اضطرابات السلوك

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

منشورات جامعة دمشق

كلية التربية

اضطرابات السلوك

الدكتورة

منال حسن الشيخ

مدرسة في قسم الإرشاد النفسي

جامعة دمشق

١٤٣٦_١٤٣٧

٢٠١٦_٢٠١٧

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

فهرس الكتاب

مقدمة الكتاب ٧

الفصل الأول الاضطرابات السلوكية ١١

مفاهيم وتعريفات..... ١١

الفصل الثاني اضطرابات الأكل ٦١

الفصل الثالث اضطرابات الإخراج ٨٣

الفصل الرابع اضطرابات النوم ١٠٣

الفصل الخامس اضطراب السلوك الحركي..... ١٣٧

الفصل السادس اضطرابات السلوك ذات الطابع الخُلقي (١)..... ١٦٩

الفصل السابع اضطرابات السلوك ذات الطابع الخُلقي (٢) ٢٣١

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

مقدمة الكتاب

يُعَدُّ هذا الكتاب إسهاماً متواضعاً في شرح ما يعاني منه أطفالنا من اضطرابات نفسية واجتماعية وسلوكية واستعداداً للإصابة بالأمراض النفسية، خاصة أننا نعيش في عصر ينفرد بأوضاع وأحداث مثيرة وتغيرات اجتماعية واقتصادية وتغيرات في القيم، فبات يعجُ بالأحداث المثيرة للقلق والاضطراب النفسي مما يشعر الفرد بتهديد أمنه النفسي والجسمي والمادي والاجتماعي.

وإن الأساس الذي استند عليه في فهم الاضطرابات السلوكية عند الطفل هو سلوك الطفل ومعاناته النفسية، وهذا من الأهمية بمكان فهمه والتركيز عليه، كونه من الصعب جداً الحكم أو التشخيص لهذه الحالة أو تلك من دون معرفة سلوك الطفل وتحليله.

وكما نعلم فالصحة النفسية تعني التوافق والتكيّف والقدرة على التغلب على المشكلات والأزمات، ولابد من التركيز على أن الطفل بالذات ليس شيئاً مجرداً؛ وإنّما هو نتاج معطيات لواقع وراثي وبيئي واجتماعي وتربوي وممارسات ذاتية واكتساب خبرات ومهارات، كما قد يكون نتاجَ معاناة وإحباطٍ وحرمانٍ بأشكاله المختلفة وضغوطات وعدم إنصاف وسوء معاملة وتكيف وإجحاف في حقه وتجاهل لذاته وإنكار لرغباته وغرائزه وحاجاته ومجابهته بالعنف والقسوة والإرهاب والضغط في أكثر الأحيان، وإذا كان الرضيع أو الطفل يتعرض لمثل هذه الضغوطات المختلفة أو لبعض منها، فإنه قد يعاني من أمراض نفسية واضطرابات سلوكية.

هكـذا نـرى أن الأمـن النفسـي هـو أحـد الحاجـات المهمـة للشخصـية الإنسـانية حيـث تمتـد جـذوره إلى طفولـة المـرء، والأم هـي أول مصـدر لشـعور الطفـل بـالأمن، فحاجـة الإنسـان للأمـن النفسـي تـأتي بعـد حاجاتـه الفطريـة الأولية التي تعينه على البقاء، ويؤكد علماء النفس ومنهم "إيركسون" على أن أيّـة ظـاهرة نفسـية يجـب أن نفهمهـا مـن خـلال التـأثير المتبـادل للعوامـل البيولوجيـة والسـلوكية والخـبرة الاجتماعيـة؛ لـذلك فـإن التركيـز علـى جمـع معلومـات شـاملة ودقيقـة حـول الطفـل ونشـأته ونمـوّه – إن تيسـر ذلـك – سيسـاعده حكمـاً علـى فهـم حالـة الطفـل المرضـية وسـيكون مـن الأيسـر علاجها.

ولا يفـوتني أن اعـترف هنـا أنـني واجهـت صـعوبة في بدايـة العمـل تتعلـق بتحديد المقصود بالاضطرابات السلوكية، حيث لا يوجد في كتب التصنيف الخاصـة بـالأمراض النفسـية أبـواب خاصـة تحمـل هـذا العنـوان تحديـداً، وتصـرُّ بعض كتب الطب النفسي على نوع محدد من الاضطرابات تضعه عادة تحت هذا المسمى وهو ما يعرف باسم "Conduct disorder" وهو ما يترجمه البعض باسم اضطرابات المسالك، أو الاضطرابات السلوكية الخُلقية (ذات الطابع المعادي للمجتمع)، غير أن اضطرابات السلوك تتسع لما هو أكثر من ذلك.

وللتغلب على هذه الصعوبة، فقد وضعت المحدِّدات الرئيسة التي توّجه الإطـار الـذي سيمضـي عليـه الكتـاب. ومـن هـذه المحـددات أن يكـون الاضطراب وظيفياً، وأن يكون أولياً وأن يكون من الخطورة بحيث يسبِّب عجزاً أو قصوراً إكلنيكياً جوهرياً.

فالكتاب يتألف من سبعة فصول: الفصل الأول ينطلق من محدِّدات السواء والشذوذ وصفات الشخص السوي، وتعريف للاضطرابات السلوكية وذكر الأسباب النفسية المسببة لها؛ فضلاً عن محكات التشخيص للاضطرابات.

وتصنيف الاضطرابات السلوكية وأهم النظريات المفسرة لها وصفات المضطربين سلوكياً، وأما الفصل الثاني تناول خصائص الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، والفصل الثالث خُصِّص لاضطرابات الأكل، والرابع تناول بالدراسة تصنيف اضطرابات الإخراج، والمحكات التشخيصية للتبول اللاإرادي والمظاهر المصاحبة له وأسبابه وعلاجه، أما الفصل الخامس فقد تضمّن اضطرابات النظم ومراحله وتصنيفاته وأسبابه وأهم العلاجات المتخصصة له كالعلاج العضوي والنفسي، بينما الفصل السادس فكان لاضطرابات التآزر الحركي واضطراب قصور الانتباه واضطرابات اللوازم واضطراب الحركات النمطي، وأهم الطرق العلاجية لهذا الاضطراب، وأخيراً الفصل السابع وكان لبعض أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشائعة لدى الأطفال.

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الأول
الاضطرابات السلوكية مفاهيم وتعريفات

محتوى الفصل:

مقدمة

أولاً: السواء والشذوذ

الفصل الأول: الاضطرابات السلوكية مفاهيم وتعريفات

أهداف الفصل:

أولاً: أن يتعرف الطالب إلى:

- معنى السواء والشذوذ.
- أهم الميزات العامة للتمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ.
- صفات الشخص السوي.
- معايير السلوك الشاذ.
- مفهوم الاضطرابات السلوكية.
- "تصنيفها – أسبابها — النظريات المفسرة لها — صفات المضطربين سلوكياً".

ثانياً: أسباب الاضطرابات السلوكية.

ثالثاً: مفهوم التصنيف وتعريفه.

رابعاً: تصنيف الاضطرابات السلوكية من منظور تاريخي.

خامساً: أبرز النظريات التي تبحث في أسباب الاضطرابات السلوكية.

سادساً: صفات المضطربين سلوكياً.

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

تمهيد:

اعتدنا أن نسمع تعريفات عدّة لعلم النفس، ومن بين هذه التعريفات: أنه العلم الذي يدرس السلوك، ويلقى هذا التعريف قبولاً لدى بعض المتخصصين نظراً لبساطته من ناحية، ولبعده عن الغموض الكامن ولنسبته إلى النفس من ناحية أخرى، فتعريف السلوك ودراسته أيسر وأكثر قابلية للتحقيق من تعريف النفس ودراستها.

وفي المقابل حاول بعض المتخصصين الذين لم ترضهم بساطة التعريف السابق، تقديم تعريف علمي أكثر دقة وشمولاً لعلم النفس، فعرفوه بأنه الدراسة العلمية لسلوك الكائنات الحية، بما في ذلك الإنسان، بهدف التوصل إلى فهم السلوك وتفسيره، وإلى التنبؤ به والتحكم فيه (**السيد، ١٩٩٠، ص ١٩**).

وقد صُنِّف علم النفس (علم السلوك) إلى محاور عدّة، منها محور السواء — اللاسواء، حيث يمكن النظر إلى فروع علم النفس إجمالاً على أنها تُقسم إلى مجموعتين: **الأولى**: تهتم بالسلوك السوي وكل ما يدور حوله، و**الثانية**: بالسلوك في حال اضطرابه وانحرافه وشذوذه، ومن بين فروع علم النفس التي تهتم بالسلوك المرضي أو بالأمراض النفسية عموماً "علم النفس الإكلينكي (العيادي)، Abnormal psychology وعلم النفس المرضي، Clinical psychology وهو المجال الذي يهتم بطبيعة كل أشكال الاضطرابات النفسية والعقلية وتطورها من حيث تصنيفها وتحديد أسبابها وكيفية علاجها والوقاية منها. لما كان موضوعنا في هذا الكتاب يدور أصلاً حول الجانب الثاني وهو السلوك المضطرب أو الشاذ أو اللاسوي (أي ما يهتم به علم النفس المرضي) كان لزاماً علينا أن نطرح

– بداية هذا الفصل — مجموعة من الأسئلة ثم نجيب عليها، ومن بين هذه الأسئلة الكثيرة على سبيل المثال — ماذا نعني بالشذوذ؟ وماذا نعني بالسواء، وكيف نميز بينهما؟ وهل يمثل مصطلح الشذوذ المصطلح المناسب في الوقت الراهن للتعامل مع الاضطرابات النفسية والعقلية والمشكلات السلوكية؟ وما المقصود بالسلوك المرضي؟ ما المرض النفسي أو العقلي؟ وماذا نقصد بالاضطرابات السلوكية؟ وما المحددات التي يتم في ضوئها تعريف أو تحديد الاضطرابات السلوكية؟

أولاً: السواء والشذوذ:

إن مشكلة تحديد السلوك الشاذ ليست مسألة حديثة، فقد عرفت البشرية أنواعاً من السلوك الشاذ في كل العصور، وكان هناك صعوبة في تحديده أو تعريفه. وهو الوضع نفسه بالنسبة للسواء أو السلوك السوي"؛ لأنه لا يقتصر على مجرد الخلو من سمات الشذوذ؛ وإنما يتطلب لتوافره عدداً من المؤشرات والمحددات (**يوسف، ٢٠٠٠، ص٢٢**)، وبسبب تعدد المعايير والنظم للحكم على السلوك بصفته سوياً أو شاذاً نرى صعوبة تحديد السلوك الشاذ أو السوي حيث إن عملية الحكم هذه تخضع لاعتبارات ثقافية أو شخصية أو إحصائية. إن من أهم مبادئ تعديل السلوك، النظر للسلوك بوصفه متعلماً سواء كان سوياً أو شاذاً والواضح أن السلوك الشاذ قد تعلم بنفس قواعد وأسس التعلم الذي تمّ اكتساب السلوك السوي فيها، ومن هنا فالنظر للسلوك الشاذ بوصفه متعلماً سيسهِّل عملية إجراءات العلاج؛ فضلاً عن أنه سيوجه جهود المعالج نحو اكتشاف مبادئ التعلم التي خضع لها السلوك الشاذ.

وهناك من يقول إن الفرق بين السواء واللاسواء فرق في الدرجة لا النوع حيث إن السلوك الشاذ قد يحدث بتكرارات كبيرة ولمدة طويلة أو ألا يحدث نهائياً مقارنة مع السلوك السوي، وهذا ما يضع السلوك ضمن السلوك الشاذ، فمثلاً (سلوك البكاء عند الأطفال) من الطبيعي أن نرى طفلاً يبكي، ولكن إذا استمر بكاء الطفل لفترات طويلة أو تكرر لمرات عديدة فإن هذا السلوك (البكاء) يُعدُّ سلوكاً غير مرغوب يتطلب التدخل العلاجي؛ فضلاً عن أن البقاء بعيداً عن الآخرين قد يُعدّ سلوكاً طبيعياً، وإذا استمر لفترات طويلة أو تكرر مرات عديدة، فضلاً عن عدم ظهور سلوك الحديث مع الآخرين فإن هذا السلوك يُعَدُّ سلوكاً شاذاً.

وبالرغم من الاختلاف القائم بين المجتمعات في الحكم على السلوك من حيث سوائه أو شذوذه إلا أنه توجد عدد من الميزات العامة التي يمكن على أساسها التمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ، وهي الآتي:

١. يُعَدُّ السلوك سوياً إذا جاء متفقاً ومتسقاً مع القيم والتقاليد والقانون السائد في المجتمع.

٢. يُعَدُّ السلوك سوياً إذا كان شائعاً ومتوقعاً في مرحلة النمو التي يعيشها الفرد، فمثلاً لجوء الطفل الصغير أحياناً إلى نوبات الغضب للحصول على بعض مطالبه سلوكاً سوياً عادياً، أما إذا لجأ الشخص الكبير إلى هذا السلوك للحصول على مطالبه، وإجبار الغير على الاستجابة لهذه المطالب، فإنه يُعَدُّ سلوكاً شاذاً، فمثلاً: طفل في مراحل تعليمه الأولى لا يستطيع تركيز انتباهه على ما يقوله المعلم لمدّة ساعة ويُعَدَّ هذا السلوك سلوكاً سوياً، ذلك؛ لأن مدى الانتباه عادة ما يكون قصيراً

عند الطفل، وقد يُعَدُّ سلوكاً شاذاً إذا لم يستطع الانتباه والتركيز على شيء واحد لمدة دقائق معدودة.

٣. يُعَدُّ السلوك سوياً إذا كان هذا السلوك بنّاءً، بمعنى أن يساعد السلوكُ الفردَ على تحقيق غاياته وأهدافه، ويساعده على الشعور بالسعادة الإيجابية في المجتمع الذي يعيش فيه، فمثلاً الخوف من مواجهة خطر يهدّد وجود الفرد وتعرّض حياته للخطر يُعَدُّ سلوكاً عادياً، فالسلوك الانفعالي (وهو الخوف في هذه الحالة) يُعَدُّ سلوكاً بناءً؛ لأنه يحفظ حياة الفرد، ويضمن له البقاء والبعد عن الأخطار، ولكن الخوف يصبح سلوكاً مرضياً وشاذاً إذا خاف الفرد من أشياء ليس من المفروض أن يخافها.

٤. يُعَدُّ السلوك سوياً وغير شاذ إذا جاء متسقاً مع جوانب السلوك الأخرى وإذا كان هذا السلوك استجابة متوقعة لموقف أو مثير معين، فالضحك يُعَدُّ سلوكاً سوياً إذا جاء في موقف يستدعي الضحك، أما إذا ضحك الفرد دون داع فيعد هذا سلوكاً شاذاً. (**العوادي، ٢٠١٣**)

وقد وضع بعض الباحثين عدداً من الصفات التي عدّوها محددة للشخص السوي:

١. **الفاعلية**: فالشخص السوي يصدر عنه سلوك فاعل، وسلوك موجه نحو حل المشكلات والتغلب على الضغوط عن طريق المواجهة المباشرة لمصدر هذه المشكلات والضغوط، وهو يتبنى أساليب إيجابية لمواجهة التوترات والمخاوف ويسعى نحو تحقيق أهدافه برغم هذه الضغوط لشعوره بقيمة هذه الأهداف وأهميتها.

٢. **الكفاية**: الشخص السوي يستخدم طاقاته من غير تبديد لجهوده، وهو من الواقعية لدرجة تُمكِّنه من أن يعرف المحاولات غير الفاعلة والعقبات التي لا يمكن تخطيها والأهداف التي لا يمكن بلوغها وهو في هذه الأحوال يتقبل الإحباط وضياع الأهداف ويعيد توجيه طاقاته.

٣. **الملاءمة**: الشخص السوي لديه أفكار ومشاعر وتصرفات ملائمة، فإدراكاته متسقة مع الواقع، وأحكامه تقوم على أساس معلومات مناسبة، ورغم أنه يتعرض لمشاعر الخوف أو الغضب أو الحزن، فإنها لا تؤثر فيه تأثيراً ضاراً؛ لأنها تكون مرتبطة ارتباطاً مناسباً بالظروف التي يواجهها وهو يسيطر على التعبير الخارجي عنها ويمنع نفسه من أن يسير أسيراً لهذه المشاعر؛ وبالتالي يتسم بقدر كبير من التلقائية، ولا يكون السلوك ملائماً للظروف فحسب؛ وإنما يكون ملائماً لعمره والمستوى الذي بلغه من النضج.

٤. **المرونة**: الشخص السوي قادر على التكييف والتوافق، فظروف الحياة دائمة التغير؛ لذلك يضطر الإنسان إلى أن يعدل استجاباته أو يغيّر نشاطاته كلما تغيّرت ظروف البيئة التي يعيش فيها، وقد يحتاج في بعض الأحيان إلى إحداث تغيير في البيئة ذاتها؛ وبالتالي فإن المرونة تعد من أول مستلزمات الإنسان لكي يحيا حياة متوافقة سوية، والعكس صحيح؛ أي أن التصلب مدعاة لحدوث الاضطراب والتوتر وسوء التوافق.

٥. **القدرة على الاستعادة من الخبرة**: يتميز الإنسان السوي بقدرته على التعلم من الخبرة والاستفادة من التجارب الماضية وهو ما يفتقده الشخص العصابي أو المعادي للمجتمع Antisocial.

٦. **القدرة على التواصل الاجتماعي**: تقوم حياة الإنسان على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، والشخص المتوافق اجتماعياً يشارك في ذلك إلى أقصى حد، وتتميز علاقاته الاجتماعية وتفاعلاته بالعمق والاقتراب والاستقلال في الوقت ذاته.

٧. **تقدير الذات**: الشخص السوي المتوافق يتصف بتقدير ذاته إيجابياً، ويدرك قيمتها من دون إفراط، ويشعر بالاطمئنان والأمن، ويعترف بجوانب ضعفه ويحاول علاجها أو تقويتها؛ وبالتالي فهو عكس المريض العصابي الذي يشعر بالدونية ويرى نفسه عاجزاً عن السيطرة على القوى التي تسيّره. **(ربيع، سيد وآخرون، ١٩٩٥، ص ٣٧٩-٣٨٢)**

محددات ومعايير السلوك الشاذ أو المرضي:

يعرّف دافيسون ونيل السلوك المرضي أو المضطرب "Abnormal Behavior" بأنه أنماط من الانفعال والتفكير والفعل تبدو مضطربة أو مَرَضية في ضوء واحد أو أكثر من المحددات التالية وهي: الحدوث غير المتكرر، وانتهاك المعايير، التعاسة الشخصية، والعجز أو سوء التوظيف، وعدم التوقع. **(Davison, 1994, G1)**

محددات ومعايير السلوك المرضي:

ميّز آيزنك في عام ١٩٧٧ في إطار تقويم السلوك السوي والسلوك الشاذ، أو بين الصحة النفسية والاضطراب بين المعيار الإحصائي والمعيار المثالي والمعيار الطبيعي، ويؤكد أنه لابد من الانتباه بصورة خاصة إلى عدم الخلط الذي يحدث أحياناً بين معنى السواء الذي يتم وفق المعيار الإحصائي والمعيار المثالي عندما يتم استخدام الكلمة "سواء" لوصف حالة نفسية سليمة، فنحن إذا ما قرأنا في مرجع من مراجع التحليل

النفسي، بأنه ليس هناك من إنسان "سوي" أو ليس هناك من إنسان "سليم" نفسياً، فالمقصود هنا مفهوم "السواء" بمعناه المثالي وليس المعنى الإحصائي؛ إذ إن الخلط هنا سيقودنا إلى تفسيرات غير معقولة على الإطلاق، يستند مفهوم المعيار الإحصائي إلى أكثرية الناس، أما المعيار المثالي بالمقابل فهو يصف الحالة التي ينبغي للإنسان الوصول إليها، أي يصف ما يجب أن يكون، وليس ما هو قائم بالفعل.

أما السواء بالمعنى "الطبيعي" فيصف ما السلوك الذي يُعَدُّ طبيعياً، كالعلاقة الجنسية الغيرية بين الرجل والمرأة على سبيل المثال، ويرى آيزنك أن "المعيار الطبيعي" يستند إلى المعيار الإحصائي أصلاً، فنحن نطلق تسمية "طبيعي" على أشكال السلوك التي تكثر ممارستها في مجتمع معين، على ما اعتادت غالبية الناس ممارسته والقيام به.

ويرى آيزنك أنه من الأهمية بمكان النظر إلى معاني "السواء أو الشذوذ" بشكل نسبي؛ إذ إنه يرى أنه لا توجد معايير عامة أو مطلقة للسلوك أو لما يجب أن يكون عليه السلوك، وحاول إثبات وجهة نظره هذه من خلال أمثلة من المجال الإنتربولوجي، ومن دراسات كنزي حول السلوك الجنسي للأمريكان، غير أن المشكلة في حجج آيزنك أنها تحمل في طياتها نسبانية ثقافية، تركز على اختلاف الشعوب والسلوك الجنسي في الطبقات المختلفة للمجتمع الأمريكي، ولكنها تغفل أي نوع من الأمور المشتركة بين شعوب الأرض جميعها، مثل: تحريم زنا المحارم التي يمكن ملاحظتها في المجتمعات كافة.

وسيتم عرض تفصيلي لتوضيح كل معيار على حدة:

أولاً: المعيار الإحصائي: يقوم هذا النوع من المعايير على مدى تكرار أو توزع سلوك ما في مجتمع من المجتمعات أو في عينة منه، ويتم تمثيل هذا التوزع أو التكرار في توزع جرس غاوس، ويطلق على المجال المتوسط في هذا التوزع تسمية المدى الطبيعي أو المدى المتوسط أو السوي، حيث يساوي المجال المتوسط هنا المتوسط الحسابي، في حين تعد المجالات المتطرفة الموجودة في كلا الجانبين "شاذة أو غير سوية" ومن خلال حساب المعايير الإحصائية يتم تحديد القيمة التي يعد عندها السلوك قد تجاوز في موقف من المواقف بشكل أقل أو أكثر من المجال المتوسط في جمهور مماثل يعد سلوكه منحرفاً عن المعيار أو ملفتاً للنظر أو غريباً... الخ.

ويعد المعيار الإحصائي سهل التمثيل والفهم، غير أن دقته الإحصائية تعتمد على مدى جودة العينة ودقّة اختيارها؛المثلة للسلوك المراد تحديده وقياسه.

ملاحظات حول المعيار الإحصائي:

هناك العديد من الاعتراضات على استخدام المعيار الإحصائي، ويشكل قياس الذكاء والشخصية أحد الأمثلة على ذلك. فالذكاء لا يُعَدُّ "غير سوي أو شاذاً" إلا عندما تكون درجة ذكاء الفرد في المجال المنخفض فقط من مقياس التكرار الطبيعي؛ ممثلاً بمنحنى غاوس أي (م– ع^2 فما فوق)، أما الدرجة المرتفعة من الذكاء أو حتى العبقرية (أي م + ع^2 فما فوق) فلا تُعدُّ أمراً شاذاً أو غير سوي، على الرغم من الانحراف الإحصائي الواضح عن المعيار في الذكاء بالاتجاه المرتفع؛ بل على العكس من ذلك يتم تقويمها بشكل إيجابي، ذلك أن الذكاء المرتفع والإبداع أمران

مرغوبان ومطلوبان اجتماعياً واقتصادياً؛ فضلاً عن أنه لا تتم معاملة الشخص الذي يمتلك ذكاء مرتفعاً على أنه إنسان منبوذ أو يحتاج إلى تدخل لإعادة ذكائه إلى الدرجة المتوسطة.

من ناحية أخرى وفي غالبية سمات الشخصية يتم عَدُّ الانحراف في كلا المجالين انحرافاً غير سوي (أي م — ع^2 فما فوق)، فالسلوك المتوافق بشدة مع المعيار، كالسلوك مفرط التكيف أو السلوك المنحرف بشدة عن المعيار كالسلوك مفرط النشاط مضطربان في كثير من الحالات. أي غير سويين، فالتطرف في كلا الاتجاهين هنا أمر غير مرغوب، وهناك مشكلة أخرى يواجهها المعيار الإحصائي، إذا وجدت في عينة أو جمهور ما تكرارات كبيرة لعاهة ما كقصر البصر، أو سوء التغذية، أو تعاطي الكحول أو التدخين، فإن نتيجة ذلك ستكون عَدّ هذه العادات سوية بالنسبة إلى التوزع الإحصائي الطبيعي.

وتشكل أمراض الحضارة التي يعاني منها عدد كبير من السكان مثالاً موضحاً لذلك بصورة أكبر لتأخير ظاهرة تسوُّس الأسنان على سبيل المثال، فوفقاً لإحصاءات عالمية يعاني بين ٦٠–٨٠% من السكان من تسوُّس الأسنان، وعلى الرغم من هذا العدد الكبير من الأفراد الذين يعانون من تسوس الأسنان فلن يستطيعَ أحدهم ادعاء أن تسوُّسَ الأسنان أمر طبيعي أو صحي.

وهناك اعتراض ثالث على المعيار الإحصائي ينبع من حقيقة أن سمات الإنسان لا تتوزع كلها توزعاً طبيعياً. وبناء على ذلك يكون استخدام المعيار الإحصائي وحده لتفسير الظواهر والحكم فيها على مقدار "السواء" و"الشذوذ" غير كاف، ولحل مشكلة المعيار الإحصائي هذه

اقتراح شميدت "١٩٨٤" والمبدأ الذي اتبعه بيك الذي ينادي بربط التوزع الإحصائي أو الطبيعي بمنظومة من القيم، وقد استخدم لذلك خمسة معايير أساسية متلازمة مع بعضها من أجل تقويم مقدار "السواء والشذوذ":

١. الوظائف النفسية: فحص مستوى قيام الوظائف النفسية الجانب الانفعالي والدافعي والمعرفي بعملها بشكل متناسق مع بعضها، وعدم وجود خلل في عملية الإدراك وتقويم العالم الموضوعي بصورة متطابقة مع الواقع، ويختلف قيام الوظائف النفسية بعملها في حالات السواء والمرض كما، ويختلف مستوى قيام هذه الوظائف بعملها في الحالات المرضية المختلفة، بحيث يمكننا تحديد نوع الاضطراب من خلال نوعية الخلل في قيام الوظائف النفسية المختلفة بعملها.

٢. نوعية السلوك الاجتماعي (المعيار الاجتماعي): ويتم هنا تقويم مدى انسجام السلوك مع القيم والمعايير الاجتماعية السائدة، وعدم انحراف السلوك عما هو مألوف ومعتاد في المجتمع المعني الذي ينتمي إليه، ولا يعني هذا مسألة تقبّل الفرد الكامل والخضوع لجميع معايير المجتمع وقيمه؛ وإنما يعني انسجام هذا السلوك مع ما يتوقعه المجتمع من الفرد، وعدم وجود سلوك مضاد أو مؤذ للمجتمع يسعى إلى تحطيم قواعد العيش المشترك.

٣. مقدار ضبط الإرادة والسيطرة عليها، وتعني قدرة الإنسان على التحكم بدوافعه وانفعالاته في إطار موقف ما وتأجيل إشباع ما لا يمكن إشباعه في الوقت الراهن.

٤. التقويم من خلال المجتمع (المنظور الخارجي للتنظيم أو ما يسمى بمنظور آخر).

٥. التقويم من خلال الفرد نفسه (المعيار الذاتي للتقويم)، الكيفية التي ينظر فيها الشخص لذاته وسلوكه من منظوره الخاص.

ثانياً: المعيار المثالي: يقصد بالمعيار المثالي حالة من الكمال (الينبغيات) مجموعة من الشروط الواجبة، المستقلة عن الواقع والزمان، يُعَدُّ الوصول إليها والسعي نحو تحقيقها أمراً جديراً بالطموح، وتصف المعايير المثالية الإمكانات التي تستحق السعي للإنسان المفيدة كنموذج، كقدوة للطموح، وكمثل أعلى والسلوك الإنساني، ويتم تقويم "السواء" أو "الشذوذ" في هذا المعيار من وجهة نظر أخلاقية أو دينية أو إيديولوجية أو من خلال قيم أخرى، وكل إخلال في هذه المعايير يعد انحرافاً؛ وبالتالي شذوذاً.

ويقوم مفهوم الصحة الذي صانته منظمة الصحة العالمية، والذي سبق ذكره على أساس المعيار المثالي، وهنا تعد الصحة بأنها الحالة المثلى من الإحساس الجسدي والنفسي وليس مجرد غياب المرض، ويشكل الشخص السليم كلية "Fully Functioning Person" عند كارل دوجرز الشخص الذي يكون منسجماً مع ذاته ومتعاطفاً معها، وقادراً على التعبير بحرية عن مشاعره وخبراته الانفعالية ويملك مفهوماً واقعياً عن ذاته... الخ، مثالاً على المعيار المثالي.

ملاحظات حول المعيار المثالي:

غالباً ما يظل تحقيق المعايير المثالية مطلباً فحسب، ذلك أنها تطرح معياراً مصاغاً بشكل مستقل عن المعطيات الواقعية، وإذا حاولنا تعريف المرض أو الاضطراب وفق المعيار المثالي، فسنجد أن ذلك غير ممكن على

الإطلاق، عدا أنه انحراف عن تركيبة من النمط المثالي للصحة، غير أن الوصف الدقيق لهذه التركيبة المثالية للصحة يصعب القيام بها.

ثالثاً: المعيار الوظيفي: يُقصد بالمعيار الوظيفي عموماً الحالة المتفقة مع الفرد فيما يتعلق بأهدافه وقدرته، يمكن للعمل في أيام العطلة أن يكون مرفوضاً وفقاً للمعيار المثالي، ومحاولة وضع تكرار إحصائي سوف تقود إلى نتيجة مشابهة، أي أن عدداً قليلاً من الناس هم الذين يعملون في أيام العطل، ولكن عندما نتأمل هذا من وجهة نظر معيار وظيفي، فإنه يمكن النظر للعمل بالنسبة لشخص ما على أنه أمر اعتيادي من الناحية الوظيفية.

ملاحظات حول المعيار الوظيفي:

في المعيار الوظيفي يتم افتراض وجود علاقة وظيفية بين وضع الفرد ونشاطه الهادف، فالسلوك الذي يقوم به الفرد ويكون متناسباً مع المرحلة العمرية التي يمر بها ومع إمكاناته السلوكية يعد سوياً، ولا يمكننا التحدث عن ضرر وظيفي (اضطراب أم عدم سواء) إلا إذا أخفق الإنسان في التغلب على وظيفة محددة على الرغم من أن إمكاناته المتوفرة تمكِّنه من التغلب عليها، ويمثل الإخفاق في الامتحان على الرغم من التوفر الكافي للمعارف والمعلومات مثالاً لذلك.

رابعاً: المعيار التفاعلي: إن الاعتماد على معيار واحد من المعايير السابقة المذكورة قد يكون له مسوِّغاته في الحياة العملية اليومية ولكن عندما يتعلق الأمر بإطلاق الأحكام التشخيصية في علم النفس المرضي والممارسة العيادية أو الصحة النفسية لا يكفي الاعتماد على معيار واحد من هذه المعايير كما نوهنا سابقاً. ومن المؤكد أن المعايير المختلفة ليست منعزلة عن بعضها؛ وإنما ترتبط مع بعضها بطريقة تفاعلية.

معـايير إجرائيـة للمـربين: ناقشـنا في الفقـرات السـابقة المعـايير "للسـواء والاضـطراب" كمـا ناقشـنا المشـكلات المنهجيـة المتعلقـة بهـذه المعـايير، ولكـن هـذه المعـايير قـد لا يسـتطيع المعلـم أو المـربي التعامـل معها، وبالتالي تنبع ضرورة وضع معايير إجرائية مفيدة في التقويم السريع للسلوك وفي ملاحظته، ومن هذه المعايير نذكر الآتي:

١. *السـن:* المقصـود بمعيـار السـن هـو مـدى تناسـب الملاحـظ مـع المرحلة العمرية التي يمر بها الإنسان، فما قد يبدو عادياً في سن معينة يصبح عند ظهوره في سن أخرى غير عادي، فحين يخاف الطفل الذي يلتحق بالروضة لأول مرة ويبكي أو يحاول الهروب أو يلتصق بأمه ولا يتركها، فإننا نعد ذلك سوياً طبيعياً، أما إذا صدر هذا السلوك عن طفل في مرحلة المراهقة مثلاً فإننا نعد هذا السلوك غير سوي ويستحق الاهتمام، وعندما يبلل طفل السنتين أو الثلاث سنوات الفراش نعد هذا الأمر أمراً سوياً، لكن عندما يظهر هذا السلوك في سن السادسة أو السابعة مثلاً فنعده أمراً غير سوي.

٢. *الموقف الذي يظهر فيه السلوك:* يُعَدُّ الموقف أو الإطار الذي يظهر فيه السلوك محدِّداً مهماً من محددات السلوك السوي أو غير السوي، فالسلوك الذي قد يبدو لنا مستهجناً للوهلة الأولى (انظر إلى المعيار الوظيفي) قد لا يصبح كذلك إذا قمنا بتحليل الموقف أو الإطار الذي ظهر فيه هذا السلوك.

٣. *التكرار:* المعيار الثالث والمهم الذي يمكننا من خلاله الحكم على سلوك ما بأنه سوي أو مضطرب هو مدى تكرار سلوك ما، فالسلوك الذي يظهر لمرة واحدة فقط أو لمرات قليلة متباعدة لا يمكن

عـدّه غـير سـوي، إلا إذا كـان هـذا السـلوك يلحـق الأذى الشـديد بالآخرين، فعندما يكذب الطفل مرّة لينقذ نفسه من حرج معين.. لا نطلق صفة الطفل الكاذب عليه بعد، ولكن إذا تكرر هذا السلوك في أكثر من موقف وفي مناسبات مختلفة، فإنه يمكننا الحكم هنا على هذا السلوك بأنه غير سوي.

٤. *القيم والمعايير:* القيم والمعايير يضعها المجتمع والأفراد، ومن هنا يوجد تفاوت كبير في أحكام واضعي المعايير نتيجة اختلاف رؤيتهم للسلوك واختلاف أهدافهم ومرجعيتهم الثقافية والدينية والأخلاقية، فقد ينظر شخص ما لسلوك طفله العدواني تجاه شخص آخر على أنه شاذ وغريب، في حين ينظر شخص آخر إلى السلوك نفسه على أنه سوي وطبيعي، ونحن نلاحظ مثلاً أن كثيراً من الأهل يضحكون ويفرحون؛ لأن ابنتهم تصرخ وتعض وتسيطر على الأطفال الآخرين في حين أن بعضهم الآخر ينزعج من هذا السلوك، ويرد ذلك إلى اختلاف الإطار الاجتماعي والشخصي الذي يتم التشخيص على أساسه، (انظر المعايير الاجتماعية والشخصية).

٥. *الاستغراب:* المقصود بالاستغراب هنا أن يكون السلوك ملفتاً للنظر، وأي سلوك ملفت للنظر، يمكن عدّه مضطرباً وهنا لا يوجد فرق إذا كان السلوك "مزعجاً" أو "لطيفاً" إذ يمكن لطفل هادئ "سهل العناية" أن يكون مضطرباً سلوكياً تماماً مثل الطفل الصاخب، فخلف الهدوء الشديد قد يكمن حزن عميق أو حتى اكتئاب.

ثانياً: اضطرابات السلوك:

التعريف (Definition):

لا يوجد تعريف عام ومقبول للاضطرابات السلوكية والانفعالية، وخلال الثلاثين عاماً الأخيرة ظهر عدد من التعريفات من قبل التربويين والمختصين النفسيين، ويعود عدم وجود تعريف واحد متفق عليه بشكل عام إلى أسباب متعددة، فقد أشار كل من هالان وكوفمان **(Hallahan & Koffmsn, 1982)** إلى تلك الأسباب، وهي:

١. عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية.

٢. صعوبة قياس السلوك والانفعالات.

٣. تباين السلوك والعواطف.

٤. تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.

٥. تباين التوقعات الاجتماعية الثقافية المتعلقة بالسلوك.

٦. تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربين وتحترمهم.

ومن التعريفات الأكثر قبولاً للاضطرابات السلوكية والانفعالية الذي حصل على دعم كبير وهو الذي طوره بور **(Bower, 1969, 1978)** وأدخل قانون لتعليم الأفراد المعوقين، ويستخدم مصطلح الإعاقة الانفعالية في وصف هؤلاء الأطفال، ويعني المصطلح وجود صفة أو أكثر من الصفات التالية لمدة طويلة من الزمن لدرجة ظاهرة، وتؤثر في التحصيل الأكاديمي، وهذه الصفات هي:

١. عدم القدرة على التعلم التي لا تعود لعدم الكفاية في القدرات العقلية أو الحسية أو العصبية.

٢. عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين.

٣. ظهور السلوكات والمشاعر غير الناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف والأحوال العادية.

٤. مزاج عام أو شعور عام بعدم السعادة.

٥. النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المشكلات الكلامية والآلام والمخاوف والمشكلات المدرسية.

– كما وضع هيوت (Hewett, 1968) تعريفاً آخر حدد فيه الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً على أساس أن المضطرب هو الفاشل اجتماعياً وغير المتوافق في سلوكه، وفقاً لتوقعات المجتمع الذي يعيش فيه إلى جانب جنسه وعمره.

– أما وودي (Woody, 1969) فقد عرّف الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بأنهم غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف.

– أما كوفمان (Kauffman, 1977) فقد وصف الأطفال المضطربين بأنهم من يظهرون سلوكات شاذة نحو الآخرين، والذي تظهر عليهم سلوكات غير مقبولة وغير متوافقة على البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم، كما أن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة.

ويحدد الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية العرض الأساسي لاضطراب المسلك أو التصرف بأنه نمط متكرر أو مستمر من السلوك، تُنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين والمعايير الاجتماعية الأساسية المناسبة لعمر الطفل (وهو المحك التشخيصي الأول لهذا الاضطراب) وتنتظم هذه الأشكال السلوكية في أربع فئات:

التصرفات العدوانية التي تسبب تهديداً بحدوث ضرر جسمي لأشخاص آخرين أو لحيوانات، والتصرفات غير العدوانية التي تسبب تخريباً لممتلكات الآخرين والنصب أو السرقة والانتهاكات الخطيرة للقوانين أو المبادئ.

وهناك مجموعة أخرى من التعريفات التي طرحت كتعريفات للاضطراب السلوكي، ومن أمثلتها ما قدمه روس "Ross" حيث عرّف الاضطراب السلوكي بأنه اضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد **(Ross, 1974)**.

وبنظرة فاحصة للتعريف السابق نجد أنه يؤكد انتماء الاضطراب السلوكي إلى فئة الاضطرابات النفسية (ربما تمييزاً لها عن الاضطرابات الجسمية أو العضوية)، وقد ترك مسألة الانحراف على إطلاقها، أي أنها تشمل الانحراف بمعنييه الإحصائي والوظيفي، واشترط من السلوك المضطرب أن يكون متكرراً وأن يلاحظ (أي يكون ظاهراً للملاحظين الآخرين المتصلين بالفرد).

ومن ثم نجد أننا سوف نواجه أنماطاً من السلوك المضطرب التي تنطبق عليها التحديات السابقة، بمعنى أنها اضطرابات نفسية، وليست جسمية، وتمثل انحرافاً إحصائياً ووظيفياً وتتكرر باستمرار (لدى الفرد) ويسهل على الآخرين ملاحظتها، غير أنها لا تصطدم بالقانون ولا تمثل انتهاكاً للمعايير السائدة في المجتمع، ومن أمثلتها اللجلجة واللوازم الحركية وتشتت الانتباه، وبهذا المعنى تشخيصها ضمن فئة الاضطرابات السلوكية.

– ويبدو أن تعريف روس السابق قد تأثر بتعريف جروبار الذي سبقه بفترة قصيرة، فجروبار يعرف الاضطرابات السلوكية بأنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ، ويتكرر باستمرار ويخالف توقعات الملاحظ ويتمثل في الاندفاع والاكتئاب والانسحاب **(Grauber, 1973)**.

– على الرغم من الاختلاف بين التعريفات إلا أنها تتفق على أن الاضطرابات السلوكية تشير إلى:

١. الفرق بين السواء واللاسواء، هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع.

٢. المشكلة مزمنة وليست مؤقتة.

٣. السلوك يعدّ مضطرباً وغير مقبول وفقاً للتوقعات الاجتماعية والثقافية.

الاضطرابات السلوكية "الأسباب، النظريات المفسرة":

ثانياً: أسباب حدوث الاضطرابات السلوكية:

على الرغم من أن العوامل المؤثرة في الحياة النفسية للفرد كثيرة ولا يمكن حصرها ولكل واحد منها منفردة أو متضافرة مع غيرها من العوامل، أن تُحدث أثراً مرضياً تضطرب بسببه الحياة النفسية ومع كثرة هذه العوامل، فإنه بالإمكان حصرها في مجموعات سببية رئيسة وهي:

١. **الأسباب التكوينية:** تشمل هذه الأسباب كل ما يمكن أن يحدث في زمن ما قبل الولادة (في أثناء فترة الحمل)، فقد عُدَّت سمات الجنين التي تكون عند الولادة وراثية، إلا أن الأبحاث الطويلة والدقيقة على فترة الحمل وما يمكن أن تتعرض له الأم الحامل خلالها من تجارب، يمكن أن تؤثر سلبياً أو إيجابياً في هذه الإمكانات البيولوجية جميعها، وتشمل هذه العوامل كل ما يمكن تصوره عن عمر الأم ووضعها الجسمي والصحي

والغذائي في أثناء فترة الحمل إلى الأدوية والعقاقير التي تتناولها، إلى تعرضها للشدة الجسمية أو النفسية، ومن الأمور التي نخطئ في تقديرها هي الاعتقاد بأن حصيلة العوامل التكوينية من وراثة ومحيط في أثناء فترة الحمل تظهر عليها عند الولادة، وهذا الاعتقاد لا ينطبق على الواقع، وإن كانت بعض السمات تظهر عند الولادة غير أن التأثير الكامل لفعل الوراثة وغيرها من العوامل المؤثرة في أثناء فترة الحمل قد لا تظهر إلا عند البلوغ وهي المرحلة التي تتضح فيها الخصائص المناسبة لهذه المرحلة من النمو (**أسعد، ١٩٧٧، ص٥٦**).

٢. **الأسباب العضوية العصبية**: على الرغم من أن أغلب حالات الاضطراب السلوكي بالنسبة للأطفال لا يكون سببها شدة خارجية أو مرض يسبب للحالة، ويبدو جسم المضطرب سلوكياً سليماً وطبيعياً بشكل تام، إلا أن بعض الخبراء والمختصين يؤكدون بأن بعض الأطفال يولدون ومعهم نوع من المزاج ينزع إلى التمرد، ويشذ عن قواعد السلوك الاجتماعي، وقد لا يكون المزاج بحد ذاته المسبب للسلوك غير المقبول اجتماعياً ولكنه يُخلق للطفل نوعاً من الميل لخلق المشكلات والسلبية، وقد يكون رد الفعل الاجتماعي نحوه سبباً في زيادة الحالة سوء **(Ross, 1974, p. 82)**.

إن أي إصابة للجهاز العصبي وخاصة الدماغ لها أن تترك تأثيراً واضحاً في وظائف هذا الجهاز، وإن يشمل ذلك النواحي الجسمية والعقلية، وكلما حدثت هذه الإصابات في سن صغيرة كان تأثيرها في هذه النواحي أعظم أثراً، كما أنها لا تتضح بوسائل الفحص العادية، وقد لا تنكشف إلا بفحوص دقيقة مثل تخطيط الدماغ. (**كمال، ١٩٨٣، ص٦١٨**).

٣. **المؤثرات الأسرية**: يبدأ فعل المؤثرات العائلية عند الولادة، وقبل أن يتمكن الطفل من التمتع بحياة نفسية مستقلة، فالاستجابة لحاجاته الحياتية من طعام ودفء ونوم وهدوء تهيئ له حالة من الاطمئنان، والفشل في ملاقاتها بالشكل المناسب والمنتظم يمكن أن يخلق حالة التوتر وعدم الرضا حيث تكون حجر الأساس في البيئة النفسية للطفل.

إن الوالدين اللذين يعاملان أطفالهما بحب واحترام، ويبديان اهتماماً بسلوكهم وحاجاتهم ويقدمان الدعم والمساندة للسلوك المقبول غالباً ما يساعدان الطفل على أن يكون سوياً، ويتصف بالإيجابية والفاعلية، وفي الجانب المقابل تبرز مشكلات السلوك العدواني عند الأطفال الذين يعيشون حالة العقاب الدائم وغياب الحب، وتبرز حالات الاضطراب السلوكي كذلك في البيت الذي يسوده عدم تفاهم ومشكلات مستمرة. **(Hrbert, 1978, p.564)**.

٤. **المؤثرات المدرسية**: للمدرسة تأثير كبير في الطفل نتيجة لقضاء وقت غير قصير من الزمن داخلها بعد أن يترك الطفل البيت، لذلك أصبح من المهم أن نتعرف إلى العوامل التي تسبب المشكلات السلوكية للطفل؛ فضلاً عن أن تشخيص الاضطراب السلوكي للطفل يبدأ منذ دخوله الروضة للطفل، يرى كوفمان (Kauffman, 1979)، أن المدرسة قد تكون عاملاً من عوامل ظهور الاضطراب لدى الأطفال، فالانفعال والعقاب والإحباط وغياب التنظيم كلها عوامل تساعد على ظهور اضطراب لدى الطفل.

وقد شخَّص كوفمان عدداً من العوامل المدرسية التي قد تسبب مشكلات انفعالية للأطفال، ومنها: عدم إهمال المعلمين بالفروق الفردية بين التلاميذ وتوقعات المربين وأولياء الأمور غير الملائمة لقدرات الطفل؛ وهذا

يجعلهم يكلفون الطفلَ بأعمال وواجبات أعلى من طاقاته؛ مما يصيبه بالإحباط وعدم الاهتمام بميول وهوايات الطفل، وإجبارهم على القيام بنشاطات لا يرغبون بها **(Hallahan & Kauffman, 1982)**.

ثالثاً: أبرز النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية:

تساعد النظريات في فهم قضايا النمو وتطور الأطفال الذي يصاحبه اضطرابات في السلوك، كما تفيد نظريات أخرى في فهم دور الثقافة والبيئة المباشرة والتفاعل بين الفرد والموقف الاجتماعي، والبعض الآخر من النظريات يركز على فهم المشكلة، وللنظريات إجراءات في تحديد السلوك المضطرب وتشكيل السلوك السوي، ولكل نظرية جوانب قوة وجوانب ضعف، لكنها تقدم عملاً أساسياً لفهم السلوك، وتقدم أساساً مهماً لبناء البرامج المتعلقة بالتدخل والتعليم والتخطيط. **(Epanchin, Paul, 1992)**.

النظرية السلوكية:

تُعَدُّ النظرية السلوكية من النظريات التي تستخدم المنهج التجريبي، وكان لها تطبيقات عملية في الميدان القيادي والتربوي، وقد استخدمت منهج حل المشكلات التجريبي إلى جانب المهارات النمائية والمشكلات السلوكية، والقوانين في هذا التوجه مشتقة من التعلم، وتركز التجارب على تعلم سلوكات جديدة مقبولة والعمل على تقليل السلوكات غير المناسبة.

