحلة يتصف فيها فكر الطفل بخصائص مميزة من أهمها خاصية (التمركز حول الذات) والتي تعني عدم قدرة الطفل على تمييز منظوره الشخصي على منظور الآخرين، وعلى ذلك فإن الطفل يتصرف كما لو أن الآخرين يدركون العالم بنفس الطريقة التي يدرك بها هو هذا العالم، ومن الخصائص الأخرى التي أشار لها بياجيه والتي تميز تفكير الطفل في هذه المرحلة خاصة (التفكير الحدسي والإحيائي) والتي تعني أن فهم الطفل للمفاهيم يكون مرتكزا على ما يراه الطفل وليس على المنطق وفي الغالب فإن فهم الطفل لأي مفهوم أو موقف يكون مركزا على جانب حسي واحد من ذلك المفهوم والموقف هذا من جهة، ويسبغ الطفل الحياة على كل شيء يتحرك حوله بما في ذلك الجماد من جهة أخرى، كما تزداد قدرة الطفل تدريجيا على فهم الكثير من المعلومات البسيطة والتي تقع داخل نطاق اهتماماته وتزداد تدريجيا قدرة الطفل على التذكر المباشر، كما يملك

الطفل خيالا واسعا وهذا ما يظهره بوضوح لعبه الإيهامي أو الخيالي (محمد ، 1990، ص:129)

كما تتميز هذه المرحلة ب :

-كثرة إدراك أشكال الحروف الهجائية: قبل سن الخامسة لا يستطيع الطفل أن يميز بين حروف الهجائية وفي السادسة يقلد الحروف الهجائية

-إدراك الأشكال: حتى سن الرابعة لا يستطيع ان يفرق بين المثلث والمربع والمستطيل

- إدراك الزمن: ففي سن الثالثة يدرك مدلول الألفاظ (اليوم - الأمس - الغد) فى سن الرابعة يدرك المدلول الزمنى لعبارة (الأسبوع الماضى - المقبل)

-ويستطيع طفل الحضانة إدراك التسلسل الزمنى، إدراك الأوزان، إدراك المسافات، إدراك الألوان، الانتباه، التفكير والاستدلال، التخيل، التذكر (يتذكر الطفل الحوادث والمواقف والكلمات دون فهم لمعانيها والتذكر المباشر هو السمة الغالبة على ذاكرة الطفل وتلعب البيئة الاجتماعية دورا كبيرا فى النمو العقلى) .

د- النمو اللغوي: يتصف النمو اللغوي للطفل بالنمو السريع والازدياد المستمر في

المفردات حيث تتزايد المفردات التي يستخدمها الطفل كل عام وكلما تقدم الطفل في العمر تصبح الجملة التي يلفظها أطول وأكثر تعقيدا، وابتداء من سن 3 سنوات يبدأ الطفل في استخدام الجمل المركبة والتي تتضمن استخدام حروف الجر والضمائر وأدوات النفي وأدوات الاستفهام ، وتستمر المفردات و تراكيب الكلام في الازدياد والتنوع والعمق، ويلاحظ أن الطفل ما قبل المدرسة يكثر الحديث حول نفسه وعن اهتماماته الخاصة، ويكثر من ترديد أسماء الأشخاص والأدوات التي تحيط به وكثيرا ما يكرر كلمة (أنا) في حديثه ولكن مع زيادة خبرة الطفل اتساع تجربته تتسع دائرة الأشياء التي يصب عليها اهتمامه أثناء حديثه كما انه يحب طرح الأسئلة بشكل متكرر ومتتابع وقد أطلق على هذا السن (سن السؤال) لكثرة الأسئلة التي يطرحها الأطفال على الكبار، كما يميل الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (4-5) سنوات ، إلى خلط كلماتهم بالهزل والمزاح،

وهم يحبون تكرار الكلمات الجديدة كما يحبون ترديد الكلمات المسجوعة ويستمتعون بها
(فتيحة كركوش، 2008)

- يزداد فهم الطفل لكلام الآخرين.
- يستطيع الطفل الإفصاح عن حاجاته ومتطلباته
- يحاكي الطفل أصوات الحيوانات والمحيطين به
- يقلد الطفل وبمهارة الأساليب المرتبطة كأساليب النفي والتعجب
- يعتمد الطفل اعتمادا أساسيا على الكلمة المسموعة لا المكتوبة. (العمراني،
2014، صفحة 41)

هـ - النمو الاجتماعي: يتسم النمو الاجتماعي في هذه المرحلة باتساع عالم الطفل وزيادة وعيه بالأشخاص والأشياء، حيث يقل تعلق الطفل بوالديه تدريجيا ويحل محله علاقات يكونها الطفل مع أطفال خارج نطاق الأسرة، ويمكن أن توصف المرحلة العمرية من (3-6 سنوات) بأنها هي المرحلة الحرجة في عملية التطبيع الاجتماعي للطفل، حيث تتوقف نوعية السلوك الاجتماعي الذي ينمو لدى الطفل في هذه الفترة إلى حد كبير على الظروف البيئية المحيطة به.

وتسمى هذه المرحلة بمرحلة التمرکز حول الذات ولذلك فإن الطفل وعلى الرغم من حاجاته ومحاولته في توسيع دائرته الاجتماعية لا يزال بحاجة إلى بعض المساعدة في محاولاته تلك، فهو يحتاج أولا إلى تحقيق ذاته وتنمية ثقته بنفسه ومن ثم تشجيعه على التعاون واللعب الاجتماعي عن طريق الأنشطة والألعاب الجماعية بحيث يتعود الطفل على المشاركة: والتعاون تدريجيا وليس عن طريق الإكراه. (مليكة، 2017، صفحة 62)

- يستمتع لأحاديث الكبار.

- يلبس ملابسه ويختار الأنواع التي يحبها من الطعام

-يسيطر الطفل في نهاية السنة الرابعة على عمليتي الإخراج

-في لعبه يميل إلى أن يعيش في جوا اجتماعي.

- طفل هذه المرحلة كثير الكلام أناني تظهر لديه المعايير الأخلاقية والقيم والمبادئ يحب الثناء والمدح لا يستطيع التمييز بين الحقيقة والخيال

-طفل الخامسة تظهر عليه صفات السلوك الاجتماعي وهو مركز حول نفسه ولا يهتم بأقوال الآخرين وأفعالهم ويميل إلى القصص الخيالية

النمو النفسي: تتمايز انفعالات الطفل وتحدد وتظهر لديه انفعالات الحب والفرح والغيرة والخجل والزهو. -نشاط الطفل الانفعالي يبلغ أقصاه في نهاية الثالثة فيكون على درجة كبيرة من الحيوبة والقوة لا تتكرر في حياته المستقبلية المظهر الانفعالي في حياته الانفعالية يبلغ شدته في الثالثة .

-أول عاطفة يكونها الطفل تكون حول أمه أو من يقوم مكانها من الكبار

-تبدو مخاوف الطفل من الأصوات العالية والغرباء والحيوانات والظلام

-يكتسب طفل الخامسة الاستقرار في حياته الانفعالية.

النمو الانفعالي: تتمايز انفعالات الطفل وتحدد وتظهر لديه انفعالات الحب والفرح والغيرة والخجل والزهو -نشاط الطفل انفعالي يبلغ أقصاه في نهاية الثالثة فيكون على درجة كبيرة من الحيوبة والقوة لا تتكرر في حياته المستقبلية.

-المظهر الانفعالي في حياته الانفعالية يبلغ شدته في الثالثة، أول عاطفة يكونها الطفل تكون حول أمه أو من يقوم مكانها من الكبار.

- تبدو مخاوف الطفل من الأصوات العالية والغرباء والحيوانات والظلام

-يكتسب طفل الخامسة الاستقرار في حياته الانفعالية

المحاضرة (03):

قلق الانفصال

تمهيد:

يعتبر القلق من الاضطرابات المعروفة في مرحلة الطفولة والمراهقة، ولعل اضطراب قلق الانفصال من أكثر أنواع القلق التي تصيب الأطفال، فعلى الرغم من أن مخاوف الانفصال طبيعية عند الرضيع والتي تعتبر جزءا مهما من التطور الطبيعي لنمو الطفل، لكن إذا زاد واستمر بعد ثلاث سنوات لا يصبح قلق الانفصال استجابة تكيفية تفرضها مطالب نموه، بل يكون القلق مرضيا يستدعي الاهتمام والرعاية خاصة إذا استمر لفترة طويلة، أو يصبح معيقا لتفاعله الاجتماعي.

وفي المحاضرة التالية سنطرق لموضوع قلق الانفصال، لكن اولاً سنحاول اعطاء لمحة عن القلق عند الطفل عامة ثم نفصل في احد انواعه وهو قلق الانفصال:

1- مفهوم القلق عند الطفل:

الفرق بين القلق والحصر:

*الحصر هو خوف بدون موضوع وبصورة أكثر دقة وهو خوف بدون موضوع حقيقي (objet réel) واضح ومحدد.

*القلق هو مصطلح أكثر أقدمية من مصطلح الحصر، استعمله العلماء القدامى الكلاسيكيين لتحديد البعد الجسدي للحصر، أما الحصر يشير إلى الأبعاد النفسية وبالتالي مفهوم الحصر يشمل مجموع الظواهر الجسدية والنفسية، إذن الحصر يشمل كل الجوانب لهذا أصبح يستعمله العلماء حالياً لأنه يعبر عن تطور إدماجي ومبسط، وقد يسمح بالصراحة أكثر في الخطابات العيادية الحالية

القلق عند الطفل حسب:

- **آنا فرويد (Anna Freud):** تشير آنا فرويد في كتابها العادي والمرضي عند الطفل في جزء حول المناخ العاطفي للطفل معبرة في ذلك بأنه عكس وجهة نظرها السابقة، أصبحت تعلم الآن بأن الألم النفسي هو ناتج عن تبعية الطفل و سيرورته العادية، بحيث الأطفال الصغار يتألمون بشدة من كل ما يتأخر الذي يحدد Les rejets وبجبط جاتهم الجسدية والرفض الغرائزي فهم يتألمون من الانفصالات مهما كانت أسبابها والتي ، pulsionnels فهم ، Premier objet d'amour ، تبعدهم من موضوع الحب الأول يتألمون من خيبة أمل واقعية أو خيالية التي تأثر فيهم.

- **حسب سيغموند فرويد Sigmund, Freud:**

• من بين التفسيرات التي قدمها فرويد حول القلق المثال التالي حول رهاب طفولي من الحيوانات والمتمثل في الطفل الصغير هانس الذي كان لديه خوف كبير من بعضه حصان،

• فالقلق هنا قريب من القلق أمام خطر واقعي أو مدرك من طرف الطفل على أنه خطر، فهذا المفهوم لإشارة القلق(قلق -إشارة خطر) هو مجهز APPORT مهم في البناء النظري لفرويد ، فالقلق ليس ثانوي Résidu بل هو عنصر مهم لوظيفة دفاع الأنا الذي يعبئ طاقته للدفاع ضد خطر داخلي.

- **حسب سبيتز Spitz:** يري سبيتز Spitz بأن الطفل خلال الشهر الثامن سوف يشعر بقلق والذي يسمى بي قلق الشهر الثامن أو المنظم الثاني للحياة النفسية، ويكون هذا القلق بعد إدراك الطفل لشخصية الأم والتي سوف تسبب الشعور بالفقدان خلال الانفصال حتى لو كان مختصر، وهذا مما سوف يعبئ لديه عواطف مؤلمة.

- **حسب باولبي Bowlby:** طور باولبي Bowlby مفهوم آخر للقلق، وهو أحد الباحثين الذين درسوا أثر حرمان الرعاية الوالدية عند الأطفال الصغار، بعد ذلك اهتم بالمشاكل والوقاية من أثر الحرمان العاطفي عند الأطفال في الوسط الاستشفائي،

وحول أعمال L'éthologie وفي الخير انصب اهتمامه حول الأخلاقيات والتي من خلالها son substitut، بحيث Lorentz. K; Tinbergen; Hinde. R; Harmow. H.F اهتم بتعلق الطفل بأمه أو بي بديلها وحاجة أولية، Composante instinctuelle يري بأنها مكون غريزي وبالتالي يظهر القلق كعاطفة أولية التي تظهر من خلال إفراط الضغط الداخلي والتي لا تمكن أن تشبع من طرف المحيط الخارجي، وهذا الذي يمكن أن يحدث خلال الانفصال، عن الانفصال الذي يعيق إشباع Bowlby وبالتالي يؤكد باولي حاجيات الطفل والذي يعبى القلق لديه .

-2 قلق الانفصال:

تعريف قلق الانفصال: قلق الانفصال "مرحلة تطويرية يواجه خلالها الطفل قلقا عند انفصاله عن مانح الرعاية الأساسية وعادة ما يكون الأم". وهو "قلق غير مناسب مبالغ فيه يرتبط بالانفصال عن أحد القائمين الرئيسيين على العناية بالأطفال وعادة ما يكون الأم. ودعاه البعض الآخر الخوف المرضي من المدرسة وبالتالي يمكن تعريفه بأنه " اضطراب عصابي خاص بمرحلة الطفولة حيث يرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة رغم إصرار والديه، إلا أنه يفضل البقاء في المنزل، مع ظهور أعراض نفسية وفيزيولوجية كالغثيان وآلام الرأس والمعدة. (ايمان، 2018)

ويعرف بولي **bowlby** قلق الانفصال " على انه حالة ذاتية من الوعي بخطر فقدان ولا ينطبق ذلك على الإنسان فقط وإنما الحيوان أيضا". وبفسر رانك جميع حالات القلق التالية على انها عبارة عن تنفيس أو تفريغ لانفعال القلق الأولى، " والانفصال عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير القلق الأولى وبصبح كل انفصال فيما بعد من أي نوع كان مسببا لظهور القلق، فالطاقم يثير القلق لأنه يتضمن انفصال عن ثدي الأم، والذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم والزواج يصير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن حياة الوحدة، إذن القلق عند رانك هو الخوف الذي يتضمن هذه الانفصالات المختلفة.

قلق الانفصال من وجهة نظر " ميلاني كلاين: ترى كلاين إنه منذ الميلاد

يوجد "أنا" قادر على إثارة القلق ، ويستخدم آليات دفاعية لإعادة التوازن بين العلاقات الأولية للموضوع في الواقع و الخيال ، و "الأنا" يكون في صراع بين غريزتين قويتين هما " غريزة الحياة " و "غريزة الموت" . و لقد وجهت **كلاين** اهتماما خاصا بالظاهرة الإكلينيكية المتمثلة في أن بعض الأطفال المرتبطين بالأم بقوة غير عادية ، يمتلكون عدوانية لا شعورية والتي هي تعبير عن "غريزة الموت" أو الهدم التي تتبع من الداخل و توجه إلى الخارج ، فالأطفال قد يظهرن عنفا في ألعابهم ضد الأم كما أن العدوانية الموجهة ضد موضوع الارتباط تزداد كلما وجدت صعوبة أو عدم تلبية الحاجة أي في حالة الانفصال.

ويعرفه: ميار محمد علي سليمان(2003): اضطراب يظهر في صورة انزعاج أو مشاعر مؤلمة ينتج عند الانفصال عن الأم أو الشعور بالتهديد بالانفصال أو الخوف من فقدان الأم أو حدوث مكروه لها ويستدل على قلق الانفصال من أعراضه الفسيولوجية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية".

أما الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية فيعرف قلق الانفصال على أنه قلق زائد حول الانفصال عن المنزل أو الأشخاص الذين يرتبط الطفل بهم ويسبب حزنا شديدا في نطاق العلاقات الوظيفية (مليكة، 2017، صفحة 70)

قلق الانفصال في المحيط المدرسي: كما هو الحال مع الاضطرابات الأخرى، فإن الأطفال المصابين بهذا النوع من الاضطرابات يواجهون عقبات أكثر في المدرسة من أولئك غير مصابين بأي اضطرابات. ووجد بأنهم يواجهون صعوبات أكبر فيما يخص التكيف مع الأجواء المدرسية والتحصيل الدراسي أكثر من أقرانهم. وفي بعض الحالات الحادة للمصابين بالمرض، قد يظهر الأطفال نوازع تخريبية داخل الغرفة الصفية وقد يرفضون الذهاب إلى المدرسة نهائيا. وتشير التقديرات إلى أن ما يقرب 75% من الأطفال المصابين بالمرض يواجهون بنوع من الرفض من المدرسة، الأمر الذي يسلب الضوء على مشكلة خطيرة، ألا وهي تخلف المزيد من الأطفال عن الالتحاق بالدورات

الدراسية والذي بدوره يؤدي إلى وضع عقبة في وجه قدرتهم على العودة إلى المدرسة. ومن ضمن المشاكل التي تظهر على المدى القصير، والناجمة عن رفض البيئة الأكاديمية لهم، ضعف أدائهم الأكاديمي أو تراجعهم، الانعزال عن أقرانهم والصراع داخل أسرهم.

• الفرق بين قلق الانفصال الموضوعي او العادي والمرضي:

- يعتبر قلق الانفصال أنه عادي وضروري عند الرضيع، فهو يسمح وأن Figures، d'attachement بالاستثمار التدريجي أشكال التعلق يبقى هذا الأخير ملاحظ وحيادي أمام الغرباء وفي الأخير تكون اتجاه الغرباء الذين يلحون réagir avec détresse استجابته بصيق عليه كثيرا،
- قلق الانفصال العادي يقوي النمو المعرفي إلى الحد أين سوف يقوم أشكال التعلق، وسوف يحتفظ بها في mentaliser الطفل بعقلنة ذاكرته ثم يتعرف عليها بفضل المميزات التي قام بتخزينها.
- معلمات التعرف على أشكال التعلق جد متنوعة وهي كالاتي: الصوت، الرائحة، الحركة، السلوكيات التي تدل على المودة. أما الغياب الجسدي سوف يسبب تدريجيا الشعور بنقص شكل التعلق بحيث يبدأ الطفل بالبحث بصريا عما يوجد حوله ثم يتعلم التبادل بين رغبة اللقاء وألم الانفصال. وسوف يتنازل مبكرا في حياته عن رغبة الاتصال الدائم للأشخاص الذي يحبهم، وبالتالي سوف يلعب قلق الانفصال لاحقا دور وقائي من خلال ما يلي:
- يرفض الطفل مشاركة عواطفه وانفعالاته مع الأشخاص الغرباء، مثلا عند الخروج من المدرسة لا يذهب عند أي شخص، بل يريد أمه وأبوه أو مربيته، فتقبل الآخر يختلف من فرد إلى آخر بحيث بعض الأشخاص يتقبلهم الطفل بصورة نهائية كما يتقبل من البعض الآخر المجالات العاطفية وقد يرفض أشخاص آخرين.
- المجالات العاطفية وقد يرفض أشخاص آخرين. خلال نمو الطفل تحدث عدة أحداث مثل: التهديد بالتخلي menace d'abandon قطع علاقة rupture انفصال غير عادي séparation inhabituelle مثل سفر عمل، دخول للمستشفى للاستشفاء، الانتقال إلى

بيت آخر وغيره. كل هذا سوف يؤدي إلى عدم الاستقرار في العلاقة العاطفية. بعض الأطفال سوف يفسرون هذه الأحداث بطريقة غير ضارة بحيث يعيشون الانفصال بدون قلق لكن البعض الآخر سوف يعيشون هذه الأحداث كعلامة إنذار التي تعلن عن التهديد بفقدان الموضوع المحبوب. فالطفل لا يفرق بين الانفصال اليومي والانفصالات غير العادية. فقلق الانفصال لم يعد يلعب دوره كواقى بحيث يعذب ويدفع الطفل إلى رفض الانفصالات، يتعلق بوالديه نهارا وليلا، فالحضور الجسدي يصبح المؤشر الوحيد الآمن.

وفيما يلي تحديد تعاريف لكل من قلق الانفصال العادي والمرضي:

أولاً- قلق الانفصال العادي(الموضوعي): يظهر هذا النوع من القلق كنتيجة لظروف الحياة اليومية وبالتالي تكون مصادره معروفة، حيث يمكن للفرد معرفة أسبابه والعمل على التكيف معها من أجل الشعور بالارتياح والتخلص من التوتر ،ملا أن الطفل في الشهور المبكرة من عمره يتميز بالقلق من الغيباء وقلق الانفصال من الأم ، والخوف من الأماكن الغريبة عنه ، غير أن هذه المخاوف تكون عادية بهدف التكيف، سرعان ما ينتهي عند نهاية السنة الثالثة من العمر، وهذا ما يعبر عنه بقلق الانفصال العادي، إذن ما هو قلق الانفصال المرضي؟

ثانيا-قلق الانفصال المرضي:

يعرفه (العناني، 1997) هو حالة شعور بعدم الارتياح والاضطراب والذم الذي يظهر نتيجة للخوف المستمر من فقدان أحد الأبوين والتعلق الغير الآمن بالحاضن. ويعرفه الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية. (DSM4): هو المبالغة المفرطة في إظهار الخوف والضيق عند الانفصال عن العائلة أو شخص مقرب. وهو قلق شديد بسبب الانفصال عن الأفراد الذين يتعلق بهم الطفل، أو بسبب الانفصال عن البيت،

وأن هذا الاضطراب لا بد أن يستمر مدة أربع (04) أسابيع على الأقل وأن يكون قبل سن 18 سنة وبسبب حزنا شديدا في نطاق العقبات الوظيفية العامة، حيث يمكن أن يكون هذا القلق عاديا عند دخول الطفل لأول مرة للمدرسة، غير أنه يكون مرضيا إذا ظهرت موجة غير عادية ومتزايدة من القلق على فراق شخص يتعلق به الفرد تعلقا شديدا.

معايير تشخيص اضطراب قلق الانفصال: قلق الانفصال عياديا هو قلق حاد يحدث عندما يتم فصل الطفل عن الأشخاص الذي هو أساسا متعلق بهم. كما توجد منبهات تثير هذه الحالة من القلق من خلال الانفصال عن الأماكن العائلية مثل (منزل أو حي وفيما يلي اهم معايير تشخيصه:

أ/ عدم تلاءم نمائي وخوف أو قلق مفرط يتعلق بالانفصال عن الأشخاص الذين تعلق بهم) ارتبط بهم (الفرد) وتكون علاماته أو مظاهره على الأقل ثلاثة مما يلي:

- 1- كرب أو كدر مفرط متكرر) دورياً (عندما يتوقع الفرد الانفصال أو يمر بتجربة انفصال عن المنزل أو عن الشخصيات الرئيسية والمهمة التي يتعلق بها.
- 2- انزعاج متواصل ومفرط بشأن فقدان الشخصيات البارزة المهمة في حياته التي يتعلق بها الفرد أو بشأن احتمال حدوث ضرر أو أذى لهذه الشخصيات مثل المرض، الإيذاء الجسدي أو الموت
- 3- انزعاج مستمر ومفرط بشأن التعرض لحدث مشؤوم مثل) التعرض للفقد «فقدان الطريق» أو التعرض للخطف، أو التعرض لحادثة مفاجئة، أو أن يصبح الفرد مريضاً (يتسبب في انفصال الفرد عن الشخصية البارزة المهمة التي يتعلق بها.
- 4- نفور، كراهية أو رفض مستمر بأن يخرج الفرد بعيداً عن المنزل للذهاب إلى المدرسة أو إلى العمل أو إلى أي مكان آخر بسبب الخوف من الانفصال.
- 5 -خوف مفرط ومستمر أو نفور كراهية أن يكون الشخص وحيداً أو بدون الشخصيات البارزة المهمة في حياته التي يتعلق بها في المنزل او في أماكن أخرى.

- 6- نفور أو رفض متواصل لأن ينام الفرد بعيداً عن المنزل أو يمضي الفرد إلى النوم بدون أن يكون على مقربة من الشخصية البارزة المهمة في حياته التي يتعلق بها.
 - 7- الكوابيس المتكررة التي تتضمن مواضيع الانفصال.
 - 8- تكرار الشكوى من الأعراض الجسدية مثل) الصداع المغص او ألم في المعدة،
 - 9- الغثيان (القيء) (عند حدوث الانفصال عن الشخصيات البارزة التي يتعلق بها الفرد أو عند توقع ذلك.
- ب-الخوف، القلق او التجنب والذي يستمر بشكل دائم على الأقل 4 أسابيع لدى الأطفال وعلى نحو نموذجي 6 شهور أو أكثر عند الراشدين.
- ج-الاضطراب يسبب كدر أو كرب إكلينيكي ذو دلالة أو تأثيرات سلبية في المجالات الاجتماعية، الأكاديمية، المهنية أو في المجالات العملية الهامة الأخرى.
- د-الاضطراب لا ينتج على نحو أفضل بواسطة اضطراب نفي آخر مثل) اضطراب الطيف التوحدي، أو رهاب الأماكن المتسعة).
- و حسب الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية الخامس هناك تسعة مميزات تشخيصية لهذا الاضطراب وهي DSM-V كالتالي:-
- 1 -خوف غير واقعي من خطر محتمل يهدد الأفراد الذي الطفل هو متعلق أساسا بهم، أو خوفه من أن يذهبوا بدون رجوع
 - 2- خوف غير واقعي من حدوث كارثة تفصل بين الطفل والأفراد الذي هو متعلق بهم، مثلاً: سوف يضيع، سوف يقتل أو يكون ضحية حادث.
 - 3- الامتناع المستمر أو رفض الذهاب إلى المدرسة من أجل البقاء في المنزل أو بالقرب من الأشخاص الذي هو أساسا متعلق بهم.
 - 4- الامتناع المستمر أو رفض النوم خارج المنزل أو بعيد عن الشخص الذي هو أساسا مرتبط به.
 - 5-يتجنب بانتظام البقاء لوحده في المنزل. وينزعج عندما لا يستطيع ملاحقة في المنزل الفرد الذي هو متعلق به أساسا.

6-أحلام مقلقة ومتكررة حول موضوع الانفصال.

7-شكاوى جسدية أيام المدرسة، مثلاً: آلام في البطن، آلام في الرأس، غثيان، تقيء.

8-أعراض قلق شديد خلال انفصال واقعي أو مسبق من شخص هو متعلق به، مثلاً: غضب أو بكاء، طلب عاجل من الأولياء عدم الذهاب (بالنسبة للأطفال أقل من 6 سنوات؛ القلق ينبغي أن يأخذ أبعاد الهلع.حزن أو صعوبة التركيز،(apathie)انسحاب اجتماعي، اللامبالاة .على العمل أو اللعب عندما لا يكون الطفل مع الشخص المتعلق به.

- أسباب قلق الانفصال: تعددت أسباب القلق لدى الأطفال بين وجود شخص جديد أو وضع جديد في البيئة المحيطة به، والحالة التي تسبب القلق قد تكون بسبب تغير إيجابي مثل بدء نشاط جديد كذهاب الطفل للروضة، ولكن في الأغلب وجود هذا النوع من القلق يرتبط بتغيرات سلبية مثل المرض أو موت أحد أفراد العائلة، كما أن الأطفال الذين يكون آبائهم وقائمين أكثر من اللازم يكونون أكثر عرضة لقلق الانفصال، وقد يكون وراثياً نتيجة وجود قلق أو اضطرابات عقلية أخرى لدى الوالدين، وفيما يلي عرض لأهم أسباب قلق الانفصال لدى الطفل. أشارت العناني إلى أسباب قلق الانفصال بأنه ناتج عن "الشعور بعدم الأمان نتيجة للحماية الزائدة والاعتماد على الكبار، أو نتيجة لغياب الأم المتكرر عن الطفل في السنوات الأولى من عمره، كما أن وجود الصراعات الأسرية تثير خوف الطفل من فقدان أحد الوالدين.ويمكن إجمال أسباب قلق الانفصال لدى الطفلى بالعوامل التالية:

• عوامل نفسية اجتماعية:

_ الاعتماد الشديد للطفل على أمه أو من ينوب عنها، إن الأطفال الذين لديهم ارتباط عاطفي بدرجة شديدة يخافون أكثر من بقية الأطفال، بالإضافة إلى مرور الطفل بخبرات عابرة ارتبطت بأحد أنواع مخاوف النمو التي يتعرض لها الطفل كالخوف من فقدان الأم، أو موت شخص مرتبط به الطفل، أو انتقال الطفل من مكان إلى آخر وعدم استقرار علاقاته.

_الحماية الزائدة ، فالعائلات التي يظهر فيها الطفل اضطراب قلق الانفصال قد يكون فيها ارتباط شديد وحماية الزائدة من الأخطار المتوقعة، حيث يصبح الأطفال هدفًا لقلق الأبوين الزائدة مما يجعلهم مهينين لقلق الانفصال.

2- عوامل جينية (وراثية): لقد أظهرت الدراسات أن الأبناء لآباء مصابين بالقلق أكثر عرضة لقلق الانفصال والآباء المصابين باضطراب رهاب الخلاء تتزايد مخاطر إصابة أطفالهم بقلق الانفصال، حيث يحتمل وجود أساس جيني موروث ينتقل من الآباء إلى الأبناء، كما أن العوامل الجينية الموروثة من الآباء تسهم في حدوث هذا الاضطراب لدى الإناث أكثر من الذكور.

3- عوامل التعلم: يتعلم الطفل القلق من أحد الوالدين بشكل مباشر، فخوف الوالد من المواقف الجديدة ينمي لدى الطفل الخوف من هذه المواقف، كما أن بعض الآباء يعلمون أبنائهم القلق بالمبالغة في تحصيلهم من المخاطر المتوقعة (الحماية الزائدة) فإذا كان الأب أو الأم من النوع الذي يخاف فإن الابن قد ينشأ على الخوف من المواقف الجديدة وخاصة البيئة المدرسية وبخشي الانفصال عن البيت فالطفل يتعلم القلق من الوالدين أو جو المنزل وهذا يظهر عندما يحذرهم والديهم كثيرًا من الابتعاد وبلك ييث الوالدان الشعور بالخطر الدائم. وهناك أسباب قد تتعلق بجو الأسرة والاضطرابات والخلافات بين الوالدين والتي تؤثر بشكل كبير على نمو الطفل لذلك على الوالدين إبعاد الطفل ما أمكن عن خلافاتهما الزوجية، لأن الطفل كثيرًا ما يعد نفسه سببًا لهذه المشكلات ويضع اللوم عليه. (ايمان، 2018، صفحة 14)

نسبة الانتشار: اضطرابات القلق هي نوع من الأمراض النفسية الأكثر شيوعًا بين شباب اليوم حيث يؤثر على 5-25% من الأطفال في جميع أنحاء العالم. ومن هذه الاضطرابات اضطراب قلق الانفصال وهو يمثل نسبة كبيرة من الحالات المشخصة. فيمكن أن تصل نسبة الإصابة بهذا المرض إلى 50% كما هو مدون في سجلات المصاح العقلية. وتعتبر اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات حدوثًا فتبلغ نسبة الإصابة به بين البالغين حوالي 7%.

وتشير الأبحاث إلى أن 4.1% من الأطفال قد تتطور إصابتهم إلى مرحلة المرض السريري وأن معاناة ما يقارب ثلث هذه الحالات سوف تستمر إلى مرحلة البلوغ إن لم يتم معالجتها. وتستمر الأبحاث في اكتشاف ما إذا كان الميل المبكر للإصابة باضطراب قلق الانفصال عاملا خطيرا لتطور الاضطرابات العقلية خلال فترة المراهقة و البلوغ. ويحتمل أن نسبة أعلى من ذلك بكثير من الأطفال يعانون من حالات بسيطة من قلق الانفصال ولم يتم تشخيصهم فعليا. وقد وجدت دراسات متعددة أن معدلات الإصابة باضطراب قلق الانفصال أكبر عند الفتيات منها عند الفتيان وأن غياب الوالدين قد يزيد من احتمال الإصابة بهذا النوع من الاضطراب عند الفتيات.