يشمل المنحى السلوكي في المعالجة على ما يأتي:

- تحديد السلوكات المرغوبة وغير المرغوبة فيها بطريقة موضوعية قابلة للملاحظة.
- قياس السلوكات عن طريق إجراء الملاحظة.
- استخدام طرق تدخل تعتمد في الأساس على قوانين التعلم.

- تقويم فاعلية البرنامج عن طريق الملاحظة. **(Kazdin, 1976), (Paul & Epanchim, 1992)**

خلاصة محتوى النظرية السلوكية عبارة: (السلوك محكوم بنتائجه)، وتهتم النظرية السلوكية بالسلوك الظاهر غير الملائم، وتصميم برنامج التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك الملاحظ وتعديله. **(Shea, 1979)**.

مكونات النظرية السلوكية:

نمو الشخصية وتطورها: يركز السلوكيون على ما يقوم به الفرد في المواقف المختلفة دون الرجوع لسمات شاملة تجعل الفرد يتصرف بطريقة شخصية، ويعتقد السلوكيون أن الفرد يتعلم أن يسلك بطريقة محددة من خلال تفاعله مع البيئة، ويرث تركيباً بيولوجياً يساعده في عملية التفاعل التي تحدد السلوك، كما يعتقدون بأن بعض السلوكات كالقيادة والصداقات لا تورث بل تنتج عن التفاعل، ويركز السلوكيون على ماذا يفعل الفرد بدلاً (من هو)؟ ومن الضروري فهم الفعل بدلاً من إطلاق التسميات **(Epanchin, Paul, 1992)**.

معظم السلوكات متعلمة باستثناء الانعكاسات، وعندما تحدث العلاقة الوظيفية بين المثير في البيئة واستجابة الفرد يحدث التعلم، **مثلاً**: يتعلم الطفل أن البكاء يخلصه من الألم والجوع، ومن وجهة نظرهم أن السلوك السوي متعلم وكذلك السلوك غير السوي، وهناك معايير للحكم على السلوك السوي كالمعيار الاجتماعي والذاتي ومعايير أخرى كالشدة والتكرار.

تهتم النظرية بقياس السلوك تحت أي ظروف يحدث أو لا يحدث السلوك المرغوب وغير المرغوب فيه، وتحديد ما هو التغيير المناسب في البيئة الذي يجعل الطفل قادراً على تعلم استجابات تكيفيه مناسبة،

يحدث السلوك غير السوي عن طريق خبرات تعليمية سابقة أو فشل في تلقي الفائدة من الخبرات التعليمية المختلفة.

– أشكال التعلم: الإشراط الاستجراري، الإشراط الإجرائي، التعلم بالملاحظة.

النظرية البيئية:

تقوم النظرية البيئية على مبدأ أن الاضطرابات السلوكية التي تحدث للطفل لا تحدث من العدم أو من الطفل وحده؛ بل هي نتيجة التفاعل الذي يحدث بين الطفل والبيئة المحيطة به.

ويقول البيئيون: إن حدوث الاضطراب السلوكي لدى الأفراد يعتمد على نوع البيئة التي ينمو بها، فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث اضطراب لدى الطفل.

فالنظريات النفسية المختلفة ودراسة السلوك الإنساني وتطبيقاتها في تدريس الطفل المضطرب سلوكياً؛ مبينة على أساس الفلسفة النظرية الفردية للإنسان والطبيعة والعالم. **(Swam, 1984)**.

يعرف هارنج وفيليب (Haring & Plilips) المضطرب سلوكياً بأنه الشخص الذي لديه مشكلات شديدة مع الأشخاص الآخرين، مثل: الرفاق أو الآباء أو المدرسين.

والطفل المضطرب سلوكياً يحتاج لنوع معين من البيئات بحيث يتجه ويميل لنمو بشكل طبيعي، فهو يحتاج إلى خبرات منتقاة ليتحمل المسؤوليات ويتعلم بشكل أكثر فاعلية كما يتجه لممارسة أمور حياته العامة بشكل طبيعي **(Shea, 1978)**، والنظرية البيئية تميل لربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد، فالفرد لا ينفصل عن بيئته؛ وبالتالي فإن مشكلات الفرد تصبح شائعة لدى

المجتمع، ولا يتم التعامل مع المشكلات بشكل فردي. وكنتيجة إذا كان هناك اضطراب لدى المجتمع، فإن الفرد سيتأثر بالبيئة، يقول لويس **(Lewis, 1970)** إن الأطفال يحتاجون لأكثر من برنامج تعليمي جيد؛ لأن التخطيط البيئي يقترح نظاماً بيئياً كلياً للطفل الذي يشمل الأفراد الذين يعيش ويتفاعل معهم. **(William & Vanosdel, 1977)**

ومن الافتراضات المتعلقة بالنظرية البيئية:

١. أن كل طفل هو جزء لا ينفصل من نظام اجتماعي صغير.
٢. الاضطراب ليس مرضاً يصاب به الطفل؛ بل هو نتيجة لعدم التوازن بين الفرد والبيئة.
٣. الاضطراب يمكن أن يتحدد من عدم التكافؤ بين قدرات الأفراد وتوقعات البيئة ومتطلباتها. **(Steve & conoly, 1984)**

النظرية التحليلية:

لنظرية التحليل النفسي جانبان، أحدهما تطوري لكونه يُعنى بالأصول التاريخية للنفس، وهي في الوقت نفسه نظرية ديناميكية؛ لأنها تُعنى بالإضافة إلى ذلك بالمظاهر الحالية للشخصية من حيث تنظيمها وعملها **(Rhodes & Tracy, 1984)**.

تنظر مدرسة التحليل النفسي إلى عدم ملاءمة السلوك على أنه نتيجة للصراع بين مكونات الشخصية، وهي: الهو، الأنا، والأنا الأعلى

الهو: هي طبيعة الدوافع الأولية (العدوانية، والجنسية) التي هي في صورتها المكشوفة عبارة عن محاولة للإشباع العاجل لهذه الدوافع إذا ما أثيرت، يظهر الهو في المراحل الأولى للتطور، ولكن سرعان ما يأخذ في التلاشي شيئاً فشيئاً؛ نتيجة ما قد يطرأ عليه من تهذيب وتعديل.

الأنا: تعد الأنا بمنزلة المحرك للسلوك من الوجهة الاجتماعية المقبولة لدى الآخرين، تمثل الأنا حياتنا الاجتماعية المنظمة وتتماشى مع أمور الحياة بشكل منطقي وواقعي، وهي التي تدفعنا إلى التعامل مع الآخرين بطريقة مناسبة، وتجعلنا نتقبل الأدوار الاجتماعية المفروضة علينا، فإذا كانت الهو تعمل وفق مبدأ (البحث عن اللذة) الذي يعني الإشباع الفوري للحاجات الأولية، فإن الأنا تعمل وفق مبدأ الواقع الذي يعني تأجيل الإشباع الفوري لهذه الحاجات، واستبداله بطرق أخرى أكثر مناسبة **(Patterson, 1986)**.

الأنا الأعلى: يتولد من حصيلة الخبرات التي تمرُّ بها الأنا؛ وذلك نتيجة احتكاكها بالواقع الاجتماعي بما فيه من معايير وقيم وأنظمة، وتقابل الأنا الأعلى ما نسميه الضمير (**المرجع السابق**).

– حاولت نظريات التحليل النفسي – وضع فرويد أصولها ومبادئها – تفسير الانحرافات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل مبادئ التحليل النفسي، حيث إن بعض الخبرات غير السارة تكبت في اللاشعور، إلا أن هذه الخبرات المكبوتة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وتؤدي بالتالي إلى الاضطرابات السلوكية، ويفسر أنصار التحليل النفسي الاضطرابات السلوكية في هذا الإطار.

– وتهتم النظرية التحليلية بالسبب الذي أدى بالطفل لأن يسلك بالطريقة التي يسلك بها. (**زيغور، ١٩٨٤**)

– يختلف الأطفال المضطربون سلوكياً من حيث الدرجة، وليس من حيث النوع، وينظر للاضطراب على أنه صفات عادية مبالغ فيها.

– يظهر السلوك المضطرب نتيجة عدم التوازن بين نزاعات الطفل واندفاعاته ونظام الضبط لديه، وعندما يكون الضبط غير مناسب، فإن سلوك الطفل يصبح عدوانياً ومشتتاً وعندما يكون الضبط صارماً جداً فإن الطفل سيكفّ سلوكه باستمرار ولن يقوم بالسلوك، ويكون غيرَ قادر على التعبير عن نفسه. **(Patterson, 1986)**.

خامساً: صفات المضطربين سلوكياً:

هناك صعوبة في وضع خط فاصل بين الأطفال الطبيعيين والأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، فجميع الأطفال يظهرون أنماط سلوك عدوانية مختلفة أو أنماط سلوك انسحابية أو أنماط سلوك مضاد للمجتمع من وقت لآخر، ولكن ما يميز أنماط سلوك الأطفال المضطربين سلوكياً التكرار والشدة والطبوغرافية والمدة التي يستمر فيها السلوك.

الصفات الانفعالية والاجتماعية:

١. يُعَدّ السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطربة ظهوراً لديهم مثل الضرب والقتال والصراخ ورفض الأمر والتخريب المتعمد. هذا مع العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين، منهم يبكون ويصرخون ويضربون ويقاتلون ويفعلون معظم الأشياء التي يفعلها الأطفال المضطربون سلوكياً، ولكنها لا تكون متكررة وشديدة. يُعدّ بعض هؤلاء الأطفال من لهم نشاط زائد أو إصابة في الدماغ، وبعضهم يطلق عليهم سيكوباتيين؛ لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين عمداً دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ.

٢. *الفهم والاستيعاب "Comprehension"*: بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات، ولكن لديهم فهم قليل للمعنى.

٣. *الذاكرة "Memory"*: بعض الأطفال لديهم جهازا ذاكرة ضعيفة، فلا يستطيعون تذكُّرَ موقع ممتلكاتهم الشخصية.

٤. *القلق "Anxiety"*: يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضطراب، وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد.

٥. *السلوك الهادف إلى جذب الانتباه "Attention Seeking Behavior"*: وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكات لجذب الانتباه، تتضمن الصراخ، أو المرح الصاخب، أو التهريج، مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما يوصفون بذوي النشاط الزائد، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه (Shea, 1978).

٦. *السلوك الفوضوي "Disruptive behavior"*: هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكات الفرد أو الجماعة، ويتمثل في غرفة الصف، بالكلام غير الملائم، الضحك، التصفيق، الضرب بالقدم.

٧. *العدوان الجسمي "Physical Aggression"*: عبارة عن القيام بسلوكات جسدية عدائية ضد الذات والآخرين بهدف إيذائهم، وخلق المخاوف، والعدوان الجسدي ضد النفس، ويوصف بنشاطات تحطيم الذات مثل الضرب والعض والخدش، والهدف من هذا السلوك هو إلحاق الأذى الجسدي بالذات.

٨. *العدوان اللفظي "Verbal Aggression"*: هو سلوك عدواني ضد الذات أو الآخرين للإيذاء، أو خلق المخاوف والعدوان اللفظي ضد الذات يوصف بعبارات تحطيم الذات مثل (أنا غبي) (أنا أحمق).

٩. *عدم الاستقرار "Instabillity"*: يعود إلى المزاج المتقلب المنصف بالتغير السريع، ويتضمن التقلب في المزاج من الحزن إلى السرور، ومن السلوك العدواني إلى السلوك الانسحابي.

١٠. *عدم الانتباه "Inattentiveness"*: هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم المقدرة على إكمال المهمة.

١١. *الاندفاع "Impulsivity"*: هو الاستجابة الفورية لأي مثير، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعيف في التفكير.

١٢. *السلبية "Negativism"*: هي المقاومة المتطرفة والمستمرة للاقتراحات، والنصائح والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين.

خصائص (صفات) الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً

المقدمة:

تُعَدُّ الاضطرابات السلوكية مجالاً جديراً بالاهتمام من قبل الباحثين والعلماء، حيث إنها مجموعة غير متجانسة من حيث الصفات والخصائص، فالطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع إنشاء علاقات اجتماعية فاعلة مع غيره، ويتصف سلوكه بأنه غير مرغوب فيه، ولا يستطيع هذا الطفل أن يستفيد من طاقاته وقدراته أو أن يستخدمها على نحو ما؛ لأنه يرى دائماً نفسه بأنه فاشل، ولذلك فهو يحتاج إلى المساعدة منا بقدر كبير حتى يتمكن هذا الطفل أو الشخص من التصرف بسلوك سوي مقبول اجتماعياً.



فهناك صعوبة في وضع خط فاصل بين الأطفال الطبيعيين والأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فجميع الأطفال يظهرون أنماط سلوك عدوانية مختلفة أو أنماط سلوك انسحابية أو أنماط سلوك مضادة للمجتمع من وقت لآخر. ولكن ما يميز أنماط سلوك الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً التكرار والشدة والطبوغرافية والمدة التي يستمر فيها السلوك. **(يحيى، ٢٠٠٣).**

واضطرابات السلوك Behavior Disorders أو الاضطرابات الانفعالية Emotional Disturbances كلها مصطلحات نصف مجموعة من الأشخاص الذين يظهرون وبشكل متكرر أنماطاً مختلفة من السلوك، ولكن ما الخصائص العامة التي تحدد سوية السلوك أو عدمه؟

أولاً: الخصائص العامة للأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً:

من أكثر الصفات شيوعاً من الناحية الاجتماعية والانفعالية: العدوانية والانسحاب.

أ- السلوك العدواني:

يُعَدُّ السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطربة ظهوراً لديهم مثل الضرب والقتال والصراخ، ورفض الأوامر، والتخريب المتعمَّد.هذا مع العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين، فهم يبكون ويصرخون ويضربون ويقاتلون ويفعلون معظم الأشياء التي يفعلها الأطفال المضطربون سلوكياً والمعوقون انفعالياً، ولكنها لا تكون متكررة وشديدة كما هي لدى المضطربين سلوكياً وانفعالياً. هذه الفئة من الأطفال تربك الكبار، وهم لا شعبية لهم بين أقرانهم، ويتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة وايجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية والاهتمام. يُعَدَّ بعض هؤلاء الأطفال ممن لهم نشاط زائد أو إصابة في الدماغ، وبعضهم يطلق عليهم سيكوباتيين (Sociopathic) لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين عمداً دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ. وسلوكهم هذا مزعج جداً، ولا نستطيع مقاومته بطرق مقاومة السلوك المزعج العادية، وهم غالباً ما يؤنّبون ويعاقبون، ولكن لا يكون لذلك آية 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 الأشخاص غالباً ما يصرخ عليهم ويعاقبون، لذلك نرى أنه يجب التركيز على عملية التفاعل بين سلوك الطفل وسلوك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل. **(Halla-Han & Kauffman, 1991)**.

وقد درس باترسون وزملاؤه (Paterson, 1972) السلوك العدواني لدى الأطفال العاديين والمضطربين انفعالياً فوجدوا فروقاً ذات دلالة إحصائية بين تكرار أشكال السلوك العدواني لدى كل من العاديين والمضطربين انفعالياً، كما درس باندورا وزملاؤه **(Bandura, et. al., 1973)** السلوك العدواني وأشاروا إلى أن السلوك العدواني هو سلوك متعلم ويحدث نتيجة لإحباط الطفل سواء أكان ذلك في الأسرة أو المدرسة.

هذا ويشجع العدواني بطرق عدة مثل المكافآت الخارجية (المكانة الاجتماعية، القوة، الحصول على أشياء محببة) مكافآت بديلة (أن يرى العدواني الآخرون يحصلون على نتائج مرضية لعدوانهم)والتعزيز الذاتي (رضا الذات).

أما بالنسبة للعقاب، فمن الممكن أن يزيد استعماله من العدوان في حالات عدة، وهي إذا كان العقاب لا يتناسب والسلوك الذي قام به الفرد، أو إذا كان العقاب متأخراً بعد حدوث السلوك بوقت طويل.

ومن أكثر التكنيكات نجاحاً تتضمن التزويد بنماذج لاستجابات غير عدوانية في ظروف العدوان المزعج، أو مساعدة الطفل في تأدية دور السلوك غير العدواني، أو منع الطفل من الحصول على نتائج إيجابية لعدوانهم أو استخدام العقاب عند وقوع السلوك العدواني، بحيث يكون

العقاب على شكل الإقصاء (Tim out)؛ أي عزل اجتماعي لمدة قصيرة بدلاً من الصراخ أو الضرب.

وتشير الدراسات إلى أن العدوان أو السلوك الموجه نحو الخارج يظهر لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث.

كما أن السلوك العدواني يتلازم مع الفشل المدرسي، فهناك أهمية واضحة لتلبية حاجات الأطفال متدني التحصيل والعدوانيين **(Hallahan & Kauffman, 2003)** **(القمش والإمام، ٢٠٠٦، ص٢٧٥)**.

ب- السلوك الانسحابي:

يُعَدُّ السلوك الانسحابي مظهراً آخر من المظاهر المميزة لذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية ومثل هذه الاضطرابات تحمل مستقبلاً سيئاً بالنسبة للصحة العقلية عندما يكبر الطفل.

ولا يستطيع المضطربون سلوكياً وانفعالياً بدرجة بسيطة أو متوسطة والذين يتعرضون لنوبات سلوكية مثل الانسحاب في إقامة علاقات إنسانية طبيعية ومستمرة، ومثل هؤلاء يصعب عليهم مواجهة ضغوط الحياة اليومية ومتطلباتها. **(السرطاوي وسيسالم، ١٩٨٧)**

وهناك عدة تفسيرات للسلوك الانسحابي، فالمؤيدون للاتجاه التحليلي يرون أن وراء هذا السلوك الانسحابي صراعات داخلية ودوافع خفية غير مدركة، أما علماء النفس السلوكيون فيرجعون هذا الفشل إلى التعلم الاجتماعي، والتي دُعمت من قِبل كثير من الأبحاث التطبيقية وهم يُرجعون الانسحاب إلى البيئة غير الملائمة، وتتضمن العوامل السلبية للتنشئة الاجتماعية المقيدة جداً، والعقاب لاستجابات اجتماعية ملائمة،

وتعزيزاً للسلوك الانسحابي، وفقدان فرصة تعلم المهارات الاجتماعية وممارستها، ونماذج لسلوكات غير مناسبة. (**يحيى، ٢٠٠٣**)

هذا ويعد السلوك الانسحابي هو سلوك موجه نحو الداخل (Internalizing) أو نحو الذات وهو يتضمن الابتعاد من الناحيتين الجسمية والنفسية الانفعالية عن الأشخاص الآخرين وعن المواقف الاجتماعية التي تتطلب من الطفل التفاعل الاجتماعي.

وتظهر أشد حالات السلوك الانسحابي لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من ذهان الطفولة. وهذا النوع من السلوك يكثر بين الإناث مقارنة بالذكور. **(Shea, 1978)**

إن تأثير السلوك الانسحابي يكون على الفرد نفسه، وليس على الآخرين؛ إذ إنه لا يؤثر على الضبط الصفي ولا يسبب مشكلات للمعلم. إن الأفراد الانسحابيين عادة ما يكونون طفوليين في سلوكاتهم ومترددين في تفاعلهم مع الآخرين ونادراً ما يلعبون مع الأطفال في مثل سنهم؛ فضلاً عن أن المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية تنقصهم، وقد تنمو لديهم مخاوف لا أسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة.

وتعد المظاهر السلوكية الآتية من أبرز المظاهر التي تعبر عن السلوك الانسحابي لدى الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً:

- العزلة والتقوقع حول الذات.
- الاستغراق في أحلام اليقظة.
- الخمول والكسل.
- عدم المبادرة الاجتماعية.

- عدم تكوين صداقات. (**القمش والإمام، ٢٠٠٦**)

ج- السلوك الفج (Immature Behavior):

يقصد بالسلوك الفج، ذلك السلوك غير الناضج انفعالياً، والذي يصدر عن الأفراد المضطربين انفعالياً، مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين في المواقف الانفعالية نفسها، ومن الأمثلة التي توضح ذلك، ما يصدر عن الأفراد المضطربين انفعالياً من مواقف انفعالية لا تتناسب وطبيعة الموقف الانفعالي، من مثل المبالغة بالضحك واللامبالاة في المواقف المحزنة أو العكس، ويعدّ النكوص (Regression) مثالاً جيداً على أنماط السلوك غير الناضجة والتي تبدو من الأفراد المضطربين انفعالياً، ويقصد بذلك أن يسلك الفرد المضطرب انفعالياً بطريقة طفولية أو بأساليب طفولية كانت ناجحة فيما مضى، إزاء المواقف الانفعالية، مثل البكاء والاعتماد على الآخرين والتخلي عن المسؤولية.. الخ (**Hallahan & Kauffman, 1991**).

ثانياً: الخصائص العقلية والأكاديمية للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

تتمثل الخصائص العقلية والأكاديمية للأفراد المضطربين انفعالياً في عدد من المظاهر وخاصة لذوي الاضطرابات الانفعالية المتوسطة والبسيطة، والسؤال هنا هل تؤثر الاضطرابات السلوكية في قدرات الفرد العقلية أو الأكاديمية؟ وهل يزداد أو ينقص أداء الأفراد المضطربين سلوكياً على اختبارات الذكاء أو الاختبارات التحصيلية المدرسية؟

إن الإجابة عن تلك الأسئلة مرهونة بالتعرف إلى خصائص الأفراد المضطربين سلوكياً، العقلية وأثرها على أدائهم التحصيلي، وهنا لا بد من ذكر الملاحظات الآتية:

١. يصعب قياس القدرة العقلية للأفراد المضطربين انفعالياً وتشخيصها؛ وذلك بسبب صعوبة ضبط هؤلاء الأفراد في موقف اختباري يتطلب شروطاً معينة حتى يتم التعرف إلى قدرات هؤلاء الأفراد العقلية، خاصة ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة.

٢. تشير الدراسات التي أُجريت حول موضوع قياس القدرة العقلية للأفراد المضطربين انفعالياً وتشخيصها والذين أمكن قياسهم وتشخصيهم، إلى أن قدرات هؤلاء الأفراد المضطربين انفعالياً، تقع في حدود متوسطي الأداء العقلي على مقاييس الذكاء، أي متوسط أداء الأطفال المضطربين انفعالياً هو بحدود ١٠٠-٩٠ كما هو الحال لدى الأطفال العاديين، وتشير الدراسات إلى أن هناك نسبة من الأفراد المضطربين انفعالياً والذين قد تزيد نسبة ذكائهم عن متوسط الأطفال العاديين. (**السرطاوي وسيسالم، ١٩٨٧**).

٣. تشير الأبحاث التي أجريت حول موضوع تحصيل الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية وخاصة الدراسات التي يذكرها هلهان (١٩٧٧) وهيوارد (١٩٨٠) إلى تدني أداء الأفراد المضطربين انفعالياً من الناحية التحصيلية. ففي الدراسة التي أجراها جلافن وزميله **(Glavin & Annesley, 1971)** على ١٣٠ طفلاً من الأطفال المضطربين انفعالياً، أشارت إلى أن ١٨% من تلك المجموعة تواجه مشكلات تحصيلية في القراءة، وأن ٧٢% منهم تواجه مشكلات تحصيلية في الرياضيات. وتشير الأبحاث أيضاً أن معظم

الأشخاص المضطربين سلوكياً وانفعالياً يكون تحصيلهم في المدرسة منخفضاً مقاساً باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية فهم في العادة يحصلون على درجات أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي، وقليل جداً من يحصلون على درجات عالية في التحصيل، إن الكثيرين ممن يعانون من الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة يفتقرون حتى للمهارات الأكاديمية الأساسية التي تشمل القراءة والكتابة والحساب، والقليل منهم ممن يملكون مثل هذه المهارات لا يستطيعون تطبيقها والتعامل معها في الحياة اليومية (**القمش والإمام، ص٢٧٤**).

٤. يمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأطفال المضطربين سلوكياً بعوامل متعددة، منها تدني القدرة العقلية لبعضهم، إذ ليس من المستغرب أن نلاحظ تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكياً، وذلك بسبب تدني قدراتهم العقلية المقاسه باختبارات الذكاء، كما يمكن تفسير تدنّي الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكياً بعامل آخر هو أثر مظاهر الاضطراب الانفعالي في انتباه الأطفال المضطربين وتركيزهم سلوكياً في المواد الدراسية، فالطفل المضطرب انفعالياً يشغل معظم وقته وتفكيره في الأشكال والصور من المواد الدراسية، وعلى ذلك فليس من المستغرب تدني التحصيل الأكاديمي لهؤلاء الطلبة بسبب مظاهر الاضطرابات الانفعالية التي يعانون منها. وأخيراً فيمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكياً بعامل آخر، وهو ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات الانفعالية بحالات أخرى من الإعاقة، كصعوبات التعلم التي يُعَدُّ فيها النشاط الزائد

للفرد (Hyperactivity) سبباً في تشتت انتباه الفرد وتركيزه. (عبد الرحيم، ١٩٨٢)

ثالثاً: الخصائص الحركية:

تُعَدُّ الانحرافات في الاستجابات الحركية من بين أهم الأعراض التي يمكن ملاحظتها، وتُعدّ التعابير غالباً بأنها ذات طبيعة نشطة، وتتضمن أشكالاً من السلوك العرضي مثل الركض، قياس المكان ذهاباً وإياباً، عدم الراحة، مرجحة اليدين، هيجان المزاج، وتمزيق أو رمي الأشياء، يبدو أن بعض النشاطات السلبية تكون فاعلة في تخليص بعض الأفراد من القلق كتجميد الحركة وفقدان تناغم العضلة وضبطها في حالة الإغماء أو التشنج، وهي أيضاً من الأمور التي تواجههم. هذا وقد تأخذ الاستجابات الحركية نوعية متواصلة مثل تكرار غسل اليدين والمشي من أجل تجنب الشقوق على رصيف المشاة، إن هذه الأعمال المتكررة تسمى قسرية، قد يكون للنشاط الحركي نوعية شعائرية أو رسمية، الانشغال في الكتب على أنها مرتبة–منطوية، وأن الملابس معلقة بترتيب ثابت، والأحذية منتظمة. (القريوتي وآخرون، ١٩٩٥)

خصائص عامة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً على مختلف فئاتهم:

١. الفهم والاستيعاب Comprehension:

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة، يستطيع هؤلاء الاطفال لفظ الكلمات وسلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة، ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة.

٢. الذاكرة Memory:

الذاكرة هي القدرة على استرجاع المعرفة المتعلمة سابقاً، بعض الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة، فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل الملابس والأدوات وموقع صفوفهم.

٣. القلق Anxiety:

يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضطراب، وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وخجولون وانسحابيون ولا يشتركون بسلوكات هادفة في بيئتهم، ويظهرون القلق في النجاح وفي الفشل على حد سواء، أو عند لقاء أصدقاء جدد، أو وداع أصدقاء قدماء، أو عند البدء بنشاطات جديدة، أو عند انتهاء نشاطات مألوفة.

٤. السلوك الهادف إلى جذب الانتباه Attention seeking behavior:

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده، وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكات لجذب الانتباه تتضمن الصراخ، أو المرح الصاخب، أو التهريج، أو الأخذ بآخر حرف من كلمة في أي تعامل لفظي، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين والرجلين، مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه. **(Shea, 1978).**

٥. السلوك الفوضوي Disruptive behavior:

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكات الفرد أو الجماعة، ويتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء، والصفير وسلوكات أخرى تعيق النشاطات القائمة، وتتضمن هذه السلوكات العجز في الاشتراك بالنشاطات واستخدام الألفاظ السيئة.

٦. العدوان الجسدي Physical Aggression:

وهو عبارة عن القيام بسلوكات جسدية عدائية ضد الذات والآخرين بهدف إيذائهم وخلق المخاوف، والعدوان الجسدي ضد النفس، ويوصف بنشاطات تحطيم الذات مثل الضرب والعض والخدش، والإلقاء بالنفس على أسطح قاسية مثل الجدران والأرض وهكذا.. والهدف من مثل هذا السلوك هو إلحاق الأذى الجسدي بالذات.

٧. العدوان اللفظي Verbal Aggression:

العدوان اللفظي هو سلوك عدائي ضد الذات أو الآخرين للإيذاء، أو خلق المخاوف، والعدوان اللفظي ضد الذات يوصف بعبارات تحكيم الذات مثل قول (أنا غبي)، (أنا أحمق)، (أنا سيئ)، (خلقني الله عديم الفائدة)، والهدف من هذا السلوك هو إلحاق الأذى النفسي بالذات.

٨. عدم الاستقرار Instability:

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع، ويتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدواني إلى السلوك الانسحابي، ومن الهدوء إلى الحركة، ومن كونه متعاوناً إلى غير متعاون، وهكذا.

هـذا التقلـب في المـزاج غـير متنبـأ بـه، ويحـدث مـن دون وجـود سـبب ظاهر، ويوصف هؤلاء دائماً بأنهم سريعو التهيج وسلوكهم غير قابل لأن يتنبأ به.

٩. التنافس الشديد Over Competitiveness:

عبارة عن سلوك لفظي أو غير لفظي يكون للفوز بالمنافسة؛ أي أن يكـون الفـرد الأول أو الأحسـن في نشـاط معـين أو مهمـة معينـة، وهـذه المنافسة يمكن أن تكون مع الذات أو مع الآخرين. وروح المنافسة واحدة من أكثر الصفات الملاحظة في مدارسنا. وهذه المنافسة تكون موجودة في الأحـداث الرياضـية، وفي المدرسـة. أمّـا المنافسـة الشـديدة فتـؤثر تـأثيراً كـبيراً في مفهـوم الـذات لـدى الطفـل؛ وبخاصـة إذا كانـت المنافسـة غـير واقعيـة، وهذه بعض مظاهر المنافسة الشديدة التي تؤثر في الطفل في المدرسة:

١. رد فعـل عـدائي أو غـير مناسـب عنـدما لا يكـون الأول في نشـاط معين.
٢. رد فعل عدائي للفشل في نشاط معين.
٣. الشعور بالإحباط عند التعرض لنشاط غير مألوف.
٤. الاهتمام الزائد بالقوانين والتعليمات.
٥. الإصرار على التغييرات في القوانين والأنظمة.
٦. إظهار عدم الاهتمام.
٧. عدم الرغبة بالانخراط بنشاطات جديدة. **(يحيى، ٢٠٠٣، ص٩٥-٩٤)**

١٠. عدم الانتباه Inattentiveness:

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم القدرة على إكمال المهمة المعطاة له في

الوقت المحدد، هذا السلوك يتضمن عدم الاهتمام بالمهمة، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المشرف، ويظهر أنه مشغول البال، أو يقوم بأحلام اليقظة.

١١. الاندفاع Impulsivity:

هو الاستجابة الفورية لأي مثير، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير، وضعف في التخطيط، وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة، وغالباً ما تكون هذه الاستجابات خاطئة، ويوصف الأطفال المندفعون بأنهم لا يفكرون.

١٢. التكرار Reservation:

هو النزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط، بحيث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر. هذه المثابرة قد تكون لفظية أو جسدية، فقد يستمر الطفل بالضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرون قد توقفوا عن الضحك، أو أن يجيب عن سؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المناسبة، أو أن يستمر في الكتابة على ورقة ليصل إلى أقصى نهايتها، أو أن يستمر في ترداد كلمة معينة أو رقم معين، وهكذا..

١٣. مفهوم ذات سيئ أو متدن Concept-Poor self:

هو إدراك الشخص لذاته كفرد، أو ابن، أو ابنة، أو طالب أو صديق أو متعلم، وهكذا بحيث يكون غير متقبل بالمقارنة مع فاعلية الذات، ويدرك كثير من الأطفال أنفسهم على أنهم غير مناسبين، أو فاشلين، أو غير متقبلين، ويتمثل مفهوم الذات السيئ بعبارات تعكس هذا المفهوم من مثل: "لا أستطيع فعل ذلك"، "هو أفضل مني"، "لن أفوز أبداً"، "أنا

لست جيداً" مثل هؤلاء الأفراد يكون لديهم حساسية مفرطة عند النقد، ولا يكون لديهم الرغبة في الانخراط في كثير من النشاطات.

١٤. السلبية Negativism:

هي المقارنة المتطرفة والمستمرة للاقتراحات، والنصائح، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين، وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل (بعدم الرغبة في أي شيء). و(الموافقة على نشاطات قليلة)، (الاستمتاع بعدد محدود من النشاطات) (دائماً يقولون لا)، وإذا سئلوا يدل جوابهم على عدم السعادة سواء في المدرسة أو في برنامج معين أو مع الأصدقاء أو في تناول الطعام أو في البيت أو في المجتمع، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة.

١٥. الانحراف الجنسي:

عبارة عن سلوكات ذات دلالة جنسية غير مقبولة اجتماعياً، حيث إن هذا السلوك يخلق مسائل كثيرة ومتنوعة عندما تكون هناك محاولات لإظهار هذه السلوكات.

أولاً: من المعروف أن السلوك الجنسي يختلف حسب التقاليد المتبعة في المجتمع الواحد، وغالباً ما يعتمد تقويم مثل هذه السلوكات على ثقافة هذا الشخص الممارس لهذا السلوك ومجتمعه، وعلى ثقافة الشخص الذي يلاحظ هذا السلوك ومجتمعه.

ثانياً: بسبب وجود عدد كبير من المعلومات حول مظاهر السلوك الجنسي، فهناك صعوبة في تحديد معايير مقبولة للسلوك الجنسي في المجتمع في حالة وجود معيار عالمي.

هناك مجموعة من الأطفال والكبار يحولون إلى صفوف خاصة يظهرون واحداً أو أكثر من أنماط السلوك الجنسية الآتية:

١. انحرافات جنسية غالباً ما تظهر على شكل إثارات ذاتية، أو تدليل للأطفال أو للحيوانات.
٢. إظهار سلوك غير مناسب لجنس الفرد؛ أي إنه يتصرف بطريقة مختلفة عن أقرانه من الجنس نفسه.
٣. ألفاظ أو إيماءات ذات دلالة جنسية.

ومعظم الإحالات تكون بسبب الحساسية الزائدة لدى الآباء والمعلمين، والسلوكات الجنسية غير الملائمة غالباً ما تلاحظ من قبل الأطفال الذين ينقصهم نموذج جيد لهذا السلوك في البيت، والخطوات التي يجب أخذها من قبل المدرسة تزويد هؤلاء الأطفال بنماذج جذابة ومناسبة ومقبولة.

فالاستخدام المتكرر من قبل – الأطفال خاصة الكبار منهم – للسلوكات الجنسية، هي:

محاولة لجذب الانتباه من الآخرين من خلال سلوكات تجعلهم موضع اهتمام من قبل الكبار والأقران في البيئة، ومعظم الأطفال يجهلون ما تعنيه هذه الألفاظ والحركات التي يستخدمونها لجذب الانتباه فقط، فهم يعرفون أنها تجلب الانتباه. (**يحيى، ٢٠٠٣**).

وفي دراسة أجريت في الولايات المتحدة قام بها مجموعة من العلماء **(Linienfeld, Regor, Pasamanik, 1969)** حيث حلل هؤلاء العلماء ٣٦٣ سلوك طفل أمريكي من الأطفال البيض المضطربين سلوكياً وأظهرت نتائج الدراسة الخصائص السلوكية الآتية، وهي مرتبة حسب ما وردت في الدراسة:

١. التمرد وعدم الامتثال.

٢. السلوك غير المرغوب به في المدرسة.
٣. النشاط الزائد.
٤. عدم الامتثال اللفظي.
٥. مهاجمة الآخرين.
٦. التناقض وعدم التنظيم.
٧. الانسحاب.
٨. الشكوى والتذمر.
٩. النشاط الجنسي.
١٠. صفات أخرى من السلوكيات غير المصنفة (Millman, 1981).

خصائص (صفات) خاصة بالأطفال من ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جداً (الاعتمادية):

لقد أشارت العديد من الدراسات إلى العديد من الصفات والخصائص التي يمتاز بها الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة وشديدة جداً، وفيما يلي توضيح لأهم هذه الصفات والخصائص مع ضرورة الإشارة إلى أنه ليس بالضرورة أن تظهر لدى الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة أو شديدة جداً جميع هذه الصفات حيث يجب التركيز على معايير معينة مثل التكرار والشدة والفترة الزمنية لحدوث السلوك.

- **نقص مهارات الحياة اليومية:** تنقصهم مهارات العناية بالذات قد يكونون غير قادرين على إطعام أنفسهم، وغير متدربين على استخدام الحمام في سن الخامسة أو حتى العاشرة، وغير قادرين على التواصل مع الآخرين، إنهم يقدمون صورة طفولة عاجزة.

• **انحرافات إدراكية/ حسية:** من الشائع أن تجد أن الطفل شديد الاضطراب يظن أنه معاق بصرياً أو سمعياً، لأنه يبدو للوهلة الأولى أنه غير واع لما يجري حوله؛ إنه يتجاهل الناس، ويبدو أنه لا يتأثر بالحديث أو الصوت العالي أو الأضواء الساقطة، باختصار إنه غير مستجيب للمثيرات السمعية والبصرية.

• **عدم ارتباطهم أو علاقتهم بالناس الآخرين:** أحد المظاهر لسلوك الأطفال شديدي الاضطراب هو أنهم لا يتفاعلون مع الآخرين، بما فيهم والديهم وإخوانهم، ولا يوجد تبادل مشترك من الدفء والرضا بين الكبير والطفل.

• **الانحرافات اللغوية والنطقية:** العديد من الأطفال شديدي الاضطراب لا يتكلمون مطلقاً، ويبدو أنهم يفهمون اللغة، بعضهم يظهر المصاداة (أي ترديد ما يقوله الآخرون بغير فهم)، إنهم يستخدمون الضمائر بطريقة خاطئة.

• **إثارة الذات أو تنبيها:** السلوك النمطي المتكرر لتحقيق إثارة حسية أمر شائع عند شديدي الاضطراب، إن إثارة الذات تأخذ أشكالاً عدة(الهمس باللعب، تدوير جسم ما أو لفّه، التربيت على الخد، ضرب اليد، الحملقة في الضوء). من الصعب إشغال ذوي الاضطرابات السلوكية الشديدة في نشاط آخر.

• **سلوك إيذاء الذات:** بعض الأطفال شديدي الاضطراب يؤذون أنفسهم باستمرار وعن قصد، وطرق إيذاء الذات التي يتبعها هؤلاء الأطفال كثيرة، وتتضمن (العض — الضرب – الطعن).

• **العدوانية تجاه الآخرين**: من غير المعتاد أن يلقي ذوو الاضطرابات السلوكية بدرجة شديدة بمزاجهم الشديد على الآخرين أو أن يعاملوا الآخرين بطرق سيئة وقاسية، العض والخدش ورفس الآخرين، تعد من الخصائص العامة لهؤلاء الأطفال.

• **التكهن الضعيف**: إن التكهن أو التقدير لما يمكن أن يحدث هو أمر ضعيف عند هؤلاء الأطفال، فهم ميالون للتصرف على مستوى المعاقين عقلياً. **(Hallahan & Kauff-man, 1991)**.

• **عجز الإدراك**: يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين انفعالياً بشكل شديد لاختبار، وعند تطبيق اختبارات الذكاء والتحصيل عليهم، يحصلون على درجات منخفضة جداً وكأنهم متخلفون عقلياً بدرجة شديدة، في بعض الحالات يمكن أن نرى بعض الذكاء لدى الطفل عندما يستمر في محادثة ما، ولكن بعد فترة يكون من الواضح أن هناك موضوعاً واحداً محدداً فقط يستطيع أن يتحدث فيه. إنه سرعان ما تتحول المحادثة إلى شيء عديم الفائدة، وبعض الأطفال المعوقين انفعالياً وسلوكياً يبدون أذكياء، وبعضهم يبرز قدرة مدهشة على التذكر والتقدير، ولكنَّ ذكاءَهم هذا يكون زائفاً، فهم لا يستطيعون استخدام هذا الذكاء وإظهاره في المهمات والمهارات كل يوم. **(يحيى، ٢٠٠٣)**

وتجدر الإشارة إلى أن معظم الدراسات توصلت إلى وجود خصائص عامة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً على مختلف فئاتهم وأهم هذه الخصائص:

١. لديهم ضعف في الفهم والاستيعاب.

٢. لديهم ذاكرة ضعيفة.

٣. قلق غير مسوّغ.
٤. يظهرون سلوكات تهدف إلى جذب الانتباه.
٥. لديهم مزاج متقلّب.
٦. لديهم حركة زائدة وتشتت في الانتباه.
٧. مندفعون ومتسرعون.
٨. تقديرهم لذاتهم متدني.
٩. غير قادرين على بناء علاقات اجتماعية فاعلة.
١٠. يظهرون سلوكات جنسية منحرفة.
١١. الشكوى من علل النفس — جسدية غير صحيحة.
١٢. التمرد المستمر.
١٣. لديهم ضعف في الدافعية. **(Shea, 1978)**

ملخص الفصل:

يعد الفصل الحالي بمثابة تمهيد ومدخل لهذا الكتاب من خلال التوضيح لمفهوم السواء والشذوذ.. ومفهوم الاضطرابات السلوكية، من قبل عدد من الباحثين، ويبدأ الفصل بمقدمة عامة عن مرحلة الطفولة لينطلق بعد ذلك لتناول عدد من المفاهيم الأساسية مثل مفهوم السواء واللاسواء، ومحددات السلوك السوي كالفعالية، والكفاية والملاءَمة، والمرونة والقدرة على الاستفادة من الخبرة، والقدرة على التواصل الاجتماعي، وتقدير الذات، ثم ينتقل بعد ذلك إلى الجانب الآخر وهو السلوك غير السوي، وبعض محدداته مثل الندرة الإحصائية، وانتهاك المعايير، والكرب الشخصي...

ويخصص الجزء المتبقي في هذا الفصل للحديث عن الاضطرابات السلوكية وأهم تعريفاتها.

كما تناول هذا الفصل موضوع تصنيف الاضطرابات السلوكية، وقد بدأ الفصل بمقدمة عامة، ناقشنا من خلالها مفهوم التصنيف وفوائده، ثم قدمنا قسماً خاصاً لتعريف التصنيف وأنواعه، وأفردنا قسماً خاصاً لتصنيف الاضطرابات السلوكية من منظور تاريخي.

حتى انتهينا إلى أهم المراجع والأدلة التصنيفية مثل التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات النفسية، وكذلك الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والخامس الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية، ثم عرضنا أبرز النظريات المفسرة للاضطراب، وتطرقنا لأبرز الصفات الخاصة.

الفصل الثاني
اضطرابات الأكل

محتوى الفصل

مقدمة.

أولاً: تصنيف اضطرابات الأكل والتغذية.

ثانياً: اضطرابات الأكل والطعام في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة منها.

أ. الوهم الشاذ.

ب. الاضطراب الاجتراري.

ج. اضطرابات التغذية في الرضاعة والطفولة المبكرة.

ثالثاً: اضطرابات الأكل والطعام في مرحلة الرشد.

أ. فقدان الشهية العصبي.

ب. الشره العصبي.

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

مقدمة:

تتميز اضطرابات الأكل باضطرابات شديدة في سلوك الأكل، كما تتميز اضطرابات التغذية والأكل في مرحلتي الرضاعة "Infancy" والطفولة المبكرة "Early child hood" بالتغذية المتواصلة "persistent Feeding" وصعوبات الأكل " Eating disturbances" الأخرى، وتضم هذه الاضطرابات عادة كلاً من "وهم الطعام الشاذ أو أكل مواد لا تؤكل، إضطراب الاجترار " pumination disorder"، واضطرابات التغذية في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة"، وتضاف للأشكال السابقة أشكال أخرى مرتبطة بسلوك الأكل، ومنها رفض الأكل والعزوف عن الطعام، ومشكلات مرتبطة بشكل غير مباشر بعمليات الأكل والطعام بما فيها التقيؤ والتجشؤ والإصرار على الأطعمة السريعة غير الصحيحة. (**عبد الستار وآخرون، ١٩٩٣، ص٢٨٥**).



أما اضطراب الشهية العصبي "فقدان الشهية" Anorexia Nervosa، واضطراب الشره العصبي "Bulimia Nervosa" برغم أنها من الاضطرابات المتصلة بالأكل والطعام إلا أنهما يصنفان منفصلين مع اضطرابات الراشدين. **(American psychiatric Association, 1994, p. 339)**

ومن بين مشكلات الأكل في الطفولة تعد مشكلة الشهية للطعام من المشكلات الرئيسة التي تثير جزع كثير من الأسر، وطبقاً لملاحظة خبراء النمو فإن شهية الطفل للطعام تقل بين السنة الثانية والسنة الثالثة من العمر، وتبدأ الشهية بالاعتدال بدخول السنة الثالثة وتمتد الشهية للأكل

حتى تشمل أنواعاً من الطعام كان يرفضها الطفل من قبل، ولكن الشهية تدخل في مرحلة تناقص جديد في السنة الرابعة؛ فضلاً عن أن الطفل في هذه السنة قد يرفض أنواعاً من الطعام، كان قد سبق له تقبُّلُها، وتتحسن الشهية من جديد في الفترة من ٤,٥ إلى ٥ سنوات، ثم تبدأ في الاعتدال، وتستمر على ذلك حتى ٨ سنوات، وعند بلوغ الطفل سن ١٢ سنة تزداد الشهية بشكل لافت للنظر، غير أنها ما تلبث أن تنتظم في سن الـ ١٣ سنة، وكذلك الحال بالنسبة لعادات الأكل الأخرى.

أولاً: تصنيف اضطرابات الأكل والطعام:

تصنف اضطرابات الأكل والطعام طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس للاضطرابات النفسية الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM-IV إلى قسمين رئيسين:

الأول: اضطرابات الأكل والطعام التي تشخص عادة في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة.

الثاني: اضطرابات الأكل التي تصنف كفئة منفصلة ضمن اضطرابات الراشدين.

أما في الدليل العالمي العاشر لتصنيف الاضطرابات السلوكية والعقلية الصادر عن هيئة الصحة العالمية، فتوجد هذه الاضطرابات في فئتين:

الأولى: اضطرابات الأكل، وتشمل فقدان الشهية العصبي، وفقدان الشهية العصبي غير النمطي الشره (الضور) العصبي والشره (الضور) العصبي غير النمطي، وفرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخرى، والمرتبط باضطرابات نفسية أخرى.

أما الفئة الثانية: فتقع ضمن اضطرابات سلوكية وعاطفية أخرى تبدأ عادة في أثناء الطفولة والمراهقة، ومنها اضطراب الأكل في الرضاعة أو الطفولة والوهم الشاذ في الرضاعة أو الطفولة. **(world Health Organization, 1992, p288)** وفيما يأتي نقدم وصفاً لبعض هذه الاضطرابات:

أولاً: اضطرابات الأكل والطعام التي تشخص عادة في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة:

- **الأكل (الوهم) الشاذ "pica":**

المحكات التشخيصية:

١. الأكل المستمر لمواد غير غذائية، ولا تصلح للأكل لفترة شهر على الأقل.
٢. يُعد أكل المواد غير الغذائية غير مناسب للمرحلة التطورية للفرد.
٣. السلوك الطعامي ليس جزءاً من ممارسة مدعومة ثقافياً أو مناسبة اجتماعية.
٤. إذا حدث سلوك الأكل في أثناء سير اضطراب نفسي، عقلي آخر (مثل الإعاقة الذهنية، اضطراب طيف التوحد، فصام)، فإنه يكون من الشدة بما يكفي ليستحق انتباهاً سريرياً مستقلاً.

الانتشار:

ينتشر هذا الاضطراب بين الجنسين، ولكنه نادر لدى الراشدين، ويكثر في حالات التأخر العقلي والنساء الحوامل، وتشير بعض الدراسات إلى أن ١٠-٣٢% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عام وستة أعوام حدثت لهم اضطرابات البيكا (أكل مواد غير صالحة للأكل). **(حمودة، ١٩٩١، ص٢١١)** وقد ينظر إلى أكل القاذورات والمواد الأخرى

التي لا تؤكل على أنه أمر ذو قيمة في بعض الثقافات، ويبدأ حدوث الوهم الشاذ في مرحلة الرضاعة، ويمتد في معظم الحالات، لعدة شهور، ثم يتحسن بعد ذلك، وقد يستمر أحياناً حتى المراهقة أو بشكل أقل تكراراً في مرحلة الرشد، وقد يضعف هذا السلوك أو يقل لدى الأفراد المتأخرين عقلياً في مرحلة الرشد.

أسباب الوهم الشاذ:

١. وجود اضطرابات نفسية أخرى مثل الاضطرابات النمائية المنتشرة والفصام (الهذاءات) وزملة كلاين – ليفين (Kleine Levin Syndrome).
٢. وجود هذا الاضطراب كجزء من اضطرابات الأكل الأخرى كالشره العصبي واضطرابات التغذية في الرضاعة والطفولة المبكرة.
٣. بعض العوامل الثقافية الخاصة عند بعض الشعوب.
٤. النقص الغذائي في بعض العناصر كالكالسيوم.
٥. سوء العلاقة بين الأم والطفل التي ينتج عنها عدم إشباع الحاجات الفمية (**ألفت محمد، ١٩٩٥، ص٢١١-٢١٢**).

ثانياً: الاضطراب الاجتراري: "Rumination disorder"

المظهر الأساسي للاضطراب الاجتراري هو الاسترجاع المتكرر وإعادة مضغ الطعام لدى الرضيع أو الطفل، بعد فترة من الأداء السوي، ويستمر لفترة شهر على الأقل، ويتم استرجاع الطعام المهضوم جزئياً إلى الفم من دون غثيان أو تقيؤ أو اشمئزاز واضح، واضطراب معدي معوي مصاحب، وعندئذ قد يُلفظُ الطعام من الفم أو يُمضَغ ويُعاد بلعه وهو الشكل الأكثر تكراراً، كما أن هذا الاضطراب لا يُعدُّ اضطراباً مستقلاً إذا حدث فقط في أثناء فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي، وعندما يحدث الاضطراب في أثناء التأخر

العقلي والاضطرابات النمائية المنتشرة، فينبغي أن يكون من الشدة بحيث يستدعي اهتماماً إكلينيكياً مستقلاً، ومن الشائع ملاحظة هذا الاضطراب لدى الرُّضَّع، ولكنه قد يظهر لدى الأفراد الأكبر سناً، خاصة أولئك المصابين بالتأخر العقلي، ويُظهر الأطفال المصابون بهذا الاضطراب خصائص مميزة مثل شد الظهر وتقويسه، وبقاء الرأس إلى الخلف، وعمل حركات امتصاص بألسنتهم، ويعطون انطباعاً بأنهم يحصلون على الإشباع من هذا النشاط، كما يكونون مستثارين وجائعين بشكل عام بين نوبات اجترار الطعام، وبرغم جوع الرضيع الواضح، وتناوله كميات كبيرة من الطعام، فإنه قد يحدث سوء التغذية؛ لأن الاجترار يعقب التغذية مباشرة، ويمكن حدوث تناقص في الوزن، وفشل في الوصول إلى الوزن المتوقع حتى الوفاة، حيث كانت نسبة الوفيات تزيد على ٢٥% ويبدو سوء التغذية أقل احتمالاً عند الأطفال الأكبر عمراً والراشدين الذين يكون الاضطراب لديهم إما مستمراً أو على شكل نوبات. **(World Health Organization, 1992, p93)**.

الانتشار:

يبدو أن اضطراب الاجترار غير شائع، وقد يحدث غالباً لدى الذكور أكثر من الإناث (**المرجع السابق، ص٩٧**).

المحكات التشخيصية لاضطراب الاجترار:

١. الارتجاع المتكرر وإعادة مضغ الطعام وذلك لمدة شهر على الأقل وعقب فترة تغذية طبيعية.

٢. لا يرجع هذا الاضطراب إلى حالات مصاحبة للجهاز المعدي المعوي ولا لحالات طبية عامة أخرى.

٣. لا يحدث السلوك بوجه خاص في أثناء حدوث فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي وإذا حدث الاضطراب بوجه خاص في أثناء حدوث التأخر العقلي أو الاضطراب النمائي المنتشر، ينبغي أن يكون شديداً بدرجة تكفي للملاحظة الإكلينكية. (**المرجع السابق، ص٩٨**)

أسباب اضطراب الاجترار:

١. العوامل والمشكلات النفسية والاجتماعية مثل نقص التنبيه والإهمال، ومواقف الحياة الضاغطة، والمشكلات في علاقة الطفل بوالديه، وإذا كان القائم بالرعاية غير مشجع، أو المحيط، أو تأخر بسبب خبرات التغذية غير الناجحة أو الرائحة المنفرة للمواد المسترجعة.

٢. اضطراب ميكانيكي في المعدة والمري أو بسبب عيوب خلقية أو حالات طبية عامة كالعدوى في الجهاز المعدي المعوي.

٣. كعرض ثانوي لحالات التأخر العقلي، أو الشره العصبي أو فقدان الشهية العصبي.

ثالثاً: اضطرابات التغذية في الرضاعة والطفولة المبكرة:

المظهر الرئيس لهذا الاضطراب هو الفشل المستمر في الأكل بشكل كاف كما ينعكس في فشل جوهري للوصول إلى الوزن المناسب، أو فقدان واضح للوزن على مدى شهر على الأقل، ولا تكون هناك حالات معدية معوية أو حالات طبية عامة، وتكون شديدة بدرجة كافية لتفسير الاضطراب في التغذية، ولا يكون الاضطراب مصاحباً لاضطراب نفسي آخر، (مثل اضطراب الاجترار) أو بنقل في الطعام المتاح، وينبغي أن يكون حدوث الاضطراب قبل عمر السادسة، ويُلاحظ على الرضع الذين يعانون من هذا الاضطراب أنهم مستثارون بوجه خاص، ومن الصعب

عليهم التسلي أو المرح في أثناء التغذية، ويبدو عليهم التبلد والانسحاب، وقد يظهرون تأخراً نمائياً في بعض الحالات.

الانتشار:

يرتبط الحدوث المتأخر (في عمر ٢-٣ سنوات) إضافة للرضاعة، بدرجات منخفضة من التأخر النمائي وسوء التغذية، على الرغم من إمكانية ملاحظة تأخر في النمو، وتعدّ نسبة انتشار اضطراب التغذية في الرضاعة والطفولة المبكرة متساوية لدى الذكور والإناث.

ويتبين أن من بين حالات دخول مستشفيات الأطفال نسبة تتراوح بين ١-٥% من حالات الفشل في الوصول إلى الوزن المناسب، وما يقرب من نصف هذه الحالات يعكس اضطراب التغذية من دون وجود حالات طبية عامة واضحة.

المحكات التشخيصية لاضطراب التغذية في الرضاعة والطفولة المبكرة:

١. الفشل المستمر في الأكل بشكل كافٍ مع فشل جوهري في الوصول إلى الوزن المناسب أو فقدان واضح للوزن على مدى شهر على الأقل.
٢. لا يرجع الاضطراب لحالات معدية معوية أو حالات طبية عامة.
٣. لا يمكن تفسير الاضطراب في التغذية بوجود اضطراب نفسي آخر، أو وجود نقص في الطعام المتاح.
٤. يكون الحدوث قبل السادسة من العمر.

أسباب اضطراب التغذية في الرضاعة والطفولة المبكرة:

١. تسهم مشكلات تفاعل الطفل مع الوالدين في تفاقم مشكلات الرضع الغذائية (مثل تقديم الطعام بشكل غير مناسب، أو الاستجابة لرفض الطفل للطعام كما لو كان نوعاً من العدوان أو الرفض).

٢. قد يزيد الانخفاض في السعرات الحرارية المطلوبة من تفاقم المظاهر المصاحبة.

٣. الصعوبات العصبية المنتظمة مثل صعوبات النوم والاستيقاظ والتقيؤ المتكرر والاختلالات الارتقائية السابقة.

٤. الاضطرابات النفسية لدى الوالدين وسوء معاملة الطفل وإهماله (**المرجع السابق، ص٩٩**).

ثانياً: اضطرابات الأكل التي تصنف ضمن اضطرابات الراشدين:

أكثر الاضطرابات شيوعاً ضمن فئة الراشدين، اضطراب فقدان الشهية العصبي "Anorexia Nervosa" والشره (الضور) العصبي "Bulimia Nervosa"، ويتميز فقدان الشهية العصبي برفض الحفاظ على وزن الجسم العادي في أدنى حدوده، بينما يتميز الشره العصبي بنوبات متكررة من "Binge eating" أشكال سلوكية غير ملائمة مثل التقيؤ المتعمد وتعاطي المسهلات أو مدرات البول أو علاجات أخرى أو الصيام أو التمارين العنيفة، ويُعدّ الاضطراب في إدراك شكل الجسم ووزنه ملمحاً أساسياً في كل من فقدان الشهية العصبي، أو الشره العصبي **(Darison, 1994, p449)** وقد تم وضع السمنة البسيطة "Obesity" في الدليل العالمي العاشر للأمراض النفسية كونها حالة طبية عامة، لكنها لم تظهر في الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع؛ لأنها لم ترتبط بشكل

متسق بزملة نفسية أو سلوكية، ومع ذلك فعندما يكون هناك دليل على أن العوامل النفسية مهمة في إحداث الاضطراب أو في مجرى حالات معينة من السمنة، يمكن الإشارة إليه بملاحظة وجود عوامل نفسية تؤثر في الحالة الطبية.

١. فقدان الشهية العصبي: المظاهر الأساسية لفقدان الشهية العصبي، هي رفض الفرد المحافظة على وزن الجسم الطبيعي، ويكون خائفاً بشدة من زيادة الوزن، وتظهر اضطرابات جوهرية في إدراك شكل جسمه وحجمه، وتعاني الإناث البالغات اللاتي يصبن بهذا الاضطراب من انقطاع الدورة الشهرية.



ويستمر الفرد محافظاً على وزنه تحت المستوى الطبيعي المعقول الملائم لعمره وطوله، وعندما يظهر فقدان الشهية العصبي لدى الفرد في أثناء الطفولة أو المراهقة المبكرة قد يكون هناك فشل في الوصول للوزن المتوقع (مع استمرار النمو في الطول) بدلاً من فقدان الوزن.

وينشأ فقدان الوزن عادة خلال نقص في المعدل الإجمالي لاستهلاك الطعام، وعلى الرغم من أن الأفراد قد يبدؤون باستبعاد الأطعمة التي يعدونها مرتفعة السعرات الحرارية من قائمة طعامهم، فإنهم قد ينتهون بنظام غذائي صارم جداً يقتصر في بعض الأحيان على أطعمة قليلة محددة.

ويعاني هؤلاء الأفراد من خوف شديد من زيادة الوزن أو البدانة، ولا يزول هذا الخوف بفقدان الوزن الفعلي، حيث تزداد العناية بقضية زيادة

الوزن حتى مع استمرار تناقص الوزن، وينشغلون دائماً بمسألة تقدير وزن الجسم وحجمه، والقياس الوسواسي لأجزاء الجسم، واستخدام المرآة دائماً للتأكد من وجود البدانة أو الترهل، ويعتمد تقدير الذات لدى المصابين بفقدان الشهية العصبي على شكل وزن أجسامهم، وينظرون إلى فقدان الوزن على أنه إنجاز مهم وعلامة على الضبط الذاتي الممتاز.

ويحضر الفرد عادة لطلب العلاج من خلال أفراد أسرته بعد ملاحظتهم حدوث انخفاض ملحوظ في الوزن أو الفشل في الوصول إلى الوزن المتوقع، وعندما يطلب الأفراد المصابون بهذا الاضطراب المساعدة من تلقاء أنفسهم، فإن ذلك يكون بسبب الأعراض الجسمية والنفسية الثانوية للجوع (**المرجع السابق، ص٥٤٠**).

ومن المشكلات التي تظهر مع فقدان الشهية ظهور الأعراض الاكتئابية والانسحاب الاجتماعي، والقابلية للاستثارة أو الأرق، وفقدان الاهتمام بالجنس (لدى البالغين)، كما تكون الأعراض الوسواسية القهرية المرتبطة وغير المرتبطة بالأكل ظاهرة في العادة، والحاجة الملحة للتحكم في البيئة الشخصية، والتفكير المتصلب والتعبير الانفعالي المحدود، والتلقائية الاجتماعية الضيقة.

الانتشار:

تبين نتيجة دراسات عديدة أن الإناث في المراهقة المتأخرة والرشد المبكر يظهر لديهم الاضطراب، وهناك بيانات محددة تُعنى بانتشار الاضطراب لدى الذكور، ويبدو أن فقدان الشهية العصبي آخذ في الزيادة في الوقت الراهن.

ومن النادر أن يبدأ فقدان الشهية العصبي قبل البلوغ، لكن هناك إشارات إلى أن شدة الاضطرابات النفسية المصاحبة قد تكون أكبر لدى الأفراد البالغين الذين يُصابون بالاضطراب، وعلى الرغم من أن البيانات توحي بأن الاضطراب يظهر في المراهقة المبكرة.

وقد تبين من المسح الذي أجراه واتيكر (**Whitaker**، وزملاؤه، ١٩٩٠)، أن نسبة ٣% من الإناث صغيرات السن في الصف التاسع مصابات بالاضطراب، وفي المقابل هناك غياب لهذا الاضطراب في الذكور في العمر نفسه **(Whitaker, 1990, p487-496)**.

المحكات التشخيصية لفقدان الشهية العصبي:

١. رفض المحافظة على وزن الجسم في حدوده الدنيا السوية الملائمة للعمر والطول حيث يؤدي فقدان الوزن إلى إبقاء الجسم في وزن يقل ٨٥% عن الوزن المتوقع، أو الفشل في الوصول إلى الوزن المتوقع خلال فترة النمو.

٢. الخوف الشديد من زيادة الوزن أو السمنة حتى لو كان الفرد منخفض الوزن فعلاً.

٣. اضطراب في طريقة إدراك الفرد لوزنه وشكل جسمه مع إنكار لخطورة الانخفاض الشديد في الوزن.

٤. انقطاع الطمث لدى الإناث البالغات (ثلاث مرات متتابعة على الأقل) بعد انتظام سوي لها، أو تأخر بداية العادة الشهرية في حال حدوث الاضطراب قبل البلوغ. **(World Health Organization, 1992, p543)**

أسباب فقدان الشهية العصبي:

١. وجود أحداث حياتية ضاغطة مثل: (ترك المنزل أو الدراسة، والعلاقات العاطفية).

٢. بعض العوامل الوراثية حيث تبين زيادة هذا الاضطراب لدى التوائم المتماثلة على التوائم المتآخية، ووجود مؤشرات لتزايد هذا الاضطراب عند أقارب الدرجة الأولى (**المرجع السابق، ص٣٠٦**).

٣. بعض الاضطرابات في وظائف الغدد الصماء والمرجح أن جميع العوامل السابقة تتفاعل سوياً لإحداث هذا الاضطراب؛ فضلاً عن آليات نفسية معينة في الشخصية (**عكاشة، ١٩٩٢، ص٥٠٦**).

٢. **الشره العصبي: (Bulimia-Nervosa)**: بوليميا كلمة يونانية الأصل تعني الثور الجائع "Hungry Ox" وأطلق هذا الاسم على هذا الاضطراب لدى الشخص الذي يعاني منه حيث يأكل مثل الثور الجائع، بمعنى أن الشخص الذي يعاني من هذا الاضطراب ينغمس في التمتع بتناول الأكل بأسلوب لا يمكن التحكم فيه أو كبح جماحه.



تعريف الجمعية الأمريكية للكبت النفسي:

"American Psychiatric Association":

تناول كميات ضخمة من الطعام أكثر مما يأكله معظم الأفراد عادة، ويحدث ذلك في فترة قصيرة جداً أقل من ساعتين عادة وبسرعة شديدة، وفي أثناء ذلك يشعر المريض أنه مجبر على ذلك حيث لا يتمكن من التحكم في سلوك الأكل لديه، وتنتهي فترة الشراهة هذه بتعب جسمي؛

متمثلاً في آلام بالمعدة والشعور بالغثيان. ويلي هذه الفترة عادة الشعور بالخجل والاكتئاب والنفور من الذات أو التقزز منها، ويستخدم الفرد الذي يعاني من الشره العصبي عادة المليّنات ومدرات البول مع التقيؤ أو إحداث القيء بشكل صناعي مع أن معظم المرضى يتقيئون بإرادتهم **(Dsm-VI, 2004, 584)**، وعلى الرغم من أن الطعام المستهلك يختلف في أثناء نوبات الشره، فإنه عادة يشتمل على الحلوى والأطعمة ذات السعرات الحرارية المرتفعة، مثل: الآيس كريم أو الكيك، ومع ذلك فإن الأكل الشره يتميز بالشذوذ في كمية الطعام المستهلك أكثر منه في نوعية الغذاء مثل المواد الكربوهيدراتية.

ويعاني الأشخاص المصابون بالشره العصبي من الخجل نتيجة مشكلات الأكل، ويحاولون إخفاء أعراضهم، وقد تستمر نوبة الشره حتى يشعر الشخص بالامتلاء المزعج أو المؤلم.

وقد قدمت شيلسر ستروب "Schleiser Strop, 1984" صورة لمراجعتها عن الشره العصبي تتلخص في الآتي:

١. نسبة الرجال الذين يصابون بهذا الاضطراب قليلة جداً.
٢. يُعَدُّ الشره العصبي مشكلة خاصة بالمراهقة والرشد المبكر، وحالات قليلة جداً هي التي تبدأ بعد الثلاثين.
٣. يميل الأكل الزائد لأن يسبق الإسهال بحوالي ثلاث سنوات.
٤. تتفاوت دائرة الشره – الإسهال بشكل واضح فمن مرة في اليوم إلى مرة في الأسبوع، وقد تصل إلى ٣٠ مرة في الأسبوع. **(Sihlesier, 1984, p311)**

الانتشار:

تعتمد تقديرات الشره العصبي على نوع المقاييس المستخدمة، وتعريفات سلوكيات الأكل الشره والإسهال.

وقد تبين أن ١-٢% من طالبات الجامعة يستوفين محكات التشخيص الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لهذا الاضطراب، وتشير مصادر أخرى إلى أن نسبة حدوثه في الإناث تتراوح بين ١-٣ %، بينما يكون معدل انتشاره لدى الذكور (عُشر) نسبته لدى الإناث.

وتبين أن الشره العصبي يحدث بتكرارات متشابهة في معظم الدول الصناعية، ولوحظ أن الأكل الشره يبدأ عادة في أثناء برنامج غذائي أو بعده (حمية)، وقد أشارت دراسات عدة إلى تكرار متزايد للشره العصبي والاضطرابات المزاجية وتعاطي المخدرات في أقارب الدرجة الأولى للأفراد المصابين بالشره العصبي (**World Health Oranization, 1992, p550**).

أسباب الشره العصبي:

١. قد ينشأ الشره العصبي بسبب الحالات المزاجية.
٢. قد ينشأ بسبب وجود رهاب مرضي من الوزن واضطراب في إدراك المريض لحدود جسمه.
٣. قد يحدث بسبب اتباع نظام غذائي (حمية) وما يعقبها من إحساس بالجوع.
٤. قد تكون هناك بعض العوامل الوراثية؛ نظراً لما لوحظ من تزايد الشره العصبي بين أقارب الدرجة الأولى للأفراد المصابين بالشره (**المرجع السابق، ص٥٤٦**).

اضطرابات الأكل الشائعة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة:

تمثلت اضطرابات الأكل لدى المعاقين عقلياً في أن نسبة كبيرة لديهم اضطراب شديد وشديد جداً، ونسبة أخرى لديهم مشكلات الامتناع عن الأكل وفقدان الشهية العصبي، والشره العصبي، وتثبيت الغذاء على طعام واحد فقط، أو رفض الغذاء، ثم الإفراط في الأكل، كذلك عدم التعاون في أثناء الوجبات، والأكل الفوضوي واجترار الأكل وتقيؤه، والمضغ، والبصق المفرط للطعام، وأكل الأشياء الشاذة كالورق والطين، والبدانة أو انخفاض الوزن.

أما الأطفال الذين لديهم داون سندروم، فيتميزون بالإفراط في الطعام والبدانة الزائدة أكثر من غيرهم من المعاقين عقلياً، كذلك لديهم مشاكل تمثلت في انخفاض مهارات إطعام الذات، ومشكلات في المضغ والبلع، أما الأطفال ذوو الشلل الدماغي فيجدون صعوبة في تحريك أعضاء الأكل بسبب خلل في المنطقة الحركية في الدماغ المسؤولة عن حركتها، ويعانون من صعوبة في البلع لضعف عضلات البلعوم، ولديهم صعوبة في مص السوائل، وقضم الأطعمة، كما تشكل الحركات الإرادية لجسم ذي الشلل الدماغي عائقاً في سبيل إطعام نفسه وتطور مهارات الأكل لديه، وقد يجد صعوبة في غلق فمه؛ مما يتطلب التدخل المبكر لتدريب الطفل، وفيما يتعلق بالإعاقة البصرية فقد كانت مشكلاتهم في فقدان الشهية العصبي، والشره العصبي خاصة لدى المراهقات الكفيفات.

أما الإعاقة السمعية فقد تميزوا بفقدان الشهية العصبي والشره العصبي لدى المراهقين المعاقين سمعياً، سواء الإعاقة السمعية الكلية أو الجزئية،

وفيما يتعلق بالإعاقة الجسمية، فقد كان لديهم فقدان الشهية العصبي، والشره العصبي وفوضوية الأكل لدى المراهقين من المعاقين جسمياً.

أما اضطراب الأكل لدى أشخاص التوحد، يظهر لديهم اضطراب الأكل والشرب والنوم مثل الاعتماد على الغير وقصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة والاستيقاظ ليلاً المصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو ضبط الرأس. (**النوبي، ٢٠١٠**).

علاج اضطرابات الأكل والتغذية:

تتفاوت اضطرابات الأكل والتغذية من حيث قابليتها للعلاج، وإن كان علاج بعضها يمثل عملية مجهدة وشاقة كما هو الحال في فقدان الشهية العصبي (**Davison, 1994, p450**).

وتبدأ عمليات العلاج عادة بمحاولة تحديد الأسباب المسؤولة عن هذه الاضطرابات والتي غالباً ما تكون نفسية واجتماعية، ومن ثم تحديد الأساليب العلاجية الممكنة، ويمكن تصنيف أساليب العلاج التي تستخدم في علاج اضطرابات الأكل إلى علاجات أساسية (موجهة للاضطراب ذاته) أو ثانوية مساعدة (لعلاج بعض الآثار الجانبية التي صاحبت الاضطراب الأصلي)، كما تصنف إلى علاجات حسب نوع الاضطراب رغم ما بينها من عناصر مشتركة، فيكون هناك علاج لفقدان الشهية العصبي، وعلاج للشره العصبي وعلاج للوهم الشاذ... وغير ذلك، وتصنف أيضاً إلى علاجات قصيرة المدى، وأخرى طويلة المدى، وتصنف أيضاً إلى أنواع في ضوء الأسس النظرية التي تستند إليها:

١. **العلاج العضوي الكيماوي**: وقد يكون أولياً أو ثانوياً، ويستخدم في عدة أنواع من الاضطراب، مثل: فقدان الشهية العصبي، والوهم الشاذ،

واضطراب الاجترار لدى الرضع والأطفال، ففي حالة فقدان الشهية العصبي يتم إجراء الفحوص المعملية، ويتم حجز المريض بالمشفى في الحالات الشديدة والمتوسطة، ويبدأ العلاج الكيميائي لاستعادة الوزن وعلاج مضاعفات الهزال والجفاف خوفاً من الوفاة، وقد يُعطى الأنسولين والفيتامينات والمهدئات والمطمئنات ومضادات الاكتئاب. (**حمودة، ١٩٩١، ص٢٠٥**)

أما في حالة الوهم الشاذ، فيتم إعطاء العلاجات التي تساعد على إزالة التسمم، وإعطاء بعض العلاجات التي تحتوي على عناصر غذائية مثل الحديد والكالسيوم والزنك.

٢. **العلاج النفسي**: يُعد العلاج النفسي ضرورياً في جميع حالات اضطرابات الأكل، باستثناء الأطفال الصغار، وحتى في بعض هذه الحالات يوجه العلاج النفسي إلى الآباء، بدلاً من الطفل. وفي جلسات العلاج النفسي يُشَجَّعُ المريض على التنفيس عن رغباته وشعوره وخبراته لكي يتم التوصل إلى العوامل الدفينة التي تقف خلف هذا الاضطراب ومن ثم مساعدته على تحقيق الاستبصار بهذه الدوافع والرغبات اللا شعورية والتعامل معها بواقعية ومحاولة التحكم فيها (**أحمد، ١٩٩٢، ص٢٠٦**) ومن بين العلاجات النفسية التي استخدمت في هذا المضمار: التحليل النفسي. ويرى البعض أن العلاج النفسي مفيد في علاج حالات فقدان الشهية العصبي، وقدّم نماذج لحالات من هذا الاضطراب أمكنها الاستفادة من العلاج النفسي. (**Spitzer, 1983, p224**)

٣. **العلاج السلوكي**: على الرغم من أن العلاج النفسي ذا التوجه الدينامي كان هو العلاج التقليدي لبعض اضطرابات الأكل والتغذية

(مثل فقدان الشهية العصبي، والشره العصبي)، فإن المناحي ذات التوجه السلوكي باتت أكثر فاعلية لهذه الاضطرابات من أجل تشجيع الوصول إلى الوزن في حالة فقدان الشهية العصبي، وتغيير سلوك الأكل الشاذ في حالة الشره العصبي (**المرجع السابق، ص٢٢٨**)، وتوصي البحوث الحديثة بفاعلية العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive behavior therapy) في تغيير المعتقدات غير التكيفية عن شكل الجسم ووزنه، وتشتمل برامج العلاج المعرفي السلوكي عادة على برامج تحتوي على تنظيم وجبات الآكل، ومشاهدة التلفاز والاستماع للراديو، والمشي والمراسلة، واستقبال الزوار المشجعين للأكل (في حال فقدان الشهية العصبي) كما تستخدم برامج تعديل السلوك في حالة الشره العصبي من أجل تدعيم سلوك الأكل السوي وإطفاء السلوك الشره (**حمودة، ١٩٩١، ص٢١٠**)، ويمكن أيضاً استخدام العلاج بالتغيير "Aversion therapy" كعلاج سلوكي في حالة الوهم الشاذ واضطراب الاجترار سواء كاستخدام مواد مقززة، ويمكن كذلك توظيف الأساليب المعرفية، والعلاج العقلاني الانفعالي عندما ترتبط بعض هذه الاضطرابات ببعض أنواع الرهاب أو الأفكار الوسواسية من أجل التحكم في هذه المعتقدات والأفكار غير المنطقية ومحاولة دحضها.

٤. **العلاج الأسري**: ينظر في كثير من الأحيان إلى الأسر التي يعاني أحد أفرادها من اضطراب ما في الأكل على أنها أسرة مريضة، قد يعاني أفرادها من التصلب، وضعف في الحب المتبادل، وقد يقع الآباء والأمهات في تلك الأسر في خطأ الحماية الزائدة لأطفالهم من دون معرفة

بالصراعات التي يسببونها لهم، ومن ثم فقد تعمل تلك الأسر بطريقة ما لاستمرار عضو الأسرة المريضة في تلك الحالة.

ومن هنا يبرز دور المعالج الأسري وهو التبصير بالصراعات، وتحديد مشكلة العضو المريض على أنها مشكلة الأسرة بكاملها، وتعليم الأسرة طرق التعامل السوي مع الأطفال خاصة فيما يتعلق بالطعام، ومما لا شك فيه أن العلاج الأسري سوف يأتي بأفضل نتائجه إذا كان أحد الأساليب في خطة علاجية متكاملة تراعي جميع جوانب المشكلة.

ملخص الفصل:

يتناول الفصل الحالي اضطرابات الأكل والتغذية خاصة تلك التي تبدأ في مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة، مع الامتداد بأنواع أخرى من الاضطرابات التي قد تحدث في مراحل تالية، وتكون لها بدايات سابقة.

ويشتمل الفصل على مقدمة عامة تلقي الضوء على هذه النوعية من الاضطرابات ثم تصنيفاً لاضطرابات الأكل والطعام طبقاً لما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وكذلك في الدليل العالمي العاشر لتصنيف الاضطرابات السلوكية والنفسية الصادر عن هيئة الصحة العالمية، وقد تحدثنا في القسم الثاني من هذا الفصل عن بعض هذه الأنواع، مثل: الوهم الشاذ، والاضطراب الاجتراري الذي يحدث في الرضاعة والطفولة المبكرة، وبعد ذلك تحدثنا عن اضطرابات الأكل التي تصنف ضمن اضطرابات الراشدين مثل فقدان الشهية العصبي والشره العصبي، وقد راعينا في كل فئة أن نتحدث عن المظاهر الأساسية للاضطراب ثم

انتشاره، ومحكاته التشخيصية وأسبابه، واختتمنا الفصل الحالي بحديث موجز عن أهم الأساليب العلاجية التي تستخدم في علاج اضطرابات الأكل، مثل: العلاج الكيميائي، والعلاج النفسي، والعلاج السلوكي والعلاج الأسري.

الفصل الثالث
اضطرابات الإخراج

محتويات الفصل:

- مقدمة.
- تصنيف اضطراب الإخراج.

أولاً: التبول الوظيفي (اللا إرادي).

ثانياً: التغوط الوظيفي (اللا إرادي).

- ملخص الفصل.

أهداف الفصل: أن يعرّف القارئ:

أولاً: تصنيف اضطرابات الإخراج

ثانياً: التبول الوظيفي

ثالثاً: المحكات التشخيصية للتبول اللاإرادي.

رابعاً: المظاهر المصاحبة للتبول اللاإرادي

خامساً: أسباب اضطرابات التبول اللاإرادي

سادساً: علاج التبول اللاإرادي

سابعاً: تعريف التغوط اللاإرادي وتصنيفه.

ثامناً: المظاهر والمحكات التشخيصية للتغوط اللاإرادي

تاسعاً: علاج التغوط اللاإرادي

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

مقدمة:

تنطوي اضطرابات الإخراج على مشكلات التبول اللاإرادي (البول، أو السلسل البولي) والتغوط اللاإرادي (سلسل الغائط)، ويمثل التبول والتغوط اللاإرادي المشكلتين الأساسيتين للوظائف البيولوجية للإخراج، واللتين ترتبطان بالطفولة المبكرة أو ترجع جذورهما إلى تلك المرحلة. والواقع أن الإخفاق في التدريب على النظافة والإخراج هو من المشكلات التي تسبب حيرةً وقلقاً عند الوالدين، وتدفعهما إلى البحث عن مساعدة مهنية من خلال الاختصاصين المعنيين.

ويمكننا طرح سؤال هنا هو: متى يعد الطفل الذي لا يستطيع التحكم في الإخراج غير سوي؟

إن الإجابة عن هذا السؤال تتحدد بالمعايير الثقافية والإحصاءات (**Davison, 1994, p439**)

وعلى أية حال، فإن التحكم بعملية الإخراج (البول والغائط)

يتم تدريجياً خلال النمو بالترتيب الآتي:

١. التحكم في إخراج الغائط في أثناء النوم.
٢. التحكم في إخراج الغائط في أثناء اليقظة.
٣. التحكم في إخراج البول في أثناء اليقظة.
٤. التحكم في إخراج البول في أثناء النوم.

ويعتمد إجبار الطفل للتحكم، على النضج الفيزيولوجي والذكاء والعادات البيئية والتربوية تجاه التدريب على الإخراج من حيث السن التاي تبدأ عنده، وطريقة التدريب، والعلاقة النفسية المتبادلة بين الأم والطفل.

تصنيف اضطرابات الإخراج:

تُقسم عادة اضطرابات الإخراج إلى نوعين، هما: اضطرابات التغوط (عضوي أو وظيفي) واضطرابات التبول (عضوي أو وظيفي) ويضع الدليل العالمي العاشر (ICD-10) اضطرابات الإخراج ضمن فئة اضطرابات سلوكية وعاطفية أخرى تبدأ عادة في أثناء الطفولة أو المراهقة، وتشمل سلسل البول اللاإرادي غير العضوي وسلس البراز اللاإرادي غير العضوي.

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس (DSM-IV) (DSM-5) فيفردان فئة فرعية لاضطرابات الإخراج ضمن الفئة الكبرى "الاضطرابات التي تشخص عادة ولأول مرة في الرضاعة والطفولة والمراهقة، وتضم اضطرابات الإخراج وفقاً لهذا الدليل التغوط بأنواعه، والتبول الذي لا يرجع لحالة طبية عامة" مجاور **(American psychiatric association, 1994, p106-201)**.

أولاً: التبول الوظيفي (اللاإرادي) Functional enuresis



كثيراً ما نجد بعض الأطفال يتبولون في أثناء نومهم بالليل في سن كانت تنتظر منهم أن يكونوا قد تعودوا ضبط جهازهم البولي والاستيقاظ لتفريغ ما تجمّع في مثانتهم من بول، وسن ضبط جهازهم البولي تختلف من طفل إلى آخر اختلافات كبيرة ترجع بعضها إلى حساسية الجهاز البولي، والى حجم المثانة وسعتها وسن ضبط الجهاز تقع بالتقريب في الثالثة من العمر، ولوزن بعض الأطفال يضبطون قبل سن الثالثة بكثير.

وإذا استمر الطفل بالتبول وهو نائم إلى ما بعد الرابعة، فعلى الآباء أن يفكروا جدياً في الأمر، وفي بعض الحالات ينجح الطفل في ضبط نفسه في سن مبكرة، ولكن لسبب عارض قد يحدث أن يتبول الطفل وهو نائم في سن متقدمة بعد أن تمر سنوات عديدة من دون أن يحدث منه ذلك، ومن هذه الأسباب العارضة الإصابة بالبرد العادي أو كثرة أخذ السوائل قبل النوم، وقد يكون السبب العارض انفعالياً، مثال على ذلك: إن طفلاً كان قد نجح في تكوين عادة ضبط الجهاز البولي من سن الثانية، وأريد إزالة لوزتيه في سن السابعة وفي مساء اليوم الذي تقرر فيه إجراء العملية تبوّل في أثناء نومه، وواضح أن التبوّل اللاإرادي في هذه الحالة مرتبط بحالة الخوف الطارئة على ذهنه، وعلى هذا فعلى الآباء ألا يعيروا حادثة واحدة من حوادث التبول من الاهتمام ما قد يثبتها في ذهن الطفل، ويشعره بالذنب وبالنقص، ولكن الذي يجب أن يستدعي الاهتمام التبول المتكرر في أثناء النوم بعد سن الرابعة أو الخامسة، وقد يستمر عند البعض إلى سن العشرين، وقد يستمر البعض إلى ما بعد ذلك.

ويُعد التبول اللاإرادي مشكلة نمائية بمعنى أن حدوثه يُعَدُّ أمراً طبيعياً لدى الأطفال في مرحلة عمرية محددة، ولكنه يصبح مشكلة تحتاج للعلاج بعد بلوغ الطفل العمر الذي يتحقق فيه ضبط التبول لدى معظم الأطفال، والذي يفترض فيه تطور القدرة على التحكم في عملية التبول والسيطرة على المثانة (**الخطيب، ١٩٩٢، ص٨٨**).

ويشير التبول اللاإرادي كاضطراب إلى أن الطفل لا يتحكم في زمن ومكان تبوله ليلاً أو نهاراً رغم سلامة جهازه البولي، كما أن عمره العقلي والزمني يزيدان عن الخمس سنوات. (**حقي، ١٩٩٥، ص١١٨**).

ويتميز هذا الاضطراب بإفراغ لا إرادي للبول في أثناء النهار أو الليل، ويعد غير طبيعي بالقياس إلى عمر الفرد العقلي، وليس نتيجة لعدم التحكم في المثانة بسبب أي اضطراب عصبي أو نوبات صرعية أو عيب في مجرى البول، (عكاشة، ١٩٩٨، ص١٣)، ولا يوجد حد فاصل واضح بين الاختلافات الطبيعية في سن اكتساب التحكم في المثانة واضطراب التبول اللاإرادي، ومع ذلك فإنه لا يتم تشخيص التبول اللاإرادي — عادة– لدى طفل يقل عمره الزمني عن خمس سنوات وعمره العقلي عن أربع سنوات **(world Health Organization, 1992, p285)**.

والمعتاد أن ينجز الأطفال التحكم النهاري في التبول بين عمر الثانية والثالثة بينما يتأخر الضبط الليلي عاماً آخر (أي في الرابعة)، ولكن كثيراً من الأطفال يتأخرون عن ذلك ويعاني معظم الأطفال الذين لا يتحكّمون في المثانة من مشكلات في التحكّم الليلي أو بالفراش، بينما يعد التبول النهاري أقل مستوى، وقد يكون دليلاً على وجود مشكلة نفسية.

ويختلف العمر الذي يفصل التغيرات أو الحوادث السوية العارضة عن التبول اللاإرادي كاضطراب باختلاف المرجع التشخيصي المستخدم، فالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع و(DSM-5) ينزل بالعمر إلى خمس سنوات، بحيث لا يستخدم هذا التشخيص قبل سن الخامسة؛ فضلاً عن ذلك فإن الطفل ينبغي أن يبل ملابسه أو سريره مرتين على الأقل أسبوعياً.

وفي ضوء ذلك يمكن تعريف التبول اللاإرادي بأنه "إفراغ الطفل الإرادي واللاإرادي للبول على ملابسه أو سريره بعد العمر الذي يكون فيع قادراً على

التحكم في تدفُّق البول على أن يحدث التبول بشكل غير ملائم مرتين أسبوعياً ولمدة ثلاثة أشهر بعد عمر الخامسة" **(Holmes, 1994, p402)**.

تصنيف التبول اللاإرادي:

يتم تصنيف التبول اللاإرادي — عادة – على أساس محورين أولهما: تصنيفه إلى تبول ليلي في مقابل تبول نهاري، وثانيهما تصنيفه إلى تبول أولي وتبول ثانوي.

أما بالنسبة للتبول الليلي "Nocturnal enuresis" فهو الأكثر انتشاراً وهو عبارة عن إفراغ البول في أثناء النوم، وقد يحدث مصحوباً بالأحلام، وقد لا يستيقظ الطفل بعد التبول مباشرة، أو أنه لا يذكر ما حدث له.

ويحدث التبول الليلي عادة في الثلث الأول من النوم، أما التبول النهاري "diurnal enuresis" فهو إفراغ البول في أثناء اليقظة وهو أقل انتشاراً، وقد يحدث النوعان معاً (**حمودة، ١٩٩١، ص٢٤٦**).

والتصنيف الثاني هو الذي يميز بين التبول اللاإرادي الأولي primary أي الذي لم يسبقه ضبط لعملية التبول أساساً، أو أن عملية الضبط كانت قصيرة (أقل من عام) وفي الحالة الأولى يستمر الطفل في التبول اللاإرادي – نهاري أو ليلي – حتى بعد تجاوز العمر الذي يتوقع منه أن يكفَّ فيه عن ذلك، وأن يطور قدرته على التحكم في المثانة وضبط التبول، وفي المقابل فإن التبول اللاإرادي الثانوي "Secondary" هو الذي يحدث بعد فترة التحكم في المثانة لمدة عام على الأقل، ثم يبدأ في التبول وبالفراش ثانيةً؛ نتيجة لسبب ما، **(Alloy, 1996, 545)**.

المحكات التشخيصية للتبول اللاإرادي:

طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس يجب توافر المحكات التالية من أجل تشخيص التبول اللاإرادي:

أ- إفراغ متكرر للبول على الملابس أو السرير سواء كان لا إرادياً أو قصدياً "Intentional".

ب- يكون السلوك ذا دلالة إكلينيكية، كما يتجلى، إما في التكرار مرتين أسبوعياً لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل، أو بوجود كرب شخصي جوهري، أو تصور في الأداء الاجتماعي والتحصيلي أو أي مجالات مهمة أخرى.

ت- لا يقل العمر الزمني عن خمس سنوات على الأقل (أو مستوى نمائي مناسب).

ث- لا يرجع السلوك لتأثيرات مباشرة ناجمة عن تعاطي عقاقير (كمدرات البول) أو حالة طبية عامة (كالسكر، والتهاب مجرى البول، والنوبات الصرعية).

هذا ويجب تحديد النوع، إذا كان تبولاً ليلياً أو نهارياً أو ثنائياً (ليلي ونهاري معاً). **(American psychiatric association, 1994, p109-110)**

أسباب اضطرابات التبول اللاإرادي:

الأسباب الجسدية وعلاجها: يُعَدُّ الفحص الجسمي الدقيق من الإجراءات الأولية في دراسة حالة التبول، فقد تكون هناك أسباب جسدية عامة كفقر الدم، أو الاضطرابات العصبية العامة، أو أسباب لها علاقة بالجهاز البولي كالكليتين، أو المثانة، أو مجرى البول، ويمكن تقسيم العوامل الجسدية التي يجب فحصها في التبول إلى الآتي:

١. حالة التبول ووجوب معرفة إذا ما كانت درجة حموضة البول عالية، أو إذا كان هناك التهاب في الكلية أو المثانة، أو التهاب في الحالب أو وجود حصيات في أية جهة من الجهات (الكلية أو الحالب أو المثانة).
٢. حالة التهاب مجرى البول.
٣. التهاب المستقيم.
٤. الديدان المعوية والبلهارسيا والإنكلستوما.
٥. عدم التحام العمود الفقري في أجزائه السفلى واسمه " Spind Bifid Occult".
٦. الإمساك وسوء الهضم.
٧. تضخم اللوز والزوائد الأنفية.

ويجب علاج الحالة الجسدية التي يحتمل أن تكون احد العوامل السابقة سبباً لها، علاجاً حاسماً، ومن الجائز أن يستمر التبول حتى بعد علاج العامل الجسدي بحكم العادة، فيجب بعد ذلك العمل على تكوين العادات اللازمة للتغلب على البول في أثناء النوم.

أما بالنسبة للأسباب الوظيفية، فيمكن تلخيصها في الآتي:

١. الأسباب النفسية: وفي بعض الأحيان قد يعود سبب التبول إلى عوامل نفسية وأهم عنصر هو عنصر الخوف، سواء أكان قائماً بذاته أم داخلاً في تكوين انفعالات مركبة، وقد يدخل الخوف في تركيب انفعال آخر كالغَيرة، فمن الانفعالات الداخلة في تركيب الغَيرة، خوف الشخص من فقدِ امتياز معين فقداناً نهائياً، ففي حالة مجيء مولود جديد في الأسرة، قد يهتم الوالدان ويهملانه، فتبدو عليه مظاهر الغَيرة بصورة أو

أكثر، ويصحبها في ذهن الطفل خوف من أنه فقد اهتمام والديه به إلى الأبد، ويصحب هذا أيضاً شعورٌ بالنقص، وكثيراً ما يصحب الغَيرة من مولود تبوّلٌ في أثناء النوم. (**الجبالي، ٢٠٠٦، ص٣٣**).

ولعل من أكثر التفسيرات النفسية شيوعاً:

أ- **التفسيرات السيكودينامية:** تفتر التفسيرات السيكودينامية أن التبول اللاإرادي ينشأ من الصراع اللاشعوري ويرى فرويد– على سبيل المثال– أن التبول اللاإرادي يحل محل الاستمناء "masturbation"، وهو أمر مرفوض ومستهجن، ويفترض منظرون آخرون أن التبول اللاإرادي صورة من العدوان السلبي "passive aggression" ينشأ من الجاذبية الأوديبية، أو أنه ينتج عن النكوص "regression" لمرحلة نمائية سابقة؛ وذلك بسبب عامل المنافسة والغَيرة الذي تمّ ذكره سابقاً، ومن ثم يكون التبولُ ردَّ فعل نكوصي لإثارة انتباه الأسرة، ومحاولة لا شعورية من جانب الطفل لاسترداد الاهتمام المفقود أو لواجهة الصراع المكبوت، وترى النظرية السيكودينامية أن الضغوط "Stress" تكف عملية التحكم في المثانة أو تلغى التعلم الذي يكون قد تعلمه الطفل، ويشير هؤلاء المنظرون إلى أنه في العديد من حالات الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي، يُظهِرُ هؤلاء الأطفالُ مشكلات توافقية أخرى أي أن الضغوط تؤدي إلى التبول، كما تؤدي إلى مشكلات أخرى، ومن المحتمل أن المشكلات التوافقية الأخرى التي يعاني منها الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول ليست انعكاساً للضغط بصفة عامة؛ وإنما هي نتيجة للتبول.

ب- **التفسيرات السلوكية:** تفترض نظريات التعلم أن الأطفال المصابين بالتبول قد فشلوا — ببساطة — في تكوين الرابطة الشرطية الخاصة بإفراغ المثانة والذهاب إلى الحمام عند امتلائها، ويشير الدليل الطبي

الحديث إلى أن نشاط عضلات سطح الحوض pe-luis تقدم تأييداً للقول بأن الأطفال الذين يبللون الفراش، يفشلون في تعلم التقليص التلقائي لهذه العضلات عند النوم **(Davion, 1994, p403)**.

٢. الأسباب البيئية: وتتمثل في اضطراب البيئة الأسرية وتشبعها بالاضطراب الانفعالي، وعدم الاتساق في عملية التنشئة الاجتماعية، وتبين إما أسلوب متساهل، متجاهل معاً، يؤخر عملية التدريب ويؤدي إلى فشل تعلم التحكم في المثانة في السن المناسبة، أو تبين أسلوب العقاب، فيكون الإصرار على التبول اللاإرادي عملاً عدوانياً موجهاً من الأسرة. **(زهران، ١٩٧٨، ص٥١٣)**.

٣.الأسباب الفيزيولوجية: رغم أننا أشرنا من قبل إلى ضرورة استبعاد الأسباب العضوية، فإن المقصود هنا هو ليس الأسباب العضوية المحددة كصغر حجم المثانة، تشوهات العمود الفقري؛ وإنما المقصود هو بعض العوامل الفيزيولوجية العامة كعدم نضج الجهاز العصبي، خاصة الجهاز العصبي المستقل المسؤول عن التحكم في عملية التبول، حيث تضعف قدرته على التحكم في أثناء النوم، وذلك لفشله في تكوين الفعل المنعكس الشرطي الذي يتم من خلال عملية التدريب **(حمودة، ١٩٩١، ص٤٣٩)**.