- من 5 إلى 25 ٪ من الأطفال في جميع أنحاء العالم
- 50 ٪ من الحالات التي تعاني من اضطرابات نفسية والمدرجة في سجل المستشفيات تعاني من قلق الانفصال.
- 7 ٪ من البالغين يعانون من قلق الانفصال
- 4.1 من الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال قد تتطور حالتهم إلى المرض النفسي
- ينتشر عند الفتيات أكثر من الذكور (2 مقابل 1). (فرج، 2020)

العلاج: غالبا ما تزول الأعراض والمخاوف مع النضج) شرط تدخل الظروف الخارجية الايجابية (

العلاج السلوكي: من خلال التعرض للشيء الذين يخافون منه بشكل تدريجي مع التعزيز وهنا لا نتحدث

عن نزع أو أبعاد الطفل عن أمه تقليد أو مشاهدة شخص في نفس الموقف

العلاج المعرفي: ويتم من خلال تعديل الأفكار

العلاج الأسري: ويتم بإشراك أفراد الأسرة لذا يعد أحسن من العلاج الفردي ويهتم فيه المعالج أيضا

لمستوى قلق الوالدين عند التعامل مع قلق الانفصال. (فرج، 2020)

المحاضرة (4): السلوك العدواني

تمهيد:

يعتبر السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطرب ظهوراً مثل: الضرب والقتال والصراخ، ورفض الأوامر والتخريب المتعمد. مع 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 تترك 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 وبعضهم يطلق عليهم سيكوباتيين لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين عمدا دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ، وسلوكهم هذا مزعج جدا، ولا نستطيع مقاومته بطرق مقاومة السلوك المزعج العادية. وهم غالبا ما يؤنبون ويعاقبون، ولكن لا يكون لذلك أية نتيجة، وبسبب طريقة إعاقتهم فإنهم يتميزون بأنماط سلوكهم المنحرفة مدة من الزمن، مما يثير سخط الكبار وغضبهم، وأنماط سلوكهم هذه تكون مستمرة وليست في مدة زمنية معينة. ومثل هؤلاء الأطفال فغالبا ما يصرخ عليهم ويعاقبون، لذلك نرى أنه يجب التركيز على عملية التفاعل بين سلوك الطفل وسلوك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل. (مصطفى نوري القمش، 2007، ص:52)

ويعرف 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، المؤكدة 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 لنواذعه الداخلية ضعيفا. وهو اندفاع يتجه نحو إكراه الآخر (أو الشيء) أو السلب خير منه أو إيقاع أذى فيه.

ويعتبر السلوك العدواني هو مظهر سلوكي للتغيب أو الإسقاط لما يعانيه الفرد من أزمات انفعالية حادة حيث يميل الفرد إلى سلوك تخريبي أو عدواني نحو الآخر يؤذي أشخاصهم أو أمتعتهم في المنزل أو المدرسة أو المجتمع.

ويرى رأفتد (2000) بأن السلوك العدواني مقصود يستهدف إلحاق الضرر أو الأذى بالغير، وقد ينتج عن العدوان أذى يصيب إنساناً أو حيواناً كما قد ينتج عنه تحطيم للأشياء أو الممتلكات، ويكون الدافع وراء العدوان دافعاً ذاتياً، يظهر السلوك العدواني غالباً لدى جميع الأطفال وبدرجات متفاوتة. ورغم أن ظهور السلوك العدواني لدى الإنسان يعد دليلاً على أنه لم ينضج بعد بالدرجة الكافية التي تجعله ينجح في تنمية الضبط الداخلي اللازم للتوافق المقبول مع نظم المجتمع و أعرافه وقيمه، وأنه عجز عن تحقيق التكيف والمواءمة المطلوبة للعيش في المجتمع وأنه لم يتعلم بالدرجة الكافية أنماط السلوك اللازمة لتحقيق مثل هذا التكيف والتوافق.

وقد أشار كل من ميلر **و دنفر (1982)** إلى أن هناك خمسة محكات أساسية تستطيع من خلالها تعريف العدواني و تحديدها و هذه المحاكات هي :

1. نمط السلوك.
2. شدة السلوك.
3. درجة الألم أو التلف الحاصل.
4. خصائص المعتدي.
5. نوايا المعتدي.

• **السلوك العدواني عند الأطفال في المرحلة الابتدائية: إن السلوك**

العدوان يظهر لدى معظم الطلبة في المرحلة الأساسية، وفي حين يعتبر مثل هذا السلوك طبيعياً خلال السنوات المبكرة من العمر، وكثيراً ما يلاحظ المعلمون أن لدى الطلبة ميلاً للاعتداء والتشاجر والمشاكسة، وهذه الحالات يصاحبها عادة انفعال الغضب بدرجاته المختلفة

ويرى فوزي (2007). أن السلوك العدواني لدى طلبة المدارس أصبح حقيقة واقعية موجودة في معظم دول العالم، وهي تشغل كافة العاملين في ميدان التربية بشكل خاص والمجتمع بشكل عام، وتأخذ من إدارات المدرسة الوقت الكثير وتترك آثار سلبية على العملية التعليمية، لذا فهي تحتاج إلى تضافر الجهود المشتركة سواء على صعيد

المؤسسات الحكومية أو مؤسسات المجتمع المدني أو الخاصة؛ لكونها ظاهرة اجتماعية بالدرجة الأولى وانعكاساتها السلبية تؤثر على المجتمع بأسره.

يرى عودة وموسى (1996) بأن السلوك العدواني لدى الطلبة يأخذ مظاهر متنوعة مثل الإزعاج، والسرقة، والكذب، والانضمام إلى العصابات التخريبية، فهو يرى أنه يعد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي تصاحب الطالب في المرحلة الأساسية، وأنه ابتداءً من مرحلة الطفولة، وقد يتنقل ويتطور في مراحل عمرية متقدمة، وبالتالي تضعف لديه روح المبادرة ويتجه إلى العزلة والانطواء والخجل مما يعرضه لاضطرابات نفسية عميقة. ومن مظاهر السلوك العدواني لدى الطلبة ما يرتبط بحمل الطلبة للأدوات المستخدمة في أعمال العنف من عصي، وسكاكين وأسلحة أو قد يصل إلى تعاطي السجائر والمشروبات الروحية.

أسباب السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الأساسية: أبدى الباحثون في ميادين علم النفس والتربية وعلم الاجتماع اهتماماً كبيراً بتحليل السلوك العدواني، وعلى الرغم من ذلك فلا تزال الآراء حول أسباب هذا السلوك وطرق معالجته متباينة إلى أبعد الحدود، ففي حين يرى البعض في العدوان سلوكاً فطرياً غريزياً يعود إلى الطبيعة البيولوجية للإنسان يرى البعض الآخر فيه سلوكاً مكتسباً يتعلمه الإنسان بفعل الظروف (البيئية وتفاعله المتبادل معها

ويرى محمد (2009) بأن أسباب السلوك العدواني تكون وراثية ومكتسبة، فالمكتسب يأخذ دوره المتزايد بين طلاب المدارس إذ أصبح هؤلاء الطلاب أشبه ما يكونون بالمتلقي السلبي للموقف، فيتأثر سلوكه بتصرفات العنف الناتجة من الأصدقاء، فتبدأ المشكلة بالازدياد، عند التعامل بين الزوجين إذ يأخذ الطفل تصرفات الأب في كل أشكال الإساءة ويبدأ باستعراض بين أصدقائه. وكما أنه يرى بأن تفضيل المرين بين المتفوقين سواء كانوا من المعلمين أو الأبوبين، وانعدام اهتمام الوالدين بالتواصل مع المدرسة ومتابعة أبنائهم في، والسؤال عن سلوكهم مما يتيح للأبناء التصرف بكل أشكال العنف .

مظاهر السلوك العدواني: يأخذ العدوان الأشكال الرئيسية التالية:

1 **العدوان الجسدي**: ويقصد به السلوك الجسدي المؤذي الموجه نحو الذات أو الآخرين ويهدف إلى الإيذاء أو إلى خلق الشعور بالخوف، ومن الأمثلة على ذلك: الضرب، والدفع، والركل، وشذ الشعر، والعض... وهذه السلوكيات توافق غالباً نوبات الغضب الشديدة.

2. **العدوان اللفظي**: ويقف عند حدود الكلام الذي يرافق الغضب والشتم، والسخرية، والتهديد... الخ، وذلك من أجل الإيذاء أو خلق جو من الخوف، وهو كذلك يمكن أن يكون موجهاً للذات أو للآخرين.

3. **العدوان الرمزي**: ويشمل 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 وتحقير.

وقد يأخذ العدوان شكلين:

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

2. **العدوان اللااجتماعي**: ويشمل الأفعال المؤذية التي يظلم بها الإنسان نفسه أو يظلم غيره. وقد يكون العدوان مباشراً أو غير مباشراً.

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

- **أما العدوان غير مباشر**: فيضمن الأعداء على شخص بديل وعدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي، وغالباً ما يطلق على هذا النوع من العدوان اسم العدوان البديل.

وقد يكون العدوان متعمدا أو غير متعمد فالعدوان المتعمد يشير إلى الفعل أذى يقصد من ورائه إلحاق الأذى بالآخرين.

- **أما العدوان غير المتعمد** فيشير إلى الفعل الذي لم يكن الهدف منه إيقاع الأذى بالآخرين على الرغم من انه قد انتهى عمليا بإيقاع الأذى أو إتلاف الممتلكات. ويميز علماء النفس بين نوعين من العدوان: العدوان الوسيلى والعدوان المعادي: **العدوان المعادي:** موجه نحو الآخرين بهدف إلحاق الأذى والضرر بهم فقط. **العدوان الوسيلى:** يقوم بها الطفل بدافع الحصول على شيء ما، أو استرداد شيء ما، وعادة ما يقوم الطفل بهذا النوع من العدوان عندما يشعر أن هناك ما يعرض سبيل تحقيقه لهدفه.

وقد وصف **باترسون** وآخرون أشكال السلوك العدوانى كالتالى:-

1. الشتم.
2. التحقير، وهو إطلاق العبارات والشتائم على طرف آخر بحيث تتقمص من قيمته وتجعله موضعا للسخرية.

مراحل تطور العدوانية: تحت عنوان: تطور العدوانية الجسدية من الطفولة الأولى إلى سن الرشد ، جاء في مقال للباحث (2012) (Kate,Keenan): بأن العدوان يتطور في وقت مبكر من الحياة، وفي معظم الحالات ينخفض تدريجيا علي مدى السنوات الخمس الأولى من الطفولة. ويتعلم معظم الأطفال أنهم يمنعون سلوكهم العدوانى باستخدام مهارات أخرى تظهر خلال هذه الفترة. تطغى العدوانية عند بعض الأطفال بصفة متكررة وشديدة. في حين العدوانية التي تظهر وتستمر خلال الخمس السنوات الأولى من الحياة تكون ضاره ومرتبطة بمشاكل الصحة العقلية لاحقا، وتطور اجتماعي ضعيف وتراكم للعجز، ومشاكل اللغة، والانففاع، وفرط النشاط، وسوء تنظيم العواطف السلبية، ومن المرجح ان يحدث التحدي في سياق العدوان المستمر والشديد (برزوان، 2019)

- **النظريات المفسرة للسلوك العدوانى:**

1- النظرية السلوكية: يرى أصحاب هذه النظرية أن السلوك العدواني مثل باقي السلوكات، يمكن اكتشافه وتعديله وفقاً لقواعد وقوانين عملية التعلم، لذلك ركزت الدراسات السلوكية على قاعدة أن السلوك برمته متعلم من البيئة، ومن ثم فإن الخبرات المختلفة التي يكتسب منها الفرد السلوك العدواني، قد تم تدعيمها بما يعزز لدى الفرد ظهور الاستجابة العدوانية كلما تعرض للموقف المحبط، وتأخذ هذه النظرية بدأت في تفسير السلوك العدواني:

نظرية الإحباط لدولارد وميلر-Dolard et Miller : حسب هذه النظرية فإن

السلوك العدواني يظهر نتيجة للإحباط، ويرتكز جوبريا على ما يلي:

- كل الاحباطات تزيد مع احتمالات رد الفعل العدواني.

- كل عدوان يفتن مسبقاً وجود إحباط سابق.

تتضمن نظرية الإحباط والعدوان أن البيئة تسبب في الإحباط للفرد تدفعه دفعا نحو العنف، بمعنى أن البيئة المحيطة التي لا تساعد الفرد على تحقيق ذاته والنجاح فيها تدفعه نحو العنف، وتؤكد بأن كل عنف يسبقه موقف إحباطي، والسلوك العدواني يحدث عقب إحساس الفرد بعدم قدرته من أن ما يريد، وعندما يؤخر اشباع تلك الرغبات، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور الإحباط، وفي هذه الحالة يبدأ يتفاعل مع العنف. قائلاً بأن (Dollard & al) ففي عام 1939 نشر دولارد وزملاؤه العدوان هو أحد الآثار الهامة المترتبة عن الإحباط وذلك بالرغم من ظهور ردود فعل أخرى مثل النكوص والانسحاب (في بعض الأحيان، the frustration)، (aggression hypothesis) ويعرف هذا بفرض: الإحباط - العدوان يقول دولارد نحن نفترض أن السلوك العدواني يسبقه دائماً حدوث إحباط عند الفرد والعكس صحيح، بمعنى أن حدوث الإحباط سوف يؤدي إلى سلوك عدواني، وتساعدنا الملاحظات اليومية أنه يمكن إرجاع السلوك العدواني في صورته المختلفة على أنواع متعددة من الاحباطات، ومن الواضح أنه حيثما حدث إحباط، فهناك سلوك عدواني في صورة ما ودرجة ما، وقد يلاحظ بين بعض الأطفال وبعض الكبار لا يليه سوى تقبل واضح للموقف الإحباطي وإعادة تكيف له، وقد تتساءل عما حدث لما

كنا توقعه من عدوان، غير أننا ينبغي ألا ننسى أن من الدروس الأولى التي يتعلمها الفرد في حياته الاجتماعية هي أن يكبح عدوانه، ولا يعنى ذلك اختفاء العدوان، وإنما جميع ما يعنيه هذا هو أن هذه الاستجابات العدوانية قد أُرجئت (رفضت) بصورة مؤقتة، أو قنعت، أي أخذت صورة أخرى أو حولت نحو موضوع آخر

ويشبه بعض علماء النفس عمل إبدال العدوان- وتحويله نحو موضوع آخر- من أجل تخفيف حدة التوتر الناتج عن الإحباط الشديد بعمل صمام الأمان في غلاية البخار، فعندما يزداد ضغط البخار متداخل الغلاية، يسرب الصمام البخار الزائد لحماية الغلاية من الانفجار، كذلك الحال بالنسبة للشخص الغاضب المحبط، تضغط عليه انفعالاته من الداخل فيلجأ إلى الإبدال لتسريب بعضها في سلوك ما، فالطفل المحبط من والده ولا يستطيع التعبير عن غضبه ضده قد يسرب بعضا من هذا الغضب في الاعتداء على أخيه الأصغر، والموظف المحبط من مديره في العمل قد يوجه عدوانه نحو زوجته، فيحتد في نقاشه معها أو يعنف أحد أبنائه، وقد اكتشف ميلر سنة 1948 ظاهرة إبدال العدوان عند الحيوان، واستطاع (Miller) أن يجعل فأرا يبدل عدوانه، فعندما لم يستطيع أن يوجه هجمته نحو فأر آخر وجهه نحو دمية أطفال)

لقد قام كل من (جيليوم، شاو، بيك، شونبيرج ولوكون) بدراسة (Gilliom,shaw, Beck,Schonberg et Lukon,2002) طولية حول 310 طفل تم اتباعهم لمدة تتراوح ما بين 18 أشهر إلى 6 سنوات. وكان الهدف منها فحص قدرتهم على ضبط الغضب أمام مهمة محبطة. وكانت النتيجة أن الأطفال الذين لديهم صلة التعلق من نوع آمن كان باستطاعتهم تجنب انتباههم عن المنبه المحبط، والتساؤل متى وكيف سيتم إزالة العقبات. وأبرزت هذه الدراسة أيضا ان الأسلوب الوالدي لعب دورا في قدرة الطفل على تغيير نقطه اهتمامه، لان هذا النوع من الإستراتيجية تم صقلها في العلاقة بين الأم والطفل.

ويبدو إن النمط الوالدي يمكن ان يؤخر العقلنة والشعور بالذنب

الناجمين عن القدرة على فهم الحالة العاطفية (Kochanska, Gross, & Lin للآخرين، وقد قام كل من بدراسة أين وضعوا فيها الأطفال في موقف

من **Nicholas, 2002**) الشعور بالذنب المستحث، والذي يوحى لهم أنهم أتلغوا لعبة قيمة. وتوصلت الدراسة إلى أن الأسلوب الأبوي الذي يتميز بتأكيدات السلطة (التهديدات والتعليقات السلبية) يعوق تطور الذنب. في حين أن النمط الوالدي الإيجابي يشجع على تشكيل الشعور (برزوان، 2019)

- **نظرية التعلم الاجتماعي Albert Bandura** :: حسب هذه النظرية فإن سلوك الفرد يتشكل بدل بحضة سلوكات الآخرين بدا فيها السلوكات العدوانية، وتتلخص هذه النظرية كما يلي:

- معظم السلوك العدواني متعلم من خلال الملاحظة وتقليد الأقران والنماذج الرمزية كالتلفزيون.

- اكتساب السلوك العدواني من الخبرات السابقة.

- التعلم المباشر للمسالك العدوانية، كالإثارة المباشرة للأفعال العدوانية.

- تأكيد السلوك العدواني من خلال المكافأة والتعزيز.

- إثارة الطفل إما بالنجوم الجسدي أو بالتهديدات أو الإناث.

- العقاب يؤدي لزيادة العدوان (عدنان أحمد، 2006:21)

- **نظرية التحليل النفسي Sigmund Freud**: تفسر هذه النظرية السلوك العدواني كرد فعل لإحباط وتعويق للدوافع الحيوية أو الجينية والتي غالبا ما تسعى للإشباع وبرقيق السرور والابتعاد عن المواقف.

فقد حدد فرويد غريزتين أساسيتين في النفس البشرية: وهي منبع الطاقة الجنسية، وهدفها حفظ البقاء

- **أ/ غريزية الحياة EROS**: هي نقيض الغريزية الأولى، حيث تهدف إلى التدمير وتفكيك الكائن.

- **ب- غريزة الموت Thanatos** : فهي مظهر للقوة والعدوان والانتحار والقتال، فغرائز

الموت غرائز فطرية لذا فهي مساوية لغرائز الحياة من حيث السلوك الفردي.

ويؤكد هذا الرأي **مكدوجل**- بأن غريزة الموت هي غريزة فطرية تعرف بغريزة القاتلة حيث يكون الغضب والانفعال الذي يكون وراءها فغريزة الموت ليست غريزة فطرية ولكن حقيقة ملموسة،

الأسباب التي تدفع الأطفال إلى التصرف بعدوانية:

1- التعرض لخبرات سيئة سابقة: كأن يكون قد تعرض الطفل لكراهية شديدة من قبل معلمه أو كراهية من والديه أو رفض اجتماعي من قبل زملائه الطلاب أو رفض اجتماعي عام وغيرها .. مما يدفع به الى العدوانية في السلوك.

2-الكبت المستمر: فقد يعاني الطفل ذو السلوك العدواني من كبت شديد ومستمر في البيت من قبل والديه أو أخوته الكبار، أو من المدرسة من قبل المعلمين و الإدارة، فيؤدي هذا الكبت الى دفع الطفل للتخفيف والترويح عن نفسه و إفراغ الطاقة الكامنة في جسمه والتي تظهر على شكل عدوانية إنتقاما من مواقف الكبت المفروضة عليه .

3- التقليد: وهذا سبب مهم، حيث في كثير من الأحيان يظهر السلوك العدواني بدافع التقليد لما يقدم في الأفلام والمسلسلات حتى الكرتونية منها، ونجد في بعض الأحيان أن التقليد يكون للأب أو أحد الأخوة أو أحد أفراد المجتمع الذين يتسمون بالعنف و العدوانية، و في النهاية نجد أن الطفل يقلد هذه المصادر، و لا يوجد مكان أحب إليه من إظهار قدراته و مهاراته القتالية من المدرسة حيث يبدأ في أذية زملائه ومعلميه وقد يؤدي نفسه.

4- الشعور بالنقص: قد يدفع شعور الطفل بنقصه من الناحية الجسمية أو العقلية أو النفسية، كأن يفقد أحد أعضائه، أو يسمع من يصفه بالحمق والغباء والألفاظ الجارحة، مما ينعكس على سلوكه تجاه الآخرين.

5-الفشل والإحباط المستمر: قد يكون عامل الفشل كالرسوب المتكرر، أو الفشل في شؤون الحياة الأخرى كالهزيمة في المسابقات والرياضات، يؤدي الى التصرف بعدوانية كرد فعل تجاه هذا الفشل و الإحباط.

6- تشجيع الأسرة على العدوان : فهناك بعض الأسر تشجع على العنف والقسوة و لعدوانية في التعامل مع الحياة ومع الناس، فيظهر ذلك جلياً في أبنائها حيث تظهر عندهم آثار العدوانية في ألعابهم وتعاملهم مع أقرانهم.

طرق الوقاية من حدوث السلوك العدواني لدى الأطفال

تجنب الممارسات و الاتجاهات الخاطئة في تنشئة الأطفال: إن التسبب في النظام الأسري والاتجاهات العدوانية لدى الآباء تجاه الأبناء تعمل على توليد سلوك عدواني لدى الأطفال من نفس البيئة الاجتماعية وبالتالي قد يولد هذا العدوان ضعفاً وخللاً في الإنضباط، وتفيد بعض الدراسات أن الأب المتسبب أو المتسامح أكثر من اللازم هو ذلك الأب الذي يستسلم للطفل ويستجيب لمتطلباته و يدلله ويعطيه قدرًا كبيراً من الحربة أما الأب ذو الاتجاهات العدوانية غالباً لا يتقبل ابنه ولا يستحسنه وبالتالي لا يعطيه العطف ومشاعر الأبوة أو الفهم والتوضيح فهؤلاء الآباء غالباً ما يميلون لاستخدام العقاب البدني الشديد لأنهم تسلطيين وهم بذلك يسيئون استخدام السلطة ومع مرور الوقت وهذا المزيج السيئ من السلوكيات الوالدية السلبية يولد الإحباط والعدوان لدى الأطفال بسبب السخط عند الطفل على أسرته ومجتمعه وبالتالي التعبير عن هذا السخط بهذا السلوك، لذلك لا بد للآباء أن يكونوا قدوة حسنة للأبناء في تجسيد الوسائل الجيدة لحل المشكلات وإرشاد الأطفال لحل المشكلات بالطريقة الصحيحة .

الإقلال من التعرض لنماذج العنف المتلفزة: أظهرت نتائج كثيرة من الدراسات كما ذكر أن النماذج العدوانية التي يتعرض لها الأطفال في التلفاز تؤثر بشكل قوي في ظهور السلوك العدواني لدى الأطفال. وذلك لأن وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة تلعب دوراً كبيراً في تعلم النماذج السلوكية الإيجابية والسلبية فعلى ضوء ذلك يجب أن توفر البرامج الفعالة ذات الأهداف الإيجابية للأطفال حتى يتم تعلم نماذج جيدة وبناءة في سلوك الأطفال فلو نظرنا إلى واقع الأفلام الكرتونية والقصص وغير ذلك فإننا نلاحظ أنها تعمل على تعليم الأطفال العدوان والأناية لتحقيق الأهداف وتبعث في

نفوس الأطفال الخوف والقلق وغيره من المشكلات التي لا يحبذ الأهل وجودها لدى أطفالهم لما لها من تأثير سلبي لاحقاً على حياة الأطفال.

العمل على خفض مستوى النزاعات الأسرية: لا تخلو الأسر غالباً من وجود نزاعات زوجية بغض النظر عن حدتها وأسبابها وطريقة هذه النزاعات ، ومن المعروف أن الأطفال يتعلمون الكثير من السلوك الاجتماعي من خلال الملاحظة والتقليد وعلى ضوء ذلك يتوجب على الوالدين أو الإخوة الكبار أن لا يعرضوا الأطفال إلى مشاهدة نماذج من النزاعات التي تدور داخل الأسرة وذلك لما له من أثر سلبي على الأبناء يتمثل في تعليم الأطفال طرقاً سلبيةً لحل النزاعات ومنها السلوك العدواني . فالبيئة الأسرية الخالية من النزاعات وذات الطابع الاجتماعي تنمي لدى الطفل الشعور بالأمن وبالتالي استقرار الذات .

تنمية الشعور بالسعادة عند الطفل: إن الأشخاص الذين يعيشون الخبرات العاطفية الإيجابية كالسعادة وتوفير دفاء وعطف الوالدين وحنانهم عليهم يميلون لأن يكون تعاملهم مع أنفسهم ومع غيرهم بشكل لطيف وخال من أي عدوان أو سلوك سلبي آخر ، أما الأشخاص الذين تعرضوا لإساءة المعاملة من قبل الوالدين وإهمال عاطفي واجتماعي فقد يسعون لاستخدام العدوان بأشكاله المختلفة وذلك من اجل جلب انتباه الأسرة وإشعارها بوجوده وضرورة الاهتمام به. إن إساءة المعاملة الجسمية والنفسية الموجهة نحو الأطفال كلها تؤدي إلى مشاكل وضعف في الجهاز العصبي المركزي وقد تقود إلى توليد اضطرابات سلوكية وانفعالية.

توفير الأنشطة البدنية الإيجابية للأطفال: من المعروف أن الأنشطة البدنية الإيجابية كالرياضة بكافة أشكالها تعمل على استثمار الطاقة الموجودة لدى الأفراد وتنمي كثيراً من الجوانب لدى الأفراد . فتوفر مثل هذه الأنشطة خصوصاً لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة يعمل على تصريف أشكال القلق والتوتر والضغط والطاقة بشكل سليم حتى لا يكون تصريف هذه الأشياء عن طريق العدوان فقد ثبت

من خلال العديد من الدراسات مدى أهمية وفاعلية الرياضة في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال.

تنظيم وترتيب بيئة للطفل: إن إعادة ترتيب البيئة المنزلية والمدرسية للطفل التي تتضمن أماكن واسعة في غرف النوم والمعيشة وأماكن اللعب وغرف الفصول تعمل على التقليل من التوترات والانفعالات وبالتالي تقطع الأمل في حدوث سلوك عدواني ناتج عن الضيق في مساحات اللعب وغيره لأن ذلك يعطي فرصاً أكبر للأطفال للعب والحركة كما أنه ينصح بوجود أشخاص راشدين كمراقبين لسلوك الأطفال لمنع حدوث المشاجرات بين الأطفال

الإشراف على الطفل في النشاطات اليومية: إن الأطفال الناضجين والأطفال غير الناضجين بحاجة مساحة لوجود من يشاركونهم اللعب وبالأحرى من يشرف على لعبهم وهذا الإشراف يبدي للطفل المشارك في النشاط مدى اهتمام الراشد المشارك المراقب له وبالتالي يحد من ظهور مشكلات سلوكية تتبع عن غياب الرقابة.

المحاضرة (5):

العزلة الاجتماعية .

هي شكل متطرف من الاضطرابات في العلاقة مع الرفاق فعندما لا يقضي الطفل وقتا في التفاعل مع الآخرين تكون النتيجة عدم حصوله على تفاعل ايجابي كافي، وتعاني (الاجتماعية) الصحية والتفاعل مع مجموعة والشعور بالانتماء. والعزلة فتعني الانفصال عن الآخرين وبقاء الشخص منفردا وحيدا معظم الوقت والعزل مرتبط ارتباطا واسعا بالمشكلات وصعوبات التعلم وسوء التكيف والمشكلات الانفعالية والسلوكية. الأمر الذي يؤدي إلى تطور سلوك منحرف .

(Scheffer and Mailm)، (388 : 1989)

ويرى **الباحث** أن العزلة الاجتماعية هي عنف موجه ضد الذات ،وهي عبارة عن عدم قدرة الطفل على التعبير كما خلفه الموقف من عنف وتوتر انفعالي، وبالتالي هذا التأثير على النطاق الانفعالي الداخلي بل ويؤدي إلى انسحاب شامل اجتماعيا ، الأمر الذي يؤدي إلى عدم نمو مهاراته الاجتماعية التي يحتاجها لاحقا في علاقاته مع الآخرين، وتلاحظ العزلة بشكل كبير عند تعامل بعض أطفال المؤسسات مع الآخرين. (اسماعيل، 2009)

ضعف التواصل الاجتماعي :

العزلة. او الانسحاب: هنا الطفل قد يتعد عن الآخرين، فيحب الوحدة ويكره الاختلاط بالناس. وقد تقلل المواقف السلبية من تفاعل الفرد الاجتماعي فيسلك سلوكاً سلبياً يعيقه من التواصل مع غيره، ومن مظاهر هذا السلوك الانسحاب ي: البعد عن مخالطة الناس والتضجر من العمل أو حتى اللعب الجماعي.

أسباب ضعف التواصل الاجتماعي: ينجم الضعف الاجتماعي من اضطراب الوسط العائلي أو المدرسي، كما يلعب الأقران دوراً كبيراً في انحراف الشخصية السوية. فيما يلي جملة من الأسباب المؤدية إلى العزلة عند الأطفال:

- ضعف العلاقة الودية الوطيدة بين أفراد الأسرة لتلبية الاحتياجات النفسية.
- التدليل الزائد وحجب الطفل عن الأنشطة العامة خوفاً عليه من الحسد أو خشية الإصابة بالأذى.
- اهتمام الأسرة والمدرسة بتنمية الحصيلة المعرفية للطفل، وعدم امتلاكها لبرامج منهجية لتطوير المهارات الحياتية القائمة على حل المشكلات اليومية والتكيف مع البيئة.
- سياسة الأسرة التسلطية في التهذيب المبنية على الزجر والتأنيب لا الرفق والترغيب.
- الجهل بالمهارات الاجتماعية، مث ل: معرفة طرق اكتساب الأصدقاء، والاستئذان، وإفشاء السلام، وفن الإصغاء الايجابي، وأدب الحديث.
- قيام الأصدقاء أو الأقارب بتوجيه النقد القاسي، واستخدام التوبيخ الصارم، والاستخفاف المستمر به فيفقد الطفل الثقة بقدراته ولا يتقبل ذاته.

المظاهر: يتصف الطفل الذي يعاني من ضعف في علاقاته الاجتماعية بالخجل الشديد فينكمش نشاطه، وتضطرب تصرفاته، وينطوي على نفسه، ويمتنع من مخالطة الآخرين، ويخاف من التجمعات والحفلات أو قد يخجل من شكله ومظهره، ويمكن التعرف على الطفل الذي يعاني من الانطواء والانزواء بعدة طرق منها الأمور التالية:

- الحساسية الشديد من التوبيخ والزجر والنقد لا سيما من الكبار.
- الاعتماد التام على الاحتكاك بيئة مغلقة قد تتمثل في الوالدين.

- عدم التعبير عن أحاسيسه ومشاعره الدفينة، ومواقفه وذكرياته الأليمة بل يلجأ إلى الصمت والكبت، ويلوذ بالكتمان والعزلة.
- الابتعاد عن الأنشطة التي تتطلب الثقة بالنفس (الملاعب، المسرح، إذاعة المدرسة).
- يرتبط بشبكة صداقات محدودة وغير مستقرة ويعجز عن تكوين صداقات جديدة.
- يختار الأنشطة الفردية في الفصل (الرسم والقراءة) ولا يستطيع الانخراط بسهولة في العمل الجماعي مع أقرانه. لا يندمج بسهولة مع المجموعة التي يلعب معها.
- يشعر بحرج وارتباك عندما تتجه نحوه الأنظار في المواقف الاجتماعية، وقد يتلعثم في الكلام، وتتشتت أفكاره، ويحمر وجهه، ويصبح فمه جافاً ويشعر بسرعة خفقان قلبه.
- يستسلم الطفل الخجول للأوهام والكلمات المحبطة، مثل: "لا نريدك"، "أنت عديم الفائدة"، "أنت طفل منعزل لا تعرف أن تتحدث"، "لا نريدك أن تلعب معنا لأنك أناني"، "شخصيتك غريبة"، فهذه الكلمات السلبية التي يسمعها من أقرانه أو أهله ساعة الغضب يصدقها الطفل الانطوائي كحقائق ثابتة وتؤثر فيه لاحقاً.
- التمارض للبعد عن المشاركة الجماعية.
- الخشية من إبداء الرأي وطرح الأسئلة المناسبة والملل من الاسترسال في الكلام كي لا يتورط بعلاقات جديدة.
- الإفراط في مشاهدة التلفاز أو برامج الحاسب الآلي، والتفريط في الوفاء بالواجبات الاجتماعية الأساسية.
- التشاؤم واللامبالاة.
- قد يعاني من تعثر دراسي وضعف الحصيلة اللغوية.
- يحب أن يشاهد الناس ويرفض أن يشارك في المناسبات خوفاً من الإحراج ولعدم ثقته بنفسه.

الوقاية والعلاج: هناك العديد من الوسائل المعينة على مواجهة ضعف الجانب الاجتماعي لدى الأطفال، ولا شك أن لكل طفل خصوصياته التي نشاهدها في الفروق

الفردية، ورغم ذلك فإن المتخصصين يقترحون مجموعة طرق علاجية يمكن الاستفادة منها أثناء التعامل مع الطفل الانطوائي، منها:

- معرفة الأسباب وطرق الحد منها أو السيطرة عليها.
- يحتاج الطفل إلى المدح والثناء والدفء العاطفي ليشعر بأنه شخص مهم عنده جوانب مضيئة، وأنه مقبول وله قيمة كشخص خلقه الله - تعالى - في أحسن تقويم، فهو عزيز ويمتلك ذكاءات متنوعة، منه: الذكاء الاجتماعي فينبغي تفعيله من خلال الحرص على تكوين علاقات جديدة والمشاركة في الأنشطة الجماعية، ومواجهة العقبات بحكمة والحذر من الهروب منها، وهذا الأمر من شأنه أن يجعل الطفل يثق بنفسه ويقدراته لتحسين علاقاته بالآخرين. يجب أن نكثر من ذكر إيجابيات أطفالنا كما نحذر من نقدهم علانية.

- فتح قنوات الحوار والمصارحة بين الطفل ووالديه لتعزيز الثقة وكشف أسباب معاناة الطفل. ينبغي أن نستمع لمخاوف الطفل لبيئها ولا نقاطعه أثناء الكلام، ولكن نبين له إيماننا بقدرته الذاتية على تجاوز المعوقات الخارجية.

- رواية الكبار تجاربهم للأطفال فالمواقف التي تسبب لنا الحرج والخجل الزائد تجعلنا أحياناً نتجنب الحياة الاجتماعية ونخشى مواجهة الناس، ولكننا نتغلب على المخاوف بعدة طرق. رواية الحكايات الواقعية والتاريخية والرمزية وسيلة هامة لعلاج الطفل المنعزل؛ لأنها تدفع الفرد للتدبر ثم الاقتداء بالنماذج الناجحة.

- لا بد للأسرة والمدرسة من تدريب الطفل على المهارات الحياتية الخاصة ببناء العلاقات الاجتماعية الناجحة بطريقة منظمة مع استبعاد الأحاسيس السلبية من نفس الطفل
- تضع الأسرة والمدرسة مع الطفل أهدافاً مرحلية يمكن قياسها لاصطحاب الأطفال في أنشطة جماعية للمنتزهات والمتاحف العلمية لتعميق معاني الإخاء والمودة والتعاون والثقة والحوار لجميع المشاركين. الهدف من تلك الرحلات كسب مهارات وعدم تكديس معلوماً. يجب مراجعة نتائج تلك البرامج لاحقاً والتركيز على أكثرها نفعاً.

محاضرة رقم (6):

اضطراب التوحد

تعريف 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 أداءه 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 0-3معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح ، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم و عدم الاهتمام بالآخرين و تبلد المشاعر. (عبد العزيز السيد الشخص ، عبد الغفار عبد الحكيم، 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 (. وليد محمد علي ، دس)
- 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 وهو 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) و اضطرابات 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 التوحدين 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 والتواصلية 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 التوحدين قدرات خاصة في بعض الجوانب، وقد يكون التدخل المبكر من أفضل طرق تحسين حالة الطفل التوحدي (نايف بن عايد بناب رهيم الزارع، 2005: ص 20)

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- الذاتية: 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 ص:)

• 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 بغئة اضطراب التوحد. وبشير فريث الاضطرابات تنتشر بمعدل يبلغ 60 حالة لكل 10000 حالة ولادة ومع ذلك فمن الصعب التوصل إلى تحديد معدلات دقيقة لانتشار التوحد(عادل عبد الله محمد ، 2008 :ص 646)، ومعدلات انتشار اضطراب التوحد لدى الذكور تفوق انتشاره لدى الإناث بحيث تتراوح النسبة

¼ وربما يعزى ذلك إلى وجود دليل على الأجنة والرضع الذكور يكونون بيولوجيا أكثر تعرضاً

للضغوط قبل الولادة مقارنة بالإناث (أسامة فاروق مصطفى ، 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 4

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 بن عابد الزارع 2010: ص 3)
• أعراض التوحد:

1. نقص في التواصل و التفاعل الاجتماعي .
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 بنت عبد الله الجلامدة ، 2014، ص:176)
و يتصف اضطراب طيف التوحد حسب DSM5 بـ :

1. نقص في التواصل والتفاعل الاجتماعي.
2. محدودية تكرار السلوك والاهتمامات والنشاطات، وإذا لم يتوفر وجود الصفات السلوكية المذكورة في البند الثاني فان التشخيص هو اضطراب في التواصل الاجتماعي

❖ ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة و المعايير التشخيصية الجديدة :

DSM V (2013)	DSM IV-TR (2000)	معيـار المقارنـة
اضطراب طيف التوحـد (ASD)	الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)	مسمى الفئة
متصلة لثلاث فئات ممتدة وفقاً لمستوى شدة الأعراض	مطللة لخمسـة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	بنية الفئة
فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بالتوحـد ، اسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة	5 اضطرابات هي : التوحـد، 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 وفقاً لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة	خمسـة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافاً في شدة الأعراض	مستوى الشدة
محددة : الإعاقة العقلية، اضطرابات اللغة ، الحالات الطبية و الجينية، اضطرابات السلوك، الكاتاتونيا	غير محدد	المصاحبة لإعاقات أخرى
الطفولة المبكرة (08 سنوات)	03 سنوات	المدى العمري لظهور الأعراض

(محمد عبد الفتاح الجابري، 2014، ص:10)

• مقاييس تشخيص اضطراب طيف التوحـد:

1. مقياس التقدير التوحدي للأطفال CARS-2 Children Autism Rating Scale
2. القائمة E 2 التشخيصية (Autism Research Diagnostic Checklist Form E-2 (Autism 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 (PEP-R) Pscho Education Profile
 6. قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) The Autism Behavior Checklist
 7. قائمة التوحد للاطفال دون السنتين (CHAT) Checklist for Autism in Toddlers
 8. مقياس الطفل التوحدي لعادل عبد الله 2003
 9. الاستبيان السلوكي النمائي لاضطرابات طيف التوحد and Developmental 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 (7)

اضطرابات اللغة اضطرابات النطق، التأخر اللغوي وتأخر الكلام التأناة والبكم خارج العائلة

مفهوم اضطرابات اللغة: يبي تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة باللغة نفسها

من حيث زمن ظهورها أو

(تأخريا أو سوء تركيبها من حيث معنانيا أو قواعديا أو صعوبة قراءتها أو كتابتها)بن

عربية وشوال، 2015)

3- أنواع اضطرابات اللغة:

أ- تأخر ظهور اللغة: لا تظهر الكلمة في العمر الطبيعي لظهورها وبنو السنة الأولى

من عمر الطفل، بل يتأخر

ظهور الكلمة إلى السنة الثانية.

ب- صعوبة الكتابة: لا يستطيع الطفل أن يكتب بالشكل الصحيح الدادة الدطلبون كتابتها مقارنة مع أقرانو في نفس العمر.

ت- صعوبة التذكر والتعبير: صعوبة تذكر الكلمة المناسبة في الدكان المناسب ومن تم التعتَ عنها، وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى وضع أي مفردة بدلا من الكلمة الدطلبونة.

ث- فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها: في هذه الحالة لصد أن الطفل لا يستطيع أن يفهم اللغة الدنطوقة،

بالإضافة إلى عدم قدرته على التعتَ عن نفسه بطريقة مفهومة، ويظهر ذلك في فقدان القدرة على الاتصال الاجتماعي والتعتَ عن الذات.

ج- صعوبة فهم الكلمات أو الجمل: ويقصد بذلك صعوبة فهم معنً الكلمة أو الجملة الدسموعة.

ح- صعوبات القراءة: لا يستطيع أن يقرأ بشكل صحيح الددونة مقارنة بأطفال في نفس سنو.

خ- صعوبة تركيب الجملة: تظهر في صعوبة تركيب الجملة من حيث قواعد اللغة ومعنايا لتعطي الدعتُ

(الصحيح، وفي هذه الحالة يعاني الطفل صعوبة وضع الكلمة في مكانها الصحيح.)
عربية وشوال، 2015)

ثانيا- اضطرابات النطق والكلام:

1- اضطرابات النطق والكلام: تشتت إلى اضطراب ملحوظ في النطق والكلم أو الصوت أو الطليقة الكلمية أو التأخر اللغوي، أو تطور اللغة التعتية أو اللغة الاستقبالية، الأمر الذي لغعل الطفل بحاجة إلى برامج عليجية أو تربوية خاصة، وتكون الصعوبة في التواصل اضطرابا إذا توفرت الشروط التالية:

- الخطأ في عملية إرسال الرسائل أو استقبالها إذا بالنسبة للرسالة.
- إذا أثر هذا الخطأ على الفرد تعليمياً أو اجتماعياً، إذا بالنسبة للفرد.
- إذا أثرت هذه الصعوبة على تعامل الفرد بحيث يكونون ابذايا سلبياً لضوءه، إذا بالنسبة للآخرين.

(بن عربية وشوال، 2015

إضطرابات النطق : تنتشر إضطرابات النطق بين الصغار والكبار ، وهى تحدث فى الغالب لدى الصغار نتيجة أخطاء فى إخراج أصوات حروف الكلام من مخارجها ، وعدم تشكيلها بصورة صحيحة . وتختلف درجات إضطرابات النطق من مجرد إلى الأضطراب الحاد ، حيث يخرج الكلام غير مفهوم LISP اللثغة البسيطة نتيجة الحذف والأبدال والتشويه . وقد تحدث بعض إضطرابات النطق لدى الأفراد نتيجة خلل فى أعضاء جهاز النطق مثل شق الحلق وقد تحدث لدى بعض الكبار نتيجة إصابة فى الجهاز العصبى المركزى فربما يؤدي ذلك إلى أنتاج الكلام بصعوبة أو بعناء ، مع تداخل CNS وربما الأصوات وعدم وضوحها كما فى حالة عسر الكلام كل ذلك يحتم فقد القدرة على الكلام تماماً كما فى حالة البكم على أختصاصى علاج أضطرابات النطق والكلام والتركيز جيداً على طبيعة وأسباب الأضطرابات أثناء عملية تقييم حالة الفرد . وغالباً يشمل علاج اضطرابات النطق أساليب تعديل السلوك اللغوى وحدها أو بالإضافة إلى العلاج الطبى .

مظاهر اضطرابات النطق: سبقت مناقشة مراحل عملية الكلام والأجهزة المتضمنة فيها ، وركزنا على مرحلة الإنتاج أو الأرسال ممارسة الكلام) والتي تشمل إخراج الأصوات وفقاً لأسس معينة بحيث يخرج كل صوت متميز عن الآخر وفقاً للمخرج ، وطريقة التشكيل ،

والرنين وبعض الصفات الأخرى . ثم تنظم هذه الأصوات طبقاً للقواعد المتفق عليها فى الثقافة المحيطة بالطفل ، لتكون الكلمات والجمل ، والفقرات وهكذا يتصل الكلام . وبعد نطق الأصوات بصورة صحيحة يظهر الكلام مضطرباً . وهناك أربعة مظاهر أو

أنواع لاضطرابات النطق والكلام تشمل الحذف ، والأبدال والتشويه ، والأضافة . وسوف نستعرض هذه الأنواع بشيء من الإيجاز فيما يلي :-

التحريف / التشويه: يتضمن التحريف نطق الصوت بطريقة تقربه من الصوت العادى بيد أنه لا يماثله تماماً .. أى يتضمن بعض الأخطاء . وبتنشر التحريف بين الصغار والكبار ، وغالباً يظهر فى أصوات معينة مثل س ، ش ، ، حيث ينطق صوت س مصحوباً بصغير طويل ، أو ينطق صوت ش من جانب الفم واللسان . ويستخدم البعض مصطلح نأثأة (لثغة) للإشارة إلى هذا النوع من اضطرابات النطق .

مثال : مدرسة - تنطق - مدرثة

ضابط - تنطق - ذابط

وقد يحدث ذلك نتيجة تساقط الأسنان ، أو عدم وضع اللسان فى موضعه الصحيح أثناء النطق ، أو الانحراف وضع الأسنان أو تساقط الأسنان على جانبى الفك السفلى ، مما يجعل الهواء يذهب إلى جانبى الفك وبالتالي يتعذر على الطفل نطق أصوات مثل س ، ز .

ولتوضيح هذا الاضطراب يمكن وضع اللسان خلف الأسنان الأمامية - إلى أعلى - دون أن يلمسها ، ثم محاولة نطق بعض الكلمات الى تتضمن أصوات س / ز مثل : سامى ، سهران ، زهران ، ساهر ، زاهر ، زايد .

الحذف: فى هذا النوع من عيوب النطق يحذف الطفل صوتاً ما من الأصوات التى تتضمنها الكلمة ، ومن ثم ينطق جزءاً من الكلمة فقط ، قد يشمل الحذف أصواتاً متعددة وبشكل ثابت يصبح كلام الطفل فى هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق حتى بالنسبة للأشخاص الذين يألغون الأستماع اليه كالوالدين وغيرهم ، تميل عيوب الحذف لأن تحدث لدى الأطفال الصغار بشكل أكثر شيوعاً مما هو ملاحظ بين الأطفال الأكبر سنّاً كذلك تميل هذه العيوب إلى الظهور فى نطق الحروف الساكنة التى تقع فى نهاية الكلمة أكثر مما تظهر فى الحروف الساكنة فى بداية الكلمة أو فى وسطها

الأبدال: توجد أخطاء الابدال فى النطق عندما يتم اصدار غير مناسب بدلاً من الصوت المرغوب فيه ، على سبيل المثال قد يستبدل الطفل حرف (س) بحرف (ش) أو يستبدل حرف (ر) بحرف (و) ومرة أخرى تبدو عيوب الأبدال أكثر شيوعاً فى كلام الأطفال صغار السن من الأطفال الأكبر سنّاً ، هذا النوع من اضطراب النطق يؤدى إلى خفض قدرة الآخرين على فهم كلام الطفل عندما يحدث بشكل متكرر .

الإضافة: يتضمن هذا الاضطراب إضافة صوتاً زائداً إلى الكلمة، وقد يسمع الصوت الواحد وكأنه يتكرر . مثل سصباح الخير ، سسلام عليكم ،قطات

خصائص اضطرابات النطق :

- تنتشر هذه الاضطرابات بين الأطفال الصغار فى مرحلة الطفولة المبكرة
- تختلف الاضطرابات الخاصة بالحروف المختلفة من عمر زمنى إلى آخر
- يشيع الإبدال بين الأطفال أكثر من أى اضطرابات أخرى .
- إذا بلغ الطفل السابعة واستمر يعانى من هذه الاضطرابات فهو يحتاج إلى علاج .
- تتفاوت اضطرابات النطق فى درجتها ، أو حدتها من طفل إلى آخر ومن مرحلة عمرية إلى أخرى ، ومن موقف إلى آخر
- كلما استمرت اضطرابات النطق مع الطفل رغم تقدمه فى السن كلما كانت أكثر رسوخاً . وأصعب فى العلاج .
- يفضل علاج اضطرابات النطق فى المرحلة المبكرة ، وذلك بتعليم الطفل كيفية نطق أصوات الحروف بطريقة سليمة ، وتدريبه على ذلك منذ الصغر.
- تحدث اضطرابات الحذف على المستوى الطفلى أكثر من عيوب الأبدال أو التحريف .
- عند اختبار الطفل ومعرفة امكانية نطقه لأصوات الحروف بصورة سليمة فإن ذلك يدل على إمكانية علاجه بسهولة . **أسباب اضطرابات النطق:** يصعب تحديد سبب معين لاضطرابات النطق ، نظراً لأن الأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات لا يختلفون إنفاعلياً ، أو عقلياً ، أو بدنياً (جسمياً) عن أقرانهم . وفى معظم الحالات نجد أن قدرة

الأطفال . الذين يعانون من اضطرابات نطق نمائية – على التواصل محدودة لدرجة أن من يسمعونهم يعتقد أنهم أصغر من سنهم بعدة سنوات ، وقد يتم تصنيف ذلك على أنه اضطراب فى النطق نتيجة خطأ فى تعلم قواعد الكلام (أسس تنظيم أصوات الكلام). وبصورة عامة فقد تشترك إضطرابات النطق مع غيرها من اضطرابات الكلام فى أسباب عامة ، بينما قد ترجع 'لى بعض الأسباب النوعية يمكن إيجازها فيما يلى :

الإعاقة السمعية: من المعروف أنها تتعلق بمرحلة الاستقبال من عملية الكلام ، وهى أهم

مرحلة حيث تمارس حاسة السمع عملها قبل ولادة الطفل بثلاثة أشهر تقريباً ، وتعمل على تكوين الحصيلة اللغوية التى تمكنه من ممارسة الكلام عندما تصل الأجهزة المعينة درجة النضج المناسبة لذلك . ولا يقتصر تأثير الإعاقة السمعية على الحاسة فحسب بل يؤثر بصورة أساسية على عملية الكلام ، وقد يحدث فقد عصبى (إذا كانت الإصابة فى الأذن الخارجية أو الوسطى) ، وقد يحدث فقد عصبى إذا كانت الإصابة فى الأذن الداخلية . وبعد فقد السمع من أهم مسببات اضطرابات النطق والكلام وجدير بالذكر أنه إذا حدث فقد السمع فى الصغر كان تأثير ذلك على عملية الكلام أكثر حدة . كما تزداد اضطرابات النطق والكلام كمّاً وكيفاً بزيادة درجة فقد السمع ، فقد يستطيع الطفل سماع بعض الأصوات دون الأخرى ، وبالتالي يمارس ما يسمعه فقط

أسباب ادراكية حسية: يستخدم المتخصصون فى علاج اضطرابات النطق والكلام – منذ سنوات مضت التدريب على التمييز السمعى كجزء من علاج اضطرابات النطق . بضرورة اختبار قدرة Van riper & Irwin وقد أوصى فان ريبورروين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نطق وظيفية على التمييز بين الأصوات غير الصحيحة التى ينطوقها وتلك الصحيحة . فعلى سبيل المثال الطفل الذى يقول " اللاجل لاح بعيد " قد لا يستطيع التمييز بين صوت (ر ، ل) فى كلام الآخرين، وقد يستطيع تمييز ذلك فى كلام الآخرين بينما لا يستطيع ذلك بالنسبة لكلامه هو .

ورغم أن كثير من الدراسات أوضحت وجود علاقة بين عدم القدرة على التمييز السمعي واضطرابات النطق لدى الأطفال ، إلا أنه لا يوجد دليل واضح على أيهما يسبق الآخر ، بيد أن قدرة الطفل على الإلتباه إلى كلام المحيطين به ، والتركيز عليه دون الأصوات الأخرى فى البيئة ، بما يساعده على إستخدام الأصوات التى يسنعهها فى نطق كلماته الأولى .. كل ذلك يعكس قدرته على التمييز السمعى . ومع ذلك فقد ذهب البعض إلى أن الأطفال يقضون عدة سنوات يستمعون إلى كلام الآخرين ، وقد يساعدهم ذلك على تنمية القدرة على التمييز السمعى وبالتالى نطق الأصوات بصورة صحيحة . ويرى البعض الآخر أن قدرة الطفل على نطق الصوت بصورة صحيحة قد تسبق قدرته على تمييزه الصحيح .

المشكلات الحركية- اللفظية : تزايد الأهتمام خلال السنوات الحديثة بالجوانب الحركية لعملية الكلام خاصة تلك التى تؤثر بدرجة حادة فى نطق الأصوات ، وتسفر عن إضطرابات فى النطق ، مثل عدم القدرة على اصدار الحركات المتسقة اللازمة للنطق وعسر الكلام الناتج عن عدم القدرة على التحكم الإرادى فى ، حركة أجزاء جهاز النطق ، فبعض الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق يتميزون بعدم تناسق شكل الفم عند الكلام. وقد يعرف الطفل الكلمة بيد أنه لا يستطيع القيام بسياق الحركات اللازمة لنطق الأصوات بصورة صحيحة رغم قدرته على التعبير عن كلامه كتابةً . وقد نجد مثل هؤلاء الأطفال يبذلون جهداً كبيراً فى محاولة الكلام دون جدوى ، ومع ذلك فقد ينطقون تلك الكلمات بسرعة وبدون اضطرابات فى المواقف التلقائية بعيداً عن الآخرين ، ومن هنا تتضح عدم قدرة الفرد على التحكم الإرادى فى حركات اجزاء جهاز النطق بدرجة مناسبة لممارسة الكلام بصورة صحيحة . ومن أهم خصائص هذه الحالة أنه كلما زاد التركيز على الجوانب الأرادية زادت صعوبة النطق .

عسر الكلام: عسر الكلام عبارة عن اضطراب حركى فى الكلام يرجع إلى إصابة فى مكان ما بالجهاز العصبى المركزى ، ويعتمد نوع عسر الكلام الذى يعانىه الفرد على مكان الإصابة المخية وحجمها.

و- قد ترجع اضطرابات النطق إلى شق الشفاة أو سقوط الأسنان ، وفى الواقع فإن كثيراً من مشكلات الفم – مثل سقوط الأسنان العلوية الأمامية- قد تجد تأثيرات مؤقتة على الكلام . ونظراً لأن الكلام أساساً يعد فعلاً شفويًا سمعيًا فإن المتحدث يمكنه استخدام أذنيه (الذاكرة السمعية) كى يعرف النموذج الصوتى للكلمة التى يريد نطقها ، وبالتالي يتعلم كيفية استخدام الحركات التعويضية للتغلب على مشكلة الكلام الناجمة عن إصابة جهاز النطق ، ومن ثم يستطيع نطق الكلام طبقاً للنماذج الصوتية التى يعرفها أو يختزنها بداخله من مراجعة Bernthal&Bankson . وقد خلص كل من برنثال وبانكسون عدد من الدراسات إلى أن إصابة جهاز النطق ليس بالضرورة أن تلعب دوراً ذا قيمة فى اضطرابات النطق والكلام ، فقد أتضح أن كثيراً من الأطفال ممن لديهم إصابات فى أجزاء جهاز النطق يتكلمون بصورة عادية . ورغم ذلك فهناك بعض إصابات التى تؤدى إلى اضطرابات النطق ومن أهمها ما يلى :

أ – شق الحلق أو الشفاة: يمكن أن يسهم كثيراً فى اضطرابات النطق وكذلك فى رنين الصوت ، حيث تزداد الأصوات الأنفية ، وتختل الأصوات الاحتكاكية والأحتباسية والانفجارية ..

ب – خلل شكل اللسان : قد يؤدى إلى اضطرابات النطق ، فقد شاع خلال العصور الماضية علاج بعض اضطرابات النطق عن طريق قطع رباط اللسان (النسيج الذى يربط اللسان بقاع الفم) فعندما يوثق هذا الرباط جذب اللسان إلى أسفل فإنه يصعب عليه التحرك إلى أعلى بحرية ، وبالتالي لا يستطيع الطفل نطق أصوات مثل ل ، ر ، وغيرها من الأصوات التى تحتاج اللسان إلى أعلى تجاه سقف الحلق ، أو منابت الأسنان . وقد يؤدى اختلاف حجم اللسان إلى اضطرابات النطق ، فقد يكون حجم اللسان صغيراً جداً أو كبير جداً ، مما يعوق عملية تشكيل أصوات الكلام .

وهناك مشكلة أخرى تتعلق باللسان تسمى اندفاع اللسان وتتميز باندفاع الثقل الأمامى من اللسان تجاه الأسنان العليا والقواطع ، أثناء عملية البلع مما يؤدى إلى تشويه / تحريف لبعض الأصوات .

هناك أطفال يركزون على الحركة الأمامية للسان فيما يؤثر على البلع وكذلك النطق .
وهنا يحتاج الطفل إلى تدريب على وضع اللسان بصورة صحيحة أثناء البلع والكلام .
ج - **تشوه الأسنان** : قد تسهم فى اضطرابات النطق ، نظراً لأن الأسنان تشترك فى عملية النطق ، فهى مخارج لبعض الأصوات ، لذلك فسقوط الأسنان الأمامية العلوية مثلاً غالباً يصاحب باضطرابات نطق يبد أنها مؤقتة حيث تزول مع طلوع الأسنان الجديدة ، كما أتضح أنه يمكن تدريب الأطفال على وضع اللسان مكان تلك الأسنان للتعويض ، ومن ثم يقاوم اضطرابات النطق .

تقييم وتشخيص اضطرابات النطق : سبقت الإشارة إلى أن اضطرابات النطق تنتشر بين الصغار والكبار ، وإن كان إنتشارها لدى الصغار يفوق كثيراً نسبته بين الكبار - كما أن أى إنسان قد يعانى من هذه الاضطرابات - بدرجة أو بأخرى - فى فترة ما من حياته الأمر الذى يوضح أهمية توفير أساليب مناسبة لتقييم قدرتهم على النطق وما يعانوه من اضطرابات ، ومن ثم إعداد البرامج المناسبة لعلاجها . وسوف نستعرض فيما يلى بعض هذه الوسائل والأساليب :

المسح المبدئى (الفرز) : لعملية النطق تستخدم وسائل الفرز - غالباً - فى المدارس العامة للتعرف على الأطفال ممن لديهم اضطرابات نطق خلال مرحلة رياض الأطفال ، والسنوات الأولى من المرحلة الابتدائية ، ومن ثم يمكن تحديد أسبابها فى وقت مبكر ، فتقدم برامج التدريب المناسبة لتلافى تطورها أو ثباتها مع الأطفال ، وتحويل الحالات الشديدة إلى اختصاصى علاج اضطرابات النطق والكلام لتلقى العلاج المناسب . وتتضمن هذه العملية فحص الأطفال من قبل المتخصصين قبل إتحاقهم بالمدرسة ، حيث يلاحظ كلام الطفل أثناء الحديث العادى ، مع التركيز على عملية النطق ، والكلام بصورة عامة ، وكفاءة الصوت ، وطلاقة الكلام... إلخ . ونظراً لأن كثيراً من الصغار يحجمون عن الكلام بحرية أمام الغرباء ، لذلك يتحتم على اختصاصى إعداد الظروف الملائمة التى تشجع الطفل على الكلام ، مع قصر مدة المقابلة ، وربما يستعين بجهاز تسجيل صوتى فى هذا الصدد ويلزم أثناء الفرز التركيز على أصوات الكلام التى

يشيع اضطراب نطقها لدى الصغار ، مثال ذلك أصوات (ل،ر) ، (س ، ش) ، (ذ ، ز) ، (ق ، ك) التى يشيع فيها ابدال الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق دون التركيز على أسبابها أو كيفية علاجها . ومن الضروري هنا تمييز الأطفال ممكن يعانون من اضطرابات مؤقتة

يمكن أن تعالج مع نموهم ، وأولئك الذين يعانون من اضطرابات تحتاج إلى علاج متخصص .

وهنا يلزم إشراك أولياء الأمور فى عملية الفرز ، مع إقناعهم بضرورة تحويل أطفالهم للعلاج إذا لزم الأمر . كما يمكن إعداد وسيلة (مقياس) تتضمن بعض الكلمات والجمل التى يطلب من الطفل نطقها ، أو يتم تحليل كلامه للتركيز عليها أثناء عملية الفرز .

- **تقييم النطق:** نظراً لأن نطق الأصوات بصورة صحيحة وما يقترن بها من ممارسة عملية الكلام بصورة سليمة كل ذلك ييسر إتمام عملية التواصل ، فإن أى تقييم رسمى للنطق لابد وأن يبدأ بمحادثة فعلية مع الطفل . وقد تجرى المحادثة بين الأطفال وبعضهم البعض أو بين الطفل والوالدين ، أو بين الطفل والإختصاصى وتتضمن معظم عيادات الكلام غرفة خاصة بها لعب ومرآة أحادية الإتجاه تتيح إمكانية ملاحظة الطفل فى موقف تفاعل طبيعى قدر الأمكان . وغالباً توضح المحادثة التلقائية بين الأطفال طريقة كلامهم وخصائصه وبالنسبة للكبار يمكن أن يطلب منهم التحدث فى موضوع ما بحيث تتاح للإختصاصى فرضية معرفة خصائص النطق لديهم من حيث الصوت ، واللغة ، والطلاقة ويمكن للإختصاصى المتمرس الإستفادة من هذه المحادثات لإستخلاص نتائج هامة حول نطق الطفل وكلامه ، وطبيعة الاضطراب الذى يعانىه ، وعدد الأخطاء ، والأصوات التى يكثر فيها الاضطراب. ورغم ذلك فقد لا يستطيع معرفة كل شىء عن اضطرابات النطق لدى الطفل ، وبالتالي يلزم إتخاذ إجراءات أخرى لمزيد من التقييم والتشخيص لحالته .

- **إختبار السمع والإستمتاع :** يعد قياس السمع وتخطيطه جزءاً أساسياً من عملية تقييم اضطرابات النطق حتى لو إستخدم كمقياس فرز عادى . كما أن دراسة تاريخ حالة

الطفل توضح مشكلات السمع التي مر بها خلال نموه ، وقد سبقت مناقشة الإعاقة السمعية كمسبب لإضطرابات النطق والكلام ، ودرجة فقد السمع ترتبط بدرجة الإضطراب الذى يعانىه الطفل . وهنا يجب التركيز على قدرة الطفل التمييز بين الأصوات ، ويمكن الإستعانة فى ذلك بوسيلة تتضمن صور يشير إليها الطفل عند سماع الكلمات ، أو كلمات ينطقها تتضمن أصوات متشابهة (س ، ص ، ذ ، ز) وكلمات تتشابه فى بعض الحروف وتختلف فى البعض الآخر مثل جمل ، حمل ، أمل ، عمل

المحور

الثانى:

اضطرابات_المرحلة

الابتدائية:

- 1-الصعوبات الأكاديمية
 - صعوبة تعلم القراءة
 - صعوبة اكتساب اللغة المكتوبة
 - عسر القراءة ، عسر الكتابة...الخ
 - اضطرابات السلوك
 - اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه
 - التشييط
 - العدوانية المفرطة
 - الاضطرابات النفسو مرضية
 - الخواف المدرسي
 - الاكتئاب

المحاضرة(8) :

اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه

تمهيد:

يُميز 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 سلبا على قدرة الطفل على التعليم وإذا ترك النشاط الزائد

بدون معالجة فإن ذلك يعنى أن الطفل سيعاني من مشكلات سلوكية واجتماعية في المراحل العمرية اللاحقة.

1- تعريف اضطراب الانتباه وفرط النشاط: يعرف النشاط الزائد او فرط الانتباه 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، ص 759).

هو النشاط الجسدي الزائد المستمر وطويل البقاء يتصف بعدم التنظيم وهو غير متنبأ به وغير موجه فالأطفال ذوي النشاط الزائد يكون رد فعلهم للمثيرات البيئية شديد ويتصف سلوكهم بأنه متواصل وعصبي وعدواني. (خولة أحمد يحي، 2000، ص 99).