علاج التبول اللاإرادي:

سبق أن ذكرنا أن يجب التأكد أولاً من سلامة الجسم من كل ما يحتمل أن يكون عاملاً فاعلاً أو عاملاً مساعداً في عملية التبول؛ ولهذا يجب فحص حالة الجسد فحصاً دقيقاً، ويجب تحليل البول والبراز والدم لهذا الغرض، ومما لا شك فيه أن طريقة علاج التبول اللاإرادي تتوقف على عدد من المتغيرات، مثل: عمر الطفل ومدة بقاء المشكلة ودرجة

المترتبات النفسية، والمستوى الاجتماعي والتعليمي للأسرة، والأسباب المؤدية إلى التبول اللاإرادي، ويمكن تقسيم الإجراءات العلاجية الممكنة للتبول اللاإرادي إلى قسمين رئيسين: القسم الأول:هو الإجراءات الإرشادية العامة والتي تعد الأسرة جزءاً لا يتجزأ من عملية العلاج، حيث أشارت دراسات عديدة إلى أن اتجاهات الوالدين تؤدي دوراً حاسماً في نجاح عملية العلاج **(Dolleys, 1977, pp30-54)**، ويلاحظ أن الوالدين – عند مواجهتهما للتبول – يقعان عادة في كثير من الأخطاء، ويؤدي بعض هذه الأخطاء إلى تثبيت المشكلة، أو الإيحاء بشدة أهميتها وصعوبة التخلص منها، أو الإيحاء بثبوتها في طبيعة الطفل.

كأن يعلن الآباء أن الطفل يشبه في تبوله في أثناء نومه بعض أقاربه؛ مما قد يوحي بأن المشكلة وراثية ولا أمل من التخلص منها، كذلك قد ينسب الآباء المشكلة إلى سبب جسدي، فيهملون العلاج النفسي، وقد يغفلون عن السبب الجسدي رغم أهميته، فيصعب على الطفل تكوين العادات اللازمة للتغلب على مشكلة؛ لأن السبب جسدي، ومن أخطاء الآباء أن يعلنوا بأن الطفل سيتغلب على مشكلته هذه بعد نموه نمواً كافياً، ويجب التنبيه إلى ضرورة عدم إذلال الطفل، وعدم ضربه وتوبيخه أو معاملته بالغضب....، فهذه كلها أساليب من شأنها أن تكون عاملاً وراء فقدان القدرة على ضبط المثانة بسبب الخوف والإحساس بالنقص، فيجب أن يعامل بالعطف والإرشاد العاديين، على ألا يبالغ الآباء في العطف، كما يراعى في معالجة حالة التبول أن يشعر الطفل بضرورة معالجتها، وأن علاجها أمر بسيط يتوقف نجاحه كله عليه شخصياً وأن المشكلة خاصة به، وليست مشكلة أمه وأبيه ولو أن العلاج يحتاج في أول

الأمر إلى مساعدة الكبار المحيطين بالطفل، كإيقاظه في ساعة معينة في الليل والتي تقع غالباً حوالي الحادية عشرة تقريباً.

وكما ذكرنا قبل قليل بإمكانية تقسيم الإجراءات العلاجية الممكنة للتبول اللاإرادي إلى قسمين القسم الأول: وهو الإجراءات الإرشادية العامة والتي تم ذكرها سابقاً، أما القسم الثاني: فهو الخاص بالإجراءات العلاجية المتخصصة ومنها الآتي:

١. العلاج الطبي "Medical treatment":

تستخدم العلاجات الطبية، كعلاجات مساندة في كثير من الحالات وذلك لتخفيف حالات القلق والتوتر أو الاكتئاب المصاحبة، كما أن العقاقير التي تؤدي إلى تعديل نمط النوم والاستيقاظ يمكن أن تسهم في فقط التبول اللاإرادي الليلي. (حمودة، ١٩٩١، ص٢٥٣).

٢. العلاج النفسي "Psychotherapy":

يمكن أن يمارس العلاج النفسي في إطار فردي أو جماعي، ويمكن أن يقتصر على التدخلات المباشرة السطحية، أو يتجاوز إلى البحث النفسي المتعمق، وقد تستخدم فيه الطرق التقليدية التي تعتمد على الحوار والمناقشة وإتاحة جو من التفهم والتشجيع أو أن تقوم برامج تدريبية معينة ذات خطوات محددة كالعلاج السلوكي، ونظراً لأهميته فسوف نفرد له جزءاً مستقلاً.

وأخيراً يمكننا القول: إن العلاج النفسي – بصفة عامة – يحاول مساعدة الطفل المصاب بالتبول اللاإرادي من خلال البحث معه عن أنواع الصراعات اللا شعورية التي يعاني منها، أو نوع الضغط المفروض عليه، وغير ذلك من المسببات النفسية الممكنة، ويتم العمل على شرح

هذه الصراعات بما يتناسب وإدراك الطفل وقدراته العقلية، ويشجع على مواجهتها، والتعامل معها بإيجابية، كما ينطوي العلاج النفسي على تبصير الأسرة بالمشكلة، ويحاول إعادة الدفء إلى العلاقات الأسرية، والتشجيع على تبيين أساليب تعمل وتتصف بالموضوعية. هذا وتجدر الإشارة إلى أن صغر سن الطفل لا يقف عائقاً أمام استخدام العلاج النفسي حيث يمكن الاعتماد على العلاج باللعب أو الرسم أو ما شابه ذلك.

٣. العلاج السلوكي "Behavior therapy":

يُعَدُّ العلاج السلوكي من أفضل العلاجات الملائمة لعلاج التبول اللاإرادي الوظيفي، ومن يبين النتائج المهمة التي تدعو إلى الاهتمام بالمناهج السلوكية المعاصرة في علاج هذه المشكلة الأساسية نجاح الطرق الأخرى.

فهناك عدد غير قليل من الطرق السلوكية لعلاج التبول اللاإرادي، من أشهرها طريقة الجرس والوسادة.

"Bell and pad Technique"، أو ما يعرف باسم جهاز الإنذار البولي، وتعد هذه الطريقة من أكثر الأساليب استخداماً لعلاج التبول اللاإرادي وقد طور هذه الطريقة كل من مورر ومور " Mowrer & Mowrer" منذ فترة طويلة اعتماداً على مبادئ التشريط الكلاسيكي، ويتكون هذا الجهاز من قطعة قماش ذات مواصفات خاصة (سرعة توصيل الكهرباء) توضع تحت فراش الطفل، وهي موصلة بجرس متصل بدائرة كهربائية، وعندما يبدأ الطفل في التبول وعند وصول البول إلى الوسادة تغلق الدائرة الكهربائية، ويصدر الجرس صوتاً عالياً، يوقظ الطفل من فوق فيتوقف عن التبول ثم يؤخذ إلى الحمام لإكمال عملية التبول إرادياً وبتكرار هذه

العملية تتكون الرابطة الشرطية، فيستيقظ الطفل عند امتلاء المثانة قبل سماع صوت الجرس وهنا يتم الاستغناء عن الجهاز.

وتوجد بالإضافة إلى الطريقة السابقة، طرق سلوكية أخرى منها "التدريب على ضبط المثانة" وتقوم هذه الطريقة على افتراض مؤاده أن المشكلة لدى الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي هي انخفاض قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات كبيرة من البول، وذلك نتيجة لضغط العضلات الحاصرة أو عدم قيامها بدورها في التحكم في كمية البول نتيجة لقصر عملية التدريب، وبالتالي لا يتم الاستعانة فيه بأسلوب المكافآت أو العلاج السلوكي المعروف باسم الاقتصاد الرمزي "Token economy" (**الخطيب، ١٩٩٢، ص١٠٠**).

ويمكن تلخيص عوامل نجاح معالجة حالات التبول في المواظبة، والدقة في تنفيذ النظام، وفي وجود الاهتمام الكافي من جانب الطفل والأم وفي الثقة بالنجاح.

ويصح أن نصنف هنا بعض القواعد التي يجب أن تُراعى بوجه عام مع كل طفل أو بنوع خاص مع الطفل الذي تكون لديه حالة تبول أثناء النوم:

١. اتباع نظام دقيق جداً لمواعيد التبول وتنفيذ هذا النظام من الأشهر الأولى.
٢. تعويد الطفل نهاراً على ضبط نفسه مدة كافية، لذلك بالمباعدة بين أوقات ذهابه للتبول نهاراً، ويمكن الناشئ بالتمرين أن يتبول مرة كل أربع ساعات أو خمس.

٣. استيفاء الشروط الصحية المعروفة للتغذية واللعب والنوم من حيث الكمية والنوع.
٤. منع أكل الأشياء التي تتطلب شرب كمية كبيرة من الماء، كالمواد شديدة الملوحة أو الحلاوة.
٥. منع تناول السؤال لكميات كبيرة قبل النوم.
٦. إذا كان الطفل يخاف الظلام، فليكن في غرفة النوم (ضوء بسيط جداً).

ثانياً: التغوط الوظيفي:

رغم أن التغوط (التبرز) اللاإرادي أقل شيوعاً من التبول اللاإرادي، فإنه يمثل مشكلة لا يُستهان بها، نظراً لشعور الطفل بالخجل والارتباك؛ مما قد يؤثر في مفهومه لذاته "Self-concept"، ويؤدي إلى شعوره بالنقص وعدم الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات، ومن ثم تجنب التفاعلات الاجتماعية بما فيها المدرسة، وربما النبذ والقسوة من جانب الأسرة.

وكما سبق القول، فإن التبرز اللاإرادي قد يكون عضوياً "Organic" أو وظيفياً "Functional" وسوف نركز هنا على التغوط الوظيفي، وهو عبارة عن تبرز الطفل براز طبيعياً في أماكن غير مناسبة (كالملابس أو الأرضيات) بشكل لا إرادي غالباً (وإن كان حدوثه بشكل قصدي ممكناً في حالات معينة) على أن يحدث ذلك على الأقل مرة واحدة في الشهر لمدة ثلاثة أشهر، وعلى ألا يقل العمر الزمني للطفل عن أربعة أعوام، ولا يكون ذلك بسبب عضوي (فيزيولوجي) أو تعاطي عقاقير معينة (كالمسهلات) أو أي حالة طبية عامة، **(American Psychiatric association, 1994, pp108)**

وفي ضوء ذلك يمكن تعريف التغوط الوظيفي اللاإرادي بأنه خروج إرادي أو لا إرادي للغائط في أماكن غير مناسبة، برغم وصول الطفل إلى السن التي يمكنه فيها التحكم في الغائط ودون وجود أسباب عضوية، وذلك بمعدل مرة واحدة في الشهر على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر متتالية.

تصنيف التغوط اللاإرادي:

إن التغوط قد يكون أولياً، أي لم يُسبق بفترة تحكم طبيعي في البراز لمدة عام على الأقل، أو ثانوياً وهو الذي يعقب فترة تحكم طبيعي لا تقل عن عام، ويمكن أن يحدث ليلاً أو نهاراً، ويبدو أن النمط النهاري هو الأكثر شيوعاً، والأكثر إزعاجاً.

هذا وتجدر الإشارة إلى أنه لا يتم تشخيص التغوط اللاإرادي قبل بلوغ الرابعة من العمر، "أو عمر عقلي لا يقل عن أربعة أعوام لدى الأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي".

انتشار التغوط اللاإرادي:

تقدر نسبة انتشار التغوط غير العضوي بين الأطفال الذين يبلغون من العمر خمس سنوات، وتتناقص نسبة الانتشار مع تقدم العمر حيث لوحظ أن نسبة انتشاره عند سن السادسة عشرة هي صفر%، ويكثر بين الذكور أكثر من الإناث، وتشير الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن الاضطراب أكثر انتشاراً بين الطبقات الاجتماعية الدنيا، ولكن دراسة بلمان "Bellman" في السويد أشارت إلى أن الاضطراب ينتشر بين كل الطبقات الاجتماعية والاقتصادية بنسبة متساوية. **(American Psychiatric association, 1994, pp108).**

المحكات التشخيصية للتغوط اللاإرادي:

طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) والخامس (DSM-5) ينبغي توافر المحكات التالية من أجل تشخيص التغوط الوظيفي:

أ- تبرُّز متكرر في أماكن غير مناسبة (مثل الملابس والأرضيات) سواء كان لا إرادياً أو مقصوداً.

ب- أن يحدث ذلك مرة واحدة في الشهر ولمدة ثلاثة أشهر على الأقل.

ت- ألا يقل العمر الزمني عن أربعة أعوام.

ث- لا يرجع السلوك إلى آثار فيزيولوجية مباشرة لعقار (مسهلات) أو حالة طبية عامة.

المظاهر والاضطرابات المصاحبة للتغوط الوظيفي:

يشعر الطفل المصاب باضطراب التغوط-عادة- بالخجل، ويتجنب المواقف الاجتماعية (مثل المدرسة أو المعسكرات)؛ مما يؤدي إلى حدوث الارتباك "Embarrassment" وتكون شدة الإعاقة أو العجز "Impairment" دالة لتأثير ذلك على تقدير الطفل لذاته، ودرجة النبذ الاجتماعي "Social Ostracism" من قبل الأقران، والغضب والعقاب، والرفض من جانب المعنيين به. (**المرجع السابق، ص ١٠٧**).

أسباب التغوط اللاإرادي:

بعد استبعاد الأسباب العضوية التي تتمثل في إصابة المراكز الخاصة بالتغوط في المخ أو الحبل الشوكي، فإن الأسباب الوظيفية يمكن إجمالها في وجود عوامل نفسية تتمثل في الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطفل، وهنا تؤدي دور العوامل المسببة للاضطراب، أو وجود نوع من الصراع

اللاشعوري في حياة الطفل، توتر العلاقة بين الأم وطفلها؛ مما يؤدي إلى إظهار الميول (العدوانية نحوها) متمثلة في التبرز، كونها المسؤولة عن عملية نظافة الطفل وكأنه إجراء عقابي، ويراه البعض على أنه نوع من السلوك المعادي للمجتمع، خاصة في الحالات الإرادية والقسرية.

علاج التغوط اللاإرادي:

إن علاج التغوط يمكن أن يشتمل على عدة عناصر، منها العلاج الطبي الذي يكون في أغلب الأحيان علاجاً مساناً، ويوجه أساساً لعلاج الأعراض الثانوية المصاحبة، كذلك يمكن توظيف العلاج النفسي الفردي من وطأة المشكلة على الطفل، ومساعدته على مواجهتها، ومواجهة الآثار المترتبة عليها، بعد ذلك يمكن ممارسة العلاجات السلوكية التي تهتم أساساً بعملية التدريب أو إعادة التدريب للتحكم في عملية الإخراج باستخدام التدعيم والمكافآت ونلفت الانتباه هنا إلى عدم الإسراف في الأساليب السلوكية ذات الطابع العقابي الظاهري كالعلاج بالتنفير"Overssion therapy" كما لدور الأسرة أثرٌ مهِّمٌ في عملية العلاج.

ملخص الفصل:

تناولنا في هذا الفصل اضطرابات الإخراج، حيث تحدثنا بشكل مفصل عن كل من التبول الوظيفي (اللاإرادي، والتغوط الوظيفي)، وقد بدأنا الفصل بمقدمة عامة، وبعد ذلك أفردنا قسماً خاصاً لكل من الاضطرابين، وقد بدأ كل قسم بمقدمة خاصة، ثم بعد ذلك تصنيفات الاضطراب (التبول والغائط)، ثم حددنا المحكات التشخيصية لكل من

الاضطرابين كما تحددها المراجع التصنيفية المتخصصة مثل الدليل العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية، والدليل التشخيصي الرابع والخامس، كما تحدثنا عن الملامح والاضطرابات المصاحبة لكل من الاضطرابين وأسبابهما وعلاجها.

الفصل الرابع
اضطرابات النوم

أهداف الفصل: أن يعرّف القارئ:

أولاً: النوم وتفسيره كظاهرة.

ثانياً: مراحل النوم وخصائصه.

ثالثاً: تصنيف اضطرابات النوم.

رابعاً: اضطرابات النوم الأولية.

خامساً: اضطرابات النوم الثاثوية.

سادساً: أسباب اضطرابات النوم.

سابعاً: الإجراءات العلاجية المتخصصة.

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

مقدمة:

يقضي الإنسان السليم ثلث حياته نائماً، حيث ينام في المتوسط ٨ ساعات كل يوم، ومن هنا تبدو أهمية مناقشة النوم ومشكلاته، خاصة بعد أن ثبت علمياً أن النوم العميق له تأثير إيجابي في الصحة العامة للإنسان، كما أن اضطرابات النوم تؤثر تأثيراً سلبياً فيها، وتعجل بظهور أعراض الشيخوخة مبكراً، ولقد أكدت الأبحاث الطبية الحديثة، أن خلايا الجسم تتجدد في أثناء النوم، حيث اتضح أن معدل هرمون النمو الذي يساعد على تكوين البروتين الخاص ببناء الأنسجة يزيد..كما يقل معدل الهرمون الذي يسبب هدم الخلايا وتحللها.

وأكّد العلماء أكدوا أيضاً أن ضربات القلب يقل عددها في أثناء النوم، ويدخل الجهاز العصبي والعضلات في حالة هدوء تام، وينخفض ضغط الدم ويقل معدل التنفس وتهبط درجة حرارة الجسم، ويبقى نشاط الجسم كله مركزاً على تجديد الخلايا التالفة، (**الشربيني، ٢٠٠٠**)، ويمكن عدّ حالتي النوم واليقظة كمتغيرات تقع على مدى متصل معين يتباين من الغيبوبة وفقدان الوعي والنوم العميق من طرف، وحالة اليقظة العالمية من طرف آخر، ويقوم على طول هذا المدى المتصل مستويات ومراحل متفاوتة من النوم واليقظة ويعد التبادل بين حالتي النوم واليقظة نموذجاً للدورة اليومية التي تحدث كل أربع وعشرين ساعة. (**عبد الستار، ١٩٩٤، ص١٧**)، ويمكن تعريف النوم بأنه حالة طبيعية متكررة، يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة، وتصبح حواسه معزولة نسبياً عماً يحيط به من أحداث، (**الشربيني، ١٩٩٤، ص٢٥**).

ومن المعلوم أن حاجة الأشخاص إلى النوم تختلف باختلاف العمر، والجنس والوقت من النهار والوقت من السنة، والحالة الجسمية والحالة الصحية وغير ذلك من العوامل بحيث لا يمكن القول إن هناك قدراً مناسباً من النوم لكل البشر.

فبينما يجد البعض أن أربع ساعات من النوم في الليل كافية للشعور بالراحة واليقظة، يحتاج آخرون ١٢ ساعة من النوم في الليل ليتولد عندهم الشعور ذاته، (**رامس، ١٩٨٩، ص٩**).

أولاً: تفسير ظاهرة النوم:

لقد أسهمت الأبحاث الحديثة في النصف الثاني من القرن العشرين في فهم الكثير من أسرار المخ الذي يتكون من بلايين الخلايا العصبية تعمل في إيقاع متناسق، وتم اكتشاف الكثير من الحقائق حول النشاط الكهربائي للمخ، وكيمياء الجهاز العصبي خصوصاً المواد الكيميائية المعروفة بالناقلات العصبية "Neurotransmitters" التي تقوم بدور الاتصال فيما بين الخلايا العصبية "Neurons" في مناطق التماس "Synapse"، ومن أهم المواد التي لها علاقة بعملية النوم مادة السيروتونين "Serotonin" التي كانت موضع التركيز في كثير من الأبحاث والدراسات الخاصة بالنوم عند الإنسان وغيره من الكائنات.

وتم وضع العديد من النظريات التي تقدم تفسيرات للإجابة عن التساؤلات حول كيفية تفسير ظاهرة النوم التي تقوم على مبادئ، علمي الفيزيولوجيا (وظائف الأعضاء) وكيمياء المخ والجهاز العصبي، ومن هذه النظريات على سبيل المثال:

١. نظرية تفسير النوم على أنه نتيجة لنقص إمداد الأكسجين للجسم والجهاز العصبي (نظرية همبولدت "Homboldt" في القرن الـ ١٩).
٢. نظرية تفترض أن النوم نقص في التغذية التي تصل إلى جزئيات المخ الحية، أو نقص وصول الدم إلى الجهاز العصبي
٣. النظريات الحديثة اتجهت إلى تفسير النوم على أنه مسألة نشطة، وليست عملية سلبية تبدأ بسبب توقف حالة اليقظة وانتهاء النشاط، (**الشربيني، ٢٠٠٠**).

تعريف النوم وفوائده:

يعود الأصل اللغوي لكلمة النوم "Sleep" في الإنكليزية إلى أصل جرماني من الكلمة الألمانية "Somnus" وكذلك الأصل اليوناني "Hypons" التي تستخدم في تعبيرات متعددة تستخدم في لغة الطب الحالية.

والنوم هو حالة منتظمة متكررة من الخلود إلى هدوء يتميز بانخفاض الاستجابة للمؤثرات الخارجية، ولا شك في أن كل واحد منا مر بحالة النوم، لكنه لا يستطيع وصفها أو تقديم معلومات حولها، وتعتمد دراسة ظاهرة النوم على الملاحظة الخارجية للتغييرات التي يتم قياسها في الشخص النائم، ويكون النوم مصحوباً بكثير من التغييرات الحيوية في وظائف الجسم مثل التنفس، والقلب والدورة الدموية، وضغط الدم، ودرجة حرارة الجسم، وإفراز المواد الحيوية بالجسم مثل الهرمونات، وقد بدأت الدراسات في تناول الجوانب المختلفة المتعلقة بالنوم والصحة مع التركيز على:

- مشكلات النوم والاضطرابات المصاحبة له.
- فيزيولوجية النوم، والآليات المرتبطة بدورة النوم واليقظة.

وقد ظهرت عدة نظريات حول وظيفة النوم وفائدته وبعض هذه النظريات قديم وبعضها حديث، ومنها ما هو تأمين ومنها ما يستند إلى ملاحظة الأعراض التي تقع نتيجة لاضطرابات النوم أو الحرمان منه، وفي السنوات الأخيرة تزايدت واتسعت الأبحاث العلمية التي تهدف إلى التوصل لحقيقة الوظيفة التي يؤديها النوم (**علي، ١٩٨٩، ص٣٨**) وتشير التجارب والبحوث العلمية في مجال النوم إلى أن النوم ليس مرحلة ركود أو خمول؛ وإنما هو مرحلة صيانة الجسم، واستعادة لما فقده من عناصر حيوية، وهو مرحلة يستطيع الجسم خلالها أن يحصل على ما يلزمه من مواد يحتاجها في الفترة التالية من اليقظة والنشاط (**باشار، ١٩٩٣، ص٣٨**).

ومن ثم فإن أكثر النظريات الخاصة بوظيفة النوم قبولا هي التي ترى أن وظيفة النوم الأساسية هي إعطاء الجسم الوقت ليستعيد قواه، فهناك أدلة على أن أولئك الذين ينامون نوماً كافياً هم أكثر نشاطاً في النهار (**المرجع السابق، ص٢٦**).

إن الذين ينامون مابين ٧-٩ ساعات يومياً أكثر صحة من أولئك الذين ينامون لفترة قصيرة أو طويلة جداً أثناء الليل، أو ينامون مرات في أثناء النهار هم أكثر عرضة للإصابة ببعض الأمراض، ولذلك فإن الذهاب إلى النوم في وقت محدد كل مساء والاستيقاظ في وقت معين كل صباح لا يحسن نشاط المرء في النهار فحسب؛ بل يهيئ الشخص لنوم جيد في الليلة التالية (**المرجع السابق، ص٤٨**).

مراحل النوم وخصائصه:

تشير معظم الأبحاث إلى أن النوم يُقسم إلى مرحلتين رئيسين أولهما: النوم الهادئ (النوم التقليدي) Orthodox Sleep والثاني هو النوم النقيض Paradoxical Sleep (النوم ذو حركات العين السريعة) وبدورها تنقسم مرحلة النوم الهادئ إلى أربع مراحل:

المرحلة الأولى: وتسمى مرحلة النعاس: يبدو الإنسان في هذه المرحلة — من الوجهة السلوكية – نائماً نوماً خفيفاً، وقد يتقلب قليلاً في الفراش، تتغير إيقاعات موجات المخ الكهربائية (تختفي موجات ألفا تدريجياً وتظهر موجات ثيتا)، كما تنقبض وتتمدد عضلات العين على فترات من ثانية واحدة إلى ثلاث ثوان مع حركات عشوائية بطيئة للعينين في نمط شبه دائري.

المرحلة الثانية: وتسمى مرحلة النوم الخفيف، يتغير الوعي بدرجة كافية، وتتصف بدرجة أعمق من النوم، بحيث إنه عندما يوقظ الإنسان، فإنه سوف يقرر أنه كان نائماً، ويبدأ حدوث أحلام ذات قصة أو حبكة متكاملة في هذه المرحلة من النوم، غير أن تذكرها يكون غير كامل الوضوح وتتناقص حركة الجسم بدرجة ما، وترتفع عتبة الإيقاظ بواسطة المنبهات اللمسية والصوتية، كما تتغير إيقاعات المخ الكهربائية بشكل مميز لهذه المرحلة من النوم (**إسماعيل، بدون تاريخ، ص٢٠**).

المرحلة الثالثة: مرحلة النوم العميق، ويمكن تسميتها (مرحلة النوم المريح)، حيث تسترخي العضلات، ويبطؤ معدل ضربات القلب، وينخفض ضغط الدم، ويكون التنفس بطيئاً ومريحاً ولا تتحرك العينان،

وتتغير موجات المخ الكهربائية، فتسود موجات ذات سعة عالية وهي (موجة دلتا).

المرحلة الرابعة: وهي المرحلة الأخيرة من النوم التقليدي، والتي تتصف بأنها ذات موجات بطيئة، حيث تصل سعة موجات المخ الكهربائية إلى أقصى ارتفاع لها، وتغلب موجات دلتا وهي موجات بطيئة، وتكون هذه المرحلة طويلة في بداية الليل، ولكنها تأخذ في القصر في أواخره (**باشا، ١٩٩٤، ص٣٢**) وعند خروج النائم من المرحلة الرابعة من مراحل النوم الهادئ، فإنه يمر بفترة من التوتر تتسم بحركة دماغية تشبه الحركة الدماغية التي تحدث في أثناء اليقظة، وهي ما تشكل القسم الثاني أو النوم النقيض، وهو النمط المتصف بحركات العين السريعة، ويطلق عليه أيضاً نمط النوم الفاعل أو النشط Active Sleep، ويكون تخطيط المخ في هذا النمط من النوم غير متزامن كما لو كان الكائن في حالة يقظة، بالرغم من أنه يكون نائماً فعلاً نوماً عميقاً.

وإن تسجيل الإشارات الكهربائية التي تصدر عن حركة العين عن طريق السجل الكهربائي لعضلات العينين EOG له علاقة بتحديد مراحل النوم وتقسيمها إلى نوعين من الحالات الفيزيولوجية، هما:

- نوم حركة العين السريعة Rapid Eye Movement (REM) ويتميز بنشاط زائد للدماغ في أثناء النوم يشبه حالة اليقظة، وتكون نسبته ٢٠-٢٥% من فترة النوم في الكبار ونصف فترة النوم تقريباً في الأطفال.
- نوم انعدام حركة العين السريعة Non REM، وهي فترة نوم عميق يتغير فيه نشاط الدماغ إلى حالة من البطء والهدوء وكذلك وظائف

الجسم الحيوية، ويمثل ٧٥-٨٠% من زمن النوم في الكبار ونصف فترة النوم في الصغار.

- ويحدث تتابع لهاتين الحالتين في دورات على مدى ساعات النوم تصل مدة كل واحدة منها إلى ٩٠ دقيقة في المتوسط.

اضطرابات النوم:

- يتحول النوم في بعض الأحيان من مسألة معتادة تتم تلقائياً كل يوم إلى مشكلة حقيقية، وقد يكون النوم وما يعتريه من صعوبات وتغييرات هو الشكوى الرئيسة التي تدفع المريض إلى زيارة العيادة النفسية، وقد يكون أحد الأعراض لحالة مرضية أخرى، وكثيرا ما يكون اضطراب النوم هو المشكلة الوحيدة التي يذكرها المريض تلقائياً، وفي بعض الحالات التي لا تكون الشكوى من اضطراب النوم هي المشكلة الرئيسة، فإن توجيه بعض الأسئلة السريعة خلال عملية الفحص الطبي والنفسي يساعد في التعرف إلى طبيعة مشكلة النوم وتقويمها، ويُقترح هنا ثلاثة أسئلة محددة، هي:

١. هل أنت راض عن نومك؟
٢. هل تشعر بالرغبة القوية في النوم في أثناء النهار؟
٣. هل يشكو من ينام بجوارك من شيء غريب يحدث في أثناء نومك؟

- وهذه الأسئلة البسيطة السريعة، تفيد في استنتاج وجود اضطرابات النوم، فالسؤال الأول يمكن من خلال إجابته التعرف إلى حالات الأرق، والثاني على شكوى كثرة النوم، أما الثالث فإنه يختص بالظواهر المصاحبة للنوم، ويمكن توجيه هذه الأسئلة للأشخاص المقربين من الحالة المرضية كالوالدين مثلاً..

– ونحن ندرك تماماً مدى إلحاح النوم علينا، وكيف نشعر بعدم الارتياح عندما نقاومه ونظل في حالة يقظة، وإذا ما أرغم الفرد على البقاء في حالة من اليقظة —مقاوماً الرغبة في النوم– فإنه سوف يشعر بالضجر من المهام التي يقوم بها، كما أن أداءه لن يكون في مستوى الأداء، وهو في حالة راحة عقب فترة من النوم (**إسماعيل، بدون تاريخ، ص٦٢**).

– والحرمان من النوم هو الإنقاص من مدة النوم الطبيعي للفرد، والذي قد يكون حرماناً كلياً أو جزئياً، وقد يكون في بداية النوم أو خلاله أو آخره، وقد يكون خلال نوم الليل أو قيلولة اليقظة، وقد يكون محدد الزمن، وقد يكون متكرراً وطويل الأمد (**كمال، ١٩٨٩، ص١٦١**).

ويؤدي الحرمان من النوم لفترة قصيرة إلى الشعور بالتعب والإعياء وفقدان القدرة على التركيز، واضطراب المزاج ويصاحب ذلك تغيرات واضطراب في ضربات القلب.

كما يصبح تخطيط الدماغ غير منتظم، وإذا تجاوزت فترة الحرمان من النوم مدة أسبوع واحد، فقد يصاب المرء بالهلاوس والهذيان (**باشا، ١٩٩٣، ص٤٦**) كما أن الحرمان من النوم الحالم يؤدي إلى حدوث حالة من فرط الاستثارة، والتهيج وسرعة الانفعال، كما يؤدي إلى القلق وضعف التركيز، وقد يظهر الهلوسة والهذيان والحرمان من النوم، وبأي شكل من الأشكال التي ورد ذكرها، يمكن أن يحدث لسبب أو آخر من أسباب كثيرة ومختلفة، كالإصابة بمرض معين، والقلق وضرورات العمل والسفر والدراسة، والتي تخل – ولو إلى حين – بمواعيد النوم ومدته وعمقه، كما يؤدي استعمال العقاقير، خاصة المنشطة أو المنبهة والمنومة أو التعود عليها ثم التوقف عن

استعمالها إلى اضطراب النوم، كما يحدث اضطراب النوم في الظروف الطارئة التي تعترض حياة الإنسان. (**علي، ١٩٨٩، ص١٦٢**).

غير أن الحرمان من النوم أو اضطرابه في الأمثلة السابقة يمثل أعراضاً مصاحبة لعلل أخرى معروفة، أي أنه يمثل اضطرابات ثانوية في النوم، فعندما يكون الأرق أحد أعراض الاكتئاب أو القلق، فإنه لا يصنف كاضطراب أولي في النوم؛ إنما يُشار إليه كعَرْض لذلك المرض سواء كان نفسياً أو جسمياً، ونظراً لأننا هنا نتعامل – في الأساس – مع الاضطرابات الأولية أي التي تشكل اضطراباً في حد ذاتها ومع الاضطرابات الوظيفية أي التي لا ترجع إلى سبب عضوي معروف فإننا سوف نشير إلى تصنيف اضطرابات النوم كما تتداولها الكتب والمراجع المتخصصة، كالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV والخامس DSM-5 والدليل العالمي العاشر ICD-10.

تصنيف اضطرابات النوم:

تختلف المراجع العلمية اختلافاً بسيطاً فيما يتعلق باضطرابات النوم، فبعضها يصنف هذه الاضطرابات على أساس العمر – فعلى سبيل المثال – إذ يحدث الفزع الليلي، والمشي في أثناء النوم عند الأطفال، بينما يحدث الاضطراب المعروف بغفوات النوم المفاجئة Narcolepsy في العشرينيات من العمر، ويتزايد حدوث حالات الاختناق في أثناء النوم بشكل واضح مع التقدم في العمر (**إسماعيل، بدون تاريخ، ص٤٨**)، كما يصنف البعض اضطرابات النوم بربطها بنوعي النوم اللذين سبق الحديث عنهما: النوم الهادئ والنوم الحقيقي.

- **تصنيف اضطرابات النوم في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس:**

يقع تصنيف اضطرابات النوم في فئة مستقلة، كما وتُقسم إلى قسمين فرعيين، هما:

(أ)– اضطرابات النوم الأساسية أو الأولية (عسر النوم) Dyssomnias ويشمل:

- الأرق الأولي Primary insonima
- اضطرابات فرط النوم الأولي Primary Hypersomina
- غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy
- اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس Breathing- Related Sleep Disorders

(ب)– اضطرابات النوم الثانوية (اضطرابات المخلات بالنوم) Parasomnias وتشمل:

- اضطراب الكوابيس الليلية Nightmare disorder
- اضطراب الفزع في أثناء النوم Sleep terror disorder
- اضطراب المشي في أثناء النوم Sleep walking disorder
- اضطرابات النوم الثانوية غير المصنعة في مكان آخر.

أما القسم الثاني: فيضم اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي (عقلي) آخر سواء كانت في صورة أرق أو فرط نوم.

ويضم القسم الثالث: اضطرابات النوم الأخرى، وهي التي ترجع إلى حالة طبية عامة سواء كانت في صورة أرق، أو فرط نوم، أو اضطراب نوم ثانوي، أو نوع مختلط أو تلك المرتبطة بتعاطي عقاقير معينة.

وفيما يأتي سوف نتعرض لعدد من اضطرابات النوم السابقة بشيء من التوضيح:

أولاً: اضطرابات عُسر النوم (اضطرابات النوم الأولية) Dyssomnias:

يُعد عسر النوم من الاضطرابات الوظيفية أو التي ترجع إلى عوامل نفسية في الأساس، أما اضطرابات النوم، ذات الطبيعة العضوية مثل زملة (كلاين ليفين)، وفي كثير من الحالات يكون اضطراب النوم واحداً من أعراض اضطراب آخر إما عقلياً أو بدنياً.



وتشير اضطرابات النوم الأولية Primary إلى اضطرابات في الدخول أو مواصلة النوم أو النوم المفرط، وتتميز باضطرابات في كمية النوم وكيفيته أو توقيته، ويضم هذا القسم طبقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والخامس: الأرق الأولي، وفرط النوم الأولي، وغفوات النوم المفاجئة، واضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس، واضطرابات جدول النوم واليقظة.

وفيما يأتي سوف نتناول هذه الاضطرابات بشيء من التفصيل:

١) الأرق Insomnia:

هو صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه، ويعاني من مشكلة الأرق أعدادٌ كبيرة من الناس، وبمراجعة الدراسات المسحية لانتشار الأرق أظهرت بعض هذه الدراسات أن ما يقارب ٥٠% من الناس في منتصف العمر يعانون من مشكلة الأرق لبعض الوقت، وفي دراسة بسويسرا أجاب ٧% من الرجال، و١٢% من السيدات بأن نوم الليل لديهم "سيئ

للغاية" وفي أمريكا تبين من دراسة مسحية أن ٦% من الراشدين يعانون من حالة الأرق، مما جعلهم يطلبون المشورة الطبية وأوصى الأطباء بوصف أدوية للنوم في وصف هذه الحالات، ويزيد انتشار الأرق في النساء أكثر من الرجال، كما أن الأرق تزيد فرصة حدوثه مع تقدم العمر، ويعد الأرق من أهم مشكلات النوم وأكثرها انتشاراً، **(Davison, 1994, pp510)**.

يعد الأرق من الأعراض الشائعة، لكنه ليس مرضاً مستقلاً، يتم تشخيصه بمعزل عن العلاقات والمظاهر الطبية والنفسية المصاحبة له، وكقاعدة طبية عامة، فإن الأرق لا بد أن يكون مصحوباً بحالة مرضية أخرى، ويتم تصنيفه إلى النوع الأولي Primary Insomnia حين لا توجد أعراض مصاحبة، والنوع الثانوي الذي يكون جزءاً من حالة مرضية عضوية أو نفسية، وهناك ثلاث صور مختلفة من الأرق، هي:

- صعوبة الدخول في النوم، وقد يصحب ذلك الاستيقاظ المتكرر، وفي هذه الحالات يعاني الشخص من البقاء في الفراش لمدة طويلة تصل إلى عدة ساعات انتظاراً للدخول في النوم، وخلال هذه الفترة يتقلب في الفراش ويتحرك في قلق مع مرور الوقت، وكلما استمر الشخص في محاولات للدخول في النوم يتزايد شعوره بالقلق والإحباط؛ مما يزيد من صعوبة الاستسلام للنوم.
- كثرة الاستيقاظ بالليل أو النوم المتقطع هو صورة ثانية من الأرق يكون النوم هنا سطحياً مع استيقاظ متكرر يتبعه العودة إلى النعاس مرة بعد مرة.
- الاستيقاظ المبكر وأرق في ساعات الصباح الأولى Late Insomnia حيث يصحو الشخص قبل الفجر، ويصعب أن ينام بعد ذلك، وهذا

النمط من الأرق له دلالة مرضية؛ إذ يرتبط عادة بمرض الاكتئاب النفسي.

أسباب الأرق:

أسباب بسيطة للأرق، منها على سبيل المثال:

١. انشغال التفكير ببعض الهموم، والترقب لأحداث متوقعة حتى الأمور السارة.

٢. ظروف البيئة الخارجية غير الملائمة مثل ازدياد الضوضاء؛ بسبب حركة المرور أو غير ذلك.

٣. حالة الطقس العامة وانخفاض وارتفاع الضغط الجوي، ودرجة الحرارة والرطوبة، وتغيرات الجو تؤدي إلى الأرق عند البعض الذين يستجيبون بحساسية لذلك.

٤. تغيير المكان المألوف للنوم حتى لو كان المكان الجديد ملائماً؛ لانعدام شعور الألفة والأمان في الأماكن الغريبة على الشخص.

٥. الطريقة التي يقضي بها الشخص الساعات التي تسبق النوم في المساء قد تؤدي إلى الأرق، حيث يقوم ببذل جهد ذهني وبدني ثقيل على غير المعتاد.

٦. تناول مقادير كبيرة من المشروبات التي تحتوي على مواد منبهة مثل الشاي والقهوة، والإفراط في التدخين الذي يؤدي إلى التأثير المنبه للنيكوتين خصوصاً في ساعات المساء.

أسباب طبية: قد يكون السبب في الأرق الإصابة ببعض المشكلات الصحية، وهنا قد يكون الأرق في صورة صعوبة الدخول في النوم أو عدم القدرة على الاستمرار في النوم.

ومن الأسباب الطبية للأرق الآتي:

١. الألم الناجم عن أي سبب، وفي أي منطقة من الجسم.
٢. أمراض الجهاز العصبي.
٣. توقف التنفس واضطرابه في أثناء النوم.
٤. الاضطرابات التي تحدث في أثناء النوم، مثل: حركة الأرجل القلقلة، والانتفاضات العصبية.
٥. أسباب تتعلق بالتغذية واضطراب الهضم والجوع.
٦. تناول بعض المواد المؤثرة في الجهاز العصبي، مثل، الكحول وبعض المواد المخدرة.
٧. بعض أمراض الغدد الصماء، والحمى والأورام الخبيثة.

أسباب نفسية: هناك قائمة من الحالات النفسية التي يكون الأرق ضمن أعراضها الرئيسة منها:

١. القلق Anxiety وأنواعه المختلفة خصوصاً نوبات الهلع Panic التي تحدث في أثناء الليل.
٢. الاكتئاب النفسي؛ خصوصاً النوم الذهاني الداخلي الذي يكون مصحوباً في العادة بالأرق المتأخر والاستيقاظ في ساعات الصباح الأولى.
٣. اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD وهي حالة تعقب التعرض للأزمات والحوادث الشديدة، ويضطرب النوم بشدة، فيكون الأرق مصحوباً بأحلام مزعجة وكوابيس متكررة.

المحكات التشخيصية للأرق الأولي:

طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس للاضطرابات النفسية، فإنه ينبغي توفر المحكات التالية قبل تشخيص الأرق الأولي:

(أ)- الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه أو النوم غير المريح لمدة شهر على الأقل.

(ب)- يسبب الأرق كرباً (مشقة) Distress إكلينيكياً جوهرياً أو خللاً في الأداء الاجتماعي والمهني.

(ج)- لا تحدث اضطرابات النوم الشديدة في أثناء مسار غفوات النوم المفاجئة أو اضطراب النوم المرتبط بالتنفس واضطراب جدول النوم واليقظة.

(د)- لا تحدث صعوبات النوم بشدة في أثناء مسار اضطراب نفسي آخر.

(هـ)- لا يُعزى الاضطراب إلى تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة نفسية الفاعلية (تعاطي مخدر) أو أي حالة طبية عامة.

٢) فرط النوم Hypersomnia:

يُعرّف فرط النوم على أنه حالة من النعاس الشديدة خلال النهار مع نوبات من النوم (لا يفسرها عدم كفاية كمية النوم) أو استغراق فترة طويلة للانتقال من حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ في غياب عامل عضوي يفسر حدوث فرط النوم وغالباً ما تكون هذه الحالة مصحوبة باضطرابات عقلية وكثيراً ما تكون في الواقع عرضاً لاضطراب وجداني ثنائي القطب، والنوم المفرط هو نقيض الأرق وقد يأتي في نوبة واحدة طويلة وقد يأتي على أكثر من فترة في اليوم الواحد، (**علي، ١٩٨٩، ص١٩٧**).

المحكات التشخيصية لاضطراب فرط النوم:

(أ)- الشكوى البارزة من فرط النوم لمدة شهر على الأقل (أو فترات أقل طولاً وأكثر تكراراً) ويأخذ شكل نوبات ممتدة أو نوبات النوم النهاري التي تحدث يومياً.

(ب)- بسبب فرط النوم، كرباً إكلينيكياً جوهرياً أو خللاً في الأداء الاجتماعي والمهني ومجالات أخرى مهمة.

(ج)- لا يفسر فرط النوم بواسطة الأرق، ولا يحدث في أثناء مسار أحد اضطرابات النوم الأخرى (مثال: غفوات النوم المفاجئة —واضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس)

(د)- لا يرجع الاضطراب إلى تأثيرات فيزيولوجية أخرى لتعاطي مادة رئيسة كـ (تعاطي مخدر أو تداوٍ) أو أي حالة طبية أخرى.

٣) اضطراب مواعيد النوم واليقظة:

يُعرّف اضطراب موعد النوم واليقظة بأنه:فقدان التزامن بين برنامج الفرد في النوم واليقظة وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل المحيطين بالفرد؛ مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم (عكاشة، ١٩٩٨، ص٥١١) وبالتالي فإن الفرد المصاب بهذا الاضطراب لا ينام عندما يريد؛ بل ينام في أوقات أخرى لا يريدها، وتحدث الحالات المعتادة من هذا النوم في حالات الانتقال بالطائرة إلى مسافات بعيدة، وعند اضطرار الفرد لتبديل مواعيد نومه بكثرة، وعندما تستمر كاضطراب، فإنها تفسر بعدم استقرار دورة النوم–اليقظة– مما يفقد الفرد المقدرة على التحكم في مواعيد ابتداء كل فترة من فترات هذه الدورة وانتهائها، وهذا

يؤدي بالتالي إلى تقدم هذه المواعيد أو تأخرها، إما بصورة منتظمة أو بصورة عشوائية. (كمال، ١٩٨٩، ص١٩٨)

المحكات التشخيصية لاضطراب جدول النوم واليقظة:

(أ)- نظام الفرد في النوم واليقظة غير متزامن مع جدول النوم واليقظة المرغوب فيه ليتناسب مع المتطلبات الاجتماعية وليتناسب مع أغلب الأشخاص في محيط الفرد.

(ب)- يعاني الفرد نتيجة لهذا الاضطراب من الأرق في أثناء الجزء الأعظم من فترة النوم أو فرط النوم في أثناء فترة الاستيقاظ، وذلك كل يوم تقريباً لمدة شهر على الأقل أو بشكل متكرر لفترات أقصر من الوقت.

(ج)- الكمية والكيفية وأوقات النوم غير المرضية تتسبب إما في انزعاج شديد أو تتعارض مع الأداء الاجتماعي والمهني.

٤) غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy:

لم ترد هذه الفئة ضمن اضطراب النوم الواردة في الدليل العالمي لتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية (١٩٩٢) وهي موجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

ويمكن عدّ هذا النمط من اضطرابات النوم مظهراً من مظاهر فرط النوم، ويشير هذا الاضطراب إلى زملة من الأعراض تتضمن نوبات فجائية من النوم تنتاب الفرد، وتستمر لبضع دقائق (يقدرها البعض بربع ساعة) ويمكن أن تحدث في أي وقت، وغالباً ما تكون مسبوقة بشحنة انفعالية قوية.

ومن الوجهة الكمية فإن هذه النوبات من الإغفاءات المفاجئة ليست دائماً صورة من صور فرط النوم؛ لأن المرء المصاب بهذه الاضطرابات لا

ينام بشكل جيد في أثناء الليل، وبرغم هذه النوبات فإن الكثير من المرضى يعانون — بالفعل – من نقص في ساعات النوم الكلية(إسماعيل، بدون تاريخ)ويلاحظ أن هذه النوبات التي قد تتكرر عدة مرات في اليوم، تكون مصحوبة بأعراض معينة منها فقدان التوتر العضلي فجأة مما يوقع الفرد أرضاً بسرعة، ومنهم من يشعر بشلل الحركة عند الاستيقاظ من نوبة النوم، ومنهم من يعاني من أحلام وهلاوس خلال فترة النوم الهادئ (كمال، ١٩٨٩، ص ١٩٨).

المحكات التشخيصية لغفوات النوم المفاجئ:

(أ)– نوبات مفاجئة من النوم القصير التي تحدث يومياً على مدى ٣ أشهر.

(ب)– وجود أحد العرضين الآتيين أو كليهما:

١. التوقف العضلي Cataplexy مثل نوبات قصيرة من الفقدان المفاجئ للتوتر العضلي في كلا الجانبين وهي أكثر ارتباطاً مع الانفعالات الشديدة.

٢. اقتحامات متكررة لعناصر حركة العين السريعة تتخلل الانتقال بين النوم واليقظة كما تتجلى إما بواسطة هلاوس النوم أو شلل النوم في بداية نوبات النوم أو نهايته.

(ج)– لا يرجع الاضطراب إلى آثار فيزيولوجية مباشرة لمادة نفسية(تعاطي مخدر أو التداوي) أو أي حالة طبية عامة أخرى.