وهو زيادة في النشاط عن الحد المقبول بشكل مستمر، كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون متناسبة مع عمره الزمني فعلى سبيل المثال الأطفال في سن الثانية من العمر تكون حركتهم نشطة جدا نحو استكشاف البيئة لذا فهي تعتبر مناسبة لعمرهم الزمني إلا أن نشاطا مساويا لهذا من قبل طفل عمره عشر سنوات يعتبر نشاطا غير مناسب. (خولة أحمد يحي، 2000، ص 180).

كما يعرف انه نشاط بمستوى عالي لا يمكن إيقافه بسهولة وبظهر في أوقات غير مناسبة ويتمثل بعدم الاستقرار وكثرة الحركة وصعوبة في الالتزام بالهدوء وبرافقه تشتت في الانتباه حيث يكون الطفل غير قادر على إكمال المهمة المعطاة له كما أن هؤلاء الأطفال يقومون بأنماط أخرى من السلوك المتمثلة في الصراخ والمرح الصاحب وحركات جسدية باليدين والرجلين. (صالح حسين الظاهر، 2005، ص 25).

ويتميز اضطراب نقص الانتباه وإفراط الحركة بنقص مدى الانتباه والاندفاع، وفرط النشاط لدى الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب لا يكون يقظا تجاه مثير معين لفترة مناسبة هو دائم النشاط والحركة تقريبا لدرجة تجعله موضع شكوى في الروضة أو في المنزل أو في المدرسة.

يبدأ اضطراب نقص (DSM-V) وحسب في (TDAH) الانتباه وفرط الحركة الطفولة. إن ضرورة وجود العديد من الأعراض قبل (12 سنة) تشير إلى أهمية ودلالة الجدول العيادي في الطفولة. في حين ظهور الاضطراب في سن مبكر غير محدد. (حسية بزوان،2019)

1- أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

عوامل عضوية: وتأتي الوراثة في المقدمة، فنسبة 10 % من آباء هؤلاء الأطفال لهم نفس الأعراض، وكذلك التشوهات الخلقية أثناء الولادة، والرضوض وهزات المخ بسبب وقوع حوادث للطفل. **كما أنه التسمم بالرصاصة** ربما نتيجة للأكل، أو استخدام بعض اللعب يؤدي إلى حالات شبيهة بنقص الانتباه المصحوب بنشاط زائد.(بزوان ، 2019)

كما 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.

الاضطرابات الأسرية والتوتر الذي يسود العائلة. نقص ذكاء الطفل، ارتفاع عدوانيته تجاه نفسه والبيئة المحيطة. دخول الطفل في عبء اجتماعي جديد مثل الروضة أو المدرسة (زكريا الشرييني،1994)

وقد 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 ففي مرحلة ما قبل المدرسة يحظى نشاط الطفل بانتباه الآخرين الراشدين وقد يتم تعزيره،

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) النمذجة: 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 أحمد يحيى، 2000، ص 182).

2- **مظاهر اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة: 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 أحمد يحيى، 2000، ص 180).

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، يجب 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 نسيان، 2009، ص 147).

3- **المميزات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه وإفراط الحركة: حسب (**

DSM-V). - هو طريقة مستمرة من عدم الانتباه و/أو إفراط الحركة اندفاعية التي تتداخل مع حالة التوظيف الآني أو النمو وتميزه أحد العناصر التالية:

1- عدم الانتباه: نجد 6 أو أكثر من الأعراض التالية التي تستمر منذ 6 أشهر على الأقل، وبدرجة التي لا تناسب ومستوى التطور والتي لديها انعكاس سلبي ومباشر على النشاطات الاجتماعية والمدرسية و المهنية :

ملاحظة: الأعراض لا تتمثل في ظهور سلوك معارض فقط، (افتزازي او عدائي) أو عدم القدرة على فهم المهام أو التعليمات عند المراهقين الكبار أو الراشدين (17 سنة أو أكثر) بل نجد ظهور 5 أعراض على الأقل.

أ/ غالبا نجد عدم القدرة على الانتباه إلى التفاصيل أو أخطاء ناتجة في عن الإهمال في الواجب المدرسي، في العمل أو نشاطات أخرى (مثلا: يهمل أو لا ينتبه على التفاصيل، العمل يكون غير دقيق.

ب/ غالبا نجد عدم القدرة على التركيز في العمل أو في الألعاب (مثلا: لا يستطيع التركيز خلال المحاضرات، المحادثات، أو قراءة نصوص طويلة)

ج/ يظهر الفرد غالبا أنه لا يسمع عندما تتكلم معه شخصا (مثلا: يكون في حالة غياب سبب مبرر لغياب التركيز.

د/ نجد غالبا عدم القدرة على الاستجابة إلى التعليمات ولا يستطيع تحضير واجباته المدرسية، مهامه المنزلية أو واجباته المهنية (مثلا: يبدأ مهام لكن يفقد التركيز بسهولة) وغالبا ما يجد الفرد صعوبة في تنظيم أعماله أو نشاطته (مثلا: صعوبة تسير مهام تحتوي على عدة مراحل، صعوبة الاحتفاظ بي أدواته بطريقة مرتبة، العمل في المسودة يكون غير منظم، ضعف تسير الوقت، يخفق في احترام التفاصيل) ف/ غالبا ما يتجنب الفرد وينفور أو يعمل على مفض المهام التي تتطلب مجهود عقلي (مثلا: العمل المدرسي أو الواجبات في المنزل عند المراهقين الكبار أو الراشدين، تحضير تقرير، ملئ استمارات، تحليل مقالات طويلة.

ع/ يفقد الفرد غالبا الأشياء الضرورية في عمله أو في نشاطته(مثلا: الأدوات المدرسية، أقلام، كتب، أدوات، مفاتيح، ملفات، نظارات، الهاتف النقال.

ك/ يستثار بسهولة عن طريق منبهات خارجية عند المراهقين الكبار والراشدين، يمكن أن يتعلق الأمر بأفكار لا عقلانية لها علاقة بي هذه المنبهات ، نسيان متكرر في الحياة اليومية مثلا: نسيان القيام بالمهام المنزلية والتسويق عند المراهقين الكبار والراشدين واستدعاء الناس على الهاتف ودفع الفواتير والحضور إلى المواعيد).

2/ الإفراط في الحركة والاندفاعية: نجد 6 أو أكثر من الأعراض التالية التي

تستمر منذ 6 أشهر على الأقل، وبدرجة التي لا تناسب ومستوى التطور والتي لديها انعكاس سلبي ومباشر على النشاطات الاجتماعية والمدرسية و المهنية :

ملاحظة: الأعراض لا تتمثل في ظهور سلوك معارض فقط، افتزازي أو عدائي أو عدم القدرة على فهم المهام أو التعليمات عند المراهقين الكبار أو الراشدين (17)17 سنة أو أكثر) بل نجد ظهور 5 أعراض على الأقل.

أ/ غالبا ما يحرك يديه أو قدميه أو يلتوي في مقعد عندما يتطلب الأمر أن يبقى جالسا مثلا: يترك مكانه في القسم وفي المكتب أو في مكان آخر في العمل أو في مواقف أخرى أين ينبغي أن يبقى جالسا في مكانه

ج/ غالبا ما يجري ويتسلق في كل مكان وفي المواقف غير المناسبة.

ملاحظة: عند المراهقين والراشدين يمكن أن يقتصر هذا على الشعور بفقدان الصبر الحركي

(impatience motrice).

ع/ غالبا ما لا يستطيع الحفاظ على هدوئه أثناء اللعب أو في الأنشطة الترفيهية.

ف/ غالبا ما يتكلم كثيرا.

ه/ غالبا ما يتهرب عن الإجابة على السؤال الذي لم يطرح بعد (مثلا: يكمل جمل الآخرين، لا

يستطيع انتظار دوره في مناقشة موضوع ما.

و/ غالبا ما لا يستطيع انتظار دوره (مثلا: في طابور). غالبا ما يقاطع الآخرين أو يفرض

حضوره (مثلا: يقحم نفسه في المحادثات وأعراض الآخرين بدون طلب الإذن أو الحصول على الإذن؛ عند المراهقين أو

الراشدين يمكن أن يكون تطفلي أو استحواذي على نشاطات الآخرين

ب/ توجد عدة أعراض عدم الانتباه أو افراط الحركة – اندفاعية قبل سن 12 سنة.

ج/ توجد عدة أعراض عدم الانتباه أو افراط الحركة - اندفاعية في سياقين مختلفين على الأقل (مثلا: في

المنزل وفي المدرسة أو في العمل ومع الأصدقاء أو مع العائلة وفي نشاطات أخرى).

د/ يجب تسليط الضوء بوضوح بأن الأعراض تتداخل مع نوعية الأداء الاجتماعي والمدرسي أو المهني

أو تقلل منها . الأعراض لا تحت بشكل حصري أثناء أو (schizophrénie) اضطراب انفصام الشخصية مثلا غيرها من الاضطرابات الذهانية مثلا اضطراب المزاج اضطراب الانفصام الشخصية ، اضطراب الحصر

-تسمم عن طريق المواد أو الفطام. (أنور الحمادي، ب س، ص 36).

تحديد خطورة الاضطراب

خفيف: توجد أعراض قليلة أو معدومة حسب الأعراض المطلوبة في التشخيص كحد أدنى،

والأعراض تسبب تغيرات طفيفة فقط في الأداء الاجتماعي و المهني .

متوسط: الأعراض أو التغيرات الأدائية تكون حاضرة على شكل وسيط ما بين خفيف وشديد.

شديد: توجد عدة أعراض تتجاوز الأعراض المطلوبة للتشخيص أو توجد بشكل خاص عدة أعراض

شديدة، أو أعراض تسبب ضعف ملحوظ في الأداء الاجتماعي أو المهني.

التشخيص الفارقي: عدم الخلط مع الاضطرابات التي تحتوي على بعض الاعراض المشابهة مثل:

اضطراب الشخصية، اضطراب المعارضة مع الافتزاز، اضطراب متقطع متفجر، اضطراب محدد للتعلم

اضطرابات ثنائية القطب ، اضطراب طيف التوحد ، اضطراب الاكتئاب، إعاقة ذهنية ، تعاطي المواد (برزوان، 2019)

أشكال اضطراب فرط النشاط: أن آخر البحوث في موضوع "تناذر فرط النشاط)

أثبت أن هذا الاضطراب قد يتظاهر عند الأطفال بثلاث أشكال مختلفة :

• **النوع الأول :** يكون هناك اضطراب فرط نشاط مع عدم الانتباه.

• **النوع الثاني :** يكون هناك فرط نشاط واندفاعية.

• **النوع الثالث :** يكون هناك عدم انتباه وفرط نشاط واندفاعية.

علاج فرط النشاط:

أ- العلاج بالأدوية: تعطى 3 أنواع من الأدوية:

* المنشطات النفسية (Psychostimulants) : تستعمل في الغالب بعد سن السادسة

وتقوم هذه الأدوية بتخفيض الإستجابة الحركية وتحسين الإنتباه ومن هذه الأدوية

* المهدئات (Neuroleptiques)

* مضادات الإكتئاب ثلاثية الدورة (Antidépresseurs tricycliques)

ب- العلاجات النفسية : ينصح الأولياء بتوفير جو هادئ لطفلهم وأن تكون سلطتهم

حاضرة باستمرار وأن يفهموا اضطرابه ويتصرفوا معه بحرص واهتمام. وقد أستعمل

العلماء مختلف الطرق العلاجية النفسية بيد أن العلاج السلوكي المعرفي هو الأكثر

فاعلية وسيعرض فيما يلي لبعض التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية:

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 (Mcbrein1976) 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 وكويست (schulman suran strens & kupst1979) 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. (مصطفى نوري القمش وآخرون، 2007، ص
199/201).

المحاضرة (9)

صعوبات التعلم

صعوبات التعلم: تعد صعوبات التعلم من المجالات الحديثة نسبيًا في ميدان التربية الخاصة، وهي من بين أكثر الظواهر انتشارًا في المدارس، إذ يعاني الكثير من التلاميذ صعوبات في إحدى العمليات المعرفية مما أثار اهتمام الأخصائيين في علم النفس التربوي، وجعلهم يجرون العديد من الدراسات والأبحاث حاولوا من خلالها فهم الظاهرة، وتحديد أعراضها، وخصائصها، والعوامل المفسرة لها وكذا أساليب التكفل بها والحد من تأثيراتها، ما سنجاول استعراضه فيما يلي :

تعريف ذوي صعوبات التعلم: إن الطفل ذو صعوبات التعلم يملك قدرات عقلية مناسبة وعمليات حسية مناسبة واستقرار انفعالي إلا أن لديه عدداً محدداً من الصعوبات الخاصة بالإدراك والتكامل والعمليات التعبيرية التي تؤثر بشدة على كفاءته في التعلم. نستنتج مما سبق أن مصطلح صعوبات التعلم يصف تلاميذ يظهرون انخفاضاً في التحصيل الدراسي مقارنةً بزملائهم العاديين مع أنهم يتميزون بذكاء عادي أو فوق المتوسط، إلا أنهم يظهرون صعوبات في بعض العمليات المعرفية كالانتباه، أو الإدراك، أو الذاكرة، أو التفكير، أو القراءة، أو الكتابة أو الحساب، غير ناتجة عن حالة التخلف العقلي أو الإعاقة الجسمية، أو الانفعالية أو من مشكلات بيئية، وإنما بسبب وجود خلل وظيفي في الجهاز العصبي.

الفرق بين صعوبات التعلم والتأخر الدراسي: يصف مصطلح التأخر الدراسي التلميذ الذي يعاني الانخفاض شبه المزمّن في ، مستوى التحصيل الدراسي قياساً بأقرانه، والذي يتراوح مستوى ذكائه بين 70 و 90 ويعاني قصوراً في العمليات العقلية، ولا يبدي اهتماماً بالمدرسة ولا يواصل تعليمه مع إمكانية معاناته من إعاقة جسمية أو نفسية أو تأخر عقلي يعيقه عن الدراسة. ويستعمل مصطلح بطء التعلم لوصف التلميذ الذي يتراوح مستوى ذكائه بين 70 و 90، ويستغرق وقتاً أطول يصل إلى ثلاثة أضعاف الوقت الذي يستغرقه التلميذ العادي في تعلم الأشياء. وبهذا يختلف المصطلحان عن ما يصفه مصطلح صعوبات التعلم الذي يشير إلى تلميذ ذو مستوى ذكاء عادي وحتى عالي

يعاني انخفاض في التحصيل الدراسي مرجعه خلل في الأداء الوظيفي للمخ. وعليه فما يجمع بين المصطلحات الثلاثة هو الانخفاض في مستوى التحصيل الدراسي.

تشخيص صعوبات التعلم: يعد تشخيص الأطفال ذوي صعوبات التعلم أهم المراحل لتصميم البرامج التربوية أو العلاجية؛ لأنه يحدد لنا الطريقة العلاجية لنوع الصعوبة التي تعترض التلميذ.

أولا : إجراءات تقييم صعوبات التعلم: تتم إجراءات تقييم ذوي صعوبات التعلم من خلال:

- الملاحظة المدرسية

- المقابلة الإكلينيكية

أ- الملاحظة المدرسية ودور المعلم في تشخيص صعوبات التعلم: يؤكد المختصين في مجال التعلم، على أنه يمكن للمعلم الناجح من خلال ملاحظاته المستمرة ومعايشته للتلاميذ المساهمة في تشخيص صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية. فعملية التشخيص تحتاج إلى ملاحظة دقيقة ومستمرة في أكثر من موقف واختبار داخل الصف الدراسي وخارجه، وعلى مدار العام الدراسي، مما يوفر معلومات أكثر وأدق حول التلميذ من خلال المعلم. فالباحث يكتفي بتطبيق الاختبارات واستخلاص نتائج سريعة، مما لا يوفر موضوعية ودقة لعملية التشخيص. لذا ومن أجل التشخيص الدقيق لابد تعاون وتدخل عدة أطراف منها المعلم، الأخصائي الاجتماعي، الأسرة وطبيب المدرسة. فالمعلم أول من يشبه بوجود صعوبة في التعلم لدى المتعلم، عندما يرى ضعف في أداءه المدرسي بالمقارنة مع التلاميذ في الصف، وضعف الدافعية، وعدم الانتباه والفهم التركيز، وصعوبة القراءة أو الكتابة أو الحساب...

ب- المقابلة الإكلينيكية: تجري المقابلة مع الطفل والأسرة، والمدرس، والأخصائي الاجتماعي بالمدرسة، وجمع المعلومات عن الطفل والأسرة والاستفادة منها في إجراءات التشخيص. وتمثل هذه المعلومات حالة الطفل الصحية، وتاريخ ميلاده وتكرار

أمراض معينة، وانتظامه وتحصيله في الفصل الدراسي، وتعاونه مع المدرسة وزملائه، وعلاقته مع الأسرة.

ثانياً: محكات و معايير التعرف على صعوبات التعلم: لتمييز حالات صعوبات التعلم عن حالات الإعاقة الأخرى أو التخلف التربوي وبطاء التعلم يتم الاعتماد على المعايير التالية في التشخيص:

معيار التباعد أو التباين: هو التباعد بين النمو العقلي والتحصيل الدراسي. تشخص صعوبة التعلم بناء على معيار التباعد في الحالات التالية:

أ- الحالات أين يكون مستوى تحصيل الطفل أقل من مستوى تحصيل الآخرين من أقرانه أو لا يتناسب تحصيل الطفل مع قدرته في أحد المجالات التعليمية، مع التأكد أنه يتلقى خبرات تعليمه ملائمة لعمره الزمني، وقدرته العقلية.

ب- حالات يكون فيها مستوى التحصيل الدراسي أقل من مستوى القدرة العقلية لديه. يلاحظ في مرحلة ما قبل المدرسة عدم الاتزان النمائي، وفي المرحلة المدرسية يلاحظ التخلف الأكاديمي في المستويات العقلية السابقة الذكر. كما يلاحظ أيضاً تباعد بين الوظائف العقلية، واللغوية والحركية لدى التلميذ، حيث ينمو في الوظيفة اللغوية، وتآخر في التناسق الحركي أو العكس.

معيار الاستبعاد: يقصد بذلك استبعاد حالات التخلف العقلي، والإعاقات الحسية والسمعية والبصرية، والحالات النفسية الحادة، وحالات الحرمان البيئي ونقص فرص التعليم. فهذه الحالات لا تدخل في إطار صعوبات التعلم مع أنها تؤدي إلى التخلف الدراسي، وضعف التحصيل لدى التلميذ. فهذا المعيار موجه ومرشد للتعرف على صعوبات التعلم، غير أن الاستبعاد لا يعني أن الأطفال المصابين بإعاقات أخرى ليس منهم من يعاني صعوبات التعلم.

معيار التربية الخاصة: إن ذوي صعوبات التعلم رغم أنهم عاديون في قدراتهم ولا يعانون من إعاقات أو اضطرابات نفسية فهم يحتاجون إلى برامج تدريبية وعلاجية خاصة

بهم. غالبا ما تكون البرامج فردية لها طرق خاصة تتناسب ونوعية الصعوبة، وهي مختلفة عن الطرق العادية المقدمة في الفصل المدرسي العادي.

الأسباب المؤدية إلى صعوبات التعلم: أجمعت العديد من الدراسات والبحوث على ارتباط صعوبات التعلم بإصابة المخ أو عوامل عضوية متعلقة بنمو الجهاز العصبي، كما قد ترجع إلى عوامل بيئية أو وراثية يمكننا توضيحها في ما يلي :

العوامل العضوية

إصابة المخ المكتسبة: وهي أكثر الأسباب شيوعا، وقد يتعرض لها الطفل إما قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها.

أ. الإصابة قبل الولادة: إن ما يعترض المرأة الحامل من تجارب وأحداث خلال الحمل يمكن أن يسبب خللا في نمو الدماغ عند الجنين. كما أن سوء التغذية ونقصها لدى الأم أثناء فترة الحمل يؤثر سلبا على عملية النمو. بالإضافة إلى غياب الرعاية الأبوية، الاكتئاب والضييق أو الإصابة بالأمراض خلال فترة الحمل -كالحصبة الألمانية وإدمان الكحول وتناول العقاقير أو سقوط الأم أو التعرض للسموم - كلها عوامل تؤثر على الجنين.

ب. الإصابة أثناء الولادة: قد يتعرض الجنين أثناء عملية الوضع إلى إصابة في المخ بسبب الاختناق الذي يؤدي إلى نقص الأكسجين فلا يصل إلى خلايا المخ، أو إصابة رأس الجنين بالآلات الطبية التي تستخدم في عملية الولادة، إضافة إلى حالات الولادة المتعسرة.

ج. الإصابة بعد الولادة

التلف الدماغى: يولد الطفل سليما معافا لكنه يتعرض لبعض الحوادث التي تصيب المخ كالسقوط، أو الارتطام، أو تعرضه لأحد أمراض الطفولة التي تتلف المخ كالتهاب الدماغ، أو الالتهاب السحائي، أو القرمزية التي تؤثر على أجزاء الجهاز العصبي المركزي، إضافة إلى مشاكل الدورة الدموية، أو بعض العمليات الكيميائية التي تحدث في الجسم بشكل غير عادي... ما يؤثر على نمو الجهاز العصبي عند الطفل أثناء الحمل أو بعد

الولادة فيصيه بإتلاف في بعض أجزائه، فيصاب بصعوبات التعلم واضطراب الانتباه في أبسط الحالات.

التأخر في النضج: قد يتأخر نمو الدماغ فيكون أبطأ من المعتاد، فيتأخر النمو الجسمي عند الطفل مما يفقده توازنه، أو يتأخر في النطق، أو القيام بالنشاطات اليومية أو يعاني في بعض مجالات النمو كالإدراك السمعي والبصري والتذكر أو عندما تحدث طفرات نمو ما يسبب عند البعض صعوبات التعلم أو سلوك خاطئ.

العوامل الوراثية (الجينات) : انتهت معظم الدراسات التي تناولت صعوبات التعلم إلى أن ما نسبته 25 % إلى

40% ممن يعانون صعوبات التعلم أثرت فيهم الجوانب الوراثية؛ خاصة في القراءة والكتابة واللغة، وأن هناك ارتباط وثيق بينهما. فالصعوبات قد تنتقل بعامل الوراثة.

العوامل البيوكيميائية: يتكون الدماغ من ملايين الخلايا العصبية تتصل ببعضها، وتنتج نوعاً معيناً من الكيمياءات. وتسمى الكيمياءات الناقلة للرسائل من خلية عصبية إلى أخرى بالعصب الناقل، وأثناء انتقاله لإثارة خلية أخرى تحدث عملية كيميائية جديدة تثير الخلية التي بعدها وتطفي التي قبلها. والعملية الحيوية : هي التوازن الكيميائي في العناصر الحيوية في جسم الإنسان (كالحوامض والفيتامينات...). فصعوبات التعلم مرتبطة بقصور التوازن الكيميائي الحيوي في الجسم الذي يرجع إلى طبيعة و نوعية الأطعمة التي يتناولها الطفل يومياً.

الحرمان البيئي و التغذية: أشارت العديد من الدراسات أن نقص التغذية، و الحرمان البيئي والاجتماعي، خاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل من أكبر العوامل المؤثرة في صعوبات التعلم. هناك دلائل على أن الأطفال الذين يعانون من نقص التغذية الصحية في سنواتهم الأولى يتعرضون لقصور في النمو الجسمي خاصة في الجهاز العصبي المركزي. **عوامل طبية أخرى:** هناك نسبة عالية ممن يعانون صعوبات التعلم يعانون كذلك من الحساسية الزائدة، أمراض الأذن وملاحظتها، ضعف البصر. وهذا رغم نقص النظريات في هذا المجال.

عوامل أخرى عامة: تؤثر المؤثرات النفسية كتراجع الذاكرة البصرية أو تأخذ اللغة و النطق على الطفل .

- عدد أطفال العائلة من حيث الكثرة أو القلة.

- كثرة التنقل و السفر وعدم الاستقرار.

- مستوى دخل الأسرة المادي.

- عمر الأم حين الإنجاب و مستواها.

خصائص ذوي صعوبات التعلم: لقد حظي موضوع خصائص صعوبات التعلم باهتمام من جانب المدرسين والأخصائيين (النفسانيين، الأعصاب)، وأجمع معظم المختصين في هذا المجال على الخصائص التالية :

أولاً: صعوبات في التحصيل الدراسي: إن التحصيل الدراسي هو السمة المميزة لأطفال ذوي صعوبات التعلم فلا وجود لصعوبات التعلم دون وجود مشاكل دراسية:

صعوبات القراءة أكثر الصعوبات انتشاراً.

ثانياً: صعوبات في الإدراك والحركة: تعتبر صعوبات الإدراك واحد من أهم خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وهي ناتجة عن تلف دماغي بسيط، وتنقسم إلى صعوبات الإدراك البصري، وصعوبات الإدراك الحركي. ولقد أثبتت الدراسات وجود مشاكل إدراكية عند ذوي صعوبات التعلم أكثر من العاديين.

ثالثاً: اضطرابات اللغة والكلام. يعاني العديد من الأطفال ذوي صعوبات التعلم من مشاكل الكلام واللغة المتمثلة في قواعد وتركيب الجمل، والتغيرات اللفظية، وأصوات الكلام؛ إذ يعاني هؤلاء من حذف وإضافة كلمات غير مطلوبة، وعدم تسلسل الجملة وصعوبة بناءها.

رابعاً: صعوبات في عملية التفكير. رغم أنهم لا يعانون من نقص الذكاء (ذكاء عادي) إلا أن الدراسات أكدت أن لديهم قصور في التخطيط لحل المشكلات، وقصور في

مهارات ما وراء المعرفة، والرقابة العقلية، وتنظيم النتائج وتناسق العمليات العقلية المعرفية. وأكدت الدراسات أن ذو صعوبات التعلم يعاني من العديد من صعوبات التفكير **خامسا: الخصائص السلوكية:** إن ذوي صعوبات التعلم يتميزون بخصائص سلوكية منحرفة عن معايير السلوك للأطفال العاديين، وتظهر هذه الخصائص بشكل واضح على مستوى تقدم الطفل في المدرسة، وعدم قابليته للتعلم بل تؤثر على شخصيته أيضا وقدرته على التعامل مع الآخرين.

صعوبات التعلم و طرق العلاج:

الخطوات المتبعة لعلاج صعوبات التعلم لدى الأطفال: قدم العديد من المختصين في ميدان صعوبات التعلم بعض الخطوات التي تتبع في علاج صعوبات التعلم، وعلى الأخصائي أن يتبع أسلوب التشخيص والعلاج المناسبين مع طبيعة الفرد حتى يكون تشخيصه وعلاجه مبني على أساس سليم، ومن هذه الخطوات ما عن خطوات العلاج لصعوبات التعلم وهي : kirk & kirk (قدمه كيرك وكيرك) (1973

- تحديد مشكلة التعلم الموجودة.
- تحليل سلوكي للطفل صاحب الصعوبة ووصف صعوبته.
- تحديد مصاحبات الصعوبة في التعلم سواء فيزيائية أو نفسية أو بيئية.
- وضع فروض التشخيص من خلال التعرف على الأساليب التي منعت الطفل من التعلم.

- وضع برنامج علاجي مناسب يعتمد على نتائج التشخيص مراعي العلاقات الموجودة داخل كل صعوبة وكيفية التعامل معها.

دور الأسرة في مساعدة ذوي صعوبات التعلم والتعامل معها:

النظريات الحالية أن للأسرة دور هام وفعال في معالجة مشكلة الطفل ذو صعوبات التعلم، لذا بدأت تركز على تدريس أهله أكثر من التركيز على الطفل نفسه، وبينت التربية الحديثة أن التوازن النفسي للأهل هو العنصر الحاسم في تكامل الخدمات العلاجية المقدمة لذوي صعوبات التعلم. وأثبتت الدراسات تفوق الأسرة في التأثير على الطفل

أكثر من المدرسة كما بينت أن الذين تهتم بهم أسرهم اهتماما فعليا يحققون نجاحات في التغلب على مشكلة صعوبات التعلم.

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل أن نعرف بصعوبات التعلم ومن خلاله بفئة التلاميذ الذين يعانونها، والذين كثر انتشارهم في الأوساط التعليمية والعيادات النفسية.

وعليه يمكن القول بأنهم تلاميذ يعانون قصور في واحدة أو أكثر من العمليات المعرفية؛ كالانتباه، أو الإدراك، أو التذكر أو القراءة... التي تعتبر الأكثر تداولاً عند الأولياء، والمعلمين، والمختصين. وهم بذلك يختلفون عن المتأخرين دراسياً والمعاقين ذهنياً، لهم

خصائص تميزهم، وطرق وأساليب تكفل خاصة بهم من شأنها مساعدتهم لتجاوز هذا القصور، وبالتالي تحسين أدائهم الدراسي.

المحاضرة رقم (10) :

صعوبة تعلم القراءة و

الكتابة :

1- صعوبات تعلم القراءة:

تعريف صعوبات تعلم القراءة: يعرفها محمد " الخولي" بأنها عجز قرائي، أو تأخر عن العمر القرائي. و عرفتھا سلمی الأنصاري (1989) : بأنها عملية معقدة و مركبة

تعتمد على التفكير و تقوم على تفسير الرموز المركبة، كما أنها تتطوي على كثير من العمليات العقلية العليا كالفهم، و التذكر و الاستنتاج و التفسير و التطبيق.

يشير **سورلنج و سترنبرج (1994)**: أن صعوبات تعلم القراءة تشير إلى مستوى من القراءة أقل من العادي بصرف النظر عن درجة الذكاء متوسط او أعلى من المتوسط.

و تعرفها **الجمعية البريطانية للدسلكسيا (dyslexia) (2002): الدسلكسيا** هي خليط من القدرات و الصعوبات الموجودة عند الأفراد و التي تؤثر على عملية التعلم في واحد أو أكثر من مهارة القراءة و الكتابة و الهجاء. و ربما تكون هناك صعوبات أخرى مصاحبة و لا سيما فيما يتعلق بعمليات التعامل مع المعلومات و الذاكرة قصيرة المدى، و التتابع، و الإدراك البصري و السمعى للمعلومات و اللغة، و المهارات الحركية و للصعوبات الخاصة بعسر القراءة علاقة باستخدام و إتقان اللغة المكتوبة و قد تظهر أيضا في استخدام الحروف الهجائية و الأرقام و النونة الموسيقية .

تعريف الجمعية العالمية للدسلكسيا (2002): هي صعوبة تعلم خاصة عصبية المنشأ، تتسم بالمشكلات في دقة أو سرعة التعرف على المفردات و التهجئة السيئة، و هذه الصعوبات تنشأ في العادة من مشكلة تصيب المكون الفونولوجي (الاصوي) للغة و دائما غير متوقعة عند الأفراد إذا ما قورنت بقدراتهم المعرفية الأخرى مع توافر وسائل التدريس و الفعالة و النتائج الثانوية لهذه الصعوبات قد تتضمن مشكلات في القراءة و الفهم و قلة الخبرة في مجال القراءة التي تعيق بدورها نمو المفردات و الخبرة عند الأفراد. (العزازي، 2014، صفحة 34)

وينظر الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية) 5 dsm (، بأنها

ضعف مهارة الفرد في دقة وسرعة)مدة(وفهم النص القرائي حسب ما تظهره نتائج الاختبارات المقننة.

حيث يكون أداء الفرد منخفضا مقارنة بعمره الزمني، مستوى الأداء المتوقع منه، ومستوى ذكائه كما

يؤثر اضطراب القراءة على أداء الفرد الأكاديمي وعلى مختلف نشاطات الحياة اليومية مع الإشارة إلى أن

تشخيص عسر القراءة يتم باستبعاد العجز الحسي.

وبشير نفس الدليل الإحصائي إلى أن اضطرابات القراءة الجهرية تظهر في التشوبه أو الاستبدال

والإضافة، بينما تتجسد أعراض القراءة الصامتة في البطء القرائي وأخطاء في الفهم والاستيعاب.

نسبة الانتشار: يشير نفس الدليل الإحصائي إلى أنه 4% من أطفال و.م.أ يعانون من عسر القراءة

بأفضلية للإناث حيث تتراوح نسبة انتشاره لدى الذكور بين 60 _ 80 %، وفي نفس السياق يشير حمز خطاب) 2008 (إلى أنه ما يقارب) 60% (من الأفراد الذين تم تشخيصهم على أنهم معسرين قرائيا

بالو.م.أ، تبين فيما بعد أنهم يعانون من اضطراب في القراءة ناتج عن أساليب خاطئة في التعلم. (فرج، 2020)

تشخيص عسر القراءة: يأخذ الفاحص أثناء تشخيصه لعسر القراءة بعض الاعتبارات في الحسيان

وهي تخص:

- أن تكون اللغة التي يعاني منها الطفل من عسر القراءة، هي اللغة الأم.
 - استبعاد أي قصور يرجع على انخفاض درجة الذكاء.
 - الحصول على التعلم الكافي والمتساوي مع أقرانه ممكن يجيدون القراءة.
 - استبعاد الاضطرابات النفسية والإعاقات الأخرى.
- وللكشف عن المعسرين قرائيا تتبع الخطوات التالية:

- تقييم مستوى الاستعاب القرائي باعتماد الأسئلة الشفهية (فرج، 2020)
- استخدام اختبارات مقننة في تقييم مستوى الذكاء والقدرات القرائية وتحديد نوع العسر القرائي.

- أنواع صعوبات القراءة: و من أنواعها مايلي:

- **أ/ النوع الأول:** يضم الأطفال الذين يعانون من العيوب الصوتية الذي يظهر فيها عيب أولي في التكامل بين أصوات الحروف و هؤلاء يعانون من عجز في قراءة الكلمات و تهجتها

ب/ النوع الثاني: يضم الأطفال الذين يعانون من عيوب أولية في القدرة على إدراك الكلمات ككليات و هؤلاء لا يعانون مني صعوبة في نطق الكلمات المألوفية و غير المألوفة كما لو كانوا يواجهونها لأول مرة كما يجدون صعوبة في تهجتها عند الكتابة.

ج/ النوع الثالث: يضم الاطفال الطين يعانون من الصعوبات الصوتية (النوع الاول) الصعوبات بالادراك الكلي للكلمات (النوه الثاني) معا و يجدون صعوبة في ادراك الكلمات ككليات . (حفيظة، 2014-2015) (حفيظة، 2014-2015، صفحة 41)

علاج مشكلة عسر القراءة: تتحدد نوع الإستراتيجية المستخدمة في علاج عسر

القراءة بنوع العسر القرائي، ومن أكثر الطرق التي لاقت نجاحا في المجال نذكر:

- **الطريقة الصوتية:** يستخدم هذا النوع مع الأطفال الذين يجدون صعوبة في نطق الأصوات وربطها بالحروف.

- **الطريقة متعددة الحواس:** ويعود هذا الأسلوب ل vernald ، ويستخدم مع الأطفال الذين يعاون

من ضعف الأداء على مهارة القراءة.

ولعلاج مشكلة الفهم القرائي، يمكننا الاعتماد على بعض التقنيات كتدريب الطفل على استخلاص

المعنى من النص، عمل تقييم نقدي للنص، تلخيص النص واستخراج الأفكار العامة واستدعاء

التفاصيل مع توظيف المادة المقرّوة في حل المشكلات اليومية. (فرج، 2020)

مظاهر صعوبات تعلم القراءة: تتراعى صور صعوبات القراءة لدى التلاميذ في

الجوانب التالية:

- صعوبة قراءة مادة تتكون من مفردات تعمها التلاميذ، ولكنها لم ترد في كتابهم المدرسي المقرر
- إخفاق بعض التلاميذ في قراءة نص من الكتاب المدرسي مقدمة له بصورة مغايرة لما وردت في الكتاب المدرسي
- صعوبة التحدث، أو الكتاب للمادة المقرّوة بلغة التلاميذ الخاصة
- صعوبة ادراك معاني المادة الجديدة المقرّوة

العوامل المسببة لصعوبات القراءة: توجد عدة عوامل قد يؤدي إلى صعوبة

القراءة نجد منها:

• **العوامل الجسمية. نجد من بينها:** ترتبط القراءة بالاضطرابات البصرية و

السمعية فبعض التلاميذ لديهم صعوبات في الرؤية الامر الذي يؤثر على اعاقه عملية القراءة فمن الاطفال من يعاني من عيب بصري شديد و منهم من يستطيع القراءة و لكن باستخدام نظارة طبية اذا كان ضعف في الرؤية راجعا الى خطأ انكساري و لكن لا تفيد النظارة اذا كان العيب ناتج عن خلل بصري من غير عاهة عضوية ظاهرة و من هنا تعتبر الحدة المنخفضة سببا محتملا للقراءة الضعيفة و بالمثل فإن الإضطرابات السمعية الحادة تكون سببا في صعوبات القراءة و ذلك لأن حاسة السمع تتيح للطفل سماع أصوات الحروف و الكلمات و نطقها نطقا صحيح أثناء عملية القراءة و لذلك فإن أي اختلال أو اضطراب في الوظائف السمعية من شأنه أن يؤثر على عملية القراءة.

عيوب التحدث ان الاضطراب الوظيفي العصبي يؤدي الى عدم القدرة على التحدث و القراءة فالخل العصبي في مراكز الدماغ يؤدي بالمخ الى صعوبات في التحدث ثم الى صعوبات القراءة

- **الفهم القرائي:** القراءة عمل فكري عقلي، الغرض الأساسي منها أن يفهم القارئ ما يقرأه بكل سهولة، بمعنى أن القراءة ترمي إلى ترجمة الرموز المقروءة إلى مدلولاتها من الأفكار.

هناك عاملان يؤثران في الاستيعاب عند التلميذ/ة الذي يعاني من عسر في القراءة والكتابة:

مدى غنى المخزون اللغوي للمفردات.

(Mental Movie) القدرة على تخيل هذه المفردات وتحريكها مثل فيلم ذهني (إدراك،

اعراضه: يواجه التلامذة من ذوي العسر القرائي مشاكلاً لا على صعيد الفهم القرائي تتمثل ب :

المعرفة المحدودة بمعاني الكلمات،، عدم القدرة على استخلاص الحقائق والاحتفاظ بها وتذكرها.

القصور في فهم معنى الجملة وتذوق النص،، تنظيم الأفكار،، عدم القدرة على استخراج الفكرة الأساسية من النص،، عدم القدرة على استرجاع المفردات الشائعة الاستعمال أو معناها،، التركيز على التفاصيل في النص عوضاً عن الفكرة الرئيسة،، صعوبة في الإجابة عن الأسئلة التحليلية المباشرة وغير المباشرة.

صعوبة إيجاد صلة وصل بين الأفكار الواردة في النص،، صعوبة في التلخيص الشفهي والكتابي للنص.

2- صعوبات تعلم الكتابة *dysgraphia*: في بداية الاهتمام بالعسر الكتابي أطلق

مصطلح اجرافيا للتعبير عن صعوبة الكتابة المكتسبة الناتجة عن الحبسة (aphasia) ، حيث يرى البعض ان كتابة كلمة و قراءتها مرتبطان، و ذلك لأنهما يتأثران بعمليات فوق معرفية مماثلة (metacognitive) . ثم أطلق مصطلح (dysgraphia) ديسجرافيا ز هي كلمة لاتينية الأصل تتكون من مقطعين

هما: dys : و تعني الصعوبة او العجز أو عدم القدرة . graphie و تعني التصور الكتابي و بذلك يصبح المعنى الاصطلاحي للكلمة (dysgraphia) صعوبة أو قصور أو عجز في الكتابة. (العزازي، 2014، صفحة 49)

و تعرفها **سوزان (1999)**: العسر الكتابي بأنه، تلك الاضطرابات العصبية التي يتسم بها ذوي صعوبات التعلم في الكتابة، و التي تظهر غالبا عند بداية تعلمهم الكتابة و تكون السب وراء كتاباتهم المشوهة و الخطأ

و ترى **مارتن** بأنها : " مهارات قاصرة في الكتابة سيظهرها بعض الأطفال حين يحاولون كتابة الأحرف الأبجدية، حيث يستطيعون ان يروا ما يكتبون و لكنهم لا يستطيعون أن يصححه حركات الكتابة.

(العزازي، 2014، صفحة 50)

و تعرف كذلك هي اضطراب عقلي عصبي يظهر خلل بين الصورة العقلية للكلمة و النظام الحركي، فهي طريقة جامحة في الكتابة و غير منضبطة ، و لا تسير وفقا لأي قواعد لغوية أو تنظيمية ، لا يعطي أصحابها أي اعتبار للقارئ فقد يحذفون بعض حروف الكلمات أو يضيفون عليها، و غالبا ما تكون الجمل التي يستخدمونها قصيرة، و مفككة و تفتقر للمعنى أو المضمون.

أنواع صعوبة الكتابة:

- 1- صعوبة تعلم كتابة نقية:** و هي صعوبات الكتابة التي تظهر بمفردها بدون اي صعوبات او مشاكل لغوية أخرى مصاحبة لها.
- 2- صعوب تعلم كتابة أفزيا:** و فيها يظهر صعوبة الكتابة مصحوبة بمشاكل لغوية.
- 3- صعوبة تعلم كتابة ديسلكسيلا:** و هنا تظهر صعوبة الكتابة مع صعوبات في القراءة و لكن في غياب الحسة الكلامية.
- 4- صعوبة تعلم كتابة مكانية:** أو صعوبات استخدام الفراغ عند الكتابة: و هنا ترتبط صعوبات الكتابة باهمال بصري و إدراك مكاني خاطئ (العزازي، 2014، صفحة 51)

صعوبات تعلم كتابة ابراكسيلا (apxraia graphia): وهناك ترتبط صعوبات

الكتابة بعمى حركي، أي القدرة على الحركة المقصودة و تكون الصعوبة الصعوبة في تشكيل الحروف و الكلمات و كتابها - و يذكر lerner أن نمط الديسجرافيا تتمثل في :

1- الديجرافيا العميقة: و تظهر في صعوبة كتابة الكلمات التي لامعنى لها.

2- ديسجرافيا سطحية: و قد تشمل:

- ديسجرافيا سطحية تتعلق بالمفردات و تظهر في التهجئة للكلمات
- ديسجرافيا المعاني: و تنتج عن اضطراب في نظام المعاني الموجودة داخل الدماغ (العزازي، 2014)

المحاضرة (11):

المخاوف المرضية

1- المخاوف المرضية:

الخوف حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني، تتنا الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر، وقد ينبعث هذا المؤثر من داخل الطفل، وبعد انفعال الخوف واحدا من أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات ويقابها لدى الإنسان.) بين أربعة أنواع شديد الشيوع من DSM-IV يميز الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المخاوف المحدد منها، النوع المرتبط بالحيوانات وهو الخوف الذي تسببه الحيوانات والحشرات، والنوع المرتبط بالبيئة الطبيعية أي الخوف الذي تسببه موضوعات موجودة في البيئة الطبيعية مثل العواصف، الظلام، والماء، أما النوع المرتبط بالدم والحقن والضرر فهو الخوف الذي تثيره موقف محدد مثل وسائل المواصلات العامة، الأنفاق، ونوع آخر متنوع وهو الخوف الذي تثيره مشيرات مثل: الضغط، وتجن المواقف التي تؤدي إلى الاختناق. ويعرف الخوف الاجتماعي على أنها خوف واضح DSM-IV الدليل التشخيصي الإحصائي

الرابع وثابت من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو موقف الأداء التي يتعرض فيها الفرد لأشخاص غير مؤلوفين أو لاحتمال تفحص الآخرين له ويعتبر الخوف المرضي حالة نفسية انفعالية، تتضمن خوف ال مفرط ال من أشياء أو مواقف أو أشخاص ليس له مايرره في الواقع وهذا ما يجعله خوفا غير معقول أن الخوف بصفة عامة مثل أي سلوك اخر ينمو من خ ل ،(Marx) ويرى ماركس ث ث أنواع من الظواهر وهي: الفطر ، ثم الاعتماد عل النضج، فالتطور من خ ل التعلم الفردي والخبر الاجتماعية، وتل المصادر الث ثة قد أسهمت بصفة خاصة في تنوع الاستجابات وذل طبق ال لدرجة تطور قشر المو.

وقد صنف القوصي ، مخاوف الأطفال إل مخاوف حسية وغير حسية وعد أن موضوعات المخاوف الحسية يمكن للطفل إدراكها بحواسه المختلفة بخ ف موضوعات المخاوف غير الحسية؛ حيث لا يمكن للطفل إدراكها إن خوف الطفل مبعثه الحقيقي في الغال الجهل بطبيعة الأشياء وعدم معرفته بها وقلة إدراكه، ولا يسهل التغل عليه إلا بتوسعة مدار الطفل وتبصيره بالأشياء المحيطة وربطها بخبرات سار محببة ومع تقدم الأطفال في السن فإن محتوى مخاوفهم يتغير أيض ال، فنجد أن الخوف من الأشباح والكوابيس تشيع بين الأطفال في سن الروضة، ولكنها تستبدل بالمخاوف من الأذى أو الأحداث الاجتماعية لدى الكبار. ويبدو أن مخاوف الأطفال الشابة تتمركز أساسا حول الخوف من الانفصال عن الأسر ، والخوف من المدرسة، أو بعض المطال والتوقعات المرتبطة بها

لقد قام العديد من الاخصايين النفسيين بدراسة رد فعل الأطفال من سن السادسة حت الحادية عشر إزاء مواقف الاختبار بالمدرسة وتوصلوا إل أن أداء الأطفال القلقين يزداد سوء ال عندما يجدون أنفسهم مراقبين من قبل رباهم ومعلميهم. وغالب ال مايميل الأطفال في هذا السن إل إخفاء مخاوفهم حت يتجنبوا سخرية الغير وتسميتهم بمسميات مثل خواف، لذا يج عل الآباء أن يبقوا قنوات الاتصال الفكري بينهم وبين

أطفالهم مفتوحة، وأن يشجعوا أطفالهم على المشاركة في المشاعر والخبرات.) وولمان،

2

أنواع المخاوف المرضية: وهنا أنواع مختلفة للمخاوف المرضية منها:

- **المخاوف من الأماكن المفتوحة:** تعتبر هذه المخاوف مزيجاً بين خوفين محددين أولهما الخوف من أن يكون الفرد بمفرده وخوفه من أن يتر المؤلوف والذي نفترض أنه البيبة المنزلية الآمنة ويبدو أن الخوف من تر البيت هو العامل الأكبر في الخوف من الأماكن المفتوحة، ومع ذل فإن العديد من الأطفال المصابين بالخوف من الأماكن المفتوحة يقل خوفهم من الخروج من البيت عندما يصاحبهم شخص ودود. فالأطفال المصابون بالخوف الأماكن المفتوحة عاد إما يكونون منطوبين وانسحابين ومكتبيين للغاية ويعانون من العديد من الأعراض النفسية مثل فقدان الشهية، والإحساس بالغثيان، واضطرا النوم، وبالصداع.

- **المخاوف الاجتماعية:** هي اضطرابات غير منطقية تنجم عند تعرض الفرد لإحراج في مواقف اجتماعية، تتطلب مسؤوليات إنجازيه محدد ما ديا كل ذلد إل تجند الفرد التعامل مع الآخرين والانعزال عدن الواقع ومن المخاوف الاجتماعية المخيفة للفرد: الحفلات والاجتماعات العامة، وتناول الطعام مع الآخرين، وإلقاء كلمة أمام الجمهور، والتحدث مع الآخرين، ومقابلة أناس جدد.

- **المخاوف الخاصة:** هي اضطرابات الخوف أو الهلع والذعر التي تتنا الفرد نتيجة إحساسه بالمشاهد أو

السماع أو عن طريق لمس الأشياء، ما دي ال ذل إل تجنبها والانسحاب من مواقفها، ومن أمثلة المخاوف الخاصة ما يلي:

- **الخوف من حيوانات محددة** مثل: الأفاعي، والزواحف، والكلاب، والقطط، والفئران، والحشرات.

الخوف من المظاهر الطبيعية مثل: والفيضانات والعواصف والبحار، والأنهار الهابجة. والأماكن المرتفعة مثل: الأبنية والجبال المنحدر العالية.

الخوف من بعض المواقف الخاصة: مثل المواصلات العامة، والأنفاق، والمصاعد والركوب بالطاير، وقياد السيارة والأماكن الضيقة، والجسور، والممرات أو الأودية السحيقة.

- الخوف من المدرسة: الإحجام أو رفض الذهاب إلى المدرسة بسبب القلق الزائد من البقاء في المدرسة، ويعبر الأطفال المتخوفين من المدرسة عن هذا الإحجام أو الرفض في صور استجابات طبيعية أو شكاوى جسمية يقنعون بتأديتهم بإبقائهم في المنزل، ومن هذه الشكاوى، الصداع، وألم البطن، والغثيان، والإسهال، والإمساك، والتقيؤ. إن المصدر الحقيقي للخوف من المدرسة حينئذ ليس من شكاوهم المتزايد ولكن من تقلبهم وعدم ثباتهم وأحيانا عدم الشعور والجمود، ويظهر الخوف المدرسي غالباً في أي وقت أثناء سنوات الدراسة إلا أن القضايا المرتبطة به تتغير مع العمر، وتظهر ميول الخوف المدرسي لدى الأطفال في المراحل الأولية؛ خاصة في مرحلة العمر من 3 سنوات، وفيها يعبر الطفل عن خوف شديد عند حضوره للمدرسة ويتمن أن يظل في البيت.

تصنيف مخاوف الأطفال: وعموماً يمكن أن تصنف الأشياء التي تثير الخوف عند الأطفال إلى الآتي:

- أشياء مؤذية: هي المخاوف المحسوسة والتي لها مصادر واقعية ومحدد، يلمسها الآباء في أطفالهم بسهولة، لأنهم يعبرون عنها بوضوح مثل الثعابين والحيوانات المفترسة والنار والسقوط تحت السيارات والعقار والعمليات الجراحية
 - أشياء يتوقعون الأذى منها: مثل ركوب الطائرة أو الباخرة أو الأماكن المرتفعة أو المزدحمة أو الظلم ومن الأشخاص مثل الشرطي أو الطبي أو الحشرات مثل الصراصير والخنافس، وبعض الحيوانات مثل الثعابين.
 - أشياء غير ملموسة: لا يعرفون حقيقتها، ويتوهمون فيها الأذى مثل الأشباح والعمالقة.
- أما المخاوف غير المحسوسة فهي تلك التي تكون مصدر الخوف من الموت أو من الحيوانات

أسباب المخاوف: فإن أهم أسباب المخاوف المرضية التي تتاب الطفل:

- نشو الخوف في نفس الطفل عن طريق المشاركة الوجدانية لمخربن وتقليدهم، وتتقلد المخاوف للأطفال عن طريق الأم والأو المرية في المدرسة.
- نشو الخوف نتيجة لإتباع الأسالي الخاطبة في تربية الطفل، مثل وضع الطفل في غرفة مظلمة.
- نشو الخوف أيضا من الجو الصاخ في الأسر لأي شجار واستخدام الألفاظ غير المستحبة والمعار المستمر بين الكبار، التي يفقد الطفل الشعور من خ لها بالأمن وبالتالي يفقد الثقة بنفسه.
- الصدمات النفسية التي يتعرض لها الطفل، فيشعر بخوف ويمتد لفترات طويلة، مثل التعرض لهجوم قط أو كل أو الخوف من الاستحمام بسبب التعرض انزلاق مفاجئ .
- ينشو الخوف لدى الطفل أو الفرد الضعيف جسمي ال عندما تادي حالة الضعف إل ضعف المقاومة والشعور بالعجز

2-الخوف المدرسي

تمهيد: يشار في موسوعة علم النفس و التحليل النفسي (1993)، بضرورة التفرقة ما بين مصطلح الخوف fear و الفوبيا phobia حيث يشير المصطلح الأول إلى اعتبار أن الخوف ليس مرضا (خاصة إذا كانت أسبابه خارجية بل يعد ارهاصا بإمكانية التهديد لاندلاع المرض)، و يشير المصطلح الثاني إلى هنالك شعور مرضيا بالخوف يعيق الفرد من متابعة نشاطاته الحياتية. و عرفت فايذة يوسف (1989): الخوف بانه انفعال قوي يصيب الشخص عندما يتوقع أن يتعرض لمصدر موضوعي للتهديد (مادي أو معنوي) و يصحب انفعال الخوف عادي ثلاثة أنواع من الإرجاع:

أ/ حركية: تتمثل في تجنب مصدر الخوف أو الحذر من اقتراب منه.

ب/ معرفية: تتمثل في الشعور بعدم السرور أو إدراك ما يتضمن الموقف من مخاطر أو تهديدات و ما يصحب ذلك من شعور بالتوتر أو الغزع.

ث/ فسيولوجية : مثل الشخوب و زيادة ضربات القلب، و إفراز العرق و سرعة التعب ، واتساع حدقة العين و سرعة في التبول.

و يذكر زكريا الشرييني (2000)، أن الخوف حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي و بدني تتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر، و قد ينبعث هذا المؤثر من داخل الطفل ، و يعد انفعال الخوف واحدا من أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات و بقائها لدى الإنسان و هو وظيفة للحفاظ على البقاء و الحياة أيضا لدى الكائنات الأخرى.

و يذكر في مصطلحات التربية و النفسية لسميرة البدي (2005)، أن الخوف هو انفعال و هو حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية ، و ينمو الخوف مع الفرد أثناء عملية التطبيع الاجتماعي ، و مصادر اثاره المواقف الخطيرة او المنذرة بالخطر و التي يصعب على المرء مواجهتها. (العزازي، 2014، صفحة 76)

الخوف المرضي من المدرسة (فوبيا المدرسة): وردت عدة تعريفات للخوف المرضي من المدرسة لمجموعة من العلماء، و جاءت هذه التعاريف متقاربة في المضمون و سوف نقتصر على البعض منها:

يعرف "برج و آخرون (1969) " berg et al : الخوف المرضي من المدرسة بأنه: " حالة من الاضطراب تظهر على سلوك الطفل قبيل ذهابه للمدرسة يصاحبها نوع من القلق العاطفي و الرغبة في البقاء في البيت مع علم الوالدين بذلك.

يعاني الطفل غالبا حالة الخوف من المدرسة في أعقاب انقطاعه منها بسبب الإجازة أو المرض و عندما يعود إليها يشعر بالخوف، و يكثر هذا عند الأطفال الذين ينتمون إلى أسر يقل فيها التواصل بين أفرادها ، و تنتشر فيها المشكلات و ترسخ استجابة خوف الطفل من المدرسة في الحالات التي يوافق فيها الأب أو الأم على عدم ذهاب الطفل إلى المدرسة. (الزعيبي، 2001، صفحة 59)

أما " هسيا (1984) " hsia : فيعرف الخوف المدرسي بأنه: الخوف الشديد و الغير المعقول نحو مشيرات مدرسية معينة مثل: حجم المدرسة ، ضغط

الاختبارات ، الرسوب المتكرر، علاقات مضطربة مع الزملاء و المدرسين، و ضغط الوالدين على الطفل نتيجة لعدم تحقيقه لطموحاته..

و اما عباس عوض و مدحت عبد اللطيف (1990) : فيعرفان الخوف المرضي من المدرسة على انه " الخوف الشاذ من المدرسة مع الرغبة في عدم ذهاب الطفل اليها، و على ذلك فأن الخوف المرضي من المدرسة يختلف عن مفهوم جناح الاحداث، فالحدث الجانح يكره المدرسة و يحول الهروب منها لا خوفا منها بل رغبة في الالتقاء بصحبة السوء، و التخلص من قيود التعليم"

و قويا المدرسة عند بولبي (1991):هي عبارة عن خوف شديد غير منطقي مرتبط بذهاب الطفل الي المدرسة، و الذي ينتج عنه غالبا فترات انقطاع جزئية او كلية عن المدرسة و يصاحب هذا الخوف اضطرابات وجدانية وانفعالية شديدة تظهر في شكل اعراض مرضية. كالخوف الحاد، و المزاج المتقلب، و الاتجاهات غير السوية نحو المدرسة، و شكاوي بدنية دونما اساس عضوي، لها يلجا اليها الطفل كوسيلة دفاعية لتأكيد بقاءه في البيت . (سالمة، 2011-2012)

أسباب فوبيا المدرسة: ويرجع هذا الخوف "فوبيا المدرسة" إلى عدة أسباب هي:

شخصية الطفل: يعاني الأطفال المصابين بالفوبيا المدرسية من صعوبات في تحقيق استقلاليتهم، والتحكم في ذواتهم عندما يتواجدون لوحدهم بعيدين عن الأهل، وغالباً ما يظهر هؤلاء الأطفال الانطواء أو العزلة الاجتماعية، وتكثر مطالبهم على الوالدين (مفرط الاتكالية)، حيث يكونون شديدي التأثير عليه وهذا يحدث داخل البيت، أما خارجه وخصوصاً في المدرسة، فإنهم يشعرون بالقلق والتهديد وهم بعيدون عن أوليائهم. (أحمد ، 2001 ، ص: 59)

الحماية الزائدة والتدليل: فقد تبين أن الأم التي تدلل طفلها وتوفر له الحماية الزائدة فإنها تمي لديه روح الاتكالية والاعتماد عليها في كل شيء، مما يجعله يتعلق بها، ولا يستطيع الابتعاد عنها مهما كان الأمر، ويشعر بالتهديد والخوف والقلق إذا ابتعد عنها.

الخلاطات الأسرية: فإحساس الطفل بوجود خلاطات ومشاجرات بين والديه، تجعله مهمومًا وخائفًا عليهما فإذا ترك البيت وذهب إلى المدرسة فبذلك يشعر بالقلق والانزعاج وغير مرتاح البال من أي شيء سوف يحدث في البيت أثناء وجوده في المدرسة.

قلق الأم على طفلها: تعاني بعض الأمهات من القلق الزائد على طفلها خاصة إذا كان وحيداً أو الطفل الوحيد، فعندها تنتقل مشاعر القلق من عند الأم إلى الطفل بالتعلم، و بالتالي يشعر الطفل بالقلق كلما ابتعد عن أمه، ويشعر بالخوف من مكان لا تكون فيه أمه، فتظهر عليه أعراض فوبيا المدرسة، لأن المدرسة تبعده عن أمه التي يرغب في البقاء معها.

الخبرات المؤلمة في المدرسة: قد يواجه الطفل بعض الخبرات القاسية في المدرسة، وتسبب له الفوبيا، ومنها مجد: العقاب، التخويف، التحقير، كثرة الواجبات، وغير ذلك من الخبرات المؤلمة إضافة إلى ذلك اتفق المختصون في الطب النفسي للأطفال أمثال الباحث "جونسون" و"بير" على أن قلق الانفصال هو الميزة الأساسية الإكلينيكية لفوبيا المدرسة.

تقليد الطفل ومحاكاة استجابات الخوف: وقد أثبت أن الكثير من حالات القلق والخوف و الأعراض النفسية بوجودها عند الآباء فإن أولادهم يقلدون مخاوفهم وسلوكاتهم المرضية.

(أحمد محمد الزغبى، 2011)

نقاط هامة متعلقة بعلاج الخوف من المدرسة: الأطفال في هذا الخوف يركزون على الأعراض البدنية بينما يلاحظ الكبار ما يشيع في سلوكهم من تجنب وإنعزال. لا بد من العرض على طبيب نفسى للتأكد من الخلو من الأمراض العضوية ، وخاصة أن الرهاب يفصح عن كثير من الأعراض الفسيولوجية. التأكد من أنه لا توجد أسباب داخل المدرسة أدت إلى رفض المدرسة مثل معاملة المدرسين العنيفة أو استهداف الطفل من قبل زملائه داخل المدرسة نتيجة لمشكلة عضوية أو شخصية مثل الإعاقة الحركية .

• ضرورة معرفة الآباء وإدارة المدرسة بأن هذه الحالة تعد مرضية وليست من قبيل التمارض .

لا بد من معرفة تاريخ رفض المدرسة ، وذلك لأنه إذا كان الطالب قد حصل على تدعيم لفترة طويلة نتيجة لرفضه الذهاب للمدرسة . يكون العلاج أصعب وتكون الخطة العلاجية مختلفة . الوالدين عليهم العبء الأكبر فى تنفيذ البرنامج العلاجى خطة علاجية للوالدين

- تجنب التركيز على الشكاوى الجسمية والمرضية للطفل
- تشجيع الوالدين على ضرورة إرغام الطفل على الذهاب للمدرسة .
- إجراء المزيد من اللقاءات العلاجية مع الأبوين لتخليصهما من قلقهما حول هذه المشكلة ولتشجيعهما على تدريب الطفل للتخلص من مخاوفه المدرسية وفق الخطوات التالية خطة علاجية للوالدين
- فى المساء وعند عودته للمدرسة أمتدح سلوكه ، وأثن على نجاحه فى الذهاب للمدرسة مهما كانت مقاومته أو سخطه أو مخاوفه السابقة ، وبغض النظر عما ظهر عليه من أعراض الخوف قبل الذهاب للمدرسة أو خلال اليوم كالقئ والإسهال .
- ابْلِغْه أن غدا سيكون أسهل من اليوم ، ولا تدخل فى مناقشات أكثر من ذلك ، كرر هذه العبارة غدا سيكون أسهل من اليوم ، حتى وإن بدا الطفل غير مستعد لتغيير الموضوع .

ز - كرر فى صباح اليوم التالى نفس ما حدث فى اليوم السابق ، وكرر بعد عودته السلوك نفسه بما فى ذلك عدم التعليق على مخاوفه ، مع امتداح سلوكه ونجاحه فى الذهاب للمدرسة .

ح - فى حالة نجاحه فى الذهاب للمدرسة لمدة أسبوع متكامل أهديه شيئاً جذاباً ، أو يمكن عمل حفلة أسرية بسيطة احتفالاً بتغلبه على المشكلة . (فرج، 2020)

أنواع المخاوف المدرسية:

الخوف من المدرسة من النمط الحاد: يتميز الخوف من المدرسة من النمط الحاد بأنه لا يترافق دائما بمشكلات سلوكية نفسية، و في الوقت نفسه لا يكون الطفل الذي يقع ضحية لهذا النمط من الخوف المرضي من المدرسة، قد عانى من مشكلات سلوكية أو نفسية . و بالتالي من ناحية أخرى يكون خوف الطفل في هذه الحالة محصورا بالمدرسة فقط بينما تسيو حياة الطفل خارج المدرسة سيرا سوبا و طبيعيا و هذا النمط من الخوف من المدرسة يمكن السيطرة عليه بسهولة و خلال فترة زمنية قصيرة نسييا دون تدخل المعالج النفسي أو السلوكي أو الاكتفاء بمساعدة الأهل فقط ضمن ظروف مناسبة.

الخوف من المدرسة من النمط المزمن: يترافق هذا النمط من الخوف من المدرسة عادة بمشكلات سلوكية و نفسية شتى، أو يكون الطفل قد عانى سابقا من مشكلات نفسية و سلوكية و عدم التكيف، و هذا النمط من الخوف لا يكون محصورا لا مدرسة فقط _ و لكنه جزء من مشكلات سلوكية و نفسية تشمل مجمل الحياة الاجتماعية و النفسية للطفل. مما يؤدي بالطفل إلى الانسحاب اتجاه المواقف و التجارب و الأنشطة التي تتطلب تكيفا فعالا، و بالتالي يؤثر ذلك نمو الطفل الاجتماعي و النفسي و يحدث اضطرابات في الشخصية .