ثانياً: اضطرابات النوم الثانوية (المُخِلاّت بالنوم) Parasomnias:

وهي اضطرابات تتميز بأحداث سلوكية أو فيزيولوجية شاذة تحدث مرتبطة بالنوم سواء كان بمراحل محددة في النوم أو عند الانتقال من النوم

لليقظة، وهي بعكس الاضطرابات الأولية – لاتشتمل على اضطرابات في الميكانزمات المسؤولة عن مراحل النوم – اليقظة – أو عن توقيت النوم واليقظة؛ بل هي تمثل تنشيطاً لأنساق فيزيولوجية في أوقات غير ملائمة في أثناء دورة النوم – اليقظة.

وتشمل هذه الاضطرابات – بوجه خاص – تنشيط الجاهز العصبي اللاإرادي، والجهاز الحركي، أو العمليات المعرفية في أثناء النوم أو عند الانتقال من النوم لليقظة. ومن هذه الاضطرابات الكابوس الليلي، واضطراب فزع النوم، والمشي في أثناء النوم والكلام، وبعض الاضطرابات الأخرى. وفيما يأتي سنلقي الضوء على هذه الاضطرابات:

١. الكابوس: الكابوس الليلي Nightmare:

هو حلم مزعج طويل يعقبه الاستيقاظ في فزع، وكشأن كل الأحلام تحدث الكوابيس بصورة رئيسة في أثناء نوم الحركات السريعة للعين REM Sleep، ويكون توقيتها عادةً في وقت متأخر من الليل، ويعاني بعض الناس من الكوابيس بصفة متكررة طول حياتهم بينما يرتبط حدوثها في البعض الآخر مع التعرض لمواقف وضغوط خارجية أو حين يصابون بالاضطراب النفسي، ويؤكد ما يقارب من ٥٠% من الناس أنهم تعرضوا لتجربة الكوابيس في نومهم مرة على الأقل في حياتهم.

ومحتوى الكوابيس عادة ما يضم تفاصيل مخيفة فيها تهديد لحياة الشخص أو ترويع لأمنه، أو خطر يهدد تقدير الذات، وينشأ عن تكرار الكوابيس اضطراب في وظائف الشخص الاجتماعية والمهنية، وقد تُعد الكوابيس كأعراض لاضطراب نفسي مثل اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD. أو مصاحبة لاستخدام بعض الأدوية والمواد المؤثرة في الحالة

العقلية، ولا يوجد علاج متخصص يمنع حدوث الكوابيس. ويمكن استخدام مضادات الاكتئاب من النوع ثلاثي الحلقات Tricyclic فتقل الكوابيس مع تحسن نوع الحركات السريعة للعين، (**الشربيني، ١٩٩٠، ص ٦٩**).

المحكات التشخيصية لاضطراب الكابوس:

(أ)- الاستيقاظ من النوم الليلي أو الغفوات النهارية باسترجاع تفصيلي وحيوي لأحلام مخيفة جداً، تتضمن في العادة تهديداً للحياة أو الأمان أو احترام الذات، وقد يحدث الاستيقاظ في أي وقت من فترة النوم وعندما يكون نموذجياً يحدث في النصف الثاني منه.

(ب)- ينتبه الفرد ويعود لطبيعته سريعاً عن الاستيقاظ من الأحلام المخيفة.

(ج)- تتسبب الأحلام واضطراب النوم المترتب على فترات الاستيقاظ في ضيق شديد للفرد.

(د)- لا يحدث الكابوس في أثناء مسار اضطراب نفسي آخر (الهذيان، اضطراب الضغوط التالية للصدمة) ولا يرجع لتأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة نفسية أو حالة طبية عامة، (**يوسف، ٢٠٠٠، ص١٦٠**).

٢. اضطراب فزع النوم Sleep Terror Disorder:

هو نوبات من الفزع الشديد والهلع تصاحبها أصوات عالية وحركة زائدة ومستويات عالية من النشاط العصبي اللاإرادي، ينهض الفرد من نومه جالساً أو واقفاً، وذلك في أثناء الثلث الأول من النوم الليلي عادة، ويصرخ صرخة رعب، وفي أحيان كثيرة يسرع إلى الباب كما لو كانت محاولة هرب، وإن كان نادراً ما يترك الفرد غرفته، وقد تؤدي محاولات الآخرين التحكم في

حدوث الفزع الليلي إلى مزيد من الخوف الشديد؛ وذلك لأن المريض لا يستجيب لهذه المحاولات (**عكاشة، ١٩٩٨، ص ٥١٤**).

ويكون مرافقاً لهذه الحالة درجة من تغيّم الوعي، وقد يذكر بقايا حلم، ونادراً ما يكون الحلم حياً وكاملاً، والمعتاد أن يتم نسيان النوبة كاملة في الصباح، وتكثر النوبات إذا كان الشخص مرهقاً أو يعاني من ضغوط نفسية اجتماعية (**حمودة، ١٩٩١، ص ٢٧٦**).

المحكات التشخيصية لاضطراب فزع النوم:

(أ)- العرض الأساسي: هو نوبات متكررة من الاستيقاظ من النوم تبدأ بصرخة خوف حادة، وتتميز بقلق شديد وحركة جسدية وفرط النشاط العصبي اللاإرادي، مثل: (الخفقان، وضربات القلب، سرعة التنفس، اتساع الحدقتين والعرق).

(ب)- هذه النوبات المتكررة من الاستيقاظ المفاجئ من النوم دون اتصال كافٍ بالعالم المحيط تستمر في المعتاد لفترة تتراوح بين دقيقة وعشر دقائق تحدث في أثناء الثلث الأول من النوم الليلي.

(ج)- عدم استجابة الفرد النسبية لجهود الآخرين في محاولة السيطرة على الفزع الليلي.

(د)- يكون استرجاع النوبة محدوداً.

(هـ)- غياب أي دليل على وجود اضطراب بدني، ولا يرجع لتأثيرات فيزيولوجية مباشرة لتعاطي مادة نفسية أو حالة طبية عامة.

(و)- تسبب النوبات كرباً إكلينيكياً جوهرياً أو خللاً في الأداء المهني أو الاجتماعي أو مجالات أخرى من الأداء.

٣. المشي في أثناء النوم Somnambulism:

هو حالة تحوال تحدث خلال النوم، وتستمر عادة فترة زمنية قصيرة، ويحدث ذلك خلال المرحلتين الثالثة والرابعة من النوم بدون حركات العين السريعة (**إسماعيل، بدون تاريخ**).

وهي من الظواهر الغامضة التي تجمع تناقض المشي والنوم الذي يفترض فيه السكون. ومن الحقائق العلمية حول هذه الظاهرة:

- تحدث هذه الظاهرة في الأطفال أكثر من الكبار، والسبب غير معروف على وجه التحديد.
- لا يرتبط المشي في أثناء النوم بالأحلام، حيث إن تسجيل مختبرات النوم أثبتت أنه يحدث في مراحل النوم العميق (المرحلة ٣ و٤) حين تكون الأحلام نادرة الحدوث.
- ظلت الظاهرة لوقت طويل من الموضوعات التي يتناولها الناس والكتّاب بصورة كاريكاتورية تصور الشخص يتحرك مغمض العينين وممدود الذراعين.
- تسجيل النوم يظهر أن حالة النوم العميق تستمر في حالة المشي لفترة زمنية قصيرة، وبعد ذلك يتحول السجل إلى وضع يشبه اليقظة.
- فترة المشي تتراوح بين ثوان ودقائق، والحركة تتراوح بين الجلوس والتحرك لمسافات طويلة، ولا يتذكر أي شيء مما يفعله في الصباح.
- العينان قد تكونان مفتوحتين، وقد يقوم الشخص بحركات معقدة مثل ارتداء ملابس الخروج، وتعبيرات الوجه جامدة، وقد يجيب عن بعض الأسئلة بكلمات بسيطة خلال الحالة.

- خلال المشي في أثناء النوم يكون الشخص شبه مبصر، فيتجنب الحواجز من دون أن يصطدم بها في أغلب الأحيان غير أن بعض الحوادث قد تقع خلال ذلك.
- الكلام في أثناء النوم قد يرتبط بمحتوى بعض الأحلام، وقد يكون بكلمات غير مفهومة أو واضحة، ولا يذكر الشخص منه شيئاً في الصباح.
- من الوسائل التي يستخدمها البعض للعلاج الربط بحبل في السرير أو إغلاق الباب، لكنه قد يستطيع فك الحبل وفتح الباب في أثناء التجوال، ومع مرور الوقت يمكن للأطفال أن يتخلصوا من هذه الحالة تلقائياً، (**الشربيني، ٢٠٠٠، ص ٧٠**).

المحكات التشخيصية **لاضطراب المشي في أثناء النوم**:

(أ)- نوبات متكررة من النهوض من السرير في أثناء النوم والتجوال لعدة دقائق تحدث عادة في أثناء الثلث الأول من النوم الليلي.

(ب)- يكون وجه المريض في أثناء النوبة شاحباً وبدون تعبير ولا يستجيب المريض لمحاولات الآخرين التأثير فيه أو التحدث معه ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة.

(ج)- عند الاستيقاظ لا يتذكر الفرد شيئاً عن النوبة سواء كان بعدها مباشرة أو في الصباح.

(د)- عند الاستيقاظ تكون هناك فترة قصيرة من بعض الاختلاط وعدم التوجه لفترة قصيرة.

(هـ)- غياب أي دليل على وجود اضطراب عقلي أو عضوي أو صحي، **(World Health Organization, 1992, p188)**.

أسباب اضطراب النوم:

يمكن تقسيم أسباب اضطرابات النوم إلى قسمين: القسم الأول خاص بأسباب مشكلات النوم العابرة أو المؤقتة، والقسم الثاني خاص باضطرابات النوم المزمنة أو المستمرة.

وتضم أسباب صعوبات النوم العابرة بعض العوامل، منها:

١. تعاطي العقاقير المنبهة لأي سبب من الأسباب؛ مما يسبب الأرق، وكذلك شرب المواد المنبهة، مثل: القهوة والشاي، والتدخين، خاصة لدى الأفراد غير المعتادين عليها.
٢. بعض الأمراض الجسمية كآلام الأسنان، أو أمراض الأطفال التي تؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة أو المصحوبة بالآلام.
٣. تعاطي أدوية لعلاج أمراض معينة ويكون من آثارها الجانبية إما الأرق أو فرط النوم.
٤. الضوضاء الخارجية والأحداث الاجتماعية، والسفر من مكان إلى مكان، خاصة عند وجود فروق في التوقيت.
٥. في حالة ولادة مولود جديد، وكذلك في بعض شهور الحمل خاصة في الأسابيع الأخيرة، أو عند السيدات اللاتي يتعاطين حبوب منع الحمل.
٦. عند المرور بمرحلة المراهقة، خاصة لدى الإناث، وكذلك في فترة الدورة الشهرية.
٧. بعض المشكلات النفسية العابرة، والخلافات الاجتماعية وضغوط العمل (**الشربيني، ١٩٩٤، ص٧٠**).

أما اضطرابات النوم المزمنة والتي سبق أن تحدثنا عنها بالتفصيل، فإن لها مجموعة من الأسباب المحتملة، ويمكن أن نصنفها في مجموعتين الأولى: مجموعة العوامل أو الأسباب التي تُعَدُّ اضطراب النوم ثانوياً بالنسبة لها، والأخرى هي الأسباب المباشرة أو الأولية وفيما يأتي بعض هذه العوامل:

١. الأسباب العضوية كأمراض المخ والجهاز العصبي المزمنة مثل مرض باركنسون أو الشلل وأورام المخ التي تؤدي إلى فرط النوم والغيبوبة.
٢. الأمراض الجسمية الشديدة والمزمنة كأمراض القلب، والجهاز التنفسي والجهاز البولي، والجهاز الهضمي وهي تؤدي في الغالب إلى الأرق وعدم الاستقرار في النوم، واضطراب مواعيد النوم وفرط النوم كنوع من التعويض في بعض الأوقات.
٣. الأمراض النفسية والعقلية كالاكتئاب الذهاني الذي يؤدي إلى اضطراب النوم، ويكون غالباً على هيئة أرق وهوس، والهوس يؤدي إلى استمرار الأرق لفترات طويلة والفصام الذي يؤدي إلى إفراط النوم (كالغيبوبة) والأمراض العصابية كالقلق والهلع والرهاب والتي قد تؤدي إلى الأرق واضطراب موعد النوم واليقظة، والوسواس القهري كذلك.

– وفي الحالات السابقة ننظر إلى اضطراب النوم على أنه عرض ثانوي لمرض آخر، ولا يستخدم تشخيص النوم إلا إذا كان عرضاً مزعجاً وشديداً يتعارض مع متطلبات الأداء المهني والاجتماعي ومجالات الأداء الأخرى.

أما اضطراب النوم الأولي والثانوي التي لا ترتبط بمرض آخر فقد يكون لها أسباب أخرى أولية فضلاً عن الأسباب السابقة. وقد وضعت عدة نظريات لتفسيرها. (**لطيفة، ٢٠٠٧**)

١) النظرية العصبية:

تفترض هذه النظرية أن هناك عدة مناطق في الدماغ كالثلاموس والإلهيبوثلاموس وساق الدماغ تختص بإحداث حالة النوم. ومع أن البعض يرون أن هذه المراكز تقوم تلقائياً بتنظيم النوم بصورة دورية وكجزء من طبيعتها البيولوجية، إلا أنهم يرون أن هذه المراكز تتأثر بفعل مواد كيميائية وهرمونية، بعضها له فعل التنشيط ويحدث اليقظة والبعض الآخر يحدث التثبيط، ومن ثم النوم، ويمكن التصور تبعاً لذلك أن أي خلل في هذه المراكز يمكن أن يؤدي إلى اختلال في النوم سواء في شكل أرق أو إفراط في النوم أو اضطراب في مواعيد النوم واليقظة.

٢) النظريات الكيميائية الحيوية:

تركز هذه النظريات على عمل النواقل العصبية Neurotransmitters ودورها في تنظيم الكثير من العمليات بالمخ، وكذلك مسؤوليتها في إحداث بعض الاضطرابات النفسية والعقلية، ومن هذه النواقل العصبية الأستيل كولين Acetylcholine والسيرتونين Serotonin والنور إبينفرين Nerepinephrine والدوبامين Dopamine والتي لها دور أساسي في ميكانيزم النوم واليقظة، وقد تبين أن المواد التي تؤدي إلى خفض السيرتونين تؤدي كذلك إلى خفض مدة النوم (**إبراهيم، وآخرون، ١٩٩٣، ص٩٩**) ومن ثم يمكن القول: إن اختلال هذا الناقل العصبي سيؤدي إلى اختلال النوم الحالم، وهو بدوره سيؤدي إلى بعض اضطرابات النوم (كالكوابيس) التي ترتبط بهذا النوع من النوم.

٣) الساعة البيولوجية:

يمتلك كل فرد منا ساعة بيولوجية تعمل طوال ال٢٤ ساعة وهي التي تعرف علمياً باسم Circadian Rhythm وقد لا نلتفت إلى هذه الساعة، إلا عندما تختل؛ وخاصة عندما نسافر من مكان إلى آخر في الكرة الأرضية، وقد يضطرب نظام عمل هذه الساعة ومن ثم قد نحتاج إلى شهر حتى تعود إلى العمل بانتظام مرة أخرى، وهنا قد نجد بعض الناس يشكون من اضطراب النوم، ويبحثون عن المساعدة لأن نومهم غير منتظم الإيقاع.

٤) العوامل النفسية الاجتماعية:

توجد مجموعة من المتغيرات النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات النوم المختلفة(الأرق، إفراط النوم، اضطراب مواعيد النوم....) وذلك لدى الراشدين ولدى الأطفال، وفي بعض الأحيان قد يؤدي متغير واحد إلى أحد اضطرابات النوم وربما أكثر وفي أحيان أخرى تتنافر عدة متغيرات لكي تؤدي إلى هذا الاضطراب أو ذلك ومن هذه المتغيرات الآتي:

أ- الضغوط النفسية والاجتماعية.

ب- سوء تنظيم إيقاع النوم – اليقظة.

ت- سوء تنظيم الطقوس المتبعة قبل النوم.

ث- الارتباط السيئ بما يحيط الطفل وقت النوم.

ج- العادات السيئة في الطعام والشراب.

ح- زيادة الوزن والسمنة.

اضطرابات النوم الشائعة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة:

يعاني عدد كبير من الأطفال من اضطرابات النوم ومشكلاته، وقد يرجع ذلك لأسباب مختلفة، فقد يعاني بعض الأطفال من قلة النوم أو أنهم ينامون لفترة قصيرة بعد إصابتهم بمرض أو خلال فترة الإجازات أو خلال الفترات المقلقلة كالاختبارات أو عند مرض شخص مقرب منهم.

ومن أسباب اضطراب النوم لدى الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة:

تختلف أسباب اضطراب النوم وأشكاله عن الأطفال ذوي النمو الطبيعي، فمشكلة اضطراب النوم بالنسبة للأطفال ذوي التوحد في نمط النوم من خلال:

١"- *اضطرابات الخلود إلى النوم:* والمقصود بها الاضطرابات التي يعاني فيها الطفل من صعوبة في الخلود إلى النوم، فقد يجد الطفل صعوبة أو يحتاج إلى مجهود كبير ووقت طويل من أجل الدخول في نمو عميق.

٢"- *اضطرابات الاستيقاظ من النوم:* والمقصود بها الاضطرابات التي يعاني فيها الطفل من الاستيقاظ المتكرر خلال الليل، ويعاني العديد من الأطفال ذوي التوحد من الاستيقاظ ليلاً بعد الدخول في النوم، ولا يستطيع النوم مرة أخرى، كما قد يعانون من مشاهدة كوابيس مزعجة، تجبرهم على الاستيقاظ من النوم.

٣"- *الاضطرابات الحسية:* يعاني العديد من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من اضطرابات في الاستجابة للمثيرات البصرية أو الصوتية أو اللمسية، فيعاني بعضهم من فرط الاستجابة لبعض الأصوات، أو بعض الأضواء، أو يستجيب استجابات مفرطة إلى المثيرات الحسية،

واللمسية، فلا يحب أن يلمسه أحد، ومن الممكن أن تؤدي هذه الحساسية المفرطة إلى تشتيت انتباه الطفل، وجعله قلقاً بصورة يصعب معها الخلود إلى النوم أو إذا ما خلد في النوم يستيقظ مرة أخرى ويصعب عودته إلى النوم مرّة أخرى.

علاج اضطرابات النوم:

مما لا شك فيه أن علاج اضطرابات النوم يختلف باختلاف نوع الاضطراب وباختلاف درجة الاضطراب وباختلاف العوامل المسؤولة عنه (عضوية – وظيفية) وباختلاف عمر الطفل، واختلاف العوامل الاجتماعية المحيطة، وكذلك باختلاف كون الاضطراب أساسياً يمثل الشكوى الوحيدة أو أنه ناجم عن اضطراب نفسي.

ويمكن أن تصنف الإجراءات العلاجية بغض النظر عن الاختلافات السابقة إلى قسمين: الأول: الإجراءات العلاجية العامة، والثاني: الإجراءات العلاجية المتخصصة.

أ- الإجراءات العلاجية العامة:

١. التخلص من العادات السيئة التي تؤثر في النوم، مثل: الأكل بإفراط في وجبة العشاء، أو النوم بعد الأكل مباشرة، أو شرب سوائل كثيرة قبل النوم.
٢. التخلص من العادات السيئة المكتسبة التي تسبق الذهاب إلى النوم؛ وبخاصة عند الأطفال.
٣. اللجوء إلى بعض الإجراءات التي تيسر النوم (في حالة الأرق) مثل الحمام الدافئ قبل النوم، أو ممارسة بعض التمرينات الرياضية

الخفيفة، أو القيام ببعض الأعمال الروتينية التي تساعد على الدخول في النوم كالقراءة.

٤. تهيئة فراش مناسب للجسم ووسائد مريحة للرأس.

٥. العناية بغرفة النوم ومراعاة أن تكون بعيدة عن الضوضاء.

٦. عدم اصطحاب المشكلات التي لم تحل، وهموم اليوم السابق.

٧. اختيار الوضع المناسب للنوم (على الجنب أو على الظهر).

٨. مراعاة لبس الملابس المريحة، وتجنب الملابس الضيقة التي قد تعوق الحركة والتنفس.

٩. الحفاظ على مواعيد ثابتة نسبياً للنوم واليقظة حتى تنتظم الساعة البيولوجية، ويستطيع الإنسان الدخول في النوم والخروج منه من دون معاناة كبيرة.

١٠. ألا يحاول الفرد أن ينام أكثر من حاجته لمجرد أنه لا يجد شيئاً آخر يفعله.

١١. الحفاظ على هواء غرفة النوم متجدداً باستمرار.

١٢. أن يتصف الفرد بتأكيد ذاته والتعبير عن نفسه ومصارحة الآخرين حتى لا يحمل نفسه فوق طاقتها.

ب- الإجراءات العلاجية المتخصصة:

إن الإجراءات السابقة هي إجراءات مساعدة للأشخاص الذين يعانون من مشكلات عابرة في النوم، وقد لا تكفي بمفردها لحل مشكلة النوم المستمرة ومن هنا يمكن وصف بعض العلاجات المتخصصة التي تناسب بعض أنواع اضطرابات النوم من دون بعضها الآخر، ومنها:

١) العلاج العضوي:

هو العلاج الذي ينصح به الأطباء في الحالات التي يوجد فيها سبب عضوي يقف خلف اضطرابات النوم، أو في الحالات التي يكون فيها اضطراب النوم ثانوياً لاضطراب جسمي أو نفسي أو عقلي، حيث يتم التركيز على علاج السبب الأصلي ومن ثم يتوقع أن تخف مشكلات النوم أو تختفي، كما هو الحال عند علاج بعض الأمراض الجسمية كالآلام الروماتيزمية أو آلام الجهاز الدوري والتنفسي، وكذلك علاج القلق أو علاج الاكتئاب.

وقد يتصور البعض أن اللجوء إلى المهدئات والمنومات هو الحل لمن يعانون من مشكلات مستمرة في النوم كالأرق واضطراب مواعيد النوم واليقظة، إلا أنه ينبغي أن نعلم أن استخدام هذه الأدوية أمر محفوف بالمخاطر؛ لأن بعضها قد يسبب الاعتماد، ومن ثم يصعب النوم بدونه، وعليه لا ينبغي اللجوء إلى مثل هذه العقاقير إلا تحت إشراف طبي.

٢) العلاج النفسي:

تنجم بعض اضطرابات النوم كالكوابيس والأحلام المفزعة والمشي والتكلم في أثناء النوم عن المشكلات النفسية والصراعات غير المحلولة والخبرات المحبطة خاصة لدى الأطفال، كما أن فرط النوم قد يكون حلاً مرضياً هروبياً لصراعات نفسية أيضاً (كالغيبوبة الهيستيرية مثلاً) وفي مثل تلك الحالات ينبغي أن يخضع الفرد للعلاج النفسي حيث يتم من خلال عملية التفريغ الانفعالي والتداعي إلى التعرف على مثل هذه الصراعات، ومحاولة تفسيرها للمريض ومن ثم زيادة استبصاره بها، وهو ما يساعده على العودة إلى النوم الطبيعي.

٣) العلاج السلوكي:

إذا كانت بعض مشكلات النوم ناجمة عن نوع من التشريط أو التدعيم، فإن تعديل هذه المشكلة أو العادات سلوكياً يبدو أمراً مفيداً، خاصة في حالة الأطفال الصغار الذين لم تترسخ عاداتهم السلوكية السيئة المرتبطة بالنوم بدرجة كبيرة، ومن الإجراءات السلوكية المفيدة التدريب على تمرينات الاسترخاء (**سويف، ١٩٨٥، ص١٩**) وكذلك التدريب على إخفاء السلوك غير المرغوب فيه من خلال التدعيم السلبي، والتحكم بالأفكار المأساوية، وإعداد أفكار مناقضة لهذه الأفكار المأساوية.

ملخص الفصل:

تناولنا في الفصل الحالي موضوع مهم جداً، ويتضمن مقدمة عامة عن تعريف النوم وأهميته للإنسان والمعدلات الطبيعية المطلوبة، وكذلك تناولنا قسماً خاصاً بأنواع النوم وخصائصه، ثم اضطرابات النوم وتصنيفاتها المختلفة، ثم الحديث المفصل عن الاضطرابات الأولية والثانوية من النوم مع التركيز على وصف كل الاضطرابات ومحكاتها التشخيصية، ثم نهاية الفصل كانت عن أسباب الاضطراب والنظريات المفسرة لاضطرابات النوم، وأهم الأساليب العلاجية الممكنة لها.

الفصل الخامس
اضطراب السلوك الحركي

محتويات الفصل:

- مقدمة.
- تصنيف اضطرابات السلوك الحركي.

أولاً: اضطرابات التآزر الحركي النمائي.

ثانياً: اضطراب قصور الانتباه/ النشاط المفرط.

ثالثاً: اضطرابات اللوازم.

رابعاً: اضطراب الحركات النمطية.

علاج اضطرابات السلوك الحركي.

ملخص الفصل.

أهداف الفصّل: أن يحدد الطالب:

- تصنيف اضطرابات السلوك الحركي.
- اضطرابات التآزر الحركي النمائي.
- اضطراب قصور الانتباه /النشاط المفرط/.
- اضطرابات اللوازم.
- اضطرابات الحركات النمطية.
- علاج اضطرابات السلوك الحركي.

وقل رب زدني علما
Damascus University

مقدمة:

يشكل اضطراب السلوك الحركي واحداً من أكثر الاضطرابات السلوكية إزعاجاً وخطورة، وذلك لأن الضرر فيه لا يقتصر على الفرد كما هو الحال في بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى؛ وإنما يمتد إلى الآخرين من المحيطين بالفرد من الأقران والآباء والمعلمين والجيران وغيرهم من يقع وجودهم في محيط سلوك الفرد وتصرفاته، ولعل ما يزيد من تعقيد هذه المشكلة السلوكية هو تعدد صورها وأشكالها وصعوبة وضعها تحت فئة واحدة من فئات التصنيف وكذلك امتدادها لتعطي مدى واسعاً من حياة الفرد، فهي تبدأ من سن مبكرة عادة، ويمتد بعضها إلى الرشد، وحتى إلى الشيخوخة وخاصة عندما لا يحدث تدخل فاعل لعلاجها.

ومن المشكلات الأخرى التي تواجه المهتمين بالاضطرابات السلوكية هي نقص الوعي بهذا النوع من الاضطرابات مما يؤخر عرض الحالات المصابة بهذا الاضطراب على المختصين؛ وبالتالي يتأخر تشخيصها، وعلاجها. ومن الملاحظ أن بعض الآباء والأمهات وربما المعلمين الذين تواجههم هذه المشكلات السلوكية لدى بعض الأطفال لا يعيرونها اهتماماً لأنهم يعدونها نوعاً من "الشقاوة" أو العناد الذي لا يفيد معه سوى الضرب أو الإيذاء البدني، والبعض الآخر ربما يستشعر المشكلة ويعاني منها ولكن لا يعرف كيف يتصرف وإلى من يذهب وقد يبدو عليه عدم التصديق إذا نصحه أحد بالتوجه إلى اختصاصي نفسي؛ لأن ابنه ليس مريضاً نفسياً، ومما يدعو للتفاؤل في الوقت الراهن هو التزايد الملحوظ في الاهتمام مثل هذه المشكلات على مستويات مختلفة والتي من بينها الاهتمام الإعلامي عبر الإذاعة والتلفاز والجرائد والمجلات، وهو ما

يمكن أن يقدم حلاً جزئياً لمشكلة نقص الوعي بهذه المشكلات السلوكية لدى قطاعات معينة من الناس.

مما يزيد من فرص الوقاية والعلاج للمصابين باضطرابات السلوك الحركي وأشكال أخرى من الاضطرابات السلوكية.

تصنيف اضطرابات السلوك الحركي:

تشكل عملية تصنيف اضطرابات السلوك الحركي إحدى نقاط الصعوبة في دراسة هذا الموضوع، فالتباين في أشكال هذا السلوك يجعل من الصعب بمكان ضمها في فئة واحدة متجانسة من الاضطرابات، وقد انعكس ذلك في تصنيف المرجعيين التصنيفيين الرئيسين لهذه الاضطرابات، وهما الدليل العالمي العاشر (هيئة الصحة العالمية، ١٩٩٩)، والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ١٩٩٤)، كما انعكس ذلك على المؤلفات التي تعنى بالاضطرابات النفسية والعقلية عموماً بما فيها الاضطرابات السلوكية، حيث تم التركيز على بعض الفئات دون البعض الآخر.

١. تصنيف اضطرابات السلوك الحركي في الدليل العالمي العاشر (ICD 10):

- تصنيف الارتقاء (النماء) النفسي Disorders of psychological Development وتحت فئة الاضطرابات النمائية العامة والمنتشرة Pervasive توجد فئة الاضطراب في النشاط المفرد المرتبط بالآخر العقلي والحركات النمطية.
- وتحت فئة الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تحدث عادة في الطفولة والمراهقة، توجد فئة خاصة باضطرابات الحركة المفرط Hyperkinetic وتضم بدورها:

- صعوبات النشاط والانتباه Disturbance of activity and attention
- اضطراب الحركة المفرط Hyper kinetic conduct disorder
- اضطراب فرط الحركة الأخرى Other Hyperkinetic disorder
- اضطراب فرط الحركة غير المحددة
Hyperkinetic disorder unspecified
- وفي فئة فرعية يقع اضطراب اللوازم (الخلجات) Tic disorders وفي الفئة الأخيرة والخاصة بالاضطرابات السلوكية التي تحدث عادة في الطفولة والمراهقة يوجد اضطراب أخير وهو اضطراب الحركات النمطية Stereotyped movement disorder.

٢- تصنيف اضطراب السلوك الحركي في DSM VI, DSM 5:

يوجد معظم هذه الاضطرابات تحت الفئة الكبرى الأولى وهي الاضطرابات التي تشخص عادة ولأول مرة في الرضاعة والطفولة أو المراهقة، ومن هذه الفئات اضطراب المهارات الحركية Motor skills disorders وهي خاصة باضطراب التآزر النمائي والفئة الثانية هي قصور الانتباه واضطراب السلوك "الفوضوي" Attention deficit and disruptive behavior، وهي تضم عدة اضطرابات فرعية، منها:

- اضطراب قصور الانتباه/ والنشاط المفرط.
- اضطراب قصور الانتباه/ والنشاط المفرط غير المصنف في مكان آخر.

هذا بالإضافة إلى اضطراب المسلك واضطراب العناد الشارد.

أما الفئة الثانية والخاصة باضطرابات أخرى في الرضاعة والطفولة والمراهقة، فيوجد بينها اضطراب الحركة النمطية Stereotypic movement.

ومن التصنيفات السابقة يمكن أن نخرج بالملاحظات الآتية:

أ- إن اضطرابات السلوك الحركي لا توضع في فئة متجانسة سواء في الدليل العالمي العاشر أو الدليل التشخيصي الرابع.

ب- إن غالبية هذه الاضطرابات توجد ضمن الاضطرابات التي تحدث عادة ولأول مرة في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة.

ت- إن بعض هذه الاضطرابات لا يمكن عدّها سلوكية نظراً؛ لأنها عرض لمرض آخر(كالتأخر العقلي أو الفصام أو القلق) أو ناتجة عن حالة طبية عامة أو تعاطي مادة نفسية الفاعلية.

ث- إن اضطرابات السلوك الحركي لا توجد منفصلة في بعض الحالات، فهي إما أن تلحق بصعوبات الانتباه، أو يلحق بها اضطراب المسلك.

ج- ومن هذه الاضطرابات: الاضطرابات النمائية في التوافق الحركي، والنشاط الزائد واللوازم، والحركات النمطية. وتعد اضطرابات أولية وغير عضوية (بمعنى أنها لا تشير إلى خلل محدد في جهاز الحركة ذاته أو في المخ والجهاز العصبي) وأولية (أي ليست مرتبطة بمرض آخر) وأن تحدث أساساً في الرضاعة والطفولة والمراهقة.

أولاً: اضطراب التآزر الحركي النمائي (اضطراب نمائي محدد في وظيفة الحركة):

العرض الأساسي لهذا الاضطراب هو اختلال شديد في التآزر الحركي، لا يمكن تفسيره بواسطة تخلف عقلي عام أو أي اضطراب عصبي سواء كان خلقياً أم مكتسباً، ويكون مصحوباً عادة باختلال في الأداء المعرفي.

وتختلف أعراض هذا الاضطراب حسب العمر والنمو، فالأطفال الصغار يظهرون ارتباكاً وتأخراً في علامات النمو الحركي (مثل ربط الحذاء، مسك الأشياء)، والأطفال الأكبر يظهرون صعوبة في بناء نماذج

من المكعبات والكتابة، ويرافق هذه الاضطرابات، اضطرابات نمائية أخرى كاضطراب نمو النطق واللغة (حمودة، ١٩٩١، ص١٢٦).

المحكات التشخيصية لاضطراب التآزر الحركي النمائي:

أ- يكون الأداء الخاص بالنشاطات اليومية التي تتطلب التآزر الحركي أقل بدرجة جوهرية من المتوقع بناء على عمر الفرد الزمني وذكائه المقاس، وقد يتجلى ذلك بتأخر ملحوظ في إنجاز المهام الحركية الأساسية (كالحبو، والمشي، والجلوس).

ب- يؤثر الاضطراب الحركي مع نشاطات الحياة والجانب التحصيلي.

ت- لا يعود الاضطراب إلى حالة طبية عامة (كالشلل الدماغي أو الشلل النصفي أو ضمور في العضلات).

ث- في حالة وجود تأخر عقلي، فإن الاضطرابات الحركية، تكون ناجمة عن هذا التأخر.

مضاعفات اضطراب التآزر الحركي النمائي:

تتمثل المضاعفات الرئيسة للاضطراب في ضعف الأداء الأكاديمي والتحصيل الدراسي وصعوبات في التواصل، وانخفاض واضح في أداء النشاطات اليومية؛ مما يجعل الطفل بحاجة إلى مساعدة الآخرين، وهو قد يترك عنده مشكلات نفسية أخرى كالإحساس بالنقص والخجل أو بعض مظاهر السلوك العدواني.

أسباب اضطراب التآزر الحركي النمائي:

إن اضطراب التآزر الحركي النمائي غالباً ما يشتمل على أسباب عضوية وعوامل نمائية، ولكنها غير مؤكدة، وهناك عوامل تزيد من احتمالية إصابة الطفل بهذا الاضطراب، مثل:

- نقص الأوكسجين في أثناء الولادة.
- الولادة المبكرة.
- سوء التغذية للأم قبل الحمل.
- حجم الجنين الصغير.
- تناول الكحول قبل الولادة.

ولم تطرح أي تفسيرات أخرى خلافاً للأسباب المذكورة سابقاً.

ثانياً: اضطراب قصور الانتباه/ النشاط المفرط:

(Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)):

عند الأطفال قد ترتبط زيادة النشاط بالذكاء، فكلما ارتفعت درجة الذكاء زادت الحركة والنشاط، ولكن إذا زاد النشاط الحركي عند الطفل عن المألوف فذلك علامة مرضية، وعلى أولياء الأمور التمييز بين النشاط ذي الطابع المعادي وبين فرط الحركة وخصوصاً المصاحب له تشتت في الانتباه وقلة وضعف في التركيز.

في بداية الأمر كان يُعتقد بأن هناك مسببات عضوية في المخ، مثل تلف المخ أدى إلى ظهور هذا الاضطراب؛ لذا ظهرت مسميات مختلفة لهذا الاضطراب، مثل: الاختلال الوظيفي المخي البسيط وتلف المخ العضوي، ثم ظهر مصطلح "فرط الحركة" ومع التقدم العلمي في مجال التشخيص السريري والنفسي، تم تقسيم فرط الحركة لأنواع، وارتبط معه أو بدونه نقص الانتباه وتشتت التركيز، واختلطت معه أمراض واضطرابات نفسية واجتماعية عديدة، لذلك فإن فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال قد يشير" أحياناً" إلى إصابة في القشرة المخية مما يضعفها؛ وبالتالي يضعف تأثيرها القوي المهدئ لنشاط المراكز تحت القشرية، فتكون

حركة الطفل غير هادفة ولا معنى لها، وقد تكون أيضاً زيادةً في الكهرباء الدماغية أو خللاً في السيالات الكيماوية الدماغية للخلايا العصبية، وكل هذه فرضيات أولية، سيتم التفصيل فيها.

إن المشكلات السلوكية والانفعالية التي يظهرها الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً متعددة ومتنوعة، إلا أنه من الضروري تحديد الخط الفاصل بين الصحة العقلية والمرض وخصوصاً في مرحلة الطفولة حيث إن ذلك الخط الفاصل أصعب ما يمكن اكتشافه في مرحلة الطفولة مقارنةً بالمراحل اللاحقة. إن الفرق بين السلوك السوي وغير السوي هو فرق في الدرجة أي في مدى تكرار السلوك، الذي يؤدي إلى حدوث مشكلة لدى الطفل أو الأهل أو المجتمع، فإذا كان عدم الارتياح الناتج عن السلوك بالنسبة للطفل أو الآخرين يتكرر باستمرار أو كان شديداً بطبيعته أصبح من الضروري الحصول على إرشاد نفسي متخصص أو علاج نفسي للطفل وللأسرة. وكلما زاد ما يظهره الطفل من سلوك غير سوي وكان سلوكه لا يتناسب مع عمره، وكلما مرّ عليه فترة زمنية أطول، وزادت مقاومته للتغيّر، كلما دلّ ذلك على الحاجة إلى مساعدة متخصصة لحل المشكلة. وسوف نتناول في هذا الفصل أبرز أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشائعة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية بشيء من التفصيل والتحليل.

تعريف اضطراب قصور الانتباه/ النشاط المفرط:

يُعرّف بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول، يظهر على شكل مجموعة اضطرابات سلوكية، تنشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية وعضوية معاً.

فالنشاط الزائد عبارة عن حركات جسمية عشوائية لا إرادية غير مناسبة تظهر نتيجة أسباب عضوية أو نفسية، وتكون مصحوبة بضعف في التركيز.

وكثيراً ما يرافق اضطراب قصور الانتباه مع النشاط الزائد أو فرط الحركة، لأن هذا الأخير سبب له كما بينته الدراسات السريرية والتجريبية.

ويمكن تعريفه أيضاً بأنه اضطراب عصبي سلوكي ناتج عن خلل في بنية الدماغ ووظائفها يؤثر على السلوك والأفكار والعواطف وهو اضطراب يمكن التعامل معه وتخفيف مدة أعراضه بهدف مساعدة الطفل على التعلم وضبط النفس؛ مما يسهم برفع مستوى ثقته بنفسه وغالباً يتم التعرف إلى الطفل الذي يعاني من الاضطراب ما بين (٥ إلى ٩) سنوات، وتستمر الأعراض عنده من فترة الطفولة المراهقة، وكذلك قد تستمر الأعراض أو بعضها عن (٣٠-٦٠%) من الحالات إلى مرحلة الرشد، (**الخطيب، ١٩٩٢**).

والنشاط المفرط (الزائد):

يعد العرض الأكثر وضوحاً في زملة قصور الانتباه/ النشاط المفرط، ويوصف الأطفال الذين لديهم هذا العرض على أن لديهم فرطاً في الحركة، كما أن لديهم صعوبة تتعلق بالانخراط بالأنشطة الهادئة (بما فيها مشاهدة التلفاز)و ويمتد النشاط المفرط ويوجد عبر مواقف كثيرة، حتى في أثناء النوم، ولكنه أكثر حدوثاً في المواقف الرسمية. وهو أكثر قابلية للملاحظة في الفصول الدراسية، ولذلك فهو يُشخص أول مرة في أثناء سنوات المدرسة المبكرة، **(Oltmanns, 1998, pp277)**.

قصور الانتباه:

وهو العرض الثاني في زملة قصور الانتباه/ النشاط المفرط ويتميز قصور الانتباه بالقابلية للتشتت Distractibility والتغيرات المتكررة من نشاط غير مكتمل إلى نشاط آخر، وأخطاء ناجمة عن عدم العناية وعدم التنظيم وفقر المجهود والتباعد العام "Spaciness" مثل عدم الإصغاء أو عدم الاستجابة للأسئلة، ومن المشكلات الخاصة المتعلقة بالانتباه "صعوبة الجلوس مع المعلمة" وتشير دراسات عديدة إلى أن الأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه/ النشاط المفرط، يؤدي بشكل سيئ اختبارات الأداء المتواصل والمهمات الأدائية التي تتطلب من الفحوص التحكم. ولا يعد القصور عن مواصلة التركيز برغم الرغبة الواضحة في ذلك (**المرجع السابق، ٥٧٧**).

الاندفاعية :Impulsivity

هي التهور والعشوائية في إصدار الأفعال والأقوال وهي استجابة الفرد لأول فكرة تطرأ على ذهنه، وهي عرض مميز لاضطراب قصور الانتباه والنشاط المفرط أكثر من تمييزها لاضطراب العناد الشارد.

ويبدو الأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه/ النشاط المفرط عاجزين غالباً عن التحكم في اندفاعاتهم، ويشعرون بالانزعاج الشديد وهي في انتظار دورهم، أو في الاندفاع في الإجابة عن الأسئلة، أثناء الحصة الدرسية، كما أنهم يدخلون في نشاطات الأطفال الآخرين، أو يتسببون في وقوع الحوادث حول المنزل والمدرسة والملعب، ويرغب هؤلاء الأطفال في أن يظهروا بمظهر سلوكي حسن، ولكنهم يعجزون عن ضبط أنفسهم وسلوكهم طبقاً لمتطلبات الموقف **(Olmanns, 1992, p576)**، ويُعرف قاموس هيئة الصحة العالمية

الاندفاعية، بأنها عامل مزاجي يتميز بأفعال تنفذ فوراً دون توقف أو وعي كافٍ بالنتائج **(World health organization, 1989, p55)**.

المحكات التشخيصية لاضطراب قصور الانتباه/ النشاط المفرط:

كما يرى والين (Wahlen, 1983)، أنه ينبغي عدم تطبيق تشخيص هذا الاضطراب لدى الأطفال الصغار الذين يتصفون بالعناد والتقلب والقابلية للتشتت بدرجة بسيطة في سنوات ما قبل المدرسة وهو ما أكد عليه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة والخامسة.

وعلى ذلك فإن الحالات التي تشخص بهذا الاضطراب لا بد أن تستوفي المحكات الآتية:

أ- وجود الأعراض الواقعة تحت رقم (١) أو تحت رقم (٢) مما يأتي:

١) سنة أو أكثر من الأعراض التالية لنقص الانتباه تكون مستمرة لمدة ٦ شهور على الأقل لدرجة تبدو غير تكيفية وغير متسقة مع مستوى الارتقاء. والأعراض، هي:

- الفشل في إعطاء انتباه كامل للتفاصيل أو عمل أخطاء ناجمة وعن عدم العناية في العمل المدرسي أو العمل عموماً.
- لديه صعوبة في الانتباه المستمر في المهام أو نشاطات اللعب.
- يبدو غالباً أنه لا يسمع عندما يتم التحدث إليه مباشرة.
- لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء الأعمال المدرسية، والأعمال الروتينية أو الواجبات في مكان العمل.
- لديه صعوبة في تنظيم المهام والنشاطات.

- يتجنب ويكره أو ينفر من الانخراط في المهام التي تتطلب جهداً عقلياً متصلاً(مثل الواجبات المدرسية).
- عادة ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام والأنشطة.
- من السهل تشتيت انتباهه بالمثيرات الخارجية.
- كثير النسيان للنشاطات اليومية.

٢) سنة أو أكثر من الأعراض التالية للنشاط المفرط/ الاندفاعية تكون مستمرة لمدة ٦ أشهر على الأقل ولدرجة تبدو غير تكيفية وغير متسقة مع المستوى الارتقائي:

– النشاط المفرط:

- يظهر التململ بواسطة اليدين أو التقدم أو تحريك المقعد.
- يترك مقعده — عادة – في الفصل أو في المواقف الأخرى عندما يكون بقاؤه فيها متوقعاً.
- يجري ويقفز بشكل كبير في المواقف التي تكون فيها تلك الأفعال غير ملائمة (في المراهقة والرشد).
- لديه صعوبة في اللعب أو الانخراط في نشطات الفراغ بهدوء.
- دائم الحركة كما لو كان مدفوعاً بواسطة آلة أو ماكينة.
- يتكلم ويثرثر كثيراً.

– الاندفاعية:

- يندفع في الإجابة قبل أن تكتمل الأسئلة.
- لديه صعوبة في انتظار دوره.
- يزعج الآخرين أو يربكهم ويقاطعهم (كالتدخل في الحديث أو اللعب).

ب- أن تكون بعض أعراض النشاط المفرط، الاندفاعية أو نقص الانتباه التي تسبب العجز موجودة قبل سن السابعة.

ج- بعض القصور الناتج عن الأعراض يكون موجوداً في اثنين أو أكثر من المواقف "مدرسة، عمل، منزل".

د- ينبغي أن يكون هناك دليل واضح على وجود عجز إكلينيكي جوهري في الأداء الاجتماعي والتحصيلي والمهني.

هـ- لا تحدث الأعراض في أثناء مسار اضطراب نمائي عام وأو الفصام، أو اضطرابات ذهانية أخرى، ولا تعزى لأي اضطراب نفسي آخر (كاضطراب المزاج أو القلق، أو اضطراب الشخصية)، **(American psychiatric association, 1994, pp83-85).**

**** أشكال الحركة الزائدة وتشتت الانتباه:**

أشار (coulby, 1981) إلى أن سلوك الحركة الزائدة يظهر من خلال بعض الاستجابات المتمثلة بسلوك الفوضى، وهز الجسم في أثناء الجلوس، وعدم الامتثال للتعليمات، وأخذ ممتلكات الآخرين، وإصدار أصوات غير مفهومة، والضحك بطريقة غير مناسبة، واللعب بالممتلكات، والغناء أو الصفير أو التململ بعصبية.

وقد أجمعت معظم الدراسات التي أجريت عبر السنين على أن أهم خصائص الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد وتشتت الانتباه هي الآتية:

١- عدم الجلوس بهدوء.

٢- التهور.

٣- التململ باستمرار.

٤- تغير المزاج بسرعة.

٥- سرعة الانفعال.

٦- التأخر اللغوي.

٧- الشعور بالإحباط لأتفه الأسباب.

٨- عدم القدرة على التركيز.

٩- إزعاج الآخرين بشكل متكرر.

١٠- التوقف عن تأدية المهمة قبل إنهائها.

هذا وقد تضمن التراث على مدى ما يزيد على ثلاثة عقود مضت أن بعض الأطفال غير العاديين يظهرون مجموعات من السلوك ذات العلاقة الواحدة منها بالآخر، مثل:

أولاً: نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية، وغالباً ما يشار إليه «بالنشاط الزائد».

ثانياً: عدم القدرة على تركيز الانتباه إلى مثيرات مختارة أو تلك المثيرات المرتبطة بالموقف أو المغالاة في الانتباه لمثيرات مرتبطة بالموقف، وغالباً ما يشار إلى هذا السلوك باسم تشتت الانتباه».

ثالثاً: عدم القدرة على كف الدفعات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات من دون الأخذ في الحسبان لما يمكن أن يكون في الموقف من بدائل، وغالباً ما يشار إلى هذا الميل باسم «الاندفاعية».

فغالباً ما يصاحب النشاط الزائد تشتت الانتباه والاندفاعية. وبناءً على تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (البيان التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية) يقال إن الأطفال الذين تبدو عليهم هذه الخصائص يكون لديهم نوع من الاضطراب يرتبط بنقص الانتباه ووفقاً للبيان

التشخيصي الإحصائي «للاضطرابات العقلية» وقد يحدث اضطراب نقص الانتباه من دون وجود النشاط الزائد (وفئة الأطفال ذوي اضطرابات نقص الانتباه بدون نشاط زائد تشبه فئة الأطفال ذوي النشاط الزائد، عدا أن الطفل في الفئة الأولى لا تبدو عليه اثنتان أو أكثر من الخصائص الواردة تحت (النشاط الزائد). **(Coulby & Harper, 1985)**

مما سبق يتبين أن النظرة إلى مشكلة النشاط الزائد على أنها حالة عامة تتصف بالحركات الجسمية المفرطة فقط –كما في الماضي – قد ثبت قدم صحتها، فالمشكلة ليست مقتصرة على الجانب الحركي فقط، فهناك أيضاً خصائص سلوكية مرافقة منها: التهور والاندفاع (impulsively) والقابلية للإثارة (Excitability) وعدم المقدرة على الانتباه (Short Attention Span). وهذا كله يقود إلى ضعف في التحصيل المدرسي وإلى مشكلات سلوكية واجتماعية أخرى.

أسباب المشاكل التعليمية عند الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد:

لقد أثبتت معظم الدراسات أن بعض الأطفال ذوي النشاط الزائد لديهم مشاكل تعليمية، وأن تحصيلهم الدراسي ضعيف، وأن كل المعالجين والتربويين قد لاحظوا أن الأطفال ذوي النشاط الزائد مختلفين في أدائهم التعليمي عن الأطفال العاديين.

وكما هو معروف يؤدي الانتباه (Attention) دوراً بالغاً في عملية التعليم، فخصائص النشاط الزائد تشمل الضعف الشديد في التركيز وهذا الضعف يعبر عن نفسه في عدم القدرة على الانتباه لفترة طويلة، حيث إن الطفل لا يستطيع الانتباه لمهمة ما أكثر من بضع دقائق والتشتت (Distratbility) حيث إنه يفقد الاهتمام بسبب الأصوات أو المشاهد

الجانبية، واضطراب الوظائف الحركية، علاوة على ذلك فهؤلاء الأطفال يُظهِرون في العادة نشاطاً جسدياً مفرطاً يفتقر إلى التنظيم، ويشير هذا المصطلح إلى استجابة الطفل المباشرة إلى الإثارة بعبارة أخرى أن الطفل يستجيب قبل أن يفكر ولهذا يطلق على هؤلاء الأطفال اسم الأطفال الذين توجههم نزواتهم. (**السرطاوي وسيسالم، ١٩٨٧**).

ولقد ناقش كل من كوف ومارجليس (Kough & Margilis, 1976) ثلاثة احتمالات يمكن أن تكون سبباً في المشاكل التعليمية عند الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد، وهي:

١- إن الحركات الزائدة غير الأساسية خاصة حركات الرأس والعينين تؤدي إلى مشاكل في التعلم، كما أن مضاعفة النشاط الحركي يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات في التعلم نتيجة لعدم وضوح المعلومات، خاصة تلك المعلومات التي تأتي من خلال القنوات البصرية.

٢- قد يكون لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد مداخل مختلفة للمشاكل، فهم يميليون إلى الاندفاع في اتخاذ القرارات؛ مما يترتب على ذلك صعوبة لديهم في حل المشاكل، لأنهم يستجيبون لأول بادرة تلوح أمامهم ولا يستطيعون تقديم استجابة أخرى بديلة.

٣- قد يكون النشاط الحركي الزائد أحد أعراض التلف العصبي. (**القاسم وآخرون، 2000م**).

المظاهر والاضطرابات المصاحبة للاضطراب:

لعل أهم القضايا المتعلقة بهذا الاضطراب هو الاضطرابات والمضاعفات التي تترتب عليه، وهي كثيرة ومتنوعة، وإن كانت تتباين

بشدة معتمدة على العمر الزمني والمرحلة الارتقائية التي وصل إليها المصاب.

وأهم هذه المضاعفات:

١. انخفاض القدرة على تحمل الإحباط، والانفجارات المزاجية والنزوع إلى السيطرة والعناد والإلحاح على الطلبات، والتقلبات المزاجية والسلوك الفوضوي، واضطراب المزاج والقلق.
٢. انخفاض تقدير الذات.
٣. انخفاض الأداء التحصيلي والإتجار المدرسي والمشكلات مع المعلمين والزملاء والسلطات المدرسية.
٤. ضعف الأداء المهني والمشاركة في الأعمال المنزلية.
٥. انخفاض أدائهم عن مقاييس الذكاء بشكل نسبي، وكذلك انخفاض أدائهم عن المهام التي تتطلب الانتباه.
٦. اضطراب التوافق الاجتماعي والأسري.
٧. انخفاض الإحساس بالمسؤولية وظهور اضطراب المسلك.
٨. قد يترافق مع بعض اضطرابات السلوك الحركي الأخرى.
٩. الرفض من الزملاء والأقران والتقويم السلبي لتدخلاتهم المستمرة في شؤون الآخرين، وعدم التزامهم بالقواعد المتعارف عليها (**المرجع السابق، ٩٠**).

أسباب اضطراب قصور الانتباه/ النشاط المفرط:

يمكن تقسيم الأسباب لهذا الاضطراب إلى ثلاثة أقسام رئيسة وهي:

أ- **الأسباب البيولوجية:**

وينطوي المنحى البيولوجي على عدة تفسيرات، منها:

١. التفسير العصبي:

ما يزال الاعتقاد بأن هذا الاضطراب ينجم عن إصابة مخية طفيفة، حيث أظهر الأطفال المصابون بهذا الاضطراب علامات عصبية حقيقية وغامضة توصي بوجود إصابة مخية، وعلى هذا الأساس سمي هذا الاضطراب "سوء التوظيف المخي البسيط" **(ALLOY, 1996)**.

وتشير دراسات حديثة إلى أن المصابين بالاضطراب يظهرون مستويات منخفضة من التمثيل الغذائي في المخ مقارنة بالأسوياء، وأن هذه الفروق تتركز في اللحاء تحت الحركي واللحاء تحت الجبهي الذي يتحكم في النشاط الحركي والانتباه، وقد أدى استخدام العقاقير التي تنبه النشاط في المناطق من المخ إلى خفض اضطراب قصور الانتباه / النشاط المفرط، وهو ما يدل على التفسيرات السابقة، **(ALLOY, 1996)**.

وهناك دراسات تشير إلى أن الاضطراب يرجع إلى أنواع من العدوى التي تحدث خلال الأسابيع الاثني عشر الأولى من الحمل أو يعود إلى الاختناق "نقص الأوكسجين" في أثناء عملية الولادة **(Holmes, D.S, 1994, p379)**.

٢. العوامل الوراثية والجينية:

هناك افتراض بأن هذا الاضطراب موروث، ولذلك من خلال دراسة التوائم ودراسات التبني ودراسات الأسرة. وقد تبين من دراسة على ٢٣٨ زوجاً من التوائم تطابق التشخيص بقصور الانتباه/النشاط المفرط في ٥١% من التوائم المتماثلة و٣٣% من التوائم غير المتماثلة **(Davison, 1994, 431)**. كما تبين أن الأقارب البيولوجيين – خاصة الذكور – للأطفال المصابين بالاضطراب أكثر احتمالاً؛ لأن يكونوا مصابين به أيضاً من الأقارب بالتبني.

تبين الدراسات وجود علاقة بين العوامل الجينية ومستوى النشاط، ولكن البحوث أخفقت بالتوصل إلى علاقة واضحة بين هذه العوامل والنشاط الزائد كظاهرة مرضية، وقد استخدم الباحثون طريقتين رئيستين للتعرف إلى الأسس الجينية للنشاط الزائد، وهما:

أ- دراسة الأقارب من الدرجة الأولى.

ب- دراسة التوائم.

بالنسبة لدراسات الأقارب من الدرجة الأولى فقد لمحت إلى أن النشاط الزائد اضطراب أسري ينتقل إلى الأبناء من الآباء، وعلى وجه التحديد، تشير النتائج عموماً إلى أن والدي الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد غالباً ما يكونان قد عانيا من الاضطراب ذاته في طفولتهما، وقد خلص جونسون من تحليل دراسات الأقارب إلى القول: «بشكل عام تؤكد الدراسات التي أجريت على الأقارب أن النشاط الزائد وراثياً فهي لا تزال غير معروفة». **(Johnson, 1981)** أما دراسات التوائم المتعلقة بالنشاط الزائد فهي محدودة، وعلى أية حال، تشير تلك الدراسات إلى أن (العوامل الجينية قد تؤثر في مستوى نشاط الفرد) ولكن الأدلة المتوفرة حالياً لدعم ذلك لا تزال غير كافية.

٣. العوامل العضوية:

حيث ينخفض النشاط المخي، خصوصاً النص الأمامي أو تلف بعض خلايا المخ نتيجة نقص الأوكسجين بسبب تعسر الولادة وفي دراسة أجراها المعهد القومي الأميركي للصحة العقلية للأطفال شملت (١٥٢) فتى وفتاة يعانون من الاضطراب، ظهر أن ٣%-٤% منهم كان حجم المخ لديهم أقل من الطبيعي "دليل التواصل".

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه في دراسة أجراها **(Satterfield, 1974)** أوضحت أن الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد يظهر لديهم اضطرابات في تخطيط الدماغ تفوق بكثير تلك التي تظهر لدى الأطفال العاديين.

ب-العوامل النفسية:

تشير الدراسات إلى وجود عدد من العوامل النفسية التي تسهم في حدوث اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد ومنها الضغوط النفسية والإحباطات الشديدة (**الخطيب، ١٩٩٢، ١٨٣**)، ويرى روس وروس أن النشاط المفرط قد يكون نموذجاً يحاكى لدى الوالدين والرفاق، وذلك كون أن علاقة الأب بالطفل علاقة ثنائية الاتجاه فهو يؤثر فيه ويتأثر به، وقد تؤدي عمليات التدعيم أو التجاهل دوراً مهماً في ترتيب هذا الاضطراب، وإن النشاط الزائد يتطور أو يحدث عندما يترافق الاستعداد للاضطراب تنشئة سيئة من قبل الآباء، حيث يكون الطفل المهيأ للإصابة بهذا الاضطراب أكثر إحساساً بالمشقة عندما يواجه أمّاً قليلة الصبر والشكوى، وعندما يعجز عن الوفاء بطلباتها؛ مما يجعل الأم سلبية تجاهه، ويزيد لديه البرم والاعتراض فتسوء العلاقة ويدخل الطفل فيما يمكن عدّه دائرة مفرغة.

من الأسباب المفسرة لحدوث النشاط الزائد هي فئة العوامل النفسية والتي تشمل:

أ- الضغوط النفسية الهائلة والإحباطات الشديدة التي يتعرض لها الطفل.

ب- أنماط التنشئة الأسرية (فالبيئة الأسرية التي تعرض الأطفال لضغوط لا يستطيعون احتمالها قد تسبب النشاط الزائد).

ج- التعزيز، بمعنى أن الاستجابة للنشاط الزائد للطفل والانتباه إليه يعمل على زيادته.

د- التعلم بالملاحظة (النمذجة) بمعنى أن العلماء يعتقدون أن الطفل يتعلم النشاط الزائد من خلال الملاحظة للوالدين وأفراد الأسرة الآخرين.

وكما هو الحال بالنسبة إلى المتغيرات الأخرى، فإن الأدلة العلمية المتوفرة لا تزال محدودة، وهناك حاجة كبيرة إلى إجراء المزيد من الدراسات للتعرف إلى طبيعة أثر العوامل النفسية. (**Paul & Epanchin, 1992**)

ت-العوامل البيئية:

بدأ الباحثون يحللون بيئة الطفل المصاب بهذا الاضطراب (ADHD) فوجدوا أنها تمتاز بالتفكك الأسري وسوء التربية والخصومات داخل الأسرة، وغالباً تفتقد هذه البيئة للاستقرار والأمن النفسي وبعض الباحثين ربط هذا الاضطراب بالتسمم ببعض السموم والمعادن مثل(معدن الرصاص) الذي يستخدم في طلاء العاب الأطفال، ولا تزال هذه العوامل موضع بحث وخلاف بين المختصين في هذا المجال.

تتضمن العوامل البيئية التسمم بالرصاص، والمواد الاصطناعية، وردود الفعل التحسسية (Allergic Reactions): فثمة من يعتقد أن ردود الفعل التحسسية قد تساعد على حدوث النشاط الزائد، وسواء كانت ردود الفعل ناجمة عن الطعام أو عن غيره يعتقد أنها تسبب إثارة كبيرة للجهاز المركزي؛ الأمر الذي قد يؤدي إلى النشاط الزائد، إلا أن الأدلة العلمية المتوفرة حول هذه القضية محدودة جداً أيضاً.

حقائق عن الاضطراب

الاعتقاد الخاطئ	الحقيقة
١- فرط الحركة ونقص الانتباه ناتج عن تربية الوالدين مثل التدليل الزائد.	١- إنه اضطراب سلوكي نتيجة ضعف الموصلات العصبية في الدماغ.
٢- فرط الحركة أسلوب يستخدمه الطفل للضغط على والديه لتلبية رغباته.	٢- هو حالة مرضية لا يستطيع الطفل السيطرة عليها أو منعها دون تدخل طبي أو سلوكي.
٣- إنه يصيب الأطفال ويتم الشفاء منه عند البلوغ.	٣- إن الاضطراب يصيب الأطفال وتقل الأعراض الظاهرة مع التقدم في العمر وعند البلوغ يستطيع أن يتعلم كيفية التحكم في العديد من الأعراض، ولكن لا يشفى تماماً من الاضطراب.
٤- إن الطبيب المختص يمكنه بسهولة تشخيص الحالة خلال زيارة الحالة لها.	٤- إن التشخيص يحتاج إلى ملاحظة الطفل في حياته اليومية في البيت- الشارع المدرسة ومن قبل الوالدين والمدرسين ومن يهتم به للوصول للتشخيص.
٥- إن أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه خاصة ومميزة ولا تشبه أي مرض.	٥- إن الأعراض تتشابه مع أعراض أمراض وحالات أخرى وليست خاصة.

٦- الأطفال المصابون بفرط الحركة مليئين بالطاقة والنشاط قادرون على الابتكار.	٦- هي حالة مرضية يكون لديهم زيادة في النشاط والحركة ولكن غالباً من دون هدف وتكون مصحوبة بنقص الانتباه.
٧- لديهم نقص في القدرات المعرفية (تأخر عقلي).	٧- إن المصابين عادة ما تكون قدراتهم الفكرية طبيعية، ولكنهم لا يستطيعون التركيز ويخفقون في المهمات.
٨- الأدوية المستخدمة للعلاج تؤدي إلى تخدير الطفل.	٨- عند استخدام الدواء بالجرعة المناسبة لعمر الطفل ووزنه، فإنها لا تؤدي للتخدير، بل تؤدي إلى زيادة التركيز، وتحسين السلوكيات.
٩- العلاج الدوائي كاف لعلاج العضلات وإزالتها.	٩- العلاج الدوائي يقوم بالسيطرة، وتخفيف بعض أعراض الاضطراب.
١٠- علاج الاضطرابات يعتمد على العلاج السلوكي.	١٠- أعراض الاضطراب متنوعة، وتختلف من طفل لآخر والعلاج يختلف حسب الأعراض وفي جميع الحالات نحتاج إلى العلاج السلوكي والعلاج الدوائي.
١١- الاضطراب يكون دائماً	١١- الحالة عادة ما تكون

مصحوباً بصعوبات التعلم.	مصحوبة بالتأخر الدراسي نتيجة نقل التركيز، ولكن بعض الحالات يكون هناك صعوبات تعلم(صعوبة تعلم في القراءة – الكتابة – الحساب)

ثالثاً: اللوازم (الخلجات) Tics:

هي اضطرابات ليس لها أصل عضوي معروف، تتألف ملامحها الأساسية من حركات سريعة لا إرادية، ليس لها هدف ظاهر تتكرر باستمرار ولا ترجع إلى حالة عصبية، ويمكن أن تحدث في أي جزء من الجسم، غير أن الوجه هو أكثر الأجزاء تأثراً بها، وقد تكون هناك خلجة واحدة، وقد يكون هناك عدد من اللوازم التي تحدث بشكل متواز أو بالتبادل أو بالتعاقب، ويمكن تعريف اللازمة بأنها:حركة قصيرة الأمد، كثيرة الوقوع، ليس لها هدف، تشمل جزءاً صغيراً نسبياً من الجسم، وتزيد في مواقف التوتر.

و تأخذ اللوازم عادة صورة حركية، غير أنها يمكن أن تكون صوتية، كذلك فإنها تصنف إلى بسيطة أو مركبة ومن اللوازم الحركية البسيطة، رمش العين (الغمز بالعين) وهز الرقبة، وهز الكتفين، وتكشير الوجه ومن اللوازم الصوتية البسيطة الكحة، وصوت الاستنشاق والشخير، أم اللوازم الحركية المركبة فمنها إيماءات الوجه وتهيئة النفس (الهندمة) وضرب النفس أو اللمس أو شم شيء ما، ومن اللوازم الصوتية المركبة تكرار كلمات أو جمل خالية من المعنى(شبيه بما يحدث في الفصام ويسمى تداعيات صوتية) Clang

associations، أو استخدام كلمات غير مقبولة اجتماعياً أو تكرار آخر صوت أو كلمة أو جملة لشخص آخر. (**حمودة، ١٩٩٢، ٢٣١**).

تصنيف اللوازم (الخلجات):

بداية ينبغي أن نميز اللوازم عن غيرها من الأعراض المتصلة بالأعصاب مثل التقلصات العضلية اللاإرادية Spasms والرعشات Tremors والحركات الشبيهة بالكوريا Chorea (المشي الراقص).

كما ينبغي تمييز اللوازم التي تحدث كاضطراب أساسي عن تلك التي تحدث مع الهيستيريا التحويلية، والوسواس القهري والاضطراب الشديد في الشخصية (**بيتس، ١٩٨٥، ٢٤١**)، وهناك تشابه كبير في تصنيف اللوازم في كل من الدليل العالمي العاشر والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس، حيث يصنفانها إلى ثلاثة أنواع رئيسة، هي:

- اضطراب اللازمة المختلط.
- اضطراب اللازمة الحركي أو الصوتي المزمن.
- اضطراب لازمة العابر.

المحكات التشخيصية لاضطرابات اللوازم:

رغم أن لكل اضطراب من اضطرابات اللوازم السابقة محكاته التشخيصية الخاصة به، فإنها جميعاً تلتقي في معظم هذه المحكات، والاختلافات بينها محدودة، ومن ثم فسوف نشير إلى المحكات العامة.

ومن المحكات العامة ما يأتي:

تحدث اللازمة عدة مرات في اليوم (عادة في شكل نوبات) وبشكل يومي تقريباً أو بشكل متقطع على مدى فترة زمنية تزيد على العام، ولا توجد خلال هذه الفترة أية فترة زمنية خالية من اللازمة تزيد على ثلاثة

أشهر متتالية.(وينطبق ذلك على اضطراب توريت واضطراب اللازمة المزمن، أما اضطراب اللازمة العابر فيستمر ذلك لمدة ٤ أسابيع، ولكن لا تزيد على ١٢ شهر متتالية).

يسبب الاضطراب كرباً ملحوظاً أو عجزاً جوهرياً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني أو أية مجالات أخرى.

يبدأ الاضطراب قبل عمر ١٨ عاماً.

لا يرجع الاضطراب إلى آثار فيزيولوجية مباشرة لتعاطي مادة نفسية الفعالية (كالمنبهات) أو حالة طبية عامة.

المظاهر والاضطرابات المصاحبة والمضاعفات:

من أكثر الأعراض شيوعاً وارتباطاً باضطراب السلوك الحركي الوساوس والأفعال القهرية كما أن النشاط المفرط، والقابلية لتشتت الانتباه والاندفاعية شائعة نسبياً ويحدث الانزعاج الاجتماعي، والخجل، والوعي بالذات، والمزاج الاكتئابي بشكل متكرر.

وقد يتأثر الأداء الاجتماعي والأكاديمي والمهني من جراء رفض الآخرين، أو من جراء القلق بخصوص حدوث اللوازم في المواقف الاجتماعية، وهناك مشكلات أكثر خطورة، ولكنها أقل شيوعاً مثل فقدان البصر نتيجة لضرب الرأس، والمشكلات الخاصة بالكسور من جراء ثني الركبتين، أو لف الرقبة بعنف أو تدوير الرأس، ومشكلات جلدية من جراء حفر الجلد.

أسباب اللوازم:

نظراً لكثرة انتشارها بين الأقارب، وبين التوائم المتماثلة عنه بين التوائم غير المتماثلة، فقد عُدّ أنها وراثية على الأقل كاستعداد عام، وهناك افتراض

بأنها راجعة لاختلافات كيميائية دماغية أو نتيجة شذوذ في تخطيط الدماغ. (**حمودة، ١٩٩١، ٢٣٤**).

وبرغم هذه التفسيرات، فإن التفسيرات النفسية مطروحة خاصة في اضطراب اللازمة المزمن والعابر، ومنها الضغوط النفسية، والصراعات الخطيرة، والمخاوف، كما أن تزامن اللازمة مع بعض الأمراض الجسمية كأمراض الجهاز التنفسي العلوي أو ضعف الإبصار يمكن أن يرسب بعض هذه اللوازم. (**حمودة، ١٩٩١، ٢٣٤**)

علاج اضطراب السلوك الحركي:

تتعدد أساليب اضطرابات السلوك الحركي وطرق علاجها في ضوء نوع الاضطراب (النشاط المفرط أو اضطراب اللوازم أو اضطراب الحركات النمطية) والأسباب المؤدية إليه (عضوية، نفسية، اجتماعية) ومدى شدته، والعمر الذي يحدث فيه.

١. العلاجات الطبية:

استخدمت أنواع مختلفة من العقاقير Drugs لعلاج أنواع مختلفة من الاضطرابات الحركية، فقد استخدمت العقاقير المنبهة والإمفيتامينات لعلاج النشاط المفرط ولوحظ أنه يؤدي إلى زيادة الانتباه وخفض الحركة، وقد بدأ استعمال هذه العقاقير منذ بداية الستينيات، وأشارت الدراسات التقويمية إلى أنها أدت إلى زيادة التركيز والنشاط الموجه للهدف، وخفض السلوك العدواني والاندفاعية، وتحسين السلوك داخل المدرسة، كما أدى الريتالين Ritalin والدكسدرين Dexedrine إلى نتائج جيدة.

وبرغم نجاح استخدام العقاقير في علاج بعض الاضطرابات الحركية فإنها مجرد أسلوب واحد لا يعد كافياً لعلاج جميع الحالات وخاصة تلك التي لا ترجع لأسباب عضوية أو عصبية.

٢. العلاج النفسي:

يمكن الاستفادة من أساليب العلاج النفسي لعلاج الاضطرابات الحركية الناجمة عن أسباب نفسية كالصراع والإحباط والتوتر والضغوط النفسية وفي هذه الحالة يتجه العلاج إلى السبب الأساسي، أو الكشف عن مصادر الصراع ومساعدة الطفل على الاستبصار بمشكلته وإعطائه الأمل في إمكانية حلها وتوجيه الأسرة إلى كيفية التعامل مع الطفل وعدم الاستهزاء به أو السخرية منه، ويُعد العلاج النفسي ذا فائدة لا تتكرر على المدى البعيد، وخاصة أن الاعتماد على العقاقير فقط يؤدي إلى آثار غير مرغوبة.

٣. العلاج السلوكي:

يمتاز العلاج السلوكي بفاعليته في علاج مدى واسع عن الاضطرابات الحركية، كما يمتاز بعدد أساليبه وتنوعها بما يسمح بعلاج العديد من المشكلات لدى الأفراد في مراحل عمرية مختلفة، ويمتاز أيضا بسهولته النسبية وقلة آثاره الجانبية، ومن الأساليب السلوكية التي تستخدم في هذا الصدد ما يعرف باسم التدريب العكسي أو الممارسة السالبة Negative practice والذي ابتدعه بيتس تأسيساً على قانون كلارك، وقد استخدمه في علاج الخلجات، ويمكن أيضاً استخدام الإجراءات الإيجابية أو التدعيم الإيجابي لعلاج النشاط المفرط وقصور الانتباه وذلك باستخدام المدعمات المادية والرمزية كما يقوم الطفل سلوكيات مرغوبة، وذلك وفقا لبرامج معدة

سلفاً، وهناك أساليب أخرى كالتنفير Averion والتصحيح الزائد والتنظيم الذاتي والاسترخاء، ويمكن الإتفادة منها في الكثير من الاضطرابات الحركية.

٤. العلاج البيئي الأسري:

يشمل هذا النوع من العلاج توفير الفرص اللازمة للتفاعلات الاجتماعية والبيئية المناسبة، كما ينطوي على تبصير الأسرة والجماعات التي ينتمي إليها الفرد بطبيعة اضطرابه، والعمل على تقبلهم لهذا الاضطراب والبعد عن التركيز عليه، أو السخرية من صاحبه، كما يركز على عدم المبالغة من جانب الأسرة في تصوير مشكلة الفرد المصاب وعدم التعامل مع الفرد وكأنه قد أصبح فاقداً للأهلية، بمعنى آخر عدم التورط الانفعالي من ناحية، وعدم التجاهل واللامبالاة من ناحية أخرى، وقد أشار بعض الباحثين من خلال مراجعتهم لثماني دراسات حاولت التعرف إلى أثر زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والبيئي للذين يعانون من اضطرابات حركية (سلوك نمطي) إلى أن خمس دراسات من الثماني أشارت إلى وجود أثر واضح لتوافر الفرص المتاحة للتفاعل الاجتماعي في خفض السلوك الحركي المضطرب (**الخطيب، ١٩٩٢**). وما يمكن قوله هنا، وبغض النظر عن الأسباب المؤدية إلى اضطراب السلوك الحركي أن البيئة المحيطة في الأسرة، وفي المدرسة وفي العمل، وفي نواحي أخرى من المجتمع يمكن أن تمثل عاملاً مساعداً ومسانداً في فهم اضطرابات السلوك الحركي وعلاجها.

ملخص البحث:

يشكل اضطراب السلوك الحركي واحداً من أكثر الاضطرابات السلوكية إزعاجاً وخطورة؛ نظراً لآثاره السلبية على الفرد وعلى الآخرين، وقد تناولنا في هذا الفصل نماذج من اضطرابات السلوك الحركي، وقد استعرضنا تصنيفين لاضطراب السلوك الحركي، في المرجعين التصنيفين الرئيسين: الدليل العالمي العاشر، والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، ثم اتبعنا ذلك بحديث مفصل عن بعض اضطرابات السلوك الحركي مثل اضطرابات التآزر الحركي النمائية، من حيث تعريفها والمحكات التشخيصية، وكذلك الأسباب التي تؤدي إليها، كما تحدثنا عن اضطراب قصور الانتباه/ النشاط المفرط، واستعرضنا المفاهيم ذات الصلة وتعريفاتها، وانتشار هذا الاضطراب ومحكاته التشخيصية ومضاعفاته وأسبابه؛ فضلاً عن تعريف اضطراب اللوازم ومحكاته التشخيصية، وأخيراً تم عرض بعض الأساليب العلاجية الممكنة لعلاج اضطراب السلوك الحركي، كالأساليب الطبية (العضوية) والعلاج النفسي أو العلاجات السلوكية والعلاج البيئي الأسري.

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل السادس
اضطرابات السلوك ذات الطابع الخلُقي (١)

أهداف الفصل: أن يعرّف القارئ:

أولاً: العدوان.

ثانياً: التنمر.

وقل رب زدني علما
Damascus University

العدوان (Aggression)

مقدمة:

يُعَدّ السلوك العدواني أحد الخصائص التي يتصف بها الكثير من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً. ومع أن العدوانية تعد سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً إلا أن هناك درجات من العدوانية، بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس. والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك وبعضها غير مقبول ويعد سلوكاً هدفاً ومزعجاً في كثير من الأحيان. من هذا المنطلق فقد انصب اهتمام الباحثين على دراسة هذا السلوك؛ وذلك لأن النتائج المترتبة عليه تعد أكثر خطراً على المجتمع من النتائج المترتبة على نتائج السلوك الأخرى التي يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً.

تعريف العدوان:

إن تعريف العدوان ليس أمراً سهلاً، فهذا النوع من السلوك قد يكون واضحاً ولا لبس فيه أحياناً وغامضاً أحياناً أخرى، كذلك فالاستجابات التي توصف بأنها عدوانية عديدة، ومتنوعة جداً، وقد يعبر الأفراد عن العدوان بطريقة جسدية أو لفظية أو رمزية، وقد يفسر السكوت أحياناً على أنه عدوان.

يذهب التعريف **الواضح للعدوان إلى القول بأنه:**

كل سلوك نشط فاعل تهدف العضوية من ورائه إلى سد حاجاتها الأساسية أو غرائزها، وبهذا المعنى الواسع يشمل العدوان الفاعليات الإنسانية كلها المتجهة نحو الخارج، المؤكدة للذات، الساعية وراء سد

حاجات الذات الأساسية، أكانت هذه الحاجات من بين حاجات الجنس، أم البناء، أم التملك، أم غير ذلك.

إن التعريف الآخر الذي يأخذ جانب التخصيص والتحديد، فيرى أن العدوان «هو السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه والإيذاء» وبهذا المعنى يكون العدوان اندفاعاً هجومياً يصبح معه ضبط الشخص لنوازعه الداخلية ضعيفاً، وهو اندفاع يتجه نحو إكراه الآخر (أو الشيء)، أو سلب خير منه، أو إيقاع أذى فيه.. (**الرفاعي، ١٩٨١**).

إن التعريف التقليدي للسلوك العدواني: هو أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل يهدف إلى إيقاع الأذى أو الألم بالآخرين أو إلى تخريب ممتلكاتهم، (يحيى، ٢٠٠٠) فالعدوان سلوك وليس انفعالاً أو حاجة ويعرّف (Clarizo, Harvey 1993) العدوان بأنه: أفعال قد تسبب جرحاً جسدياً أو نفسياً لشخص آخر. وتشمل الأفعال العدوانية سلوكات جسدية مثل: الضرب، أو الركل، أو العض، وسلوكات لفظية، مثل: الإهانة، أو التحقير، الشتم.

ويعرف باندورا (Albert Bandura, 1973) العدوان على أنه:

سلوك يحدث نتائج مؤذية أو تخريبية أو يتضمن السيطرة على الآخرين جسمياً أو لفظياً وهذا السلوك يتعامل معه المجتمع بوصفه عدواناً، ويحدد باندورا ثلاثة معايير ليتم في ضوئها الحكم على السلوك بأنه عدواني:

الأول: خصائص السلوك ذاته (إهانة أو ضرب أو تخريب).

الثاني: شدة السلوك.

الثالث: خصائص كل من الشخص المعتدي والشخص المعتدى عليه.

أما ميل الطفل ذي الحاجة الخاصة إلى العدوان، فإن أسبابه تتشابه إلى حد كبير ضرب الأطفال الآخرين أو منازعاتهم؛ فضلاً عن نقص خبرة الطفل وتجربته في الإمساك بالأشياء القابلة للكسر ويبدو أن الميل المتعمد لتحطيم الأشياء لديه، يرجع في العادة إلى الشعور بالرغبة في المعارضة القلق، والغيرة؛ لأنهم لا يفهمون ما يفعلونه.

وقد أشار (ميلر دنفر، ١٩٨٢) إلى أن هناك خمسة محكات أساسية نستطيع من خلالها تعريف العدوانية وتحديدها، وهي:

- نمط السلوك.
- شدة السلوك.
- درجة الألم أو التلف الحاصل.
- خصائص المعتدي.
- نوايا المعتدي. (**السرطاوي وسيسالم، ١٩٨٧**).

الفرق بين العدوان وتدعيم الذات:

وقد يكون من المهم جداً التمييز بين العدوان Aggression والتدعيم الذاتي Assertiveness فالعدوان يشتمل على استخدام الإكراه لإرغام شخص ما على الطاعة، ويتضمن الإيذاء والتخريب. في حين أن التدعيم الذاتي يتضمن الدفاع عن النفس والتعبير عن الذات بطريقة تخلو من الإكراه.

بعبارة أخرى: يشير التدعيم الذاتي إلى جهد تكيفي نشط مع البيئة ومحاولة تحقيق الأهداف الشخصية بوجود ضغط مضاد أما العدوان، فيُعَدَّ سلوكاً سلبياً وغالباً ما ينتهي بالعصاب.

تصنيفات العدوان وأشكاله:

اختلفت تصنيفات العدوان حسب اختلاف التعريفات المستخدمة لهذا السلوك، وغالباً ما يتم التمييز بين نوعين من العدوان، هما:

١- العدوان المتعمّد Unintentional Aggression: ويشير إلى الفعل الذي يصدر عن الفرد، ويهدف إلى تعريض الآخرين للألم أو الأذى. ويطلق عليه أيضاً اسم العدوان الناتج عن الغضب Anger Induced Aggresion ويعني أن هذا العدوان يحدث نتيجة لتعرض الشخص للأذى من الآخرين، فيستجيب وهو في حالة انفعالية غاضبة.

٢- الوسيلة Instrumental Aggression: وهنا يكون استخدام العدوان كوسيلة للحصول على ممتلكات الآخرين أو الأشياء التي بحوزتهم، بعبارة أخرى هذا النوع من العدوانية وسيلة وليس غاية **(Harvey, 1993)**، **(يحيى، ٢٠٠٠)** مثلاً نوبات الغضب لدى الطفل، قد تسمح له باسترجاع دراجته من أخيه الأكبر سناً، وبغض النظر عن مقدار الفرق بين نوعي العدوان (العدائي والوسيلي) فيجب معرفة أنه ليس من السهل دائماً التمييز بينهما، فمثلاً: غن الطفل الذي يستخدم الألفاظ السيئة قد يكون هدفه هو جذب انتباه الوالدين أو المعلم أو الرفاق؛ فضلاً عن أن هدف آخر هو جرح شعور الضحية، فالسلوك يمكن أن يخدم أكثر من غرض. **(Clrizo, 1993)**.

وقد يأخذ العدوان شكلين آخرين:

١- العدوان اللااجتماعي Social Aggression: (ويكون بسبب الآخرين وتصرفاتهم، ويتضمن أفعالاً عدوانية تهدف إلى ردع الأفعال العدوانية التي تصدر عن الآخرين.

٢- العدوان الاجتماعي (Antisocial Aggression): ويشتمل على الأفعال التي يظلم بها الإنسان الآخرين، مثل: حالات الاغتصاب أو الجريمة وما إلى ذلك.

كما يصف البعض العدوان إلى ثلاثة أنواع تلاحظ عند الطلبة، وهي:

١- عدوان ناتج عن استفزاز، حيث يدافع الطالب هنا عن نفسه ضد اعتداء أقرانه.

٢- عدوان ناتج من غير استفزاز، وهنا يهدف الطالب من خلاله إلى السيطرة على أقرانه أو إزعاجهم أو إغاظتهم أو التسلط عليهم.

٣- العدوان المتفجر المصحوب بنوبة من الغضب. ويلجأ الطالب فيه إلى تحطيم الأشياء، ويبدو هنا كأنه لا يستطيع السيطرة على غضبه. (**دليل التربية الخاصة، ١٩٩٣**).

والعدوان قد يكون مباشراً أو غير مباشر، ويقصد بهما:

١- العدوان المباشر Direct Aggression، ويعرف على أنه الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي.

٢- العدوان غير المباشر Indirect Aggression ويتضمن الاعتداء على شخص بديل وعدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي، ويطلق عليه اسم (العدوان، المزاح).

وقد يكون العدوان جسدياً أو لفظياً أو رمزياً:

- **العدوان الجسدي**: ويكون السلوك الجسدي موجهاً نحو الذات أو الآخرين، ويهدف إلى الإيذاء بحد ذاته، أو خلق الشعور بالخوف،

مثل: الضرب، أو الدفع، أو الركل، أو شد الشعر.. وهذه السلوكات ترافق غالباً نوبات الغضب الشديدة.

– **العدوان اللفظي**: ويقف عند حدود الكلام مثل: الشتم، أو السخرية وذلك من أجل خلق جو من الخوف، ويمكن أن يكون موجهاً نحو الذات أو الآخرين.

– **العدوان الرمزي**: ويشمل التعبير بطريقة غير لفظية من احتقار الآخرين أو توجيه الإهانة لهم كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكن له العداء، أو الامتناع عن تناول ما يقدم له، أو النظر بازدراء. **(Hallanan, Kauffman, 1992)** وإذا أخذنا من يظهر عنده العدوان، فإننا نجده على نوعين:

– **عدوان فردي**: وهنا يكون من فرد نحو غيره من أفراد أو جماعات أو أشياء.

– **عدوان جماعي**: وهنا يكون من جماعة نحو فرد أو جماعة أخرى.

فمثلاً قد يثور الملاحون على قائد السفينة، أو يثور الجائعون ضد مَن سبَّب لهم الجوع.

وقد يكون العدوان:

– موجهاً نحو الذات، مثل الانتحار.

– موجهاً نحو الغير، مثل الضرب أو السرقة.

ويمكن التمييز بين نوعين من العدوان بناء على العامل الأساسي المباشر الذي يدفع إليه.

فقد يكون العدوان ناتجاً عن:

– إحباط.



ويمكن القول: إن العدوان قد يبلغ درجة يصبح معها مرضياً، وهنا يمكن التمييز بين:

- العدوان المرضي أو الشاذ.
- العدوان المألوف.

إن هذه الأنواع ليست متمايزة كل التمايز، ولا هي مستقلة عن بعضها، فقد يكون العدوان جسدياً وكلامياً ورمزياً في وقت واحد، وقد يتجه في هذه الحالات كلها نحو الذات أو نحو الآخرين، وقد تظهر الأنواع الثلاثة مألوفة، وقد تكون مرضية إلا أن هذا لا يمنعنا من تصنيفها. (**الرفاعي، ١٩٨١**).

وأخيراً لا بد من الإشارة إلى العدوان السلبي وهو العدوان الناتج عن التمرد على السلطة من أهل ومعلمين، حيث يشعر الطالب بأنهم ظالمون مستبدون، وأنه قد اسيئت معاملته من قبل هؤلاء المتحكمين، وهنا يخاف الطالب من الانتقام بشكل مباشر من مصادر السلطة، فيلجأ إلى إظهار العدوان بشكل مبطن. كأن يعمد إحضار الكتاب الخاطئ، أو تجاهل الأدوات المدرسية أو مقاطعة المعلم بشكل متكرر.. إلخ **(Harvey, 1993)**

أما باترسون وآخرون، فقد صنفوا أشكال السلوك العدواني كالآتي:

١- الشتم، والاستهزاء، كأن يذكر الشخص الوقائع أو المعلومات بلهجة سلبية.

٢- التحقير، وهو إطلاق العبارات والشتائم على طرف آخر بحيث تنتقص من قيمته، وتجعله موضعاً للسخرية.

٣- الاستفزاز بالحركات، كالضرب على الأرض بقوة.

٤- السلبية الجسدية، كمهاجمة شخص آخر لإلحاق الأذى به.

٥- التدمير لأشياء الآخرين وتخريبها.

٦- التزمت بالآراء، وطلب الإذعان الفوري من شخص آخر من دون مناقشة. (**العواملة، ١٩٨٧**).

أسباب العدوان:

بما أن العدوان أحد الظواهر والموضوعات النفسية المهمة لما يترتب عليه من آثار سلبية مدمرة على الفرد نفسه وعلى الآخرين فقد اهتم علماء النفس وحاولوا تفسيره رغم اختلاف مدارسهم واتجاهاتهم، وعلى الرغم من هذا الاهتمام إلا أن تفسيرات علماء النفس حول هذا السلوك متباينة، ويرجع هذا التباين إلى الأطر النظرية التي تعتمد عليها كل نظرية أو مدرسة من مدارس علم النفس.

وهذا يقودنا إلى الحديث عن النظريات المختلفة التي حاولت تفسير العدوان.

نظريات العدوان (Theories of Aggression)

أولاً: النظريات الغريزية:

تختلف نظريات العدوان باختلاف التأكيد على أهمية العوامل البيولوجية مقارنة بالعوامل النفسية، مثل: التعلم والخبرة. افترض فرويد (Freud) والذي هو من أصحاب النظريات النفسية التحليلية الأوائل أن الطفل يولد بدافع عدواني، ولكن طرق التعبير عنه متعلَّمة. تعد معظم الاتجاهات النفسية التحليلية الحديثة العدوان دافعاً غريزياً ينشط عندما نشعر بالإحباط. ومن خلال دوافع العدوان تتكيف بحيث تساعد على تحقيق الاحتياجات

الأساسية. إن أصحاب النظرية البيئية مثل (Conrad Lorenz) فضلوا تفسيراً معدلاً للغريزة، وهو أن الاستجابات العدوانية يُنظر إليها على أنها استجابات فطرية لنماذج محددة مثيرة. وتبعاً لنظرية (Lorenz)، فإن لدى البشر طبيعة غريزة العراك، كالموجودة عند الحيوانات الدنيا، لكن البشر يفتقرون للكبح الفطري تجاه قتل الأفراد، ولديهم سيطرة ضعيفة على غريزتهم العدوانية. وأشار (Freud) و(Lerenz) إلى وسائل أقل خطورة للتنفيس النفسي، مثل: الألعاب الرياضية التنافسية العالمية.

في الغالب، إن التفسير النظري الأكثر انتشاراً أو المعروف للسلوك العدواني، هو فرضية الإحباط/ العدوان، والتي تقدم تعديلاً للوضع الغريزي، وتبعاً لهذه النظرة، تستبدل الغرائز بالدوافع كعوامل محددة داخلية للعدوان، والتي تعد استجابات ذات احتمالية عالية للأوضاع الإحباطية. يُقال إن الإحباط يحث دافع العدوان، والذي بدوره يحوّل السلوك ليميل إلى إيذاء الآخرين. ويفترض أن إيذاء الآخرين أو تخريب ممتلكاتهم يقلل من شدة دافع العدوان. وتبعاً لهذا التحليل، فالأفراد المحبطون بدرجة كبيرة من خلال العقاب الشديد من قبل الوالدين، أو الفشل المستمر في المدرسة، أو نقص العمل يُتوقع أن يُظهروا استياء وعدائية.

بغض النظر عن حقيقة دعم العديد من الدراسات لفرضية إحباط العدوان، فقد تبين بشكل واضح أن هذه الفرضية غير كافية لتفسير السلوكيات العدوانية جميعها. وأثبتت هذه النظرية أنها بسيطة وشاملة. وإلى الآن لا يوجد دليل على أن جسد الإنسان يجمع الطاقة العدوانية، كما أن الكثير من الأبحاث كشفت عن زيادة في العدوان الذي يتبع الإحباط، لكن بعضها وجد أن الإحباط أحياناً يؤدي إلى تناقص

للعدوان، وبعضها وجد أنه لا يحدث تغييراً في العدوان. وثبت أنه توجد صعوبة في تحديد الظروف الإحباطية المعينة التي تقود إلى العدوان. إن الكثير من الناس يعيشون في حالات فقر، مع هذا فالغالبية العظمى منهم لا يقومون بسلوكيات لا اجتماعية. فيمكن أن نستنتج أن الإحباط هو أحد العوامل، ولكن لا يشترط أن يكون العامل الأكثر أهمية في التأثير على العدوان. إن الأدلة الأخيرة توصلنا إلى نظرية أخرى ترتكز على مفاهيم نماذج التعزيز، وعوامل الظروف والإدراك.

ثانياً: نظرية التعلّم الاجتماعي:

أكدت مصادر مختلفة دور التقليد والمحاكاة في اكتساب السلوك العدواني عند الأطفال. وتبعاً لنظرية التعلّم الاجتماعي، فإن التعرض لنماذج عدوانية يؤدي إلى السلوك العدواني عند الأطفال. تم التأكيد بشكل معقول أن هذه النظرية من خلال عدة دراسات تجريبية أشارت إلى أنه حتى وإن لم يتعرض الفرد للإحباط، فزيادة العدوان ينتج عن التعرض لنماذج عدوانية؛ تبعاً لهذه النظرية يُظهر أطفال الطبقة الاجتماعية الدنيا عداوناً جسدياً علنياً أكثر من أطفال الطبقة الاجتماعية المتوسطة، وذلك على افتراض أن نموذج الطبقة الدنيا عدوانية بشكل علني. كما بينت الدراسات أن الأبناء لوالدين ذوي النموذج المنحرف هم أكثر عرضة للقيام بالأفعال غير الاجتماعية.

خلاصة القول: جميع الدراسات التجريبية والدراسات المرتبطة بالحياة الواقعية تدعو بشكل عام إلى فكرة أن التقليد يؤدي دوراً مهماً في نشوء السلوك العدواني واكتسابه.

بسبب أن برامج الأطفال تحتوي على العنف في محتواها، فقد عبرت المصادر مرة أخرى عن الاهتمام بأثر وسائل الإعلام في العنف. إن مشاهدة برامج العنف التلفزيوني مثل الرجل الوطواط (Batman)، وسوبر مان (Superman) تستخدم كمثيرات للعدوان لدى أطفال ما قبل المدرسة الذين لديهم في الأصل ميل نحو النشاط العدواني.

كذلك يؤدي التعزيز دوراً كبيراً في التعبير عن العدوان. فلننظر أولاً إلى دور التعزيز الإيجابي، وهو النتائج المرضية التي تزيد من تكرار السلوك. إذا وجد الأطفال أنه بإمكانهم الوصول إلى أول الصف (الطابور) من أجل الحصول على وجبة الغذاء عن طريق التنمر على من هم أضعف منهم، أو إذا وجدوا أنهم يستمتعون بإيذاء مشاعر الآخرين، فسوف يميلون إلى الاستمرارية بطرقهم العدوانية إن لم يوبخهم عليها الآخرون. إن استحسان الأهل والرفاق قد يُستخدم كذلك كمصادر تعزيز إيجابي للأفعال العدوانية.

إن الأطفال الذين يتم تعزيزهم لنوع معين من العدوان يصبحون أكثر ميلاً لإظهار أنماط أخرى من العدوان في المستقبل. وضّحت إحدى الدراسات فكرة أن تعزيز العدوان اللفظي من قبل المعلمين لا يسبب ظهور العدوان اللفظي فحسب؛ ولكن أيضاً يزيد من احتمالية أن يتبع الطفل العبارات العدوانية اللفظية بعدوان جسدي.

كذلك قد يتم تعزيز السلوك العدواني أيضاً عن طريق التعزيز السلبي، وهو عملية تقوي السلوك، وبهذا يتم تقليل النتائج ذات الخبرات المؤلمة. كمثال، مع مرور الوقت، يتعلم الطفل أن الانتقاد والتهديد قد يوقف من ضيق الآخرين. عندها تقوى لدى الطفل الميول نحو الهجوم الجسدي

كطريقة لتسوية الخلاف. والمشكلة هي أن الأهل يتعلمون بأن السلوك المؤذي يمكن إيقافه مؤقتاً عن طريق العقاب. وهكذا فالأسرة ذات الأسلوب الإكراهي تطور إكساب كل عضو فيها للعدوان عن طريق التعزيز السلبي، ومن خلال ذلك يصبح العقاب أسلوبَ تحكّمٍ فاعل مبدئيٍّ، وكذلك ذا فاعلية في استمرارية (إدامة) عدوان آخر. تبعاً لهذه النظرة، يصبح أعضاء الأسرة إكراهيين بإجبار الآخرين على القيام بأشياء، ولكن بهدف منعهم من القيام بأشياء معينة.