أعراض الفوبيا المدرسية:

- تتعدد أعراض الفوبيا المدرسية لتشمل:
- الصعوبة الشديدة في المواظبة على الحضور للمدرسة.
- الخوف الزائدة.
- الشكوى من إحساسه بمرض دون سبب عضوي واضح.
- البكاء المستمر.
- ظهور أعراض جسمية في الصباح كالقيء و الإسهال.
- آلام في البطن والصداع ومثل هذه الأعراض تتوقف بعد الخروج من المدرسة.

- الخوف من الذهاب إلى دورات المياه في المدرسة لأنها تعد غير مألوفة لدى الطفل خاصة في بداية .
- حياته المدرسية، كذلك الإحجام عن تناول الطعام من المقصف المدرسي.
- كذلك تتولد لدى الطفل رغبة شديدة في رفض الذهاب إلى المدرسة و إذا ذهب فإنه يبكي حتى يعود لمنزله، وقد يتحول هذا إلى اضطراب سلوكي ينتج عنه فشل التلميذ في الدراسة .
- اضطراب في السلوك كالتبول الإداري أو قضم الأظافر.
- سرعة نبضات القلب وجفاف الفم.
- إن الحالات الشديدة من الخوف تؤدي إلى ردود أفعال فيزيولوجية لا تساعد على التغلب على الخوف.) كالارتعاش و التعرق والشعور بالإغماء والغثيان و الإسهال . (عبد اللطيف حسين فرج، مرجع سابق، ص 02). الأطفال المصابون برهاب المدرسة كثيرا ما يشعرون بالصداع أو ألم في المعدة أو الغثيان أو دوار الرأس ، كما تظهر الأعراض النفسية البدنية الأخرى التي تبرر على البقاء في المنزل مع الأم، وهذا ليس بتمارض وإنما تكون مشاعرهم هذه حقيقية. (زيد، 2005، صفحة 89)

محاضرة رقم (12) :

اضطراب الاكتئاب:

يشير تعريف اكتئاب الطفولة جدلاً كبيراً بين الدارسين و المختصين، وصلت إلى حد إنكار وجوده إطلاقاً، و قد ظهرت دراسات الحالة لاكتئاب الطفولة منذ بدايات القرن الماضي، و رغم كل الأبحاث العلمية و الدراسات التي تناولته لا يزال اكتئاب الطفولة غير ندرج على دليل الاضطرابات العقلية الأمريكي، و من وجهة نظرة تحليلية لا يمكن ظهور الرئيسي لدى الأطفال، كما يظهر لدى البالغين، و ذلك لنقص تطور الأنا العليا في تلك المرحلة العمرية، أما وجهة النظر الثانية و التي كانت شائعة في الستينات و السبعينات من القرن الماضي فتري أنه لا يظهر لدى الأطفال ، كما يظهر لدى الكبار و لكنه يظهر و على شكل سلوكيات مختلفة مثل التجنب أو الشلل المدرسي أو الأعراض النفس جسمية واضطرابات التصرف . (القمش، 2009، صفحة 272)

هناك بعض الأطفال هادئين و غير اجتماعيين بطبيعتهم ، وبالتالي يكونون غالباً متسامحين مع المواقف الاجتماعية ، ولكن إذا ارتبطت الكآبة بموقف ضاغط تعرض له الطفل ، فغالبا

يكون سبب الكآبة هو مرور الطفل بالموقف الصعب والضاغط .

فإذا ظهرت الكآبة على الطفل وهو في الأصل غير كئيب وكانت غريبة عن طبيعته فإن هذا

العرض يكون نتاج الأحداث ضاغطة تعرض لها الطفل وأدت إلى تغيرات الطاهرة في انفعالاته

وقد يكون الطفل قد تعرض للمواقف الضاغطة التالية:

- 1- فقدان أحد أفراد الأسرة .
- 2- فقدان منزله بالتدمير أو الإغلاق.
- 3- التفكك الأسري وضرب الأم أمامه.
- (41 : 4- عزل الطفل عن بيئته الطبيعية

مظاهر الاكتئاب:

- الاضطرابات في المزاج.
 - عدم القدرة على الاستمتاع وفي الوظائف النمائية .
 - ضعف في تقدير الذات.
- الاضطرابات السلوك الشخصية مع الآخرين. (اسماعيل، 2009، صفحة 90)

أسباب الاكتئاب:

- مشاعر الذنب لدى الأطفال المكتئبين و تتبع من اقتراهم طرق للسلوك غير المرغوب، أو الشعور بالمسؤولية عن اهانات متخيلة، أو من الشعور العام بعدم اللياقة و عدم القيمة و الفشل.

- إسقاط الغضب على الذات كطريقة صريحة لمعاقبة أنفسهم.

- العور بالعجز و الضعف.

- رد فعل على خسارة شيء عظيم بالنسبة لطفل.

- الحصول على الانتباه و الحب و الشفقة أو الرغبة بالانتقام.
- رد فعل على التوتر و القلق و يمكن تعريف التوتر بتنه شعور معارض أو معاد بين الفرد و مشاعره الداخلية، يرافقه عدم الشعور بالراحة ، و غالبا ما سكون مصحوبا بمؤشرات جسدية مثل العرق، تصلب الشرايين و العضلات و زيادة ضربات القلب، و يحاول هؤلاء الأطفال التكيف مع القلق و التوتر من خلال الميل إلى العزلة و الاكتئاب و الأفكار الانتحارية .

1- 7- البيئة الأسرية : حيث تسير الاحصائيات ال (القمش، 2009، صفحة 273)

المحور الثالث :

اضطرابات المرحلة الثانوية:

1-اضطرابات السلوك

- الهياج و العدوانية، العنف المدرسي
- اضطرابات الحصر
- 2-صعوبات التفكير
- التوقف عن التفكير
- تشييط التفكير
- الدخول في الفصام
- 3-التغيب المدرسي
- الرفض المدرسي
- التخلي

4-استهلاك المواد المهلوسة

- التدخين
- الكحول
- المخدرات

المحاضرة رقم (13) :

العنف المدرسي

تعريف العنف المدرسي : وهو مجموع الأفعال و الممارسات السلوكية

الفردية اتجاه الجماعة فعلية أو قولية، و التي تتسم بقلة الرفق، و غير مقبولة اجتماعيا، و التي يمارسها التلاميذ داخل فضاء المدرسة فيما بينهم ، و التي تسبب في إحداث أضرار مادية أو معنوية للتلميذ الضحية .

و يعرفه محمد الدين احمد حسين " على انه أي أذي مقصود يلحقه الطفل بنفسه، أو بالآخرين ، سواء كان هذا الأذى معنويا أو بدنيا ، مباشرا أو غير مباشرا ، صريحا أو ضمنيا ، كما يدخل أيضا في هذا الإطار أي تعدي على الأشياء أو المقتنيات على الأشياء بشكل مقصود ، سواء كانت هذه الأشياء ملكا للفرد أو للغير.(كمال بوطورة ، 2017، ص:125)

وعرفه فتحي عبد الواحد أمين " بأنه كل فعل أو قول أو سلوك يصدر من الطالب أثناء تواجده في المدرسة، خلال اليوم الدراسي اتجاه زملائه أو المدرسين أو العاملين في المدرسة، ويترتب عليه بالإهانة أو تجريح للآخرين، أو تهديد لحياتهم، أو إتلاف للأثاث، أو تعطيل الحصص الدراسية .»

1- العنف من داخل المدرسة:

- العنف بين التلاميذ أنفسهم.

-العنف بين التلاميذ والمعلمين.

-التخريب المتعمد للممتلكات .

هذه النقاط أشار إليها (روحكح 1995) بتسميتها بالعنف المدرسي الشامل، حيث نظام المدرسة مضطرب بأجمعه، تسود حالة عدم الاستقرار يظهر واضحا عدم القدرة على السيطرة. هذه ظاهرة العنف المنتشرة بين التلاميذ أنفسهم أو بينهم وبين المعلمين، وتسمح العديد من الشكاوى من طرف الأهل على العنف المستخدم في المدرسة. عنف التلاميذ اتجاه الممتلكات العامة والخاصة، وأطلق عليه العنف الفردي، حيث ينبع ذلك من فشل التلميذ وصعوبة انظمه المدرسة والتأقلم معها، و لكن لا يوجد لها اثر كبير على نظام الإدارة في المدرسة»(صباح عجرود ، 2006، ص: 20)

1- أشكال العنف المدرسي :

- **العنف الجسدي:** و هو استخدام القوة الجسدية بشكل متعمد اتجاه الآخرين من اجل إيذائهم أو إلحاق أضرار جسمية لهم ، و ذلك كوسيلة عقاب غير شرعية مما يؤدي إلى ألام و أوجاع و معاناة نفسية جراء تلك الأضرار ، مما يعرض صحة الطفل للأخطار .

ومن أمثلة استخدام العنف الجسدي الحر والكي بالنار ورفسات بالأرجل و الخنق و ضرب الأيدي، أو الأدوات لأعضاء الجسم، دفه الشخص، لطمات و ركلات.

- **العنف النفسي:** و يكون من خلال عمل أو الامتناع عن القيام عن عمل و هذا وفق مقاييس مجتمعه و معرفة علمية للضرر نفسه ، و قد يحدث تلك الأفعال على يد شخص أو مجموعة من الأشخاص الذين يمتلكون القوة و السيطرة لجعل طفل متضرر مما يؤثر على وظائفه السلوكية ، الوجدانية ، الذهنية ، و الجسدية كما يضم هذا التعريف قائمة بالأفعال تعتبر عنفا نفسيا مثل اهانة ، تخويف ...الخ(صباح عجرود ، 2006، ص: 21)

2-مظاهر العنف المدرسي :

* الضرب باليد - بالدفع - بأداة - بالقدم - وعادة ما يكون الطفل المعتدي عليه ضعيف لا يقدر على المواجهة وبالذات لو كان أكثر من طفل.

* التخويف: ويكون عن طريق التهديد بالضرب المباشر نتيجة لأنه أكثر منه قوة أو التهديد بشلة من الأصدقاء الأقرباء.

* التحقير من الشأن: لكونه غريبا من المنطقة أو لأنه أضعف جسما أو لأنه يعاني مرضا أو إعاقة أو السمعة السيئة، لأحد الأقارب.

* نعتة بألقاب معينة لها علاقة بالجسم كالطول أو القصر أو غير ذلك، أو لها علاقة بالأصل (قوبة - قبيلة).

* السب والشتم.

* تكسير الشبايك والأبواب ومقاعد الدراسة.

* الحفر على الجدران.

* تمزيق الكتب.

* تكسير وتخريب الحمامات.

* تمزيق الصور والوسائل التعليمية.

* تحطيم أو تخريب متعلقات خاصة بالمعلم أو المدير.

* التهديد والوعيد.

* الاعتداء المباشر.

* الشتم أو التهديد في غياب المعلم أو المدير.

*** من المعلم أو المدير على الطلبة:**

1- لعقاب الجماعي (عندما يقوم المعلم بعقاب جماعي للفصل سواء بالضرب والشتم

لان طالب أو مجموعة من الطلبة يثيرون الفوضى.

- الاستهزاء أو السخرية من طالب أو مجموعة من الطلبة.

- الاضطهاد.

- التفرقة في المعاملة.

- التهميش.

- التجهم والنظرة القاسية.

- التهديد المادي أو التهديد بالرسوب.

- إشعار الطالب بالفشل.

10 - الاتجاهات المفسرة للعنف: فقد عالم الفسيولوجي هيس (1932) - hes

إلى أن هناك مناطق بعينها توجد في المخ لها علاقة مباشرة بالسلوك العنيف عند كل من الحيوان و الإنسان، و أن تبنية هذه المناطق يفجر السلوك العنيف، ثم لاحظ **كليغروبوس** khuver& bucy 1937 أن إزالة مناطق معينة من أمخاخ القرود يؤدي إلى انخفاض شديد في السلوك العنيف، مما هيا للمواقف لاستخدام العمليات الجراحية المخية في الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة من العنف و السلوك العدوانى، على الرغم من الأعراض الجانبية التي تنشأ من إجراء هذه العمليات في المريض الذي تصاب اللوزة (الاميجدالا) عنده بالأذى أن العطب ، تفقد هذه إحداث الحياة يعدها العاطفي و المشاعر ، و تصبح خاملة باردة بلا انفعال أو تفاعل ، و يصبح المصاب قليل الاهتمام بالناس و الآخرين ، و يصبح عنده ما يسمى (العمى العاطفي) ، فكل المعلومات القادمة للدماغ من الحواس المختلفة تمر أولاً عبر اللوزة حيث يتم فحصها بشكل سريع جدا لمعرفة ما إذا كان هناك من هذه المعلومات ما هو هام جدا بالنسبة لهذا الشخص صاحب هذا الدماغ ، و هذه المعلومات تكون لدى صاحبها عواطف السعادة أو الفرح أو الإثارة ، أو الحزن أو الغضب ، و يتم هذا قبل أن تصل المعلومات إلى القشرة الجديدة المسؤولة عن تحليل المعلومات و فهمها.

- النظرية الفنومولوجية: تري هذه النظرية أن العنف هو عبارة عن نتائج تفاعلات

الإنسان السيئ مع الآخرين، ليست مسئولية كاملة عن سلوك العنف، بل إن العنف قد ينتج من عوامل أخرى، كما أنه ليس كل تفاعلات الإنسان مع الآخرين ينتج عنه القيام بأعمال تتسم بسلوك عنيف، فليس هناك عنف اعتباطي أو فجائي بل العنف الذي نراه

هو وليد عملية تغيير بطرق داخلية علائقية يقضي على عواطف الحب والمشاركة، ليفجر مكانها العنف والعدوان.

-النظرية الاجتماعية: من أبرز النقاط الأساسية لهذه النظرية هي:

1-يخلق المجتمع مجموعة من القواعد التنظيمية التي تحدد الأفراد المجالات المقبولة وغير المقبولة بين أنماط السلوك الاجتماعية:

2-تعتبر التنشئة الاجتماعية أهم الأدوات التي يصنعها المجتمع لتحقيق أهدافه الضبطية.

3-عندما تصاب أدوات الضبط بالضعف يصبح سلوك الأفراد أقرب 'إلى الانحراف منه إلى التوافق.

- نظرية الغرس الثقافي: قد وضح هذه النظرية وطورها جورج جيرينر وترى هذه النظرية الغرس الثقافي أن التلفزيون قد أصبح بالنسبة للكثير مصدرا رئيسي لبناء تصوراتهم عبر الواقع الاجتماعي، والذي يعرف بأنه صورة لما هو موجود بالفعل ولما نعتبره صحيحا، وللکیفیه التي تربط بها الأشياء، وتركز نظرية الغرس على أربعة افتراضات أساسية هي:

أولا: أصبح الأفراد في المجتمعات الحديثة يعتمدون على المصادر البديلة للخبرة الذاتية – على رأسها وسائل الإعلام في بناء مدركات مشتركة للواقع الفعلي.

ثانيا : أصبح التلفزيون يشكل نظرنا للعالم من خلال تكرار تقديمه للنماذج المصورة .

ثالثا : يساوي المشاهدون المفاهيم المقدمة لهم على شاشة التلفزيون لأنهم يستخدمون الوسيلة بشكل مستمر و بصورة غير انتقائية لساعات طويلة أكثر من تحديد برنامج معين .

رابعا :يقوم العنف التلفزيوني بدور أساسي في تكوين نظرة المشاهدين نحو الواقع .

- **نظرية الإحباط:** و تتضمن هذه النظرية أن البيئة تسبب في إحباط للفرد تدفعه نحو العنف بمعنى أن البيئة المحيطة لا تساعد الفرد على تحقيق ذاته و النجاح فيها تدفعه نحو العنف ، و تؤكد بان كل عنف يسبقه موقف إحباطي ، و السلوك العدواني يحدث عقب إحساس الفرد بعدم قدرته من أن ينال ما يريد ، و عندما يؤخر إشباع تلك الرغبات ، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور الإحباط ، و في هذه الحالة يبدأ يتفاعل مع العنف و بذلك فإن النظرية تؤمن بان العنف ينبع من الطفولة معتمدا على التربية و التوجيه أثناء هذه الفترة .

11- **حجم ظاهرة العنف المدرسي في بعض الدول العربية :** إن ظاهرة

العنف في المدارس لم تقتصر على الدول المتقدمة فحسب ، فحتى مجتمعاتنا العروبية لم تسلم مدارسها من انتشار هذه الظاهرة في مختلف أطوارها التعليمية ، إلا أنها لم تصل بعد إلى درجة حمل السلاح و القتل كما هو الحال في المجتمعات الغربية ، إلا بعض الحالات المعزولة ، ففي مصر تشير الإحصاءات إلى وجود مؤشرات على تزايد حوادث العنف بين طلاب المدارس الإعدادية و الثانوية خلال الآونة الأخيرة ، فقد كشفت إحصاءات الأمن العام ازدياد حوادث العنف بين تلاميذ المدارس بشكل مطرد ، حيث بلغت نسبة عنف الطلاب في المدارس المبلغ عنها عام 1995 إلى 4.9% و بلغت هذه النسبة 5.5% عام 2000.

أما في الأردن ، فقد كشفت الدراسة التي قام بها وزارة التربية و التعليم في الأردن عن مدة انتشار سلوك العنف في المدارس الحكومية ، و شملت الدراسة 231 مدرسة ضمنت (11551) طالب و طالبة ، و خلصت الدراسة إلى شيوع ممارسات العنف فيها حيث بلغت نسبة 38% ، و أكدت الدراسة على تزايد نسبة الممارسات العنيفة بين التلاميذ على المستوى الصفّي لتصل إلى أوجها في مرحلة التعليم الثانوي ، و عزت ذلك إلى مرحلة المراهقة التي يمر بها تلاميذ هذه المرحلة .

أما في المملكة المغربية يشير **احمد إوزي** إلى دراسة قامت بها وزارة التربية الوطنية ، حول واقع العنف في المدارس المغربية فقد كشفت هذه الدراسة إلى التنوع في أشكال العنف التي يسود فضاء المؤسسات التربوية ، حيث جاء العنف الجسدي في المرتبة الأولى ، بنسبة 58% يليه العنف اللفظي بنسبة 14 % ، و كذلك التحرش الجنسي و الاغتصاب بنفس النسبة 14% . و يمثل العنف الذي يمارسه التلاميذ فيما بينهم بنسبة 11% و بخصوص مؤشر النوع فإن العنف الذي يمارسه الذكور فيما بينهم يصل إلى 59% ، و الذكور ضد الإناث 40% ، أما العنف بين الإناث فتتصدر نسبة في 01 % ، أما نسبة عنف التلاميذ تجاه الإدارة المدرسية تصل إلى 08 % ، و عنف الأساتذة ضد الإدارة بلغ 03 % ، بينما عنف التلاميذ من مجموع حالات العنف .

12- حجم ظاهرة العنف في الجزائر: أما عند الحديث عن هذه الظاهرة في الجزائر فنحن لسنا بمنأى عنها على غرار الدول العربية الأخرى ، فالتقارير الصادرة عن وزارة التربية الوطنية ، و الدراسات الأكاديمية من خلال أبحاث و الملتقيات التي تتعقد بين الحين و الآخر حول هذه الظاهرة ، إنما يدل على تنامي العنف و تنوع أشكاله في وسطنا المدرسي عبر مختلف مراحل التعليم .

فقد كشفت وزيرة التربية الوطنية أثناء مداخلة في الملتقى المغربي حول الشباب و العنف المنعقد بجامعة الجزائر 2 ، ما بين (17 و 18 ديسمبر 2011) عن الإحصائيات المنبثقة عن الدراسة التي أعدها وزارة التربية الوطنية حول العنف في المحيط المدرسي ، حيث فاق عدد الحالات المسجلة 25 ألف حالة ، ووصل عدد حالات العنف المسجلة خلال السنة الدراسية (2010/2011) إلى 3543 حالة عنف بين تلاميذ الابتدائي ، و أكثر من 13 ألف حالة عنف في الطور المتوسط ، و أكثر من 03 آلاف حالة في التعليم الثانوي ، و انه من خلال نفس السنة الدراسية تعرض 4555 أستاذ للعنف من قبل التلاميذ ، مقابل 1942 تلميذ تعرضوا للعنف من قبل الأساتذة و موظفي الإدارة ، كما بلغا حالات العنف ما بين التلاميذ أنفسهم 1765 حالة ، أما عدد حالات عنف

الأساتذة فيما بينهم فقد بلغ 51 حالة ، أما نسبة التلاميذ الذين يتعاطون المخدرات حسب ممثلة وزارة التربية الوطنية فهي لا يتعدى 01 % و هي نسبة ضئيلة على حد قولها.

و قد كشف المجلس الوطني للتعليم الثانوي عن أرقام حول تنامي العنف بالمؤسسات التربوية في سنة 2011 ، حيث جعلت الجزائر تتصدر قائمة دول المغرب العربي بخصوص انتشار هذه الظاهرة باعتبار 60% من المتمدرسين اقترفوا تصرفات عدائية ، و ذلك بالاعتداء على ما يقارب 5 آلاف أستاذ منها 200 حالة صدرت عن تلاميذ الصف الابتدائي ، مع تسجيل 20 ألف حالة عنف بين تلاميذ من مجموع 8 ملايين تلميذ ، كما أحصت وزارة التربية الوطنية خلال سنة 2007 ما يعادل 59764 ألف 764 عنف ، منها أزيد من 45 ألف حالة عنف نفسي بين تلاميذ و أزيد من 12 ألف حالة عنف بدني ، منها 342 حالة حمل أسلحة في الأطوار الثلاثة ، و حوالي 3 آلاف حالة سرقة ، 20 حالة خنق جنسي و ما يعادل 09 حالة ضرب بين التلاميذ.

و ذكر **جمال معتوق** في مقدمة كتابه مدخل إلى **السوسيولوجيا العنف** : أن دراسة قامت بها مصالح وزارة التربية الوطنية الجزائرية حول انتشار العنف في الوسط التربوي منذ سنة 2000-2007 حيث كشفت عن إحصاء أكثر من 300 ألف حالة عنف في أوساط التلاميذ ، أغلبها في الطور المتوسط ، فيما تم تسجيل أزيد من آلاف حلة عنف للتلاميذ ضد الأساتذة و موظفي الإدارة خلال الموسم الدراسي (2008/2009) ، و حوالي 5 آلاف حالة عنف ضد الأساتذة و موظفي الإدارة تجاه التلاميذ خلال نفس الموسم .(كمال بوطورة ، 2017، ص:148-149)

12- انعكاسات العنف المدرسي: إن لكل ظاهرة سلبية انعكاساتها و أثارها على حياة على حياة الاجتماعية سواء على مستوى الأفراد أو مستوى الجماعة و لذلك فإن العنف المدرسي عدة انعكاسات على مستوى الفرد و المجتمع و البيئة المدرسية .

- **على مستوى الفرد:** يتعرض التلميذ من خلال قيامه بالعنف المدرسي إلى الطرد من المدرسة ذلك لمدة 52 من الإجراءات الداخلية للمؤسسات التعليمية في الجزائر

تنص على انه يترتب على التلميذ الذي يخرب ممتلكات و تجهيزا المدرسة تعويضا ماليا و قد يعاقب بالطرد من المدرسة و كم تلميذ فصل من المدرسة بارتكابه أفعال العنف وإلحاق الإضرار بالممتلكات و الأشخاص داخل المدرسة.

وقد يترتب العنف التلميذ أو المعلم أو غيرهما من الفاعلين التربويين المدرسي إلى المتابعة القضائية في حال إلحاق الضرر بالأشخاص ولا أدل على ذلك أن المؤسسات العقابية الجزائية تضم بين نزلاتها عددا معتبرا من المراهقين من بينهم تلاميذ المدارس.

إن الممارسات العنيفة من طرف الفاعلين التربويين على التلاميذ من شأنها أن تؤثر سلبا على التحصيل الدراسي لهم كما قد تلحق بهم الضرر النفسية وقد يؤدي ذلك إلى إلحاق الضرر في تكوين شخصياتهم مستقبلا ومن أمثلة ذلك فان ممارسة العنف على الطفل والمراهق قد يجعل منه كائنا ذا شخصية ضعيفة لا يقوى على اتخاذ القرارات حكيمة في حق نفسه ومجتمعه مستقبلا وقد يصل الأمر عند البعض إلى حالات الإحباط والاكتئاب ومنه الانتحار. (زهرة مزرقط ، 2014 ، ص:66)

الوقاية. و العلاج. من العنف المدرسي: من بين الإجراءات الوقائية والعلاجية

التي تم اتخاذها للحد من سلوك العنف في مدارس وزارة التربية والتعليم :

1. تفعيل دليل تعليمات الانضباط المدرسي من خلال إدارة المدرسة والمرشدين التربويين في مجال التوعية

والتثقيف للطلبة وأولياء أمورهم وللبيئة المدرسية في جميع المدارس.

2. التأكيد على المدارس باستخدام الأساليب التربوية والإرشادية الوقائية والعلاجية في تعديل سلوك الطلبة و مساعدتهم في التغلب على مشكلاتهم والصعوبات التي تواجههم.

3. إجراء دراسات مسحية حول مظاهر سلوك العنف في المدارس على عينات من المدارس

4. تعديل تعليمات الانضباط المدرسي وإصدار تعليمات معدلة بما يواكب المتغيرات والمستجدات.

5. المشاركة في اللجان الوطنية وفي إعداد الاستراتيجيات والخطط المنبثقة عنها:
- اللجنة الوطنية لمشروع التوعية الوقائية من أخطار المخدرات والمؤثرات العقلية لاطفال المدارس
 - اللجنة الوطنية لمشروع حماية الأسرة، في مجال العنف الأسري والإساءة للطفل.
 - اللجنة الوطنية للحد من عمالة الأطفال.
 - إعداد دليل تدريبي للمرشدين التربويين في مجال التوعية والتثقيف لطلبة المدارس من أخطار المخدرات والمؤثرات العقلية..
 - المشاركة في الندوات والمؤتمرات المحلية وإعداد أوراق العمل في مجال العنف والإساءة وحماية الأسرة والوقاية من أخطار العنف المدرسي.
 - إعداد دورات تدريبية وورش عمل لرؤساء أقسام الإرشاد التربوي في مديريات التربية والتعليم في مجال العنف، والإساءة للطفل.
 - إعداد المطبوعات والمنشورات الهادفة إلى التوعية والتثقيف الوقائي للتلاميذ والبيئة المدرسية في مجالات العنف والإساءة.
 - الإجراءات المقترحة للحد من سلوك العنف المدرسي:
 - برامج التنمية المهنية المستدامة وتضمن البرامج التدريبية للكوادر التعليمية موضوع العنف بأنواعه وأشكاله المختلفة.
 - التزام مدير المدرسة بإبلاغ مدير التربية والتعليم وبتقرير خطي عن أية مشكلة متعلقة بالإساءة أو العنف وبشكل مكتوم ليصار لاتخاذ الإجراءات اللازمة حيالها.
 - استمرارية التعاون مع إدارة حماية الأسرة/ مديرية الأمن العام، ومع المؤسسات المجتمعية الأخرى لعلاج الحالات المستعصية.
 - الاستفادة من تجارب بعض مديريات التربية والتعليم ومدارسها حول دعم تلاميذها، وإشراكهم في الندوات والمؤتمرات وتكليفهم بإعداد أوراق عمل في مجال العنف والإساءة وتعميمها على باقي مديريات التربية والتعليم..

- إعداد برامج خاصة لمعالجة حالات التسرب لبعض التلاميذ من المدارس والتحاقهم بسوق العمل، والعمل ما أمكن على إعادة العدد الأكبر منهم إلى المدارس.
- تفعيل دور المرشد التربوي في الجانب الوقائي للتلاميذ وأولياء الأمور، من خلال تكثيف الحصص الإرشادية وعقد الندوات والمحاضرات، وإصدار النشرات والملصقات التثقيفية، وإعداد البرامج الإرشادية لتدريب التلاميذ، وإكسابهم المهارات الاجتماعية التي تمكنهم وتحصنهم من الوقوع في المشكلات.
- تكثيف الإشراف والمناوبة للمعلمين خلال الدوام المدرسي.
- مراعاة عدم تزامن خروج التلاميذ من المراحل العمرية المختلفة في المدرسة الواحدة في نفس الوقت، حيثما أمكن.
- تفعيل دليل تعليمات الانضباط المدرسي من خلال تعزيز دور المرشد التربوي في التوعية الوقائية للتلاميذ وأولياء أمورهم في هذا المجال.
- حصر التلاميذ العدوانيين في المدرسة الواحدة، وإعداد البرامج الإرشادية والتربوية الهادفة إلى تعديل سلوكياتهم نحو الأفضل.
- استخدام الأساليب الوقائية والعلاجية لتعديل سلوك التلاميذ المخالفين قبل إيقاع العقوبة وعقد مجالس الضبط.
- تعزيز الخدمات المتوافرة في البيئة المدرسية وتنويع الأنشطة التربوية المختلفة، وفق إمكانات التلاميذ وميولهم وقدراتهم وحاجاتهم النمائية، للإسهام في استثمار أوقات فراغهم وتصريف طاقاتهم الزائدة.
- تعزيز خدمات التربية الخاصة المقدمة للتلاميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة أو التلاميذ العاديين من خلال التوسع في برامج التلاميذ المتفوقين وغرف مصادر صعوبات التعلم.
- تعزيز الديمقراطية والحوار في العملية التربوية والتعليمية وتتميتها لدى التلاميذ وحثهم على الحوار والمناقشة في تعاملهم مع الآخرين.
- تجسير العلاقة بين البيت والمدرسة وتوطيد قنوات الاتصال بينهما، من خلال: 
- تفعيل مجالس الآباء والمعلمين.

-إشراك أولياء الأمور في حل مشكلات التلاميذ، والحد من سلوك العنف لدى الأبناء، باعتبارهم شركاء في العملية التربوية.
-توعية التلاميذ بأهمية التعلم، وتشجيعهم على زيادة الدافعية للتحصيل الدراسي، والعمل على توفير ما أمكن من فرص تعزيز النجاح لديهم.
- المتابعة المستمرة لحالات الغياب والتأخر عن المدرسة، وإلزام إدارة المدرسة بإبلاغ ولي الأمر بغياب ولده في اليوم التالي..
-التعاون والتنسيق مع المؤسسات الإعلامية لتفعيل دور الإعلام في العملية التربوية من خلال: زيادة برامج التلغاز التي تهدف إلى غرس القيم الدينية والأخلاقية والاجتماعية، والتأكيد على التقليل من برامج العنف.

دور إدارة المدرسة في الحد من سلوك العنف المدرسي دور مدير المدرسة:

-حصر حاجات التلاميذ في المدرسة والمشاركة في وضع البرامج والأنشطة التربوية والإرشادية التي تلي هذه الحاجات
-تقديم التسهيلات في إنجاح جميع البرامج والأنشطة التربوية.
-توفير الأجواء الملائمة في المدرسة لعملية اتصال وتواصل إيجابية فعالة.
-تكثيف الإشراف والمتابعة للمعلمين خلال الدوام المدرسي.
-تفعيل دليل تعليمات الانضباط المدرسي داخل المدرسة من خلال التوعية للطلبة والمعلمين وأولياء الأمور.
-تعزيز الخدمات المتوافرة في البيئة المدرسية وتوزيع الأنشطة التربوية المختلفة وفق إمكانيات التلاميذ وميولهم وقدراتهم وحاجاتهم النمائية.
-تزويد أولياء الأمور بمعلومات أساسية عن إجراءات وسياسات المدرسة وإشراكهم في عملية التخطيط للخدمات المدرسية.
-التزام مدير المدرسة بإبلاغ مدير التربية والتعليم وبتقرير خطي عن أية مشكلة متعلقة بالإساءة أو العنف وبشكل مكتوم ليصار لاتخاذ الإجراءات اللازمة حيالها.

-تكثيف الإشراف والمناوبة للمعلمين خلال الدوام المدرسي وفق برنامج واضح بحيث يوزع على أماكن محددة أثناء وجود التلاميذ في الساحة أو الممرات ، ومراقبة مدير المدرسة ومساعديه للمناوبين ويقائهم بين التلاميذ .

-مراعاة عدم تزامن خروج التلاميذ من المراحل العمرية المختلفة في المدرسة الواحدة في نفس الوقت، حيثما أمكن.

-تعزيز الخدمات المتوافرة في البيئة المدرسية وتنوع الأنشطة التربوية المختلفة، وفق إمكانيات التلاميذ

وميولهم وقدراتهم وحاجاتهم النمائية، للإسهام في استثمار أوقات فراغهم وتصريف طاقاتهم الزائدة.

دور المعلم

-الاهتمام بالتلميذ وتقبله بغض النظر عن قدراته وحالته الجسمية أو العقلية .

-ملاحظة الفروق الفردية بين التلاميذ ووضع خطة تربوية إجرائية للتعامل معها.

-توفير بيئة صفية تربوية صحية تخلق جواً من التفاعل الايجابي بين التلاميذ.

-تزويد أولياء الأمور بصورة واضحة وواقعية عن قدرات أبنائهم وميولهم وتطورهم .

-تشجيع أولياء الأمور على زيارة المدرسة وتخصيص وقت للقائهم بما يتناسب مع جدول المعلم ووقته .

إحالة التلميذ الذي يحتاج إلى خدمات الإرشاد التربوي بعد استفاد المعلم للإجراءات والمهارات التربوية التي تم تدريبه وتأهيله عليها.

دور المرشد التربوي داخل المدرسة:

-حصر حالات التلاميذ الذين يظهرون سلوك العدوان والعنف في المدرسة وإعداد البرامج التربوية والإرشادية الوقائية والعلاجية لتعديل سلوكهم وتوجيه طاقاتهم.

-تكثيف الحصص الإرشادية وعقد الندوات والمحاضرات وإصدار النشرات والملصقات التثقيفية.

- إعداد البرامج الإرشادية الوقائية والعلاجية التي تناسب خصائص المرحلة العمرية للتلاميذ وثقافة البيئة المحلية للمدرسة.
- تعزيز البناء القيمي للتلميذ المستمد من قيم المجتمع الجزائري وثقافته .
- مساعدة التلميذ على زيادة الدافعية للتحصيل الدراسي والعمل مع الهيئة التدريسية على توفير فرص الإنجاز والنجاح لكل تلميذ وفق قدراته.
- تزويد مدير المدرسة بصورة واضحة عن حاجات التلاميذ النمائية المختلفة وفق مراحلهم العمرية ووضع البرامج والأنشطة التربوية لتلبية تلك الحاجات.
- تقديم الإحصائيات والتقارير الشهرية والفصلية لمدير المدرسة لترفع إلى قسم الإرشاد في المديرية التي يتبع لها المرشد.
- تقديم المعلومات و النتائج للدراسات والبحوث التي قام بها، والعمل على توظيف نتائجها لخدمة العملية التربوية .
- تكثيف الحصص الإرشادية وعقد الندوات والمحاضرات، وإصدار النشرات والملصقات التثقيفية، وإعداد البرامج الإرشادية لتدريب التلاميذ، وإكسابهم المهارات الاجتماعية التي تحصنهم وتمكنهم من عدم الوقوع في المشكلات.
- حصر التلاميذ العدوانيين في المدرسة الواحدة، وإعداد البرامج الإرشادية والتربوية الهادفة إلى تعديل سلوكياتهم نحو الأفضل.
- تدريب المعلمين على استخدام الأساليب الوقائية والعلاجية لتعديل سلوك التلاميذ المخالفين قبل إيقاع العقوبة وعقد مجالس الضبط.
- توعية التلاميذ بأهمية التعلم، وتشجيعهم على زيادة الدافعية للتحصيل الدراسي، والعمل على توفير ما أمكن من فرص تعزيز النجاح لديهم.

المحاضرة (14) :
السلوك المضاد للمجتمع
(الادمان):

السلوك المضاد للمجتمع

: ويشمل تلك الفئة التي لا يكون الاضطراب فيها في العقل أو الانفعال لكن يكون الاضطراب في السلوك ويتعلق بتوافقهم مع أنفسهم أو مع باقي العالم، وهم هؤلاء الأفراد الذين يرتكبون الجريمة وغير ذلك من صور السلوك المضاد للمجتمع كالنصب والاحتيال على الآخرين ويسمى هؤلاء "بالسيكوباتيين" **Psychopaths** . ويتميز السيكوباتيين بعدم النضج الانفعالي وبالاندفاع، ويكونون غير قادرين على الاستفادة من الخبرة السابقة، وعدم القدرة على المثابرة، كما يتميزون باللامبالاة، وعدم الإخلاص. وتوجد لديهم انحرافات جنسية ويتسمون بعدم النضج الجنسي. وتوجد فئتين من السيكوباتيين الأولى العدوانيين المشاغبون الساديون الكحوليون، والثانية هي المجموعة التي تتصف بعدم الكفاءة كالجناحين ، وفي رأينا أن مما يتصف به السيكوباتي ايضاً: ابتذال نقود الآخرين، ابتذال عواطفهم للعفو والتغاضي عما اقترفه تمهيداً للعودة مرة أخرى.

الادمان: استعملت المخدرات قديم الزمان لتخفيف آلام الناس مما يواجهونه من ضغوط الحياة. وتؤثر المخدرات في الجهاز العصبي للإنسان وتحدث حالة من السرور لديه. وكانت المخدرات تصنع من عصير من عصير أشجار الخشخاش حيث يتم صناعة الأفيون من السائل اللبني لهذه الأشجار، أما الكوكايين فتتم صناعته من أوراق أشجار الكونجا، ويصنع الحشيش من القنب. وهناك الكثير من الأنواع الأخرى مثل الهيروين والحبوب المهدئة والتي تستخرج بطرق معملية وبأساليب كيميائية من بعض المخدرات البنائية

الانتشار: ان أعداد المدمنين في تزايد مستمر. وأصبح الإدمان منتشرًا الآن في كل الطبقات الاجتماعية، وأن من بين كل عشرة أشخاص يوجد تسعة أشخاص تمثل أنماط

حياتهم الاعتماد الكامل على تعاطي الكوكايين، وتعتبر جرائم المخدرات عبر السنوات المختلفة مؤشراً على مدى انتشارها بالنسبة إلى الجنايات العامة.

معنى الإدمان: شخص الإدمان على أنه يرتبط باضطراب في الشخصية دون أن يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأية أعراض ذهانية. ويتمثل بهذه الصورة في المبالغة في تعاطي المخدر حتى يبطل فعل مراكز الكف في الجهاز العصبي المركزي فيقوم الفرد بعمل أشياء وأمور غير مقبولة من حيث القيم والتقاليد الاجتماعية. ولا تتفق هذه الأعمال ولا تتناسب مع طبيعة الموقف الموجود فيه الفرد إذا تتسم بالغرابة والشذوذ وإذا وصل الفرد إلى حالة الاعتقاد أو لإدمان الفسيولوجية في تعاطي المخدر فإن هذه الظاهرة بلا شك ترجع لاضطراب في شخصية الفرد.

وتنتج حالة اعتياد المخدر **Habituation** لحاجة الفرد إليه من الناحية الجسمية أو النفسية أو كليهما. وتستخدم كلمة "اعتیاد" كم ا ردف لكلمة "أدمان" **addiction** وذلك لأنه في حالات إدمان العقاقير قلما يقف الفرد عند الاعتیاد فقط بل يقع بعد ذلك في الإدمان ومع هذا فهناك فرق بينهما.

"الإدمان فسيولوجية يستجيب بها الفرد لحاجة الجسم وتستثار لديه حاجة **Nees** لنوع معين من المخدر ويزيد المدمن الجرعة يوماً و ا رء يوم حتى يصل لهدف النشوة والتخدير إلى أن ينتشر في كل أجهزة الجسم نوعاً من التكوين البيوكيميائي". وفي هيئة الصحة العالمية استقر الأمر على التخلي عن المفهومين السابقين (التعود، الإدمان) وحل محلها مصطلح جديد هو "الاعتماد" لجمعه بين النواحي المشتركة لهذين المفهومين، وضرورة ربطه بالمواد المؤثرة في الأعصاب.

إدمان المخدرات: يعتبر إدمان العقاقير المختلفة ذات الأثر التخديري داءاً خطيراً ومشكلة نفسية اجتماعية هدامة وصورة كبرى من صور الانحراف عن الصحة النفسية السوية، وذلك لأن العقاقير يسهل الحصول عليها وتكون في متناول فئات كثير من الناس منهم الأحداث الصغار.

وبمرور الزمن يصبح التعود على تناول هذه العقاقير أمر لا مفر منه ويكون الأثر الذي يتركه تعاطي المخدر ثواباً **Reward** يساعد على تدعيم العادة لدى المتعاطي حتى بعد زوال الظروف التي أدت لذلك.

العقاقير المخدرة: تنقسم العقاقير المخدرة إلى ثلاثة أقسام هي:

- 1- **المسكنات:** وهذه العقاقير تعمل على الإقلال من استجابة الجسم للألم، خاصة الأعصاب. ومن هذه العقاقير الأفيون ومستخرجاته كالمورفين والهيروين والكوكايين.
- 2- **العقاقير والمخدرات الخاصة بزيادة الاستثارة:** التي يتناولها المتعاطي للتخلص من حالة الاكتئاب التي تكون لديه، وتزيد هذه العقاقير درجة النشاط لدى الرد، وتؤثر على الجهاز العصبي السمبثاوي ومن هذه العقاقير الكوكايين.
- 3- **عقاقير التنشيط وجلب النشوة:** وتنقسم لثلاثة أقسام هي:

(أ) **المسكنات:** ومنها الأفيون (نبات السرور: اسمه قديماً (أ) وتشتق منه مخدرات مثل المورفين وقد أمكن عزله من الأفيون، ويحدث حالة تسكين قوية قد تسبب تكوين السعادة. وبشتق من المورفين أيضاً الهيروين وهو أقوى، وتحدث هذه العقاقير أي المورفين والهيروين لدى المتعاطي حالة من السرور والنشاط، وزيادة الجرعات تختل الذاكرة ويضطرب الإدراك البصري وقدرات الفرد الحركية **Motor Abilities** ، كما تضطرب حالة النوم ويضعف الاهتمام بالحياة الجنسية كما يرتفع ضغط الدم لدى المتعاطي، وتزداد ضربات القلب لديه، كما يحدث نتيجة المنع فجأة ودون تدريج آلام في عضلات الجسم وزيادة في حدة الأعصاب، وقد يرتكب المتعاطي سلوكاً إجرامياً. ومن الناحية الاجتماعية فمنها كان رقي المستوى الاجتماعي للمتعاطي فإنه لا مانع لديه من مصاحبته للمستويات الاجتماعية الأقل.

(ب) **العقاقير المهدئة والمنومة:** وتستعمل للمساعدة على النوم والاسترخاء وتنقسم حسب هذه العقاقير لقسمين: أ- نوع مفعوله طويل، ب- نوع مفعوله قصير. ويؤدي استمرار تعاطيهما إلى حالة الإدمان. وهذه الحبوب تصنع بكثرة وتحت أسماء تجارية ومن أنواعها السيكونال **Seconal** ، والأميتال **Amytal** وتحدث هذه العقاقير

حالة استرخاء عقلي وشعور بنشوة مؤقتة، وزيادة الكمية يؤدي إلى سرعة الثورة وعدم الاتزان الانفعالي، كما تضعف الذاكرة ويتعطل التفكير.

ج) عقاقير التنشيط والنشوة: وتحدث لدى المتعاطي الارتياح والاسترخاء والانزواء عن العالم والبعد عن المشكلات. وتساعد مثل هذه العقاقير (المثدرين - الدكسترين) على اليقظة في بداية الأمر، على السهر الطويل لكنها تقلل الشهية. وزيادة الجرعات تؤدي إلى عصبية المازج وسرعة التهيج وإلى اضطراب في العمليات العقلية.

تفسير الإدمان: هناك تفسيران يقفان وراء عملية الإدمان، **أولهما:** التفسير الفسيولوجي حيث تحدث العقاقير المخدرة تغييرات هامة. ما اتضح في وظائف أعضاء الجسم بحيث أن اعتياد الجسم على هذه الحالة الجديدة يشعر الفرد بالضيق إذا عاد لحالته الطبيعية أو أجبر على الامتناع مؤقتاً عن الخدر أو قام بإيقافه نهائياً. وقد تكون المجارة الاجتماعية أو غير ذلك هو الدافع وراء أول جرعة. ولكن الأثر الانتشائي يجعل الفرد لكريقة آلية **Automatic** يكرر تناول المخدر فإذا قل في جسمه بعد ذلك الحد المطلوب للنشوة والارتياح شعر بلام ترجع اختلال التوازن الكيميائي والحيوي ولا يزيلها إلا العودة إلى المخدر. **وثانيهما:** التفسير النفسي حيث يعتبر علماء النفس أن تأثير حالة النشوة والسرور والتخدير للآثار التي تعزز عادة التعاطي والإدمان لأنها تخفف التوتر والألم النفسي ولا يمكن أن نذكر أن هناك تفسيراً **ثالثاً** التفسير

الاجتماعي للإدمان، والمتمثل في المجاورة والصحة والظروف الاجتماعية المواتية.

ظروف الإدمان: يحدث الإدمان نتيجة توفر ظروف عدة منها غياب الأب لمدة طويلة عن الأسرة، أو أن يكون الأب مكروهاً من الأبناء لأنانيته أو لقسوته في معاملتهم، وكذلك للتفكك في العلاقة بين الوالدين والشجار المستمر بينهما دور رئيسي في الإدمان.

العلاج: يكون بتغيير جماعات الاصدقاء للمرضى وإعادة تاهيل شخصية المدمن بتغيير مفهومة عن ذاته وتوفير أنشطة بديلة

دور الاخصائي النفسي في مواجهة مشكلة الإدمان : بعد أن تضاعف دول الأسرة في توجيه الأبناء نحو اكتساب العادات السوية لانشغال الوالدين في العمل بدأت أجهزة الإعلام في تولي مد جمهور الناس بالمعلومات عن كثير من أمور الحياة من أجل الإقناع والاقناع بمعتقدات معينة. وان نجحت أجهزة الإعلام والموجهة لجميع فئات المجتمع في إقناعهم واقتناعهم ببعض الأمور الثقافية والمشكلات الخاصة بضغط الحياة إلا أن دورها بالنسبة لمشكلة الإدمان من زاوية الاحتواء والمكافحة لم يصل للمستوى المطلوب بعد وذلك لسخونة معالجة البرامج الظاهرة في البداية ثم يحدث بعد ذلك القصور في المواجهة. هذا إضافة إلى أن أجهزة الإعلام تلجأ إلى غير المتخصصين لمد جماهير المستمعين (الراديو) والمشاهدين (التلفزيون) والقراء (الصحف والمجلات) بالمعلومات عن الظاهرة لإرشادهم إلى أضرار التعاطي حيث الحق الناس الكثير من الأضرار نتيجة الاستعانة بغير المتخصصين.

ونجد أن دور الاسرة قد تقلص واقتصر دور المدرسة على مما يجعل من الضرورة بمكان أن يكون الأخصائي النفسي دور كبير في مواجهة ومكافحة ظاهرة التعاطي. يرتكز دور أخصائي النفسية في مواجهة ظاهرة التعاطي على:

1- معاشته للأفراد.

2- المتابعة المستمرة لهم.

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن المواجهة تتطلب إعداداً لأخصائي النفسي وتدريبه على مواجهة الظاهرة لكي يستطيع القيام بدوره ولديه المعلومات الكاملة عن الظاهرة. كما تتطلب المواجهة أن يتوفر في أخصائي الصحة النفسية الذي يتم اختياره للقيام بدور المواجهة شرطين أساسيين:

- سمات واستعدادات معينة.

- إعداداً وتدريباً خاصاً.

ودور الاخصائي النفسي يتمحور في:

- الوقاية.

- اكتشاف التعاطي المبكر.

- تدريب المدمن على الإدراك السليم لمشكلته

أولاً: الوقاية: وذلك بأن يتم عمل مخطط لمواجهة ظاهرة التعاطي وتتمثل تلك

الوقاية في

منع وقوع تعاطي المواد للنفسية أي الإعاقة الكاملة لظهور المشكلة وذلك لدى الأف ا
رد المحتمل

تورطهم في سلوك التعاطي. أي أن يكون احتمال التعاطي لديهم بدرجة أعلى من
لدي أي جماعة

أخرى وبسهم في ذلك الاحتمال عدة عوامل نشير لها فيما بعد.

- التعرض للمعلومات الخاصة بالمواد النفسية حيث أشارت البحوث بوجود ارتباط مرتفع
بين التعرض للمعلومات الخاصة بالمواد النفسية)سواء من خلال الرؤيا المباشرة أو
الأقارب أو الأصدقاء المتعاطين(وارتفاع احتمال إقبال الأف ا رد على تعاطي هذه
المواد.

-التدخين فقد كشفت الدراسات عن وجود علاقة وثيقة بين تدخين السجائر واحتمال
التورط في التعاطي.

-ارتفاع حجم المصروف: وجدت علاقة قوية بينه وبين التورط في التعاطي

ثانياً: اكتشاف التعاطي المبكر: ويكون ذلك من خلال المؤشرات الآتية:

1- وجود مظاهر فسيولوجية على المتعاطي كانتفاخ العين وارتخاء عضلات الوجه.

2- انخفاض أداء الفرد في التحصيل الدراسي أو في العمل.

3-وجود مؤشرات للسلوك المرضي كالسرقة للإنفاق على شراء المخدر.

ثالثاً: تدريب المدمن على الإدراك الواضح لمشكلته: يكون دور الأخصائي

النفسى دوراً مسانداً للمتعايطي وذلك بتدريبه على الملاحظة الدقيقة لنفسه للوصول به

للإدراك الواضح للجوانب العقلية والبدنية التي تآثرت بسلوكه الإدماني والتي تتمثل في:

1- مجموعة السوابق على فعل المتعايطي.

2- فعل التعاطي نفسه.

3- مجموعة اللواحق المباشرة.

وتعتبر ملاحظة ورصد السوابق التي تثير الدافع إلى التعاطي ثم ملاحظة ورصد اللواحق التي تدعم فعل التعاطي نقاط ارتكاز أساسية في إدراك المدمن لذاته إدراكًا واضحًا حتى يمكن تطهير الجسم من السموم وذلك بان يتم في نفس العلاج بالأدوية حتى لا تحدث انتكاسة لدة المتعاطي

المحاضرة (15): الفصام

تعريف الفصام (Schizophrenia) و"هو عبارة عن اضطراب في العلاقة

المتصلة بالحقيقة حيث يصبح إدراك الشخص متأثراً بشعوره يشير إلى ابتعاد المريض عن الحقيقة وباضطرابات حادة في الحياة الانفعالية . الفصام هو ابتعاد "إن الشخص الفصامي مضطرب التفكير والوجدان والإدراك والسلوك وبغوص في عالم الخيال ,وكما رأينا إطلاق كلمة الشخصية المنقسمة في المصطلح الذي أدخله "بلويلر" , إلا أن كل من "كوقيل وآخرون" قد اعترضوا على كلمة منقسمة ورأوا أن شخصية الفصامي يجب اعتبارها منعدمة التكامل أكثر منها منقسمة .وينبغي أن نفرق في هذا الشأن بين الفصام وازدواج الشخصية . قد يسيء كثير من الناس فهم المصطلح على أنه يشير إلى شخصية متعددة أو منقسمة . ولكن أشار إليه . بلويلر ليس انقسام للشخصية إلى شخصيتين أو أكثر , ولكنه يشير بالأحرى انقسام أو تنافر بين الوظائف النفسية المختلفة داخل شخصية واحدة ففي عقل الفصامي تتوقف الانفعالات والمشاعر والأفكار والادراكات عن العمل ككل متكامل . وفي موقف معين قد تسود مجموعة أفكار سلوك الشخص ,في حين يبدو أن أفكار أخرى - مساوية لها في الأهمية بالنسبة للأداء الوظيفي التكيفي تكون في هذا الموقف بالذات ليست بذات أهمية علاوة على ذلك فإن المشاعر والانفعالات قد تتفصل عن الإدراك ,وبالتالي تبدو غير ملائمة تماما لموقف معين ."

"الفصام هو مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية والسلوك في جوانبه المختلفة ،أي أن هذا الاضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سلوكه في شكل تدهور واضح ."

"ويقصد بذهان الفصام الشخصية حالة الفصام العقلي التي تتميز بالبلادة والانسحاب

عن المجتمع ومن الحياة الاجتماعية العادية .

ويعرف سترانج الفصام بأنه اضطراب عقلي وهو من الأمراض الوظيفية Function أي تلك الأمراض التي لا يرجع إلى أسباب عضوية في جسم الإنسان أو في مخه , ولكنها اضطرابات تطرأ على الوظائف العقلية فقط, ومن أعراضه الانسحاب من المجتمع والبلادة الانفعالية .

أما سنغورد F.Sanford فيعرفه بأنه أحد الأمراض العقلية , وفيه يتصف الفرد بالابتعاد عن عالم الحقيقة , ويتضمن هذا المرض الهلوس والأفكار الزائفة أو الهذيان والانسحاب الاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية عند المريض .

وبشير جيمس دريفر إلى وجود تفكك في حياة المريض بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية , كما أن الحياة الانفعالية نفسها يعترها التفكك والانحلال وعدم التماسك أو التناسق أو التنظيم . "

" ويعتبر أميل كريبلين Emile Kraepelin أول طبيب نفسي وصف الفصام وسماه بالعتة المبكر Dementia praecox ' فعندما وضع كريبلين مؤلفه الضخم عام 1896' كان يعتقد أن الفصام متى أصاب شخصا أدى به إلى تدهور متزايد مستمر دون أدنى احتمال للشفاء أو للتحسن , ولحسن الحظ فمثل هذا الاعتقاد لم يعد صحيحا , والواقع أن واحدا من بين كل ثلاثة فصامين يشفى تماما , وأكثر من الثلث يتحسن بدرجة تكفي لأن يحيا حياة عادية . "

" ويعرف قاموس الطب النفسي (1940) Psychiatric Dictionary الفصام بأنه اضطراب عقلي مرتبط ببعض النقص التكويني أو الجبلي ذي الطابع الفسيولوجي واهم أعراضه عامة هي :الانسحاب من الواقع , والأوهام , والهلوس والهذات

الاضطهادية وغيرها, كما توجد لدى المريض اضطرابات في الإدراك ترتبط بالترجسية والجنسية المثلية والشبقية الذاتية ومركب أوديب ونقص في الخلق التوحد مع الكون . ويوضح تعريف " أحمد فائق " بأن المريض الفصامي يتكون لديه من كل هذه الأعراض إطار عام لعالم خيالي في تركيبه وتكوينه ولكنه يتوافق بسهولة معه . إنه يبدل عالمنا بعالم وهمي له فيه قدرات خارقة , يعلم كل شيء فيه ويتواجد في كل أمكنته

وأزمته, كله عالم من العظمة وسلطان مطلق للفكر.

ويعرف "مصطفى فهمي" (1967) الفصام بأنه مرض عقلي معناه تدهور بطيء للشخصية عامة, بيداودة في فترة البلوغ, وتكثر ضحاياه فيما بين (15-30) عاما. ويؤكد نفس المعنى للفصام "لويس مليكه" (1977) حيث يرى أنه نظرا لتعدد الصورة الإكلينيكية للفصام, ونظرا لتعدد تصنيفاته وأنواعه ولاختلاف النظرة إليه من جانب المدارس المختلفة, فإنه يصعب تحديد قائمة واحدة من العلاقات التشخيصية يتوفر لها الشمول أو التحرر من الاستثناء. وتؤثر العملية الفصامية في الكفاءة العقلية للمريض, وينعكس هذا التأثير في انخفاض درجاته في معظم الاختبارات التي تتطلب توجيهه جهد مباشر نحو هدف ما, مما يؤدي إلى انخفاض مستوى توافقه المهني ومستوى تكيفه إلى حد أبعد من التوقع في ضوء إمكانياته.

ويضيف "حامد زهران" (1978) الفصام مرض ذهاني يؤدي إلى عدم انتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي. ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجي, وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك. ويعيش المريض في عالم خاص بعيد عن الواقع, وكأنه في حلم مستمر. ويعني انفصام الشخصية تشتت وتناثر مكوناتها وأجزائها, فقد يصبح التفكير والانفعال كل في واد والفصام يعني أيضا تفكك الذات.

يتضح من هذا التركيز على الخيال موكدا على وجود هلاوس وهذات لدى مريض الفصام وعدم تماسك الشخصية وتفككها وتدهورها التدريجي ويؤكد نفس المعنى تعريف "بيرنهيم ولوين" (1979) أن انفصام أو انشقاق العقل في الفصام يرجع إلى عاملين أولهما الانشقاق عن الواقع والهلاوس والمخاوف والانعزال عن الناس, وثانيهما: أن هناك فقدان ترابط يجمع بين العملية العقلية والانفعالية والحركة ويصبح كل منهم في واد يؤدي إلى انحلال العوامل وتفككها في الشخص نفسه وليس كانفصام عن الناس والعالم فقط.

ويعرف عماد الدين سلطان (1980) الفصام بأنه مجموعة اضطرابات تتميز بالميل المتزايد إلى العزلة, وتتناقض الانفعالات وتذبذبها وعدم ملاءمتها وتبلدها. كما تظهر

الأعراض في صورة نشاط حركي زائد وشاذ , أو عناد يصل أحيانا إلى درجة الذهول وتتضمن الأعراض أيضا سوء تأويل الإدراك والعجز عن التجريد والتفكير غير المترابط وكثرة التكثيف . وعندما توجد هذات أو هلاوس فإنها عادة ما تكون غير منتظمة .

فبينما نجد تيار التعريفات السابق ذكرها تميل إلى تعريف الفصام كمرض واحد فنجد علماء آخرون يحاولون تعريفه على أنه مجموعة من الأمراض أو التفاعلات الذهانية تميزت باضطرابات أساسية في العلاقة بالواقع وتكوين المفاهيم واضطرابات في السلوك والوجدان والفعل مع حدوث ارتفاع التدهور والسلوك العدواني .

ويعرف "صفوت فرج"(1983) الفصام بأنه أحد الأمراض العقلية المعروفة , وهو لون من الشذوذ العقلي , مما يندرج تحت فئات الأمراض النوعية التي لها أسبابها المحدودة . وتعد اضطرابات التفكير سمة رئيسية في الفصام سواء أكانت هذه النظرية سيكولوجية أم فسيولوجية . ويؤدي هذا الاضطراب في التفكير إلى التأثير في العمليات العقلية العليا.

كما يرى "سعد جلال"(1986) أن الآراء التي تحاول تفسير مرض الفصام قد تعددت غير أن معظم هذه الآراء لازالت مجرد فروض لم تتحقق, وإذا صدقت على بعض الحالات فإنها لم ترق إلا مستوى التعميم وذلك لأن مرض الفصام تتعدد مظاهره وتصنيفاته , وهناك شك في ما إذا كان من الممكن التوصل إلى تفسير يصدق عليها جميعا رغم المحاولات التي تبذل للعثور على عناصر مشتركة تجمع بينها .

نستنتج من التعريفات السابقة للفصام تصويرها له على أنه مرض ذهاني يحدث بصورة أكثر شيوعا في سن الرشد , ويتميز باضطراب الوجدان وظهور أعراض الانسحاب إلى عالم الخيال واضطراب التحكم واللغة ويعيش المريض في عالم خاص من صنعه وكأنه يعيش في حلم .

ويذكر "شيلدون" أن كل العلامات السلوكية لذهان قد تظهر في الفصام . والفصامي كثير ما ينسحب من الاتصالات الاجتماعية لفترات طويلة من الزمن , كما أنه يبدي عمليات انفعالية شاذة, تتخذ في الغالب صورة "الوجدان المتبذل" ولكن هذا النوع من الاضطراب يتميز أول ما يتميز بالانحرافات الغريبة في التفكير والإدراك الحسي .

ويستنتج من التعريف السابق أن السلوك العدواني ليس سمة شائعة في الفصام رغم

الاعتقاد الخاطي عن الفصامين بأنهم عدوانين وخطيرين على الدوام ولكن الحقيقة الواضحة هي أن عدوان الفصامين وخطورتهم أحيانا ترجع إلى الطريقة الذهانية التي تغلب على فهمهم وإدراكهم للبيئة المحيطة نتيجة حذرهم وهلاوسهم وهذاتهم المتعلقة بالأفراد الآخرين والمجتمع وغالبا مانجدهم متبلدين ومنطوبين وبشعرون بالتهديد. وفي أغلب الأحيان نجد أن الشخص العادي أقل خطورة من المضطرب عقليا في المجتمع.

ويعرف كلا من "بوتزين وأكوسيل وألوي"(1988) الفصام بأنه تسمية معطاة لمجموعة من الأمراض الذهانية التي يتميز فيها تدهور الأداء بتشويه وتحريف حاد للتفكير والإدراك والمزاج , وبالسلوك الشاذ الغريب الأطوار وبالانسحاب الاجتماعي.

ويعتبر "علاء الدين كفاي" (1990) أن الاضطرابات الفصامية من أكثر مشاكل الطب النفسي وعلم نفس الشواذ صعوبة , وذلك بسبب المشكلات الأساسية التي لم يتفق عليها العلماء والتي تمس تعريف الفصام نفسه , وتحديد الظواهر التي يشير إليها المفهوم وبؤيد التعريف المختصر بالفصام الذي يشير إلى طبيعة المرض ودينامياته والذي قدمه "آرتي" من أن الفصام عنده هو استجابة نوعية لحالة شديدة من القلق تتأصل في الطفولة وتنشط بعد ذلك بتأثير العوامل السيكولوجية وتتكون هذه الاستجابة النوعية من كثرة تبنى الالميكانيزمات العقلية المنتمية إلى المستويات الأولى من التكامل. ونظرا لإن النتيجة تكون نكوصا-وليس تكاملا- إلى هذه المستويات الأدنى , فإن عدم التوازن يحدث , ويتسبب في نكوص أعمق. ويعرف "محمود حمودة" (1991) الفصام بأنه مجموعه من الاضطرابات تختلف من حيث العوامل السببية والاستجابة للعلاج ومصير القلق , وتتفق في أنها زملة مكونه من أعراض مميزة ناشئة عن اضطراب التفكير والإدراك والوجدان والسلوك. وتصل هذه الأعراض إلى درجة الذهان في بعض الأوقات خلال مسار المرض. وأهو اضطراب عديد من وظائف الأنا ينتج عنه عدم قدرة المريض أن يميز بدقه وثبات بين الواقع الداخلي والخارجي , مع فشله في المحافظة على اتصاله بالعالم الخارجي .

يتفق "محمود حمودة" مع الاتجاه الحديث في تفسير الفصام على انه مجموعه من

الاضطرابات في التفكير والإدراك والوجدان والسلوك كما يركز على الحالة الداخلية والخارجية لمريض الفصام من تفكك وبعد عن العالم الخارجي .
ويؤكد مصطلح الاضطرابات الفصامية على تنوع الأعراض أفضل من مصطلح الفصام لان الاضطرابات الفصامية هي مجموعه اضطرابات تختلف اختلافا كبيرا ليس فقط في الأعراض ولكن من المحتمل أن تختلف أيضا في السبب . حيث يتضح من التعريفات السابقة أن الانفصام يعبر عن الانقسام أو التنافر بين الوظائف المختلفة داخل شخصية الفرد , فلا تتكامل وظائف الانفعالات والمشاعر والأفكار والادراكات , وتصبح غير ملائمة مع المواقف المختلفة التي يمر بها المريض الفصامي .
وينسحب الفصامي من الاتصالات الاجتماعية لفترات طويلة , وتتخذ انفعالاته في الغالب صورة الوجدان المتبدل الذي يتميز بالانحرافات الغريبة في التفكير والإدراك الحسي .
وقد يرجع عدوان الفصاميين إلى الطريقة الذهانية التي يدركون بها البيئة المحيطة من خلال هلاوسهم وهذياناتهم , ولكننا غالبا ما نرى معظمهم متبلدين ومنطوين ويشعرون بالتهدد .