كما أن عوامل الظروف المحيطة يمكن أيضاً أن تتحكم في التعبير عن العدوان، وبدلاً من أن العدوان يحدث في كل الأوقات وفي كل مكان، يتصرف الناس بعدوانية فقط في أوقات معينة، وفي أماكن معينة تجاه أشخاص معينين، وكاستجابة لمثيرات معينة. إن معرفة مدى عدوانية تصرفات الطفل في البيت لا يسمح لنا بالتنبؤ الدقيق بسلوكه العدواني في المدرسة. السلوك العدواني يختلف باختلاف الظرف الاجتماعي (أمثلة: أحياء اليهود، الكنيسة، حصة الحساب، الحصص الرياضية، نادي ليلي) وباختلاف الهدف (أمثلة: رفيق أضعف، شرطي، معلم، رجل دين)، ودور الشخص العدواني. (أمثلة: لاعب كرة قدم، تاجر، معلم، رجل مباحث).

يتعلق أحد عوامل الظروف التي جذبت الانتباه بأثر الظروف المزدحمة على تكرار السلوك العدواني. بشكل عام إن دراسة الكثافة والسلوك العدواني لدى الأطفال الصغار أديا إلى نتائج متعارضة، تم اقتراح أنه عند الاهتمام بالأطفال الصغار فالمتغير الحاسم هو مقدار الألعاب المتوفرة للطفل الواحد. فزيادة الكثافة الاجتماعية قد يعني نقص عدد الألعاب للطفل الواحد، وزيادة التنافس على المصادر قد يكون مسؤولاً عن

حدوث السلوك العدواني. في دراسة لـ (١٠٠٠) طفل تتراوح أعمارهم بين (١٢-١٦) سنة لم تظهر علاقة واضحة بين العدوان وعوامل الظروف مثل حجم الصف أو حجم المدرسة. إن الازدحام مفهوم متعدد الأبعاد ومعقد ويتعارض مع التفسير البسيط.

كذلك تؤدي العوامل الإدراكية دوراً أساسياً في تفسير كيفية اكتساب السلوك العدواني وإثارته. عمليات التفكير العليا عند البشر تقدم قوة للتوجه الذاتي، والأفراد يمكنهم تمييز العوامل التي تؤدي للمشاركة. كمثال، يمكن أن يتذكر الأطفال حقدهم على أطفال معينين، وبذلك تجنب أولئك الأطفال، أو إذا وجدوا أنفسهم في وضع مشكل، يمكن أن يخمنوا النتائج بدون تمثل البدائل المختلفة، فيمكنهم إعادة تفسير السلوك أو نوايا الآخرين، كمثال: «لم يقصد فعل ذلك». للابتعاد عن الفعل المتعمد المؤلم، يجب أن يعرف الطفل أن أفعاله يمكن أن تسبب الألم، وأن يكون قادراً على تحديد الأفعال التي تسبب أكثر الألم للأشخاص، وأن يتعلموا الوسيلة التي تستثير الأفعال غير المؤلمة. وأن الإيلام يمكن أن يكون عقاباً للشخص العدواني. إذاً العدوان هو نموذج سيئ للسلوك والذي يستدعي معالجة مقبولة للمعلومات عن سلوك الآخرين وعلاقته بالنفس، ويصبح الأطفال على علم بما يتم تعزيزه في الظروف المختلفة، يتعلمون عن طريق المشاهدة، والتذكر، والاستعادة العقلية لكيفية تصرف الآخرين في الظروف الصعبة. إن عوامل التعزيز والظروف والإدراك كلها تتفاعل من أجل إظهار السلوك العدواني.

مراحل تطور العدوان:

(Developmental Course of Aggression):

تكثر الأدبيات التي ناقشت السلوك العدواني عند الأطفال، والمفاجئ أن القليل منها تقدم معلومات عن كيفية تغير العدوان مع تغير العمر. هذا النقص في المعلومات يجعلنا نفكر بالتغير.

على الرغم من أن المعلومات المتعلقة بتطور العدوان غامضة، فهي غير مكتملة على أية حال. بعض المعتقدات تشير إلى أن نوبات الغضب يمكن أن تكون منذرة للسلوك العدواني المبكر، لكن العلاقة بين الغضب والعدوان لم يتم فهمها بشكل جيد. إن فكرة أن الغضب يعد مثيراً للعدوان وسابقاً للسلوك المؤلم، أو العكس غير واضحة. تدل الملاحظة اليومية للأطفال على أنهم يمكن أن يقوموا بأفعال مؤذية بدون إثارتهم (إغضابهم) أولاً. كما أننا نعلم أن الغضب يمكن أن يسبب الانسحابَ، وأفعالاً بناءة، ومحاولات للتهدئة. إن محدودية معلوماتنا لها سببان: إذا لم يكن الملاحظون على علم بالظروف المحيطة بالانفعال، فلا يمكن أن يتأكدوا إن كانت هذه الظروف هي الغضب، أو الخوف، أو الانفعال، وعبارة المثير تعطي معاني مختلفة (الغضب، الخوف، القلق) لدى الفرد الذي يعبر عنها، فمن الملائم في هذا الوقت اتخاذ نظرة ثنائية الاتجاه.

يوجد القليل من الدلائل على العدوان عندما يكبر الأطفال في السن. كمثال، أطفال سن (٤-٦) سنوات أكثر عدوانية خلال الوحدة الزمنية من أطفال سن (٦-٧) سنوات. كذلك فإن خطر العنف الذاتي يزيد عند طلبة الصفوف السابع والثامن والتاسع منه لدى المرحلة الثانوية العليا. إن السلوك العدواني لا يقل مع تقدم العمر فحسب، لكنه خلال السنوات

(٢-٦) يتغير نمطه. فعلى سبيل المثال: يقل العدوان الجسدي بينما يزيد العدوان اللفظي، عادة يلجأ أطفال سن المدرسة إلى طرق معينة مثل الشتم عوضاً عن الدفع والقبض. والأطفال الأكبر سناً يميلون أكثر إلى العبوس والحقد والتذمر لمدة طويلة. كما تزيد أفعال التحدي والمواجهة العلنية ما بين المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة.

تتغير الأسباب المباشرة للأفعال العدوانية أيضاً بتغير العمر. قبل سنوات مضت أشارت دراسات عديدة إلى أن الغضب ينتج (ينشأ) عن عدم الراحة الجسدية أو الحاجة إلى جذب الانتباه خلال فترة الرضاعة، وعن العادات التي تم التدريب عليها خلال السنتين والثلاث سنوات من الحياة، وعن الصراع والنزاع مع الرفاق خلال السنوات التي تليها مباشرة، إن المشاجرات خلال فترة ما قبل المدرسة تتعلق بالتملك والسيطرة، ولكن بالنسبة للأطفال الأصغر سناً، فإن سبب إثارة مشاجراتهم يتضاعف في هذه الحالة مقارنة مع الأطفال الأكبر سناً.

العدوان قد يخدم أيضاً أغراضاً مختلفة عندما يكبر الطفل. وفي حين أن معظم السلوكيات العدوانية لدى أطفال ما قبل المدرسة تبدو أنها تتخذ نوعية ووسيلة مباشرة، فالسلوك المؤذي عند الأطفال الأكبر سناً يقدم مزيجاً من عدوان عدائي وعدوان وسيلي.

كما أن الفروقات والاختلافات في السلوك العدواني بين الأفراد معروف أنه مرتبط بمتغيرات الجنس وسلالة الطفل. فيظهر أن السلوك العدواني يُضبط في وقت أبكر عند الذكور منه عند الإناث. كما ظهر أن الذكور أكثر عدوانية من الإناث، واحتمالية أن يكون الفرد هدفاً للعدوان كذلك يعتمد على جنس الفرد، حيث إن مهاجمة البنات أقل من مهاجمة

الأولاد. إن عوامل السلالة والعرق كذلك لها تأثير. وظهر من خلال الدراسات أن الأطفال السود أكثر عدوانية من الأطفال البيض، واحتمالية إدخالهم إلى المؤسسات الإصلاحية تصل إلى أربعة أضعاف (Clarizo, Harvey, 1993).

ويمكن تلخيص **أسباب العدوان حسب الأسباب الرئيسة التي تشير إليها النظريات المختلفة في معرض تفسيرها للعنف والعدوان كالآتي:**

١- الأسباب العضوية: وتشير دراسات عديدة أجريت على الإنسان والحيوان إلى أن للعدوان أسساً بيولوجية، فثمة علاقة بين العدوان من جهة والاضطرابات الكروموسومية والهرمونية من جهة أخرى، ويشير البعض إلى أنّ الذكور أكثر عدوانية من الإناث بوصفه دليلاً على أثر الفروق البيولوجية على مستوى السلوك العدواني.

٢- الأسباب الغريزية: يعتقد البعض أن العدوان ظاهرة غريزية وهذا ما يقوله (Freud)، (Conrad)، (Lorens)، فبالنسبة لفرويد، إن العدوان ليس سلوكاً فطرياً بل هو حتمي أيضاً، وإذا لم يستطع الإنسان توجيه العدوان نحو الآخرين فهو سيوجهه نحو ذاته، ويعتقد أصحاب نظرية التحليل النفسي أن العدوان يعود إلى دوافع نفسية داخلية تكمن في اللاشعور، وعن وجود غريزة الجنس والعدوان كونهما طاقة نفسية فطرية يجب تصريفها، وتحدث فرويد عن غريزتي الحياة والموت، غريزة الحياة المتمثلة بكل الدوافع البناءة التي تحافظ على استمرارية الحياة، وغريزة الموت المتضمنة نزعات الفرد نحو العدوان وتدمير الذات فالموت نهاية الأمر.

أما أتباع فرويد فعلى الرغم أنهم يرون في العدوان ظاهرة تحركها الغرائز فهم لا يهملون دور العوامل الاجتماعية في الطفولة المبكرة، ويعتقدون أن الطاقة العدوانية بحاجة إلى مواقف ومثيرات معينة للتعبير عنها.

أما «كونراد لورنز» فيرى أن الإنسان تسيطر عليه غريزة العدوان وأن هذه الغريزة مرتبطة بالحاجة إلى البقاء والسيطرة والتملك... إلا أنه كان أكثر تفاؤلاً من فرويد حيال إمكانية كبح العدوان بينما فرويد يقول (بتحويل العدوان) كبح العدوان من خلال القيام بأفعال عدوانية غير ضارة مثل التنافس الودي.

٣– الإحباط: وهنا ينظر إلى العدوان باعتباره نتيجة للإحباط وعُرفت النظرية بنظرية العدوان الناجم عن الإحباط، وقد تعرضت هذه النظرية لانتقادات لاذعة مثلها مثل نظرية الغرائز، فتصريف العدوان لا يحد من مستواه بل يزيده؛ فضلاً عن أن الإنسان قد يحبط من دون أن يلجأ إلى العدوان، وقد يعتدي من دون أن يواجه الإحباط.

٤– التعلم: كان لبحوث عالمي النفس الأمريكيين، سكنر، والبرت باندورا الأثر الأكبر في إيضاح حقيقة أن العدوان ظاهرة اجتماعية يتعلمها الإنسان تبعاً لمبادئ التعلم العامة. وقد بين السلوكيون أن الإنسان يتعلم السلوك العدواني وفقاً لمبادئ الاشتراط الإجرائي ووفقاً لمبادئ التعلم الاجتماعي أو التعلم بملاحظة الآخرين ويبرزون أهمية دور العوامل التالية في تطور العدوان.

أ– ملاحظة الوالدين والأخوة والأقران والتلفاز. (خصوصاً إذا ما تمت مكافئة هذه النماذج على العدوان).

ب– مدى الفرص المتاحة لممارسة العدوان (الثواب والعقاب).

ج- طبيعة الظروف التي يعيش فيها الطفل (التعرض لمواقف مزعجة).

د- المكافآت الخارجية، المكافآت الداخلية، التعزيز الخارجي الإيجابي يتمثل بالحصول على شيء مرغوب فيه، أو تعزيز خارجي سلبي مثل معاناة الضحية ورضوخها للمعتدي أو تعزيز ذاتي مثل الشعور بالقوة والفخر والثقة بالنفس.

هـ- تبرير العدوان يزيد العدوان لدى الطفل إذا عمل على التقليل من شأن الأطفال المعتدى عليهم أو إذا اتهم بارتكاب الأخطاء إلى غير ذلك.

و- العقاب: إن محاولة وقف العدوان من خلال معاقبة الطفل قد تزيد من مدة عدوانيته بدلاً من أن تقللها، فالعقاب أسلوب ضبط مفرد غالباً ما يقود إلى الضبط المضاد، كذلك فإن طريقة استخدام العقاب بحد ذاتها قد تفقد العقاب فاعليته. فالعقاب غير المنتظم والمؤجل غالباً ما يفشل في تحقيق الأهداف المتوخاة منه.

٥- العوامل البيئية: مثل التلوث البيئي، ارتفاع درجة الحرارة، وارتفاع مستوى الصوت، والجمهرة، وغير ذلك. **(Baron, 1985)**.

٦- عوامل أخرى:

- مثل العمر حيث ينخفض العدوان مع تقدم العمر، وتتغير أشكاله.
- عدم القدرة على التنبؤ بنتائج السلوك العدواني.
- عدم القدرة على اختيار حلول بديلة للعدوان لاستخدامها في المواقف الاجتماعية.
- الجنس فالذكور أكثر عدوانية من الإناث، ولعل الفرق لا يعود إلى الفروق من الناحية البيولوجية فقط، وإنما الفروق في التوقعات الاجتماعية.

- أنماط التنشئة الاجتماعية التي يستخدمها الوالدان، فرفض الآباء وتسامحهم مع الطفل عندما يعتدي على الآخرين وعدم استخدامهم للعقاب بالطريقة منتظمة كلها عوامل تزيد في تطور العدوان.

العوامل المؤثرة في العدوان:

إذا افترضنا أن العدوان غالباً ما ينجم عن إحباط أن القول بأن العدوان يرتبط بالإحباط لا ينفي البحث عن عوامل مختلفة ينطوي عليها الموقف العدواني، ويتضمن المثير الذي انطلق العدوان بسببه، ومن سيقع عليه العدوان فرؤية هذه العوامل في تفاصيلها مجتمعة تساعد على فهم ما ينطوي عليه العدوان من جهة وشدة، وتعقد وتغير.

إن بحث العوامل المختلفة التي يحيط بها الموقف العدواني يدعونا إلى وضعها في أربع فئات:

١- قوة السلوك التي تتحكم في قوة الدافع للعدوان، وتتضمن:

أ- قوة السلوك المحبط أو شدة الميل إليه: فمثلاً نلاحظ أن الشخص الذي يخرجه الحكم من اللعبة يظهر تذمراً حين تكون اللعبة مفضلة لديه يفوق ما يظهره في الوقت نفسه حين لا تكون اللعبة مفضلة أو يميل إليها كثيراً.

ب- درجة عرقلة الاستجابة المحبطة: تشير هذه النقطة إلى أن درجة الإحباط تابعة لدرجة العرقلة، وأن العدوان تابعاً في شدته لدرجة الإحباط، فمثلاً منع الطالب من الدخول للامتحان ساعة من الزمن أقل في شدته من منعه من دخول الامتحان أصلاً. مثال آخر هو وجود ارتباط قوي بين زيادة سوء الحالة الاقتصادية وزيادة حوادث القتل، ويعني بالتالي وجود ترابط قوي بين درجة العرقلة ودرجة العدوان.

ج- عدد مرات الإحباط: إن عدد مرات الإحباطات السابقة أو المرفقة يكون له أثر في تقوية الاستجابة العدوانية التي تكون تحت الملاحظة، وهذا يعني أن العدوان الذي نشاهده يمكن أن يكون نتيجة لإحباط حاضر ولإثارة عدد من الإحباطات السابقة، وهذا ما يفسر ملاحظتنا لعدوان نراه لا يتناسب في شدته مع الإحباط الضعيف الذي رافقه، وينطبق ذلك المثل القائل (الشعرة التي قصمت ظهر البعير).

د- مقدرة الفرد على مواجهة الإحباط: توجد بين الأفراد فروق فردية من حيث المقدرة على مواجهة المواقف الإحباطية وتعود هذه الفروق لعدة عوامل مثل التربية الأسرية، والبيئة الاجتماعية، والعوامل الجسمية، مثل: الأمراض المزمنة والبنية الجسمية بشكل عام، أما العوامل الأسرية مثل عجز الوالدين أو البيت المتصدع أو الإدمان عند الوالدين، أو السيرة غير الحميدة لأحدهما أو كليهما.

كلها عوامل تؤثر في قدرة الفرد على مواجهة الإحباط. فكلما كانت مقدرة الفرد على مواجهة الإحباط، بشكل مثمر ضعيفة، كانت مقدرته على ضبط نزعاته العدوانية ضعيفة.

٢- العوامل التي تعاكس النزوع العدواني:

وتهدف إلى الكف عن السلوك العدواني أو الابتعاد عنه وتعني آثار العقاب بأشكاله المختلفة. إن درجة كف العدوان تتناسب طردياً مع مقدار العقاب الذي نتوقع حدوثه عند بدء العدوان. إن هذا الأساس النفسي يمكن أن نرده إلى قانون الأثر. ومعنى هذا أن كل الأفعال التي تجر على صاحبها ألم العقاب تنزع بصاحبها إلى أن يكف عن الاستمرارية فيها أو الإتيان بها.

وقد يكون العقاب مقصود مثل العقاب البدني أو اللفظي أو الطرد من المجتمع أو الحرمان من الحرية أو قد يكون العقاب غير مقصود مثل توقع الفشل أو الإخفاق. أو توقع أذى يلحق بشيء أو إنسان محبوب.

٣- العوامل التي تحدد الموضوع الذي ينصب عليه العدوان:

أ- موضوع العدوان والعدوان المباشر وغير المباشر:

كلما كان المثير الذي يدفع إلى العدوان قوياً تجاه العدوان نحو مصدر الإحباط، وكلما كان المثير الذي يدفع ضعيفاً كان العدوان غير مباشر. فإذا حاولنا كف النزوع إلى العدوان لأننا نتوقع العدوان قادنا إلى الشعور بالإحباط لأننا لم نستطع تلبية ذلك الدافع أي النزوع إلى العدوان. ومن هذا يتبين لنا أننا أمام سلسلة متعددة من الحلقات.

إحباط-------- عدوان ------ حيلولة من دون العدوان----

ازدياد الإحباط------- عدوان (مباشر أو غير مباشر)

وينتج عن ذلك أنه كلما زادت درجة كف العدوان المباشر زاد احتمال ظهور الأنواع غير المباشرة من العدوان، كأن نعجز عن الاعتداء على عدو فنضرب الكرسي بأقدامنا.

ب- تغير موضوع العدوان:

ويكون السبب هو عجز الشخص عن الاعتداء على المصدر الأصلي للإحباط، ومثال ذلك ما يلاقيه أحياناً تلاميذ صف مدرسة ابتدائية خرج منه المشرف التربوي بعد أن أوضح للمعلم نقاط الضعف لديه بكلمات قاسية.

ج– تغير شكل العدوان:

حين يكون توقع العدوان سبباً في كف العدوان المباشر فقد يؤدي ذلك إلى تغير في موضوع العدوان أو تغير في صورة العدوان، مثل: إشاعة النكتة أو الادعاء على شخص لا نستطيع الكشف له عن عداوتنا خير مثال على هذا التغير في صورة العدوان.

د– الاعتداء على الذات:

ويُعَدُّ من أعنف أنواع الاعتداء على الذات، فالشخص الذي يفشل في حبه؛ إنما ينتحر لما عاناه من إحباط، ومثال آخر هو زيادة نسبة الانتحار بازدياد الحالة الاقتصادية سوءاً.

٤– العوامل التي تنقص من قوة المثير الذي يدفع إلى العدوان وتعني هنا تطهير العدوان أو تهذيبه.

ذكرنا سابقاً أن الكف عن العدوان يغدو إحباطاً وخاصة حين يكون الدافع إلى العدوان شديداً، وينتج عن ذلك القول بأن تنفيذ العدوان يخفف من ضغط توتر الإحباط وينقص من قوة النزوع العدواني، إن هذا النقص أو الانخفاض في قوة النزوع العدواني هو ما يسمى بتظهير العدوان أو تهذيبه. ولكن العدوان قد يكون مؤذياً. إذاً لابد من إيجاد تحويل بحيث ينخفض توتر النزوع العدواني من غير إيذاء لأحد، إن التحويل إلى العدوان على الحجارة أو الشجرة بدلاً من كظم الغيظ أو العدوان على صديق هو في النهاية نوع من التطهير. وكثيراً ما يخدم هذا الاحتفاظ بالصديق من جهة وتخفيف أثر الإحباط من جهة أخرى. (**الرفاعي**، ١٩٨١).

قياس العدوان:

بما أن العدوان ظاهرة سلوكية معقدة وليس لها تعريف واحد متفق عليه فإن عملية قياسه ستكون مسألة معقدة أيضاً، ويزيد من صعوبة قياسه تباين وجهات النظر التي حاولت تفسيره، ولذلك تعددت طرق قياس العدوان وتباينت، وسنكتفي هنا بذكر أكثر الطرق شيوعاً:

١- الملاحظة المباشرة (Direct Observation):

ويتضمن تدريب الملاحظين على استخدام نظام ملاحظة مباشرة، وذلك بعد تعريف السلوك العدواني تعريفاً إجرائياً. وقد تتم الملاحظة في البيت أو الصف أو ساحة المدرسة.

٢- قياس السلوك العدواني من خلال تحديد النتائج المترتبة عنه: (Measurement of Perment Produts):

وهنا يتم تحديد مستوى السلوك العدواني عن طريق تحديد النتائج التي أحدثها الفعل العدواني بالنسبة للأشخاص أو الممتلكات المستهدفة.

٣- التقارير الذاتية (Self-Report Inventories)

وهنا يقوم الطفل نفسه بتقويم مستوى السلوك العدواني الذي يصدر عنه، فقد يسأل الطفل عن عدد المرات التي تشاجر فيها مع الأطفال الآخرين في فترة زمنية محددة، ويعدُّ مقياس (Buss and Durkee, 57) ومقياس (Novaco, 75) من أكثر مقاييس التقدير الذاتي استخداماً لقياس العدوان.

٤- المقابلة السلوكية (Behavioral Interview)

من أهم مزايا المقابلة السلوكية كطريقة لتقويم السلوك العدواني أنها تسمح بجمع بيانات إضافية قد تساعد في التعرف إلى خصائص العدوان

وعلى العوامل المرتبطة بها وظيفياً وغالباً ما تركز المقابلات السلوكية على تحديد الظروف التي يحدث فيها العدوان، والعمليات المرضيّة والانفعالية التي تصاحب العدوان، وأنواع السلوك العدواني، وردود فعل الأشخاص الآخرين على حدوث العدوان أو النتائج.

٥- المتابعة الذاتية (Self-Monitoring)

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

٦- اختبارات الشخصية:

مثل اختبار مينسوتا متعدد الأوجه، واختبار بقع الحبر لروشاخ.

٧- تقدير الأقران:

ويتضمن توجيه مجموعة من الأسئلة إلى عدد من الأطفال للإجابة عنها بهدف التعرض إلى الأطفال العدوانيين، وفيما يأتي عدد من الأسئلة التي قد تشملها قوائم تقدير الأقران:

- من الذي لا يطيع تعليمات المعلم؟
- من الذي يتشاجر مع الأطفال الآخرين بشكل متكرر؟
- من الذي يأخذ ممتلكات الآخرين رغماً عنهم؟
- من الذي يزعج الأطفال الآخرين؟
- من الذي ينظر باستهزاء إلى الأطفال الآخرين؟

٨- قوائم التقدير (Rating Scales)

وفي هذه الطريقة يقوم المعلمون أو المعالجون أو الآباء أو غيرهم بتقويم مستوى السلوك العدواني باستخدام قوائم سلوكية محددة.

الطرق المستخدمة لعلاج العدوان والوقاية منه:

لا شك في أن الطريقة التي يستخدمها المعالج لإيقاف السلوك العدواني أو لخفضه تعتمد على تفسيره لهذا السلوك، ولما كانت التفسيرات المقدمة عديدة ومتنوعة، فإن طرق المعالجة هي أيضاً عديدة ومتنوعة، فإذا نظرنا إلى السلوك العدواني بوصفه سلوكاً غريزياً فإن الطريقة التي نوظفها للتعامل معه ستختلف عن الطريقة التي تعده سلوكاً اجتماعياً متعلماً.

ففي الحالة الأولى سيحاول المعالج على الأغلب مساعدة الطفل على التعبير عن الطاقة العدوانية بطريقة مقبولة. أما في الطريقة الثانية فسيتم توظيف مبادئ التعليم لضبط السلوك العدواني. وسينصب اهتمامنا على طرق العلاج السلوكية، وذلك لأن الدراسات المستفيضة قد بينت أن هذه الطريقة أكثر فاعلية من الأساليب العلاجية النفسية الأخرى **(Feherenbach & Thelen, 1982)**.

طرق ضبط السلوك العدواني:

١- التعاقد السلوكي:

بينت بعض الدراسات فاعلية هذا الأسلوب في خفض السلوك العدواني، ويمكن تطبيق هذا الأسلوب على أيدي معالجين متخصصين أو على أيدي الآباء، ومن الدراسات التي استخدمت هذا الأسلوب بنجاح لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعوقين دراسة كيرسي.

٢- العقاب:

كانت الأساليب الأكثر استخداماً لمعالجة السلوك العدواني لدى الأطفال المعوقين فيما مضى هي الأساليب العقابية البدنية أو اللفظية، كذلك الصدمة الكهربائية كانت أيضاً واحدة من أكثر الاساليب استخداماً في مؤسسات التربية الخاصة، وإذا كانت دراسات عديدة قد أوضحت فاعلية هذه الأساليب إلا أن معدلي السلوك عموماً لا يميلون إلى استخدام هذه الأساليب حالياً، لأنها قد تولد العنف المضاد من جهة ولأن أثرها طويل المدى محدود من جهة ثانية.

٣- التعزيز التفاضلي:

ويشتمل هذا الإجراء على تعزيز السلوكات الاجتماعية المرغوب بها، وتجاهل السلوكات الاجتماعية غير المرغوب بها. ولقد أوضحت الدراسات إمكانية تعديل السلوك العدواني من خلال هذا الإجراء. ففي دراسة قام بها بروان واليوت (Brown & Elliot) استطاع الباحثان من تقليل السلوكات العدوانية اللفظية والجسدية لدى مجموعة من الأطفال في الحضانة خلال اتباع المعلمين لهذا الإجراء، حيث طُلب مثلاً منهم (الثناء على الأطفال الذين يتفاعلون بشكل إيجابي مع أقرانهم وتجاهل سلوكاتهم عندما يعتدون على الآخرين).

٤- الحرمان المؤقت من اللعب:

ويُستخدم هذا الأسلوب عادة في حالة وجود طفل عدواني مع زملائه بحيث يلحق بهم الأذى في الحصص والألعاب الجماعية، وقد استخدم بريسكلاد وجاردنر (Brisklad & Gardenor, 1968) هذا الإجراء مع طفلة عمرها ثلاث سنوات تحب الصراع ورمي الأدوات وإيذاء الآخرين

من زملائها، وكانت النتيجة تقليل العدوان عند الطفلة من ٥٤% إلى ١٤% بعد هذا الإجراء (**العواملة، ١٩٨٧**).

٥- تقليل الحساسية التدريجي:

ويتضمن هذا الأسلوب تعليم الطفل العدواني وتدريبه على استجابات لا تتوافق مع السلوك العدواني كالمهارات الاجتماعية اللازمة، مع تدريبه على الاسترخاء؛ وذلك حتى يتعلم الطفل كيفية استخدام الاستجابات البديلة وبطريقة تدريجية؛ وذلك لمواجهة المواقف التي تؤدي إلى ظهور السلوك العدواني (**باشن، ١٩٨٩**) و(**دليل التربية الخاصة..، ١٩٩٣**).

٦- أسلوب العزل وثمن الاستجابة:

ويتم هنا التوضيح للطفل بأن قيامه بالسلوك العدواني لا يؤدي فقط إلى عدم الحصول على مكافآت؛ بل إن نتائج السلوك هذا هي العقاب. في دراسة قام بها سلوان وآخرن (Sloan & Others, 1967) تم استخدام أسلوب العزل لمعالجة العدوان عند طفل في الخامسة من عمره، وكان يبدي سلوكات عدوانية شديدة جداً نحو زملائه. وطلب الباحثون من المعلمين في الحضانة الاستمرار في عزل الطفل لمدة خمس دقائق بعد اعتدائه على زملائه، وبتقديم التعزيز الإيجابي عندما يلعب الطفل مع زملائه ولا تظهر عليه سلوكات عدوانية، توصل الباحثون في نهاية التجربة إلى نتيجة تمثلت في انخفاض العدوان الجسدي عند الطفل بدرجة ملحوظة، والأكثر من ذلك أنه لوحظ أن العدوان اللفظي عند الطفل قد انخفض كذلك بشكل ملحوظ على الرغم من أن طرق العلاج لم تطبق إلا على العدوان الجسدي.

٧- إجراء التصحيح الزائد:

وهو قيام الأطفال بسلوكات بديلة للسلوكات العدوانية بشكل متكرر، مثال ذلك، عندما يقوم الطفل بأخذ الأشياء بالقوة من زملائه، يُطلب منه إعادتها والاعتذار للمعلمين والزملاء على سلوكه الخاطئ، ويشتمل التصحيح على ثلاثة عناصر أساسية، هي:

أ- تحذير الطفل العدواني لفظياً، وذلك بقول «لا.. توقف عن هذا» في حالة اعتدائه على طفل آخر.

ب- الممارسة الإيجابية: وتشتمل على الطلب من الطفل لفظياً أن يرفع يديه التي ضرب بها الطفل الآخر، وأن ينزلها أربعين مرة مباشرة بعد قيامه بالسلوك العدواني.

جـ- إعادة الوضع إلى أفضل مما كان عليه قبل حدوث السلوك العدواني. وذلك من خلال اعتذار الطفل المعتدي إلى الطفل المعتدي عليه عدة مرات (**العواملة، ١٩٨٧**).

ويقترح مكانـدلز (McCandless, 1973) إجراء آخر للحد من السلوك العدواني، ويتضمن هذا الإجراء الخطوات الآتية:

أ- تحويل نشاطات الأطفال من العدوانية إلى نشاطات غير عدوانية.

ب- إزالة المكافآت المادية أو المعنوية التي تتبع بالأعمال العدوانية.

ج- مساعدة الأطفال العدوانيين على فهم الآخرين والتقرب منهم.

د- إخبار الطفل بأن ما يفعله خطأ واقتراح سلوك بديل له.

هـ- عزل الطفل عن الآخرين، وجعله يراقب سلوكات الأطفال غير العدوانية.

و- إعادة الطفل عند قيامه بأول سلوك بديل مرغوب (**العواملة، ١٩٨٧**).

٨- النمذجة: تُعَدَّ طريقة النمذجة من أكثر الطرق فاعلية في تعديل السلوك العدواني، ويتم ذلك من خلال تقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية للطفل، وذلك في ظروف استفزازية ومثيرة للعدوان، ويمكن القيام بمساعدة الطفل عن طريق لعب الأدوار من أجل استجرار سلوكات غير عدوانية من الطفل، ويمكن تقديم التعزيز عند حدوث ذلك من أجل منع الطفل من إظهار السلوك العدواني في الموقف **(Hallahan, Kauffman, 1992)**.

٩- توفير طرق لتفريغ العدوان: هنا يتم تقديم وسائل بديلة متنوعة من أجل التخلص من الغضب او تفريغ النزعات العدوانية مثل: اللعب، التمرينات الرياضية.. إلخ (**دليل التربية الخاصة، ١٩٩٣**).

بعض الأساليب التي يمكن للمعلم استخدامها لتقليل حدوث بعض السلوكات التخريبية في غرفة الصف.

١- تعريف الطلبة بأهم القواعد والقوانين الصفية مثل الانضباط والتقيد بمثل هذه القواعد والقوانين والتأكد من فهمها.

٢- تعزيز الطلاب الذين يتقيدون بهذه القوانين والتعليمات من خلال استخدام أنواع التعزيز وأشكالها المختلفة.

٣- السماح بمدى معقول من الحركة داخل غرفة الصف، وعدم كبت حريتهم في الحركة نهائياً.

٤- المراقبة والمتابعة المستمرة من قبل المدرس بحيث يشعر الطالب أن المدرس متواجد دائماً. **(Lewis, Doorlag, 1987)**.

بعض الطرق والأساليب لتطوير العلاقات الاجتماعية للطلبة العدوانيين:

١- زود الطلبة بأمثلة على السلوكات غير العدوانية التي يمكن أن تُستخدم في المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى العدوان، ومن الطرق التي يمكن استخدامها لعمل ذلك هي النماذج الجيدة من خلال الراشدين، والأقران مثل زملاء الصف أو تعليم الرفاق أو من خلال الأفلام أو الفيديو.

٢- استخدام لعب الأدوار لمساعدة الطلبة، على ممارسة الاستجابات غير العدوانية، وتزويد الطلبة بفرصة لتعلم السلوك المناسب قبل تعرضهم للمواقف الصعبة في الحياة اليومية.

٣- علِّم الطلاب الاستجابات المقبولة للهجوم الجسمي أو اللفظي، من خلال خيارات مختلفة تتضمن طلب المساعدة، ـ ترك المكان، أو قول شيء غير عدواني، مثل: (أنت لعبت بشكل جيد بالكره بالأمس) أو (أنا معك بالسيارة التي تقودها بعد خروجك من المدرسة). وإذا لم يتعلم الطلاب مثل هذه الخيارات، فإنهم ربما يستجيبون بالهجوم الجسدي أو اللفظي، إنهم بحاجة لأن يتعلموا عدداً من البدائل، وأن يعرفوا ما لأنسب للاستخدام في المواقف المختلفة.

٤- عزّز الطلبة الذين يقومون بالاستجابات المناسبة واللاعدوانية للسلوكات العدوانية التي مروا بها سابقاً مثلاً، عزز الطالب عندما يقضي فترة الغذاء باللعب بلعبة معينة بدلاً من المجادلة أو المعاركة.

٥- استخدام الأطفال للسلوكات اللفظية غير الملائمة، مثل: السب أو الشتائم أو المجادلات أو الاستفزاز، وعزِّز الطلاب الآخرين في الصف لتشجيعهم على تجاهل هذا النوع من مشكلات السلوك.

٦- عاقِبْ الطلاب الذين يظهرون سلوكات غير ملائمة، وهذا ربما يكون إقصاء للطالب عن التعزيز الإيجابي (Time-Out) فقدان وقت النشاط أو أي من التعزيز الذي كسبه والعقاب يكون فاعلاً عندما يستخدم مع التعزيز الإيجابي للسلوك الإيجابي **(Lewis & Doorlag, 1987)**.

التنمر

مقدمة

التنمر (Bullying): ظاهرة قديمة موجودة فى جميع المجتمعات منذ زمن بعيد، وهي موجودة في المجتمعات المتقدمة (الصناعية) وكذلك المجتمعات النامية، ويبدأ سلوك الاستقواء فى عمر مبكر من الطفولة حتى أن بعضهم يراه يبدأ فى عمر السنتين حيث يبدأ الطفل بتشكيل مفهوم أولي للاستقواء. ويبدأ تدريجياً ويستمر حتى يصل إلى الذروة فى المرحلة الأساسية المتوسطة (الرابع، الخامس، والسادس)، ثم يستمر فى المرحلة الأساسية العليا، ثم يبدأ بالهبوط فى المرحلة الثانوية، وقلما يكون فى المرحلة الجامعية. وباستثناء حالات السخرية فلا يسمع عن حوادث استقواء في الجامعات والكليات، بالرغم من أننا نسمع عن حالات استقواء بين الأزواج حيث يستقوي الزوج على زوجته، أو تستقوي الزوجة على زوجها، كما أن بعض بيئات العمل قد يتوفر فيها بعض أشكال الاستقواء. **(Dickerson, 2005)**

فالتنمر: هو سلوك عدواني متكرر يهدف للإضرار بشخص آخر عمداً، جسدياً أو نفسياً. ويتميز التنمر بتصرف فردي بطرق معينة من أجل اكتساب السلطة على حساب شخص آخر.ويتضمن قدراً كبيراً من العدوان الجسدي، مثل: الدفع والنغز، ورمي الأشياء، والصفع، والخنق، واللكم، والركل، والضرب، والطعن، وشد الشعر، والخدش، والعض، والخدش.

والاستقواء: هو سلوك مكتسب من البيئة التي يوجد فيها الشخص، وهو سلوك خطر على الأطراف المشاركين فيه جميعاً، وفيه يمارس طرف قوي الأذى

النفسي والجسدي والجنسي تجاه فرد أضعف منه في القدرة الجسمية أو العقلية. وإنه من المهم أن نزيل الفكرة غير العقلانية لدى الكثير من الناس التي ترى في الاستقواء سلوكاً طبيعياً بين الأطفال، وينتهي تلقائياً من دون تدخل من أحد؛ بل إن المستقوين (Bullies) والضحايا (Victims) والمتفرجين (Bystanders) يعانون من مشكلات وصعوبات نفسية وجسمية تؤثر في حياتهم ونموهم، وإن التدخل المبكر، وإثارة الوعي ضروريان ومهمان من أجل وقف الاستقواء، وإن الحاجة ماسة لنعلّم الطلبة والمشاركين جميعاً طرقاً مناسبة في العلاقات مع الآخرين **(Beane, 1999)**.

مفهوم سلوك التنمر

هو إيقاع الأذى على فرد أو أكثر بدنياً أو نفسياً أو عاطفياً أو لفظياً، ويتضمن كذلك التهديد بالأذى البدني أو الجسمي بالسلاح والابتزاز أو مخالفة الحقوق المدنية، أو الاعتداء والضرب، أو العمل ضمن عصابات، ومحاولات القتل أو التهديد، كما يضاف إلى ذلك التحرش الجنسي **(Solberg & Olweus, 2003)**. ويرى كل من جوفانن وجراهام وشيستر **(Juvonen, Graham, and Shuster, 2003)** أن الاستقواء هو ذلك السلوك الذي يحصل من عدم التوازن بين فردين الأول يسمى المستقوي (Bully) والآخر يسمى الضحية (Victim) وهو يتضمن الإيذاء الجسمي والإيذاء اللفظي، والإذلال بشكل عام، ومن ذلك دعوة الطفل باسم لا يحبه، أو لقب، أو العمل على نشر إشاعات عنه، ومن ذلك دعوة الطفل باسم لا يحبه، أو لقب، أو العمل على نشر إشاعات عنه، أو إطلاق النار عليه، أو رفضه من قبل الآخرين.



ويرى ريجبي (Rigby, 2002) أنه عندما يتعرض طفل إلى فعل أو عمل ضار من طفل أكبر، وباستمرار، وعندما لا يكون هناك توازن بينهما في القوة نكون أمام حالة استقواء. أما جلبرت (Gilbert, 1999) فترى أن الباحثين يختلفون في تعريف الاستقواء، ولكن الغالبية منهم يصفونه على أنه أذى جسمي أو لفظي يقوم به المستقوي تجاه شخص ما أعف منه، أو أصغر منه، أو أقل شعبية، أو أقل شعوراً بالأمن، من خلال الضرب أو التعنيف أو الطلب منه القيام بأعمال رغم إرادته، أو رفض الشخص وإبعاده عن المجموعة. وفي ولاية فلوريدا (١٩٩٧) يرى قسم الأمن المدرسي أن الاستقواء هو شكل من أشكال العدوان الذي يقوم به شخص أو عدة أشخاص بمضايقة آخر مراراً وتكراراً في الجانب الجسدي أو النفسي. **(فرنافا، ٢٠٠٤).**

ويؤكد كل من ووك، وودز وستانفرد وسجلز (Wolke, Sarah, Stanford, and Schulz, 2002) أن الاستقواء هو تعرض فرد ما بشكل متكرر إلى سلوك سلبي من طرف أو أكثر، حيث يكون هذا السلوك متعمداً، ويسبب الألم للضحية في المجال الجسمي أو اللفظي أو العاطفي أو النفسي، وهو يختلف عن السلوك العرضي أو العدواني، حيث لا يعدان استقواءً. ولكي يكون السلوك استقواء يجب أن يكون حقيقياً، ولا يكون فيه توازن بين المستقوي والمستقوى عليه، ولهذا لا يعد الصراع بين اثنين لديهما القدرات الجسمية والعقلية نفسها استقواء.

وأشار سارزن (Sarzen, 2002) إلى أن الاستقواء يتراوح بين كونه إثارة مؤذية إلى سرقة مال، أو طعام، وأنه مشابه لأشكال العدوان، ولكنه يختلف في أنه سلوك هادف أكثر من كونه عرضياً ويهدف إلى السيطرة على الآخر من خلال الألفاظ، أو الاعتداء الجسمي، كما أن المستقوين يضعون هجومهم من دون سبب حقيقي باستثناء رؤيتهم للضحية على أنه هدف سهل، وهو محاولة للسيطرة والشعور بالقوة وهو سلوك متعلم.

أما أوليز (Olweus, 1993) فهو من أوائل من درسوا الاستقواء عام ١٩٧٨ في النرويج، ويرى أن الاستقواء هو عندما يتعرض طفل أو فرد ما بشكل مستمر، وفي معظم الأوقات إلى سلوك سلبي يسبب الألم للضحية، ومن الممكن أن يكون جسدياً، أو لفظياً أو عاطفياً أو نفسياً، وهو شكل من أشكال العدوان.

والاستقواء هو فعل سلبي تجاه طفل أو أكثر بشكل مقصود، من أجل الإضرار به والإساءة إليه، حيث لا يكون هناك توازن بينهما. **(Kristensen and Smith, 2003)**.

وهو اضطراب غير اجتماعي في سلوك الفرد Conduct Disorder، يوصف بأنه مزيج من السلوك العدواني، وغير الاجتماعي يتصف بالديمومة والاستمرارية ولا يتضمن فقط سلوك التحدي أو المعارضة، وينتشر هذا السلوك غير السوي في علاقات الطفل مع الأطفال الآخرين، وعادة ما ينتشر عبر البيئة المدرسية أكثر منه في البيت. **(long, 1997)**.

من خلال التعاريف السابقة للاستقواء نرى أنه سلوك مقصود لإلحاق الأذى الجسمي أو اللفظي أو النفسي أو الجنسي ويحصل من طرف قوي مسيطر تجاه فرد ضعيف، لا يتوقع أن يرد الاعتداء عن نفسه، ولا يبادل

القوة بالقوة، وكذلك لا يبلغ عن حادثة الاستقواء للراشدين من حوله، وهذا هو سر الاستقواء على الضحية.

أشكال التنمر:

هناك عدة أشكال للاستقواء يمكن عرضها كالآتي:

١- الاستقواء الجسمي: كالضرب أو الصفع، أو القرص، أو الرفس أو الإيقاع أرضاً، أو السحب، أو إجباره على فعل شيء.

٢- الاستقواء اللفظي: السب والشتم واللعن، أو الإثارة، أو التهديد، أو التعنيف، أو الإشاعات الكاذبة، أو إعطاء ألقاب ومسميات للفرد، أو إعطاء تسمية عرقية.

٣- الاستقواء الجنسي: استخدام أسماء جنسية وينادى بها، أو كلمات قذرة، أو لمس، أو تهديد بالممارسة.

٤- الاستقواء العاطفي والنفسي: المضايقة والتهديد والتخويف والإذلال والرفض من الجماعة.

٥- الاستقواء في العلاقات الاجتماعية: منع بعض الأفراد من ممارسة بعض الأنشطة بإقصائهم أو رفض صداقتهم أو نشر شائعات عن آخرين.

٦- الاستقواء على الممتلكات: أخذ أشياء الآخرين والتصرف فيها عنهم أو عدم إرجاعها أو إتلافها. وهنا لا بد من القول إن هذه الأشكال السابقة قد ترتبط معاً فقد يرتبط الشكل اللفظي مع الجسدي أو الجسدي مع الاجتماعي أو غيرها. (**فيلد، ٢٠٠٤**) **(Wolke, etal, 2002).**

كما يمكن أن يكون الاستقواء اليوم أكثر تطوراً من خلال الوسائل الحديثة مثل: إرسال رسائل عن طريق البريد الإلكتروني، أو الهاتف

الخلوي، أو نشر إشاعات على صفحات الإنترنت، وهذا يعطي مساحة إضافية للاستقواء **(Dickerson, 2005)**.

من هنا نلاحظ أن للاستقواء أشكالاً كثيرة، ويعتمد على البيئة التي يحدث فيها السلوك، فبعض أشكال الاستقواء تحدث في المدرسة School Bullying أو في مراكز الإصلاح، وبعضها يحدث في بيئة العمل Workplace Bullying، كما أن بعض أشكاله لا تحتاج إلى التكرار لكي تكون استقواء؛ خاصة الاستقواء الجنسي. هذا وتختلف كلمة استقواء من بلد إلى آخر، حيث

تؤدي الفروق الثقافية دوراً مهماً في تعريف المفهوم وأشكاله والنظر إليه، كما أن نظام المدارس مختلف، وكذلك دخول الطلبة الصف الأول، وكذلك أن أدوات قياس وتقدير الاستقواء مختلفة، فهي تارة ترشيحات الأقران، أو تقارير المعلمين وملاحظاتهم أو الاستبيانات، أو التقارير الذاتية. كما تختلف النظرة للفترة التي يتعرض فيها الطفل للاستقواء. هل هي آخر شهرين أو آخر شهر وكم مرة في الأسبوع؟ وهكذا. **(Wolke et al., 2002)** .

حجم ظاهرة التنمر:

أصبحت ظاهرة الاستقواء في تزايد مستمر رغم التوعية لمخاطر هذه الظاهرة والتصدي لوقفها على مستويات المدرسة والبيئة المحلية والمجتمع بشكل عام. فهناك طالب من كل سبعة طلاب هو مستقو أو ضحية، ويؤثر الاستقواء على خمسة ملايين طالب في المرحلة الأساسية والمتوسطة في الولايات المتحدة، ويتعرض ما نسبته (١٠%-١٥%) من جميع الأطفال في العالم للاستقواء، أو أنهم رأوا أفراداً يتعرضون للاستقواء في المجالات المختلفة (الجسمية، أو اللفظية أو النفسية أو الجنسية) وأن (٢٥%) من

الأطفال اعترفوا بأنهم ضحايا للاستقواء **(Stewin & Mah, 2001)**، وفي أستراليا تعرض (٥٠%) من الأطفال الذكور الذين تتراوح أعمارهم ما بين (١١-١٥) سنة للاستقواء. **(Wolke et al., 2002)**.