فالفصام هو استجابة نوعية لحالة شديدة من القلق تتأصل في الطفولة , وتتكون من كثرة اللجوء إلى الحيل الدفاعية مما يؤدي إلى النكوص وليس إلى التكامل . وتختلف مجموعة الاضطرابات الفصامية من حيث العوامل المسببة والاستجابة للعلاج , ولا يستطيع المريض التمييز بدقة وثبات بين الواقع الداخلي والخارجي مع فشلة في المحافظة على اتصاله بالعالم الخارجي فيتدهور أداء المريض وينحرف تفكيره وإدراكه ومزاجه."

"إن لهذا المرض كثير من المصطلحات ومنها مصطلح الشيزوفرنيا الذي وضعه العالم يوجين بلولر في مطلع هذا القرن , والمصطلح يتكون من لفظتين هما (شيزو) ومعناها انقسام أو تجزئة أو فصام (وفرنيا) ومعناها العقل . وقد جاءت هذه التسمية لتحل مكان المصطلح (الخرف المبكر) الذي وضعه العالم كريلاين في نهاية القرن الماضي . وقبل هذين المصطلحين الحديثين نسبيا فإن حالات المرض الشيزوفرنيا قد اعتبرت ضمن المصطلح السائد في الحضارة المعينة للتدليل على المرض العقلي , وهناك مصطلحات

عديدة لذلك من (الجنون) و(الخبال) و(العتة) و(الملنخوليا) و(السوداء) وغيرها من الألفاظ . وفي اللغة العربية المعاصرة مازال البعض يستعمل لفظة (الجنون) بصورة مطلقة , أو مصطلح الخرف المبكر , (وهو مصطلح اخذ بالزوال) , أو مصطلح الشيزوفرينيا أو الفصام . والمصطلح الأخير يحمل المدلول الأساسي للمرض وهو الانقسام أو الانكسار أو الصدع (شيزو) , إلا أنه غير كامل , ويقتضي إتمامه بإضافة (العقل) ليصبح (فصام العقل) , وان كنا لا نجد عضاضة في استعمال المصطلح السائد عالميا وهو الشيزوفرينيا ."

نشأة المرض: "حين يبدأ الفصام في الظهور -عادة في مرحلة الرشد المبكرة فإن

ظهوره لا يعني أنه حديث التكوين تماما بل هو استمرار لسلسلة من الإجراءات غير السوية كانت غائمة عن عيون أفراد الأسرة وعن وعي المريض نفسه . كما أنه ليست هناك تحاليل أو فحوص طبية نستطيع بواسطتها الكشف عن حدوث الفصام مستقبلا لشخص ما ولا حتى لإثبات وجوده حين يحدث وهناك علامات متفاوتة الشدة لحدوث الفصام - ولكنها ليست دليلا مؤكداً أو حتى مرجعا لحدوث الفصام - ولكن حقيقة الأمر أن معدل حدوثه بين أفراد تلك المجموعة سيكون أعلى عدات مرات منه في عموم الناس , ومن تلك العلامات :

- حدوث تغير ملحوظ في الشخصية: ويحدث ذلك أحيانا بإيقاع بطئ حتى أن من يعيش مع هذا الشخص لا يلحظ عليه أدنى تغير - لكن من يغيب عنه طويلا يعتقد حين يراه أنه شخص آخر : أقل تنبها . أكثر ترددا , أقل فاعلية , انخفاض مستوى تحصيله الدراسي حتى يصبح عرضة للرسوب , يصبح لامباليا تجاه كثير مما يواجهه في بيئته من أشياء وأناس .

وقد يحدث العكس أحيانا إذ نجده قد أصبح انبساطيا ربما إلى حد الوقاحة في أمور كان موقفه منها يتسم بالخجل والتحفظ الشديد كالأمور الجنسية , وفي بعض الأحيان الأخرى يصرح لأهله وأصدقائه بعدم قدرته على التحكم في اندفاعاته السلوكية , إذ تصدر عنه بعض الأفعال التي يجب أن يكون لديه شعور بمسئوليته عنها , إلا أنه يشعر تجاهها كما

لو كانت صادرة عن سواه .

- قد يصبح الشخص غير مستقر على حال دائم التحفز لفعل ما , يسأل كثيرا من الأسئلة دون داع , يصبح شديد الحساسية ,يميل إلى إساءة التفسير لأمر عادية , وهناك حالات يميل الناس فيها إلى نسبة مقاصد خاصة أو خاطئة إلى تصرفات الآخرين تجاههم , وعامة لو تكررت شدة الحساسية وسوء التفسير لمقاصد الآخرين وتصرفاتهم العادية ذلك أن ثمة متاعب مرضية في طريقها إلى هذا الشخص.

- الانسحاب التدريجي من الحياة حيث ينمو لدى الشخص ميل متزايد للتحفظ وللانغلاق على الذات حتى يصبح شخصية منطوية على ذاتها , وقد يجهد نفسه كيلا يصبح أمره لافتا للنظر .. يبدو أنه أقل تلقائيا , غير مبال بما يجري حوله , ساعيا إلى اختزال احتياجاته , مقللا من تعامله مع الآخرين ومن نشاطاته إلى أقصى حد , وفي بعض الحالات يحتفظ بعلاقات محدودة.

- قد يصبح الشخص قلقا يعاني من إحساس شديد بعدم الأمان , دائم التوجس إلى حد اليأس , شاك بدرجة زائدة من إمكان نجاحه في أي شيء, مشغول البال بعدم جدوى أفعاله , يتوقع الفشل في كل شيء , يحجم عن التحدث عما يدور بداخله خشية أن يسيء الآخرون فهمه.

- يعاني من قلق بالغ – وأحيانا يبدو قلقا تجاه كل شيء , بل قد يصل به الأمر إلى أن تسيطر عليه مخاوف غير منطقية , وهنا نجد أن حالات الإفراط في تعاطي الكحول إلى درجة التسمم الكحولي المتكرر , وحالة تعاطي العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية , فتلك حالات يحاول فيها المريض أن يخفي عن نفسه أو أن يدفع عن نفسه إحساسا بالقلق هو من الشدة بحيث يمكن أن يدفع به إلى حالة فصامية . كذلك فالعقاقير المؤثرة على الحالة النفسية يمكن أن تكون بمثابة مهرب – لكنه مهرب وهمي من حالة القلق التي يعاني منها .

وبلاحظ أن تلك العلامات المنذرة يتوافر حدوثها بالذات أواخر المراهقة حتى أوائل العقد الثالث , وعلى أية حال فمن المهم أن نلاحظ أن العلامات المنذرة في أوائل المراهقة والطفولة حيث إمكانية حدوث الغصام عموما لاتزال بعيدة.

- المراهق هو شخص يكون شغوفاً بإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، شغفاً يصل إلى حد الهوس، ثم يعقب هذا الهوس في دخول خبرات جديدة انسحاب سريع من العلاقات الاجتماعية ثم يتجدد الشغف ويتجدد الانسحاب به وهكذا مثل هذا السلوك يكون مدعاة للاهتمام ويجب علينا استشارة أحد المختصين ، كذلك فإن السلوك المتسم بالسلبية لدى الطفل دونما أن يظهر شخصيته وأصالته ، هي حالة تتطلب مزيداً من البحث كذلك .

وبلاحظ أن بعض مرضى الفصام يحتفظون بسمات غير ناضجة إلا أن معظمهم يكونون على درجة عالية من النمو النفسي قبل الإصابة بالمرض ، وحتى حين إصابتهم به فإنهم يبدون قدراً كبيراً من النضج لكنه ممتزج ببعض السمات غير الناضجة التي حدث لها تثبيت منذ الطفولة ولذلك فالفصام هي حالة عقلية غير سوية ذات تاريخ طويل يسبق زمناً لحظة حدوثها الظاهري."

. أسباب الفصام:

العوامل الوراثية: أن مرض الفصام لا يورث ولكن الذي يورث هو استعداد الفرد للإصابة بالفصام إذا تجمعت الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية. فإذا كانت نسبة التوائم المتشابهة تتراوح بين 30-46% فإن ذلك يعني أن العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية تلعب دوراً لا يقل عن 60%، أما التوائم المتأخية حوالي 14% ولكن لا نستطيع استبعاد عامل البيئة في هذه النسب، نظراً لأن الجو البيئي الذي يكتنف الأسرة الواحدة يلعب دوراً مساوياً.

الشخصية: تلعب الشخصية دوراً مهماً في تهيئة الفرد للإصابة بمرض الفصام، خاصة إذا عرفنا أن تكوين الشخصية يتم من خلال تفاعل عامل البيئة والوراثة، وأن الشخصية الحافزة للفصام ما هي إلا مورثات ضعيفة لهذا المرض، تحتاج لعوامل بيئة وفسولوجية مختلفة لظهور المرض نفسه.

. **العوامل الجسمية:** يربط البعض بين الفصام وبين النمط الجسمي النحيل والنمط

المخي الأساسي

العوامل الفسيولوجية: مثل التغيرات المصاحبة للبلوغ الجنسي والنضج والحمل والولادة وسن القعود، وما يصاحبها من هزات إنفعالية واجتماعية وتوتر وقلق وإخفاق المريض ذي الشخصية الفصامية في مجابتهها. واضطراب الغدد الصماء.

العوامل الكيميائية الحيوية: خلل الجهاز العصبي نتيجة للأمراض أو التغيرات العصبية المرضية أو خلل في موجات المخ الكهربائية، وضعف وإرهاق الأعصاب.

العوامل النفسية والاجتماعية: منها:

-فقدان الحواس مما قد يؤدي إلى اضطراب التفكير.

-الصراعات الحادة بين الدوافع المتعارضة والصراع النفسي من الطفولة.

-إحباطات البيئة وطوارئ الحياة وعوامل الفشل التي تتهاور أمامها الدفاعات النفسية للفرد -الصدمة النفسية العنيفة والحرمان في الطفولة المبكرة.

-حيل الدفاع المتطرفة من الانسحاب، والنكوص والإسقاط، والتعويض.

-تأخر النمو وعدم نضج الشخصية، وعدم التوازن في نمو جوانب الشخصية المختلفة.

-العلاقات الأسرية المضطربة.

-التغيرات الثقافية والحضارية الشديدة

تفسير بعض النظريات لمرض الفصام:

نظرية التحليل النفسي: يرجع إعلام مدرسة التحليل النفسي مرض الفصام إلى

الصراع المستمر بين الأنا الأعلى وهو مما يضعف سيطرة الأنا الأعلى على الشخصية

ويضعف الأنا ويخلق صراعاً مستمراً بينه وبين العالم الخارجي. ويؤدي إلى الانفصام عن

الواقع، مما يجعل المريض يمتص الطاقة الليدية للداخل بدلاً من توجيهها للخارج،

وينكص للمراحل الجنسية الأولى في حياة الفرد، وينكص لأنماط التفكير الطفلي،

وينسحب إلى داخل نفسه إلى المستوى النرجسي ويتمركز حول ذاته ويتجنب العلاقات

الاجتماعية ويصبح انطوائياً ويفشل في التوافق مع البيئة الاجتماعية. ويبين أيضاً بأن

بافلوب يري أن ردود الفعل الفصامية تعود إلى انتشار نوع الكف الوقائي في المخ، ونظر لضعف خلايا المخ عند الفصامين تصبح المنبهات العادية حادة وتؤدي بالتالي إلى تكوين الكف الوقائي، يتكون الكف عادة من القشرة ولكنه يصل إلى جذع المخ مع توقف الصورة الإكلينيكية على قوة وعمل الكف. أما تفسير النظرية السلوكية فإن حدوث الفصام يكون نتيجة إلى زيادة الدافعية التي تؤدي إلى قوة الاستجابة وعدم مناسبتها

المنظور الإنساني الوجودي : لقد بذلت محاولات قليلة لتطبيق النموذج الإنساني – الوجودي على مشكلة الفصام حيث أسهم "لاينج" في تحديد معايير الفصامين حين ذكر أن مفهوم الفصام كصورة من صور الجنون يدل على مفهوم سلامة العقل كمعيار يتم على أساسه الحكم على الجنون .. فمن المفترض أن يقاس شذوذ المريض على السلوك السليم للمعالج النفسي أما في المجتمعات الصناعية فتري وجهة النظر الوجودية الراديكالية أن حالة العقل هي الجنون الذي يقمع فيه الناس مشاعرهم الحقيقية ويتبنون ذاتا كاذبة False self مبرمجة للسعي وراء تحقيق الأهداف التافهة والامتثال للقيم المشوهة.

المنظور السلوكي : إن الأسئلة المتعلقة بدور الأحداث المثيرة للضغط في الفصام قد حيرت أصحاب النظريات والباحثين لسنوات عديدة . وتشير الدراسات إلى وجود ثلاثة أنواع من العلاقات بين الفصام والأحداث المثيرة للضغط. أولاً: إن الأحداث المثيرة للضغط – وخاصة الأحداث المتطرفة أو الكوارث – قد تعجل بحوادث الفصام .

ثانياً: غالباً ما تنشأ أحداث الحياة المثيرة للضغط نتيجة للاضطرابات النفسية الحادة لدى المريض الفصامي-

ثالثاً: قد تسهم أحداث الحياة المثيرة للضغط بطريقة عامة في خطر التعرض للإصابة بالعديد من الأمراض والاضطرابات العقلية بما في ذلك الفصام .

المنظور المعرفي: من الأعراض البارزة للفصامين عجز وظيفية الانتباه . ومنذ عهد كرابلين وبلوبلر وكذلك الكثير من الباحثين الذين ذكروا أن مشكلة الانتباه هي السبب

الرئيسي للفصام مع نمو الأعراض الأخرى نتيجة لمشكلة الانتباه.

النظريات البيئية: إن النجاحات التي تحققت في البحوث الوراثية مالت لبعض الوقت إلى التشكيك في النظريات البيئية ولكن الفصام أن تتحكم فيه الجينات كلية . فالعلاقة المؤلمة بين الوالدين والطفل - بالإضافة إلى الاستعداد البيولوجي لدى الطفل نفسه - قد تعجل بالفصام مما أدى بمعظم باحثي الفصام إلى تبني نموذج " الاستعداد للمرض - الضغط " الذي يقرر أن الاستعداد المتوارث للفصام لا بد أن يتحد مع الضغط البيئي كي ينمو الاضطراب فعلا .

إن انتشار الفصام بصفة عامة في أعلى معدلاته بين أفقر شرائح المجتمع وخاصة في المراكز الحضرية المأهولة بسكان فقراء . وبين الفصامين , نجد أن الوضع الاجتماعي - الاقتصادي يناظر اضطرابا أكثر حدة كما قيس بعدد مرات الإيداع في المستشفى ومعدلات النكوص ومدة الاضطراب . ويدل فرض الضغط الاجتماعي على أن الظروف وأحوال الفقر المثيرة للضغط مثل الاغتراب والبطالة وضعف الإسكان والأحياء الغير آمنة , تزيد نمو الفصام . وعلى النقيض من ذلك , يرى فرض الانحدار الاجتماعي لأسفل أن الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض نتيجة لحالات العجز العقلي لدى الفصامي والتي تمنع الأداء الفعال أو الناجح للوظائف الاجتماعية والمهنية . ومساندة لهذه الفكرة , وجد الباحثون أن معظم الرجال الفصامين لديهم مستويات انجاز مهني اقل من إبانهم غير الفصامين مما يدل على انحدار اجتماعي - اقتصادي لأسفل عن الجيل السابق .

رؤية متكاملة للفصام : إن المؤثرات البيولوجية والنفس الاجتماعية العديدة تساهم جميعا بأجزاء في الفصام , ولكن طريقة توافق وانسجام الأجزاء معا ليست مفهومة فهما جيدا . وهناك وجهة نظر مترابطة تسعيان إلى تكامل فهما لأسباب الفصام , وهما :

(أ) نموذج "الاستعداد للمرض - الضغط

(ب) نموذج قابلية الإصابة

. **أعراض الفصام:** أعراض الفصام تختلف من مريض لآخر حسب شدة المرض. فأحياناً ما نجد كل هذه الاضطرابات في مريض واحد، وأحياناً تقتصر أعراض المريض على اضطراب واحد، ويعتقد كثير من الدارسين للطب النفسي أن الضلالات والهلاوس أعراض مميزة لمرض الفصام، وهذا غير صحيح لأن هذه الأعراض تظهر في جميع أنواع الذهان الوظيفي والعضوي، ومن ثم فإن الأعراض الأولية والمهمة لمرض الفصام هي اضطرابات التفكير والوجدان والإرادة، وكل ما هو غير ذلك فهو ثانوي

التشخيص ICD10: أتمدت الإصدار العاشرة معايير شتي وأضافت ثلاثة معايير أخرى وفيما يلي سوف نستعرض هذه المعايير. 1. هلاوس سمعية تتمثل في الآتي: أ. صدي الأفكار وتكون في شكل صوت واحد يردد أفكار المريض. ب. هلاوس سمعية في شكل صوتين أو أكثر يتحدثان عن المريض. ج. هلاوس سمعية تصف أفعال المريض. 2. هلاوس حسية: 3. خلل في ملكية الأفكار. أ. سحب الأفكار. ب. زراعة الأفكار. ج. إذاعة الأفكار. 4. الظاهرة السلبية وتشمل على الآتي: - ضلالات التأثير واللافاعلية هنا يعتقد المريض اعتقاداً جازماً أنه لا يستطيع التحكم في نفسه. 5 - الإدراك الضلالي: هو عبارة عن ضلالات أولية تتم في مرحلتين: (أ) يتم استقبال مثير من البيئة الخارجية وإدراكه بصورة طبيعية. (ب) تفسير المدرك: وهنا يعطي المثير معنى غير طبيعي ما أضافه 1. ICD10 - وجود ضلالات تتعلق بقوى خارقة. 2 - إنقطاع تسلسل الأفكار وفقدان الروابط بين الأفكار والاتيان بمفردات جديدة مستحدثة. 3 - الخمول، وندرة الكلام أو الإنعزال الاجتماعي فقدان المبادرة

. ولتشخيص الفصام لابد من مراعاة الشروط الآتية:

1. دوام الأعراض لمدة شهر.

2. استبعاد وجود السبب العضوي

. **الوقاية من مرض الفصام:** أهم الإجراءات الوقائية من الفصام ما يلي: توفير الحب والأمن الذي يدعم نمو الشخصية، والعناية بعملية التنشئة والتطبع والاندماج الاجتماعي، والعناية بتكوين مفهوم الذات الموجب، وتوجيه الفرد منذ الصغر نحو

الأهداف الواقعية التي يمكن تحقيقها، وتدريبه على تحمل المسؤولية. وعدم تعريض المعرضين أو المهيين للتوترات الشديدة والإحباطات والصراعات والكبت وتشجيع هؤلاء على الاختلاط وعدم الاستغراق في الذات وتجنب أو منع التزاوج بين المهيين للفصام أو المفصومين.

علاج الفصام: يحتاج علاج الفصام إلى خبرة وصبر من جانب الطبيب والمريض والعائلة لأنه يتطلب مدة طويلة ويشمل كل أوجه الحياة من ناحية طبية وإنسانية، واجتماعية واقتصادية. وعادة ما امتزج عدة طرق عند علاج مريض الفصام، حيث أن العلاج يختلف تبعاً لنوع الفصام وشدة الأعراض ونوعيتها والحالة الاجتماعية والعائلة ونوع عمل المريض. وفيما يلي أهم ملامح عملية علاج الفصام:

العلاج الطبي: يشمل علاج الرجفة الكهربائية وخاصة في حالات الفصام الهزائي والفصام الحركي- ويشمل كذلك العلاج بالمهدئات للتغلب على الهلوسات والتحكم في التهيج وعلى رأسها مجموعة فينوثيازيت Phenothiazine ومنها استيلازين Stelazine وكلوربرمازين Chlorpromazine ولارجاكتيل Largactil وميلبريل Melleril وعلاج الأعراض المصاحبة وخاصة المزعجة أو الخطرة على المريض أو على الآخرين، وكان بعض الأطباء يلجأون إلى العلاج الجراحي النفسي نادراً (بشق مقدم الفصي الجهي) وعندما يفشل كل الوسائل العلاجية الأخرى وفي الحالات المزمنة وبعد مضي ثلاث سنوات على الأقل.

العلاج النفسي: العلاج الفردي الذي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية، وإعادة تنظيم الشخصية والتعليم والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المريض وتنمية بصيرته وتخفيف القلق وإعادة ثقته بنفسه، مع التركيز دائماً على أهمية العودة إلى العالم الواقعي وباستخدام العلاج النفسي الجماعي مع الاهتمام بأفراد الأسرة والأقارب لمساعدة المريض، وباستخدام التوجيه والإرشاد النفسي للمريض وتوجيه وإرشاد الأسرة، وبغيد التحليل النفسي في حالات قليلة جداً مع التركيز على محاولة إصلاح ضعف الأنا. وباستخدام التأهيل النفسي والاجتماعي والاحتفاظ

بالعلاقات الاجتماعية والأسرية ومساعدة الأهل في رعاية المريض واهتمامهم به بهدف تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي

. **العلاج الاجتماعي:** ويهدف إلى تجنب الانسحاب والعزلة مع الاهتمام بإعادة التطبيع الاجتماعي وإعادة التعليم الاجتماعي، والاهتمام بالنشاط الاجتماعي والرياضة والترفيه والموسيقى لربط المريض بالواقع والتقليل من استبطانة وإنشغاله بذاته وأعراضه، والكشف عن اضطرابات المريض وصراعاته. ويستخدم العلاج البيئي الذي يهدف إلى تعديل البيئة وإصلاح المناخ الأسري حتى يساعد كذلك في تدعيم التحسن التدريجي في حالة المريض، ويفيد العلاج بالعمل والتوجيه والتأهيل المهني لشغل المريض وإخراجه من دائرة الاستيطان والاستغراق في الذات، مع تنويع العمل، والعلاج باللعب في حالة فصام الطفولة.

العلاج الديني والروحي: عن رأي الطب النفسي في موضوع العلاج الروحاني بالاستشفاء بالقرآن الكريم خصوص بعد ظهور كتب تطالب بترك العلاج بالعقاقير والدواء والأطباء والاستعانة بكتاب الله للعلاج فقد رد كثير من علماء المسلمين على هذه الدعايات، ففي حديث القرآن نجده يستخدم الشفاء بالمعنى المادي يؤكد ذلك أنه جعل الشفاء بعسل النحل لكل الناس، ويقول "يخرج من بطونها شراب مختلف الوانه فيه شفاء للناس" يقول محمد عمارة المفكر والكاتب الإسلامي أنه عندما يتحدث القرآن الكريم فإنه يجعل شفاء وهدى ورحمة للمؤمنين فهو شفاء بالمعنى المجازي وليس بالمعنى العضوي أي أنه هداية للناس وليس دواء مادياً كالذي يصفه الطبيب للمريض فيقول سبحانه وتعالى: (يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهَدًى وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ) (يونس: 57). وهناك فارق بين العلاج المادي الذي أمرنا الله سبحانه وتعالى أن نسلك إليه السبيل التي هي أسباب مادية تؤدي إلى النتائج المادية في العلاج وبين العلاج النفسي الذي هو ثمرة لاعتقاد الإنسان في أمر من الأمور فإذا اعتقد الإنسان أن قراءة القرآن أو حمل القرآن سيسبب له الشفاء فإن الشفاء هنا والتداوي ليس بالمعنى المادي بسبب الآيات القرآنية وإنما هو ثمرة نفسية

لاعتقاد نفسي بل أن هذا الاعتقاد من الممكن أن يصبح للتداوي والعلاج النفسي. وقد أمرنا النبي (ص) بالتداوي في قوله "تداووا عباد الله فإن الذي خلق الداء خلق الدواء". فالأفضل والأولى أن تعالج الأمراض النفسية بمعرفة الطبيب المختص وبالطريقة العلمية الدقيقة، ويمكن للمريض مع هذا أن يستعين كذلك بالرقية الشرعية من القرآن ومن السنة الصحيحة، عند ذلك تكون رحمة الله عز وجل بإنزال الشفاء أقرب وأولى والله عليم.

مآل المرض: أنه لمن العسير التنبؤ الصحيح بما سيحدث لمريض الفصام إلا إذا أخذنا عدة عوامل في الاعتبار كالسن، والبداية والعوامل المساعدة والوراثة والشخصية والأعراض. أهم العوامل التي تلعب دوراً في مال المرض هي:

. العمر عند بدء المرض: كلما ظهر المرض في سن مبكرة وفي سن المراهقة قلت نسبة الشفاء لعدم نضوج وتكامل الشخصية.

. الذكاء: يساعد على سرعة الشفاء.

. التكوين الجسمي: تزيد فرصة الشفاء في المرضى الذين يميلون للبدانة.

. الشخصية: يتحسن المرض ذو الشخصية المتكاملة السوية قبل المرض.

. بدء المرض: نسبة الشفاء أعلى عندما تكون البداية فجأة.

. العوامل الحافزة أو المساعدة للمرض نسبة الشفاء تزيد عندما يسبب المرض أحد هذه العوامل:

. التاريخ العائلي: يحسن وجود تاريخ عائلي للذهان الوجداني (الاكتئاب) نسبة الشفاء.

أما إذا كانت العائلة مشحونة بتاريخ الفصام فهنا تنخفض فرصة المريض في التحسن.

. الأعراض الاكلينيكية: يجمع البعض على أن مآل الفصام الكتاتوني و البارانويدي افضل

من الفصام البسيط و الفصام الهيجريني.

. الحالة الاجتماعية والأسرية.

مرافقي مرضى الفصام

المرافق هو أحد أفراد أسرة المريض والذي يحضر معه إلى المستشفى لممارضته أثناء تواجده للعلاج، ووجود مرافق للمريض يعد شرط أساسي لإدخال المريض إلى المستشفى، ومرافق مريض الفصام يكون أقرب أفراد الأسرة إليه وذلك لأن مريض الفصام يتميز بخصائص وصفات لا يتحملها إلا من يهمله أمره وذلك يظهر من خلال الصفات والأعراض المذكورة آنفاً، المهام التي يقوم بها مرافق مريض الفصام بالمستشفى هي: ملازمة المريض داخل العنبر وخارجه. تنظيم عملية العلاج الدوائي والتأكد من أخذ المريض للعلاج بانتظام ملاحظة التحسن والتدهور لوضع المريض، وتبليغ الطبيب عند حدوث أي تغيرات تطراً على المريض. الاهتمام بنظافة المريض (نظافة داخلية، ونظافة خارجية)

المشاركة في عملية العلاج النفسي لمريض الفصام إذ تركز عليه عملية العلاج النفسي.

ضبط بيئة العلاج للمريض عند خروجه للحياة المجتمعية والمشاركة في توعية بقية الأسرة بأهمية العلاج وانتظامه بالإضافة معاملة المريض بالصورة التي تمنع حدوث الانتكاسة والعودة للمستشفى مرة أخرى.

ضبط ومراقبة سلوك المريض داخل المستشفى.

توفير العلاجات الموصوفة من قبل الأطباء.

الموافقة كتابياً على إعطاء المريض جلسات العلاج بالكهرباء.

قائمة المراجع

- ابراهيم عبدالله فرج الزريفات. (2005). اضطرابات الكلام واللغة "التشخيص والعلاج". دار الفكر، ط 01.
- أحمد محمد الزعبي. (2001). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسة عند الأطفال. السعودية.
- أحمد مزبود. (2008-2009). أثر التعليم التحصيلي على التحصيل الدراسي في مادة الرياض لدى تلاميذ السنة أولى ابتدائي. مذكرة لنيل ماجستير في علوم التربية : كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية .
- أغيات سالمة. (2011-2012). المحاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر: مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس و علوم التربية ، تخصص الصحة النفسية و التكيف المدرسي.
- العالية جبار. (بلا تاريخ). اضطرابات النطق والكلام وسبل علاجها. تم الاسترداد من جامعة ابي بكر تلمسان.
- الفارسي ابن راشد ايمان. (2018). قلق الانفصال لدى أطفال الصف الأول الأساسي وعلاقته بالسمات الشخصية. كلية الاداب ، جامعة نزوى: مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في التربية.

- أنجشايري حفيظة. (2014-2015).. الاضطرابات السلوكية- الانفعالية (الأنسحاب الاجتماعي) و ظهور صعوبات تعلم قراءة اللغة العربية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية- الذين- تتراوح- اعمارهم- ما بين- (09-12 سنة) دراسة ميدانية ل 10 حالات بلدية الرغاية* الجزائر العاصمة. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير تخصص علوم التربية : جامعة مولود معمري تيزي وزو .

- بن يحي فرج. (13 07, 2020).. محاضرات- في- علم- النفس-الرضي للمتمدرس. الاسترداد تم من <https://elearn.univ-tlemcen.dz/course/view.php?id=3004>

- حسية برزوان. (2019). مطبوعة في علم النفس المرضي للمتمدرس. كلية العلوم الانسانية و العلوم الاجتماعية، الجزائر-2.

- عبد العزيز حيدر حسين الموسوي. (2013).. علم النفس- النمو و نظرياته. عمان : دار رضوان لنشر و التوزيع .

- عبد الغاني محم اسماعيل العمراني. (2014).. مشكلات اطفال ما قبل المدرسة . اليمين: دار الكتاب الجامعي صنعاء.

فريق متعدد الاختصاصات من جمعية إدراك. (بلا تاريخ). الصعوبات التعليمية و الاضطرابات النفسية الشائعة في المدارس- العوارض والحلول-. تم

الاسترداد من <https://www.academia.edu/36948680/%D8%AF>

%D9%84%D9%8A%D9%84_

%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%B9%D9%88%D8%A8%D8%A7

%D8%AA_%D8%A7%D9%84%D8%AA

%D8%B9%D9%84%D9%85%D9%8A%D8%A9_
%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1
%D8%A7%D8%A8%D8%A7%D8%AA_
%D8%A7%D9%84%D9%86%D9%81%D8%B3%:
https://www.academia.edu/36948680/%D8%AF%D9%84%D9%8A%D9%84_%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%B9%D9%88%D8%A8%D8%A7%D8%AA_%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%85%D9%8A%D8%A9_%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1%D8%A7%D8%A8%D8%A7%D8%AA_%D8%A7%D9%84%D9%86%D9%81%D8%B3%

- محرزى مليكة. (2017). المشكلات النفسية والسلوكية لدى طفل الروضة - قلق الانفصال نموذج-. مجلة العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 02 ، 47-62.

- محمد على الأسطى. (بلا تاريخ).-

<https://drive.google.com/file/d/1u4l4tHTvufpV4CVui32kLrzoXScdgFWp/view?usp=drivesdk>
الاسترداد تاريخ

<https://drive.google.com/file/d/1u4l4tHTvufpV4CVui32kLrzoXScdgFWp/view?usp=drivesdk>

- من اضطرابات القلق-التعريف-الاسباب

التشخيص-العلاج:

<https://drive.google.com/file/d/1u4l4tHTvufpV4CVui32kLrzoXScdgFWp/view?usp=drivesdk>

Wp/view?usp=drivesdk

- مدحت عبد الحميد أبو زيد. (2005).. الخوف والرهاب لدى الأطفال.
الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية الاسكندرية .
- مصطفى نوري القمش. (2009).. الاضطرابات السلوكية و الانفعالية.
عمان، الاردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع .
- هند عصام العزازي. (2014).. صعوبات التعلم و الخوف من المدرسة.
القاهرة، مصر: المكتب العربي للمعارف، ط 1.
- ياسر يوسف اسماعيل. (2009). المشكلات السلوكية لدى الأطفال
المحرورين من بيئتهم الأسرية. قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة:
مذكرة مكملة لنيل ماجستير في الصحة النفسية .