ويقدر الخبراء بأن هناك نحو (٣.٧) ملايين طفل في الولايات المتحدة يتعرضون للاستقواء عليهم في المدارس الأساسية الدنيا أو المتوسطة، وأن نحو (٢٠%) يتعرضون لمعاناة طويلة المدى من التأثيرات النفسية والسيكوسوماتية والأفكار الانتحارية من جراء الاستقواء عليهم **(Klipatrick & Kerrs, 2003; Beane ,1999)**.

إن ٣٠% من الطلبة في سن الدراسة في أمريكا مشاركون في الاستقواء: إما مستقوون أو ضحايا أو متفرجون وكما أن الاستقواء لا ينحصر في دين أو ثقافة أو مجموعة عرقية معينة بل هو موجود في كل الأقطار المتقدمة والنامية على حد سواء. فهو في اليابان على سبيل المثال (١٥ %)، وفي استراليا وإسبانيا (١٧%)، و(١٠%) في الدول الإسكندنافية، و(٢٠%) في إنجلترا وكندا بين طلبة المرحلة الأساسية **(فرنافا، ٢٠٠٤)**.

ويتميز الاستقواء عن العدوان بصفات منها: أنه سلوك موجع ومتكرر. والضحايا لا أحد يدافع عنهم. ومن الصعب على المستقوين أن يتعلموا مهارات وسلوكيات اجتماعية جديدة لوحدهم والمستقوون والضحايا في مواقف غير متوازنة **(Wolke, et al., 2002)**. والاستقواء يختلف عن النزاع أو العدوان في أنه في الاستقواء هناك مشاعر مؤلمة لشخص (الضحية) ومريحة للآخر (المستقوي). والقوة متساوية في النزاع أولاًعدوان أو قريبة من ذلك، لكنها في الاستقواء غير متوازنة فهي بين

طرف قوي وآخر ضعيف ومن هنا تأتي الحاجة الماسة لتدخل الكبار. **(Sarzen, 2002)**.

إن سلوك الاستقواء يختلف عن المضايقة العادية في بعض النقاط، ولكي نميز بين المضايقة العادية وسلوك الاستقواء نسأل أنفسنا بعض الأسئلة، منها:

أولاً: ما طبيعة هذا السلوك؟ وهل هو مناسب لعمر الطفل؟ وما هو محتواه؟.

ثانياً: ما مستوى هذا السلوك؟ وما محدداته؟ هل هو نفسي، لفظي، جسدي؟.

ثالثاً: في أي معدل يحصل ويحدث هذا السلوك؟ هل يحصل باستمرار؟ هل هناك أوقات يحدث فيها؟.

رابعاً: كيف يستجيب الأفراد المستهدفون لهذا السلوك؟ هل يردون على السلوك؟ ونؤكد في النهاية أنه إذا كان السلوك غير مناسب لعمر الطفل، وسلبياً، وبشكل مستمر ومتكرر، وجاد فإن ذلك يسمى استقواء أكثر منه مضايقة عادية، وإن هل تأثيرات قصيرة المدى مثل عدم السعادة، والاحساس بالألم، والارتباك، والقلق، وعدم الأمان، ونقص التركيز. وكذلك تأثيرات طويلة المدى لها أثر على الشخصية، وتدين تقدير الذات.

وكان أوليز (Olweus, 1991) من أوائل الذين درسوا الاستقواء وأجرى العديد من الأبحاث على الأطفال في المراحل الأساسية في النرويج، وأعد استبانة لقياس سلوك الاستقواء المدرسي وتقديره. وأشارت نتائج بحوثه إلى أن الذكور هم أكثر مشاركة في الاستقواء من الإناث، وأن ٦٠

بالمئة من الإناث يكن ضحايا للاستقواء ما بين الصف الخامس وحتى الصف السابع، وأن من ١٥-٢٠ بالمئة يستقوى عليهن من الذكور والإناث معاً، وأن نسبة أكثر من ٨٠ بالمئة من الضحايا الذكور يستقوى عليهم من الذكور، ويرى أن الذكور أكثر استقواء من الإناث من ٣-٤ مرات في الاستقواء المباشر، (الاستقواء الجسمي). وبالمقابل تستخدم الإناث المستقويات الاستقواء غير المباشر مثل التجاهل الاجتماعي والعزلة الاجتماعية والاستثناء من المجموعة «الإقصاء»، والاستقواء اللفظي «توجيه الشتائم والسب». وأشار الباحث إلى أن أسباب الاستقواء لدى كل من الذكور والإناث مختلفة، فالاستقواء لدى الذكور هو على الأرجح جزء من العلاقات الاجتماعية التي أساسها القوة؛ أما عند الإناث فهو الانتساب للنشاطات.

المشاركون في التنمر:

يمكن تصنيف الأفراد المشتركين في سلوك الاستقواء إلى ثلاث فئات:

١. المستقوون: Bullies

٢ . الضحايا: Victims

٣ . المتفرجون: Bystanders

وفيما يأتي بعض المعلومات عن كل فئة:

من هم المستقوون؟

أشار أوليز (Olweus, 1993) إلى خصائص الطلبة المستقوين بأنهم مهيمنون على الآخرين، ويحبون الشعور بالقوة، ولكنهم ودودون مع أصدقائهم. ويرى الباحثون أن الرغبة في القوة هي السبب في عملية الاستقواء وهذه الرغبة تعززت من خلال الأفكار والشائعات حول

الاستقواء وأدوار المؤسسات الإعلامية والأفلام التي تصور قدرات البطل ومهاراته العالية.

ومن سماتهم كذلك القسوة، ولديهم أفكار لا عقلانية **(Roberts, 2005)**. ويرى ستيون وما هي **(Stewin & Mah, 2001)** أن القوة هي السمة الأبرز لدى الأطفال المستقوين والسيطرة والرغبة في القوة (Power) والظهور بها هي من صفاتهم.

ودرس وايت لوك (WhiteLock, 1997) الخصائص التي تميز المستقوين (Bullies)، وكذلك الضحايا – في المدرسة الأساسية – من خلال قائمة من الخصائص الشائعة عند المستقوين مكونة من ٧٠ خاصية طورها الباحثون في جامعة أوهايو، حيث وجد أن خصائص المستقوين هي السيطرة، وحدة المزاج، وقلة التعاطف مع الآخرين، وأن هناك ١٩ خاصية اشتركوا بها.

أما الضحايا (Victims) فكانت خصائصهم، هي: قلة المهارات الاجتماعية، ولوم الذات على حل المشكلات التي تحصل معهم، والخوف من المدرسة. وأنهم اشتركوا في ٢١ خاصية. كما أكدت الدراسة أن المستقوين يعانون من مشكلات عائلية أكثر من الأطفال الآخرين، وأن آباءهم مشغولون عنهم، وأن العائلة تتخذ قرارات نيابة عنهم في كثير من الأمور. وأن الذكور أكثر استقواء من الإناث خاصة في الاستقواء المباشر (الضرب والصفع والركل) وأن الإناث أكثر في الاستقواء غير المباشر (التجاهل والسخرية والاستهزاء والإقصاء من المجموعة).

وميزت ساليمي فايل 1996 Salmivalli المشار إليها في **(Stewin & Mah, 2001)** إلى أن اختلافات الجنس مهمة في أدوار المشاركين في

الاستقواء حيث يكون الذكور في أغلب الأحيان هم المستقوين، أو المشجعين عليه، أو المساعدين فيه؛ لكن الإناث يلعبن باستمرار دور المتفرج أو المدافع عن الضحية.

إن الطفل المستقوي هو الذي يضايق، أو يخيف، أو يهدد، أو يؤذي الآخرين الذين لا يتمتعون وبدرجة القوة نفسها التي يتمتع بها، وهو يخيف غيره من الأطفال في المدرسة، ويجبرهم على فعل ما يريد بنبرته الصوتية العالية واستخدام التهديد. وعادة ما يستغل معظم الأطفال المستقوين خوف الضحية. وهم يسيطرون على الضحية من خلال حالة الخوف التي يضعونه فيها. ويقع الاعتداء عادة في المدرسة، في الصف، أو في أي مكان يلتقي فيه الطلاب كمجموعات، مثل: ساحة المدرسة، وفي أماكن البيع والشراء، أو بالقرب من دورات المياه، أو الممرات المنعزلة، أو غرف تبديل الملابس. ويمكن أن يقع الاستقواء خارج المدرسة في طريق عودة الطفل للمنزل، أو الملاعب أو في المواصلات العامة. (**فيلد، ٢٠٠٤**).

ويمكن القول: إن المستقوين لديهم ضعف في التعاطف مع الآخرين، ويعانون من مشكلات عائلية ويشاهدون استقواء من قبل أفراد الأسرة الأب مثلاً يستقوي على الأم أو الأطفال ولدى البعض منهم اندفاع قهري والتصرف دون تفكير.

أما بندلي (Pendley, 2004) فيصنف الأطفال المستقوين إلى نوعين:

١- النوع الأول المستقوي «المحرض» Proactive: وهوغير مسيطر على نفسه ولديه مشاعر داخلية تدفعه للاستقواء وغير متعاطف مع الضحايا.

٢- النوع الثاني (التفاعلي): Reactive: ويتميز بأنه عاطفي ومندفع ويرى تهديدات من الآخرين غير حقيقية وغير مقصودة منهم يترجمها كاستفزازات ويشعر بأن استقواءه مسوغ. ولدى المستقوين مجموعة من الأفكار والمعتقدات التي تدفعهم للاستقواء، مثل: يجب أن أظهر مسيطراً على الجميع، وعلى الجميع أن يهابني ويخشاني حتى تراني البنات بشكل أفضل. **(Toblin, Schwartz, Gorman & Abou - Ezzeddine, 2005)**

ويعرض جون (John, 2006) مجموعة من النماذج النمطية في الاستقواء:

- النموذج الأول: الاستقواء الفردي (Serial Bullying) وهو في حالة مستقو أو معتد واحد يقوم بإيذاء فرد أو مجموعة من الأفراد وهذا النمط موجود بكثرة في المدارس.
- النموذج الثاني: الاستقواء الجماعي غير المتجانس (Multiple Victimization) عندما يقوم أكثر من مستقو أو معتد بالاستقواء على الضحية، وهو نوع حديث من الاستقواء.
- النموذج الثالث: الاستقواء الجماعي المتجانس (The Familial Pattern) وهذا النمط يتضمن مجموعة من الأطفال المستقوين من العائلة نفسها يمارسون الاستقواء على فرد أو مجموعة من الأفراد.

من هم الضحايا؟

هم أولئك الأطفال الذين يكافئون المستقوين مادياً أو عاطفياً عن طريق عدم الدفاع عن أنفسهم، أو إعطاء جزء من مصروفهم أو كله للمستقوين، ويذعنون لطلبات المستقوين بسهولة ومهاراتهم الاجتماعية قليلة وضعيفة ولا يستخدمون المرح، ولا يدخلون ولا ينضمون في جماعات

اجتماعية أو صفية (Sciarra, 2004). وهم يتفادون بعض الأماكن ويغيبون عن المدرسة ومرافقها

خاصة في حالة قلة الإشراف والمتابعة المدرسية، والميزة الأكبر أن المستقوين يرونهم ضعفاء جسمياً، ولديهم عدد قليل من الأصدقاء **(Wright, 2004)**.

وأن من سمات الطفل الضحية الحساسية العالية، وسهولة إيقاع الأذى به، وهو يظهر ضيقه بمنتهى الوضوح. كما أنه في العادة قلق، وحذر، وخاضع، ومفتقر إلى الحزم، وأكثر هدوءاً، من غيره من الأطفال. ويتسم بعض الأطفال بالخجل في الوقت الذي يعاني فيه البعض الآخر الافتقار إلى الكفاية الاجتماعية. إن عين الطفل ووجه، وبشرته، ولغته، وجسده، وصوته، وكلماته تبدو وكأنها شاشة تلفاز. أي أنها تكشف على الملأ إحساسه بالخوف والغضب والألم والعجز. وفي الكثير من الأحيان نجد هؤلاء الأطفال- ولو لفترة قصيرة- ينكرون حاجتهم للحصول على مساعدة أو قد يرفضون الفكرة كلية (**فيلد، ٢٠٠٤**).

أما سارزن (Sarzen, 2002) فقد درس المستقوين وضحاياهم، حيث تضمنت الدراسة مراجعة للأدب من عام ١٩٩٢ وحتى ٢٠٠٢ والمصادر المتنوعة للأدب. أظهرت الدراسة أن المستقوين (Bullies) يحتاجون للاستقواء كي يظهروا بأنهم أقوياء؛ وأنه ليس هناك سبباً واحداً وراء كون الطفل مستقوياً، لكن عوامل البيئة يمكن أن تطور سلوك الاستقواء. كما أشارت النتائج إلى أن الأطفال في المرحلة المتوسطة هم الأكثر استقواء، وأن الشكل الأكثر شيوعاً للاستقواء هو الاستفزاز Teasing. وفي المرتبة الثانية الاستقواء الجسمي عند الأولاد، والمقاطعة

الاجتماعية عند الإناث. وأظهرت الدراسة أن أكثر الأماكن استقواء هي الساحة المدرسية، والحافلة في أثناء الطريق للمدرسة.

ويؤكد ليفنسون (Levinson, 2006) أن الأطفال الذين يعيشون في حالة من الخوف هم ضحايا الاستقواء ولا يتعلمون بشكل مناسب وينعكس ذلك الشعور على صحتهم النفسية. ونسبتهم من ١٥-٢٠ بالمئة من الطلبة.

من هم المتفرجون؟

هم الذين يشاهدون ولا يشتركون، ولديهم شعور بالذنب بسبب فشلهم في التدخل، ولديهم خوف شديد، يطورون مشاعر بأنهم أقل قوة، يبدون مشوشين في أغلب الأحيان – لا يعرفون الصح من الخطأ – (Sarzen, 2002) ولديهم ضعف في الثقة بالنفس، واحترام ذات متدن، ويشعرون بأنهم لكي يكونوا أكثر أمناً ألا يعملوا شيئاً ويصنف دكريسون (Dickerson, 2005) المتفرجين إلى نوعين من الأفراد:

١- المتفرجون الرافضون للاستقواء: وهم يلاحظون ويشاهدون دون تدخل منهم، ويفتقرون إلى الثقة بالنفس، ولديهم خوف من أن يكونوا ضحايا مستقبلاً، ولا يعرفون ما العمل.

٢- المتفرجون المشاركون في الاستقواء: وهم الذين يشاركون في الاستقواء بالهتاف أو لوم الضحية، أو المشاركة الفعلية.

وما لا شك فيه أن المتفرجين يمكن أن يسهموا بإيجابية في منع الاستقواء المدرسي بعد تدريبهم وتحسين مهاراتهم الاجتماعية والشخصية **(Hazler & Carney, 2002)**.

من خلال ما سبق يمكن القول إن ظاهرة الاستقواء تستوجب تعاوناً من الأهالي والمعلمين والطلبة جميعهم. فالاستقواء منتشر كمشكلة عامة في البلدان المتقدمة، وفي الطبقات والمستويات الاقتصادية والاجتماعية جميعها ـ لا ينحصر في بلد أو دين أو عرق معين ـ فهو في بلدان كالسويد والولايات المتحدة واليابان وأستراليا وكوريا، وكذلك في مجتمعات نامية أخرى، وللاستقواء تأثيرات بعيدة المدى على الطلبة المتفرجين والمستقوين والضحايا والمجتمع لاحقاً.

كما أن هناك خصائص عائلية لها أثر على الاستقواء وتطوره فالأسر التي تستخدم العقاب أو تستخدم أساليب صارمة في الضبط تنتج أطفالاً مستقوين، أما الأسر التي تستخدم الدلال والحماية الزائدة فيكون أطفالها عرضة ليكونوا ضحايا، وأن القضاء على الاستقواء يحتاج إلى فترة طويلة، من خلال منحى متكامل يشترك فيه الأهالي والمديرون والمعلمون، وأطراف عديدة بجهودهم لكي يمكن التخلص منه. **(Baldry, 2003)**.

أسباب التنمر عند الأطفال والمراهقين:

أسباب سلوك التنمر بشكل عام:

يمكن بيان الأسباب العامة التي تقف وراء سلوك التنمر لدى الأطفال والمراهقين بالآتي (**الشهري، ٢٠٠٣؛ العنزي، ٢٠٠٤؛ عويدات وحمدي، ١٩٩٧؛ Wright and Fitzpatric, 2006**).

الأسباب والعوامل الشخصية

هناك دوافع مختلفة لسلوك التنمر، فقد يكون تصرفاً طائشاً أو سلوكاً يصدر عن الفرد عند شعوره بالملل، كما أنه قد يكون السبب في عدم إدراك ممارسي سلوك التنمر وجود خطأ في ممارسة هذا السلوك ضد بعض

الأفراد، أو لأنهم يعتقدون أن الطفل الذي يستقوى عليه يستحق ذلك، كما قد يكون سلوك التنمر لدى أطفال آخرين مؤشراً على قلقهم، أو عدم سعادتهم في بيوتهم، أو وقوعهم ضحايا للتنمر في السابق، كما أن الخصائص الانفعالية للضحية، مثل: الخجل، وبعض المهارات الاجتماعية، وقلة الأصدقاء قد تجعله عرضة للتنمر **(Alkinson, Hornby, 2002)**.

الأسباب والعوامل النفسية:

وهذه مبنية أساساً على الغرائز والعواطف، والعقد النفسية والإحباط، والقلق والاكتئاب؛ فالغرائز هي استعدادات فطرية نفسية جسمية تدفع الفرد إلى إدراك بعض الأشياء من نوع معين، وأن يشعر الفرد بانفعال خاص عند إدراكه لذلك الشيء، وأن يسلك نحوه سلوكاً خاصاً، وعندما يشعر الطفل أو المراهق بالإحباط في المدرسة مثال عندما يكون مهملاً، ولا يجد اهتماماً به وبشخصيته، ويصبح التعلم غاية يراد الوصول إليها، وعدم الاهتمام بقدراته وميوله، فإن ذلك يولد لديه الشعور بالغضب والتوتر والانفعال لوجود عوائق تحول بينه وبين تحقيق أهدافه. ومما يؤدي إلى ممارسة سلوك العنف والتنمر، سواء على الآخرين، أو على ذاته لشعوره بأن ذلك يفرغ ضغوطه وتوتراته، كما أن الأسرة التي تطلب من الطالب الحصول على مستوى مرتفع من التحصيل يفوق قدراته وإمكاناته، قد يسبب هذا القلق للطالب وقد يؤدي كل ذلك بالنهاية إلى الاكتئاب، وتفريغ هذه الانفعالات من خلال ممارسة سلوك التنمر (**الشهري، ٢٠٠٣؛ Wright and Fitzpat rick ,2006**).

الأسباب والعوامل الاجتماعية:

وتتمثل بكل الظروف المحيطة بالفرد من الأسرة والمحيط السكني، والمجتمع المحلي، وجماعة الأقران، ووسائل الإعلام؛ فضلاً عن بيئة المدرسة، ففي نطاق الأسرة تتراوح معاملة الآباء للأبناء ما بين العنف الذي قد يصل إلى حد الإرهاب، والتدليل الذي قد يبلغ حد ترك الحبل على الغارب، فالعنف يولد العنف، كذلك غياب الأب عن الأسرة، ووجود أم مكتئبة، أو مشاكل الطلاق بين الزوجين وأثرها على الأبناء، والعنف الأسري الذي قد يسود في بعض الأسر، كل هذه العوامل قد تكون بيئة خصبة لتوليد العنف والتنمر عند الأبناء، وإذا كانت الأغلبية خارج المدرسة عنيفة، فإن المدرسة ستكون عنيفة، فالطالب في بيئته خارج المدرسة يتأثر بثلاث مركبات أساسية، هي: الأسرة، والمجتمع، والإعلام (**العنزي، ٢٠٠٤**).

وقد تكون الظروف الاجتماعية مثل تدني دخل الأسرة، وأمية الآباء والأمهات، وظروف الحرمان والقهر النفسي، والإحباط من أهم العوامل التي تدفع الطالب إلى ممارسة سلوك الاستقواء داخل المدرسة؛ إذ يكون الطالب غير متوافق مع محيطه الخارجي (**أشهبون، ٢٠٠٧**).

كما يرى الكروسي (٢٠٠٤) أن تسخير وسائل الإعلام للمصلحة الخاصة، وتنفيذ البرامج التلفزيونية بأشكال تجارية بغض النظر عن نتائجها، والطرق التي تنفذ فيها قد يؤدي إلى انتشار سلوك العنف والتنمر، كما أن وسائل الإعلام لها تأثير في جنوح الأحداث، ومنها أن البرامج والمسلسلات والأفلام التي يعرضها التلفاز، وأفلام السينما، سواء المخصص للأطفال، أو للمراهق لها تأثير مباشر في السلوك الاجتماعي

للحدث والمراهق، إذ تستثير خياله، وتدفعه في بعض الأحيان إلى تقمص الشخصيات التي يشاهدها، خصوصاً ما اتصل منها بالمغامرات والحركة والعنف.

الأسباب والعوامل المدرسية:

وتشمل السياسة التربوية، وثقافة المدرسة، والمحيط المادي، والرفاق في المدرسة، ودور المعلم وعلاقته بالطالب والعقاب، وغياب اللجان المختصة، فالعنف الذي يمارسه المعلم على الطلبة مهما كان نوعه، لن يقف عند حدود إذعان الطالب له سمعاً وطاعة، فلا بد أن يدرك أن الإذعان الظاهري مؤقت يحمل بين طياته كراهية، وينتشر ليكون رأياً عاماً مضاداً له بين طلبة الصف والمدرسة. ومن المحتمل أن يصل إلى درجة التنمر المضاد، سواء المباشر أو غير المباشر، وقد تكون الممارسات الاستفزازية الخاطئة من بعض المعلمين، وضعف التحصيل الدراسي للطالب، والتأثير السلبي كجماعة الرفاق، والمزاج والاستهتار من قبل الطلبة، والخصائص الشخصية والنفسية غير السوية، وضعف العلاقة بين المدرسة والأهل، والظروف والعوامل الأسرية والمعيشية للطالب، وضعف شخصية المعلم، أو أسلوبه الدكتاتوري، والتمييز بين الطلبة، وعدم إلمام المعلم بالمادة الدراسية، كل هذه عوامل قد تساعد على تقوية سلوك التنمر وإظهاره من قبل بعض الطلبة. (**الشهري، ٢٠٠٣؛ عويدات وحمدي، ١٩٩٧**).

كما أن العلاقات المتوترة والتغيرات المفاجئة داخل المدرسة، والإحباط والكبت والقمع للطلبة، والمناخ التربوي الذي يتمثل في عدم وضوح الأنظمة المدرسية وتعليماتها، ومبنى المدرسة، واكتظاظ الصفوف بالطلاب، وأسلوب التدريس غير الفاعل، كل هذه عوامل قد تؤدي إلى الإحباط، مما يدفعهم للقيام بمشكلات سلوكية يظهر بعضها على شكل

تنمر، ولا ننسى هنا في هذا المقام أن نتحدث عن جماعة الرفاق والتي قد تؤدي أدواراً متعددة على إثارة السلوك التنمري، أو تعزيزه، فقد تقوي بعض الأطفال على غيرهم من الأطفال استجابة لضغط جماعة الأقران، ومن أجل كسب الشعبية، وهذا يظهر جلياً في مرحلة المراهقة، حيث يعتمد المراهق في تقديره لذاته، وإظهار قدراته من خلال جماعة الأقران التي تؤدي دوراً كبيراً في النمو الاجتماعي للمراهق. (**القرعان، ٢٠٠٤؛ الزعبي، ٢٠٠١**)

أسباب من وجهة نظر المتنمرين والضحايا أنفسهم:

يمكن إجمال بعض الأسباب العامة للتنمر من وجهة نظر الطلبة المستقوين التي تجعل المستقوين يستقوون على الضحايا في الآتي: (أبوغزال، ٢٠١٠).

- التظاهر بأنه شخص مهم.
- لأنه ليس لديه أصدقاء يدافعون عنه.
- لأن علاماته سيئة في المدرسة.
- لأنه طالب متكبر على زملائه.
- لأنه يتظاهر بأنه شخص غني.
- لأنه ينقل معلومات عن الطلبة للمعلمين.
- لأنه يتجاهل الطلبة الآخرين.
- لأنه غير منسجم مع الطلبة الآخرين.
- لأنه تربطه صلة قرابة بالمدير أو المعلم.
- لأنه يرغب بإظهار قوته أمام الآخرين.

أما أسباب الوقوع ضحية الاستقواء والتنمر لدى الطلبة الضحايا، فيمكن إجمالها بالآتي:

- الصمت الدائم وعدم التحدث مع أحد.
- إطاعة كل ما يقوله المعلم وتنفيذ تعليماته وتوجيهاته.
- الغرور.
- اللباس والمظهر المتميز.
- الفقر.
- المظهر الجذاب جداً.
- حب المعلم له.
- كثرة الكلام والتدخل فيما لا يعنيه.
- إحضار نقود كثيرة معه للمدرسة.
- ارتباطه بصلة قرابة بالمدير أو المعلم.

أسباب سلوك التنمر من وجهة نظر مدارس علم النفس المختلفة

هناك مدارس ونظريات إرشاد متعددة في التصدي للاستقواء وغيره من السلوكيات الخطرة، فالنظرية السلوكية مثلاً ترى أن الحل يكون تبديل السلوكيات الخطرة وغير المقبولة بأخرى مناسبة، وتعزيز السلوك الإيجابي الموجود لديهم وتقويته. ونظريات التعلم الاجتماعي ترى أن وقف الاستقواء يكمن في توفير نماذج تحتذى من قبل الطلبة ويتم تقليدها وتوفير عوامل بيئية مناسبة لكبح السلوك الاستقوائي وضرورة إكساب الطلبة قيماً إنسانية تحثهم على التعاطف والتقدير وعدم الإساءة للآخرين. **(Wolke et al., 2003)**.

وقد اهتم علماء النفس بالسلوك العدواني والتنمر، وحاولوا تفسيره رغم اختلاف مدارسهم واتجاهاتهم. وعلى الرغم من هذا الاهتمام إلا أن تفسيرات علماء النفس حول هذا السلوك متباينة، ويرجع هذا التباين إلى الأطر النظرية التي تعتمد عليها كل نظرية أو مدرسة من مدارس علم النفس.

النظرية السلوكية:

تنظر إلى سلوك التنمر على أنه سلوك تتعلمه العضوية، فإذا ضرب الولد شقيقه مثلاً وحصل على ما يريد، فإنه سوف يكرر سلوكه العدواني هذا مرة أخرى لكي يحقق هدفاً جديداً. من هنا، فالعدوان سلوك يتعلمه الطفل لكي يحصل على شيء ما. حيث يعتقد السلوكيون بأن السلوك العدواني كغيره من السلوكات الإنسانية الأخرى متعلم من خلال نتائجه حيث تزداد احتمالية حدوث السلوك العدواني إذا كانت نتائجه مطروحة والعكس صحيح، وهو منطلق نظرية الإشراط الإجرائي لسكنر أي أن الأنماط السلوكية محكومة بتوابعها اجتماعياً.

كما أن السلوك العدواني متعلم اجتماعياً عن طريق ملاحظة الأطفال نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم وأصدقائهم وأفلام التلفزيون وفي القصص التي يقرؤونها كما أن لأساليب التنشئة الاجتماعية دوراً كبيراً في هذا المضمار سواء أكانت مباشرة، مقصودة أم غير مقصودة مثل توجيهات الوالدين نحو عدوانية أطفالهم أو وجود النماذج والقدوات العدوانية أمام الأطفال، ولا يخفى ما لوسائل الإعلام من دور كبير في هذا الشأن، لأن إحساس الطفل وإدراكه يعتمد في المقام الأول على المحسوسات والحركة، والتلفزيون يحول المجردات إلى محسوسات تساعد على

سرعة وسهولة الاتصال والتأثير المباشر على الطفل. كما أن نزعة التقليد لدى الطفل في هذه المرحلة العمرية تنمي لديه العدوان المكتسب. (**الديب ٢٠٠٢، ٢٢٧ ؛ محمود، ٢٠٠٤؛ البواب، ٢٠٠٤؛ عالونة، ٢٠٠٤**).

نظرية التحليل النفسي

يرى فرويد صاحب هذه المدرسة، أن سلوك العدوان والتنمر ما هو إلا تعبير عن غريزة الموت، حيث يسعى الفرد إلى التدمير سواء تجاه نفسه أو تجاه الآخرين، حيث إن الطفل يولد بدافع عدواني، وتتعامل هذه النظرية كذلك مع سلوك العدوان بأنه استجابة غريزية وطرق التعبير عنها متعلمة، فهي تقول: بأنه لا يمكن إيقاف السلوك العدواني أو الحد منه من خلال الضوابط الاجتماعية أو تجنب الإحباط، ولكن ما نستطيع عمله فقط هو تحويل العدوان وتوجيهه نحو أهداف بناءة بدلاً من الأهداف التخريبية والهدامة. وتبعاً لهذه النظرية فإن القوى المحركة لسلوك الإنسان هي غريزة الموت وغريزة الحياة وتفسر نظرية التحليل النفسي العدوان من منطلق غريزة الموت عند الإنسان حيث إنها نزعة الكراهية وعندما تجد هذه النزعة الطريق إلى التعبير يسيطر العنف على الإنسان. أي أن الإنسان عندما يشعر بتهديد خارجي تنتبه غريزته العدوانية فتجمع طاقتها ويغضب الفرد، ويختل توازنه الداخلي ويتهيأ للعدوان لأي إثارة خارجية بسيطة، وقد يعتدي بدون آثار خارجية حتى يفرغ طاقته العدوانية ويخفف توتره النفسي، ويعود إلى اتزانه الداخلي، كما أن فرويد ربط بين العدوان والمراحل المبكرة للطفولة.

ويؤكد على أن جميع صور العدوان ذات مصدر جنسي موجه نحو السيطرة على دفعات الجنس، وذلك من خلال ربطها بالمراحل المختلفة

للتطور النفسي للطفل. ثم أكد أدلر أحد تلامذة فرويد أن العنف والعدوان عبارة عن استجابة تعويضية عن الإحساس بالنقص (**الزعبي، ٢٠٠١؛ لظاهر، ٢٠٠٤**).

النظرية الفسيولوجية:

يعد ممثلو الاتجاه الفسيولوجي أن سلوك التنمر يظهر بدرجة أكبر عند الأفراد الذين لديهم تلف في الجهاز العصبي (التلف الدماغي)، ويرى فريق آخر بأن هذا السلوك ناتج عن هرمون التستستريون حيث وجدت الدراسات بأنه كلما زادت نسبة هذا الهرمون في الدم، زادت نسبة حدوث السلوك العدواني.

نظرية التعلم الاجتماعي:

ترى هذه النظرية أن الأطفال يتعلمون سلوك التنمر عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم ورفاقهم، حتى النماذج التلفزيونية.. ومن ثم يقومون بتقليدها، وتزيد احتمالية ممارستهم للعدوان إذا توفرت لهم الفرص لذلك. فإذا عوقب الطفل على السلوك المقلد فإنه لا يميل إلى تقليده في المرات اللاحقة، أما إذا كوفئ عليه فسوف يزداد عدد مرات تقليده لهذا السلوك العدواني، هذه النظرية تعطي أهمية كبيرة لخبرات الطفل السابقة ولعوامل الدافعية المرتكزة على النتائج العدوانية المكتسبة، وتؤيد الدراسات هذه النظرية بشكل كبير؛ مبينة أهمية التقليد والمحاكاة في اكتساب السلوك العدواني، حتى وإن لم يسبق هذا السلوك أي نوع من الإحباط.

نظرية الإحباط – العدوان:

أكد دولارد ودرب وميلر وسيرز أن الإحباط ينتج دافعاً عدوانياً يستثير سلوك إيذاء الآخرين، وأن هذا الدافع ينخفض تدريجياً بعد إلحاق الأذى بالشخص الآخر حيث تسمى هذه العملية بالتنفيس أو التفريغ؛ لأن الإحباط يسبب الغضب والشعور بالظلم؛ مما يجعل الفرد مهيأ للقيام بالعدوان. كما أن معظم مشاجرات الأطفال ما قبل المدرسة تنشأ بسبب صراع على الممتلكات والألعاب، فالشعور بالضيق وإعاقة إشباع الرغبات البيولوجية يثير لدى الطفل الشعور بالإحباط، وهذا يؤدي إلى سلوك عدواني، مثل: تحطيم الأواني واللعب، وترى هذه النظرية أن سلوك العدوان ينتج عن الإحباط، أي أن الإحباط هو السبب الذي يسبق أي سلوك عدواني، فالإنسان عندما يريد تحقيق هدف معين، ويواجه عائقاً يحول دون تحقيق الهدف، يتشكل لديه الإحباط الذي يدفعه إلى السلوك العدواني، لكي يحاول الوصول إلى هدفه أو الهدف الذي سيخفف عنده من مقدار الإحباط، وقد يكون هذا الإحباط ناتجاً عن المعاقبة الشديدة غير الصحيحة للعدوان في المنزل؛ مما يسبب ظهوره خارج المنزل. مع هذا، فقد تبين بشكل واضح أن هذه النظرية غير كافية لتفسير جميع السلوكيات العدوانية. (**القرعان، ٢٠٠٤؛ الظاهر، ٢٠٠٤**).

النظرية البيولوجية:

يمكن تفسير سلوك التنمر حسب هذه النظرية بأنه ناتج عن بعض الأسباب الجسمية والداخلية، ولا سيما منطقة الفص الجبهي في المخ كونها المسؤولة عن ظهور السلوك العدواني عند الطفل حيث إن استئصال بعض التوصيلات العصبية في هذه المنطقة عن المخ أدى إلى خفض التوتر

والغضب والميل للعنفن وأكد علماء آخرون على أن بعض العوامل الجسمية، مثل: التعب أو الجوع أو وجود آلام جسمية لدى الأطفال تؤدي أيضاً إلى السلوك العدواني. كما أرجع بعض الباحثين السلوك العدواني إلى الفطرة وأنه محصلة للخصائص البيولوجية للفرد، أي أن العدوان والعنف عند الإنسان يتضمن نظاماً غريزياً، وأنه يعتدي لإشباع حاجاته الفطرية للتملك والدفاع عن ممتلكاته. (**القرعان، ٢٠٠٤**) (**الزعبي، ٢٠٠١**) (**الرمادي، ٢٠٠٣**)، وتبعاً للنظريات والأسباب المؤدية للعدوان يمكن بشكل أو بآخر اقتراح الحلول والعلاجات لمشكلة عدوانية طفل ما، لأن معظم هذه الحلول تأتي بعد فهم واضح لمسبب عدوانية الطفل إلا أن بعض الافتراضات سابقة الذكر يصعب من خلالها وضع حلول أو مقترحات علاجية بالرغم من معرفة الأسباب المؤدية للسلوك العدواني فيها كالافتراضات البيولوجية التي قد يفيد في ضوئها وضع بعض العلاجات المادية أو الدوائية، أما بالنسبة لافتراضات التحليل النفسي فقد ينفع معها مثلاً توجيه السلوك العدواني نحو أهداف أكثر إنسانية وهكذا.

النظرية الإنسانية:

تركز هذه النظرية على احترام مشاعر الفرد، وأنسنة الإنسان، وهدفها الرئيس الوصول بالفرد إلى تحقيق ذاته، ومن روادها ماسلو، وروجرز. ويمكن أن تفسر أسباب سلوك التنمر حسب نظر هذه المدرسة من خلال عدم إشباع الطفل أو المراهق للحاجات البيولوجية من مأكل ومشرب وحاجات أساسية أخرى، قد ينجم عن ذلك عدم شعور بالأمن، وعدم الشعور بالأمن يؤدي إلى ضعف الانتماء إلى جماعة الأقران والرفاق؛ مما

قد يؤدي إلى تدن في تقدير الذات الذي قد يؤدي إلى التعبير عن ذلك بأساليب عدوانية، مثل سلوك التنمر.

النظرية العقلانية الانفعالية:

Rational – Emotive Behavior Therapy:

تركز هذه النظرية على الأفكار الخاطئة وغير العقلانية التي يؤمن بها الطلبة ومعتقداتهم وقناعتهم التي تدفعهم للاستقواء، وبيان بطلانها تحديها، وأنه يمكن أن تكون هناك أفكار منطقية مكانها، ويوضح المرشد حسب هذه النظرية للطلبة أن سلوك الاستقواء لديهم، وإيذاء الآخرين ناتج عن أفكارهم الخاطئة التي يؤمنون بها، ومساعدتهم على أن يغيروا هذه الأفكار، وتعليمهم أن القوة والسيطرة على الآخرين لا تجعل الفرد قوياً، ولكنها تجعله مكروها من قبل زملائه، ومن قبل الناس الآخرين **(باترسون، ١٩٩٠)**.

ويتم ضمن العملية الإرشادية مناقشة تغيير حديث الذات السلبي (وهي أفكار الفرد وآراؤه التي يحدث بها نفسه ويرددها لوحده حول الاستقواء) مثل: يجب أن أكون الأقوى والمسيطر على الآخرين، إن لم تضرب الآخرين ضربوك، اضرب الضعيف كي يخاف القوي، واستبدال ذلك بحديث ذاتي إيجابي: مثلاً بأنه سوف يكون مهماً، ويحترمه الناس لعدم تعرضه لإيذاء الآخرين، وقيامه بمساعدتهم وسيكون موضع التقدير والاحترام، كما يمكن أن يمارس الطلبة التفكير بصوت عال بجملة من الأفكار التي ترد إلى ذهنه في حالة وجود ضحية ورغبة في الاستقواء عليه. ويمكن الطلب من الأعضاء البوح بهذا الحديث والانتباه له أكثر لكي يكون أكثر وعياً له حيث إنه المسؤول عن الاستقواء، وقد يوجه رسائل

منه إليه، أي من الطالب نفسه وبصوت عال: مثلاً هذا طالب صغير الحجم، وإنني أقوى منه، وإن المنطق والعقل لا يعطي فرصة للطالب القوي لكي يسيطر على الطالب الأضعف أو الأقل قوة؛ لأن كلاً منا له قوة محدودة، وأن هناك من هو أقوى منه، ولذا فإنها عملية غير منتهية (**بين، ٢٠٠٥**).

ويوضح المرشد للطلبة أسباباً لا عقلانية هذه الأفكار، ومنها:

١- السعادة هي استجابة وشعور نتيجة لما يفكر به الشخص، وما يقوم به من تصرفات؛ أي أن التفكير المنطقي الإيجابي يدفع إلى السعادة والإحساس بالأمن بعكس التفكير غير المنطقي الذي يؤدي إلى الاضطراب أو المرض.

٢- الشعور بالتعاسة في الحياة ونبذ الآخرين إياه من جراء تفكيره السلبي وحديث الذات لديه هو الذي يؤدي به إلى التصرفات السيئة مع الآخرين.

ويرى أليس (Ellis,1994) أن على المرشد أو المعالج أن يكشف للمسترشدين بصورة مستمرة الأفكار اللاعقلانية، وأحاديث الذات السلبية وغير المنطقية وذلك من خلال:

١- إبرازها بصورة واضحة لتصبح في مستوى الوعي والانتباه.

٢- بيان كيف تسبب الاضطراب وتثبته.

٣- توضيح العلاقة غير المنطقية بين هذه الأحاديث والاضطراب. **(Ellis,1994)**.

وأكد كوري (Corey,1996) أن الأفراد من خلال النظرية العقلانية الانفعالية يتعلمون المهارات التي تزودهم بالأدوات التي تساعدهم على

تحديد أفكارهم اللاعقلانية، ويتعلمون كيفية استبدالها بأخرى فاعلة وعقلانية؛ كنتيجة لذلك فهم يغيرون ردود فعلهم الانفعالية للمواقف، وتسمح هذه النظرية بتطبيق مبادئها وفنياتها ليس على هذه الظاهرة فقط، لكن على الكثير من المشكلات التي تواجه الأفراد، مثل: القلق والاكتئاب والغضب واضطراب الشخصية والمشكلات الزوجية وغيرها.

وأشار بين (٢٠٠٥) أن لدى المستقوين مجموعة من الأفكار هي: يجب أن يكون الفرد الأكثر إزعاجاً وإثارة وسيطرة في الملعب والساحة والمدرسة، ويجب أن يظهر الأقوى، ولديه رغبة قوية بتشجيع الآخرين على المنازعات، وإشعال الفتن، ولا يتقبل الخسارة، وهو دائماً على صواب، ويعتقد أن الضحايا يستحقون ما يجري لهم، ولديه غيرة من نجاح الآخرين، وعلى الآخرين احترامه وتقديره، كما يفكر بطريقة «أنا فقط» ويتوقع من الآخرين مهاجمته.

ويرى بين (٢٠٠٥) مجموعة من الأفكار والمعتقدات التي تدفع الأفراد للاستقواء منها الأشياء يجب أن تكون سهلة وسريعة، الآخرون يجب أن يحبوني ويؤيدوني، الآخرون يجعلونني غضبان ومستقوياً، يجب أن أقوم بالانتقام من الآخرين لتصرفاتهم.

وقد ينكر المستقوون أنهم عملوا أي شيء خطأ، ويرفضون أن يتحملوا المسؤولية إزاء سلوكهم، فهم يعتقدون أن تصرفاتهم تأتي نتيجة «لخطأ شخص آخر». أو أنهم يعدون ذلك ليس شيئاً مهماً فهنا يتعين على المرشد أن يتحدى طريقة تفكيره من دون أن يستخدم أسلوب الوعظ. مثل: «إذا كنت تعتقد أنك لم تستقو على شخص آخر، لكن الآخر يعتقد أنك تستقوي عليه، فمن يكون على صواب»؟ إن الاستقواء هو في

«عين المشاهد» بمعنى أن مشاعر الشخص الآخر هي حقيقية بالنسبة له. وهنا يشجع المرشد الطلبة في البحث عن أخطاء محتملة في فهمهم «ربما الآخرون فهموا شيئاً لم يُقصد به إزعاجهم».

الفصل السابع
اضطرابات السلوك ذي الطابع الخلُقي (٢)

أولاً: (الانسحاب الاجتماعي).

ثانياً: السرقة.

ثالثاً: اضطراب المعارضة المتحدية (العناد الشارد).

رابعاً: اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الانسحاب الاجتماعي
Social Withdrawal

مقدمة:

إن سعادة الإنسان تنبع من قدرته على التكيف مع ذاته ومع الآخرين المحيطين به، وحتى يحقق التكيف الإيجابي لا بد من إشباع حاجاته، في ضوء متطلبات البيئة، ويقتضي هذا الإشباع تفاعلاً مستمراً مع الآخرين الذين يحيطون به ويتعاملون معه، وإذا لم يستطع إشباع حاجاته، فإنه لا يستطيع تحقيق التكيف والتوافق السليم. وتصنف الأسباب والعوامل التي تحول دون إشباع الفرد لحاجاته في مجموعتين رئيستين وعلى النحو الآتي:

- عوامل خارجية: ناتجة عن الظروف البيئية المحيطة به كالعوائق الاجتماعية.
- عوامل داخلية شخصية: تنشأ عن وجود عيب خلقي، جسدي، نفسي، أو نقص في المهارات الاجتماعية.

ويعد الخجل (Shyness) من بين الأسباب الشخصية النفسية التي تعوق الفرد من إشباع حاجاته؛ وبالتالي تحول دون تحقيق التكيف مع ذاته والآخرين.

ويصف حمدي وداوود (١٩٨٩) الخجل بأنه مشكلة مرتبطة بعدم الشعور بالأمن، لأنه يصف الأطفال الذين لديهم نقص في الثقة بالنفس، ويتملكهم شعور الخوف والقلق (**خولي، ١٩٩٩**).

مفهوم الانسحاب الاجتماعي:

عُرف الانسحاب الاجتماعي (الخجل) ولفترة طويلة كسمة، اتجاه، حالة كف (Iorant & others, 1999). وقد حاول العديد من الباحثين

تطوير تعاريف إجرائية لهذه الخبرة البشرية، مثلاً عرف الخجل كخبرة عدم الراحة، الكف، عدم المواءمة في المواقف الاجتماعية، وخاصة في المواقف مع الأفراد غير المألوفين (**Buss, 1980**).

وقد وصف الخجل البسيط «كمقاومة أو تجنب مواقف الاقتراب والتفاعل مع الآخرين حيث لا يمكنه الابتعاد عن مراقبة الآخرين له».

هذا ويُعَدُّ الخجل شكلاً من أشكال القلق الاجتماعي (Social Anxiety)، ويمكن تعريف الخجل من خلال وجهات النظر المختلفة وهي كالآتي:

أولاً: من وجهة النظر التي تعد الخجل كخبرة شخصية (شعور)، ويعد الخجل هنا شكلاً من أشكال القلق الاجتماعي (**Jones, et. Al, 1986**).

ثانياً: من وجهة النظر السلوكية يكون سلوك الفرد مقيداً أو متردداً عند وجود صعوبة في تحقيق الاتصال الناجح مع الآخرين (التجنب الاجتماعي) وقلة الكلام. وقد عرّفه بيكونس (Pikonis) بأنه «الميل لجنب التفاعلات الاجتماعية والفشل في المشاركة بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية» (**Maroldo, 1981**). وقد ميز (Pikonis) عام ١٩٧٧ بين الخجل الداخلي والخجل الصريح، ففي حالة الخجل الداخلي يكون لدى الفرد مهارات اجتماعات، ولكن لديه التشكك بالذات وعدم الارتياح، بينما في الخجل الصريح يمتلك الفرد مهارات اجتماعية محدودة ويختبر شعور عدم الارتياح.

وقد عرف (Zimbrdo) عام ١٩٧٧ تصنيفات فرعية للخجل تضمنت ثلاث مجموعات من الأفراد على النحو الآتي:

- *المجموعة الأولى:* تتألف من الأفراد الذين لا يبحثون عن تفاعلات اجتماعية ويفضلوا البقاء منفردين.
- *المجموعة الثانية:* تتضمن الأفراد الذين يقاومون الاقتراب من الآخرين، وليس لديهم مهارات اجتماعية، وثقة منخفضة بالذات.
- *المجموعة الثالثة:* تتضمن الأفراد الذين يحصرون أنفسهم ضمن توقعات اجتماعية محددة ويعانون من القلق الدائم من انتهاك هذه التوقعات.

ثالثاً: من وجهة نظر الأعراض النفسية: يتضمن القلق الاجتماعي الشخصي، ويحدث متزامناً مع السلوك الاجتماعي المكبوح، وقد عرفه ليري (Leary) بأنه:

«مجموعة أعراض سلوكية– عاطفية متزامنة. تتصف بالقلق الاجتماعي والكبح في العلاقة بين الأفراد الناتجة عن وجود توقع أو تقويم للعلاقة بين الأفراد» **(Jones et. Al, 1986, p30)**.

وهذا يعني أن الخطة السلوكية التي يضعها الفرد تقيد وتوقف قبل أدائها، فالشخص الخجول لديه الرغبة في المشاركة الاجتماعية، ويكون أكثر تأكيداً لذاته، ولكن لسبب أو لآخر لا يرغب في التعرف والاستجابة.

وقد عُرِّف الخجل المزمن بأنه الخوف من التقويم السلبي المرافق بالضغط، أو الكف الاجتماعي والذي يتداخل بشكل ذي معنى مع المشاركة في الأنشطة المرغوبة بالنسبة له ومع المباشر بالأهداف الشخصية والمهنية **(Henderson, 1994)**. وقد قامت العديد من الدراسات المهتمة بخجل

الأطفال بتعريف الخجل كسلوك انسحابي أو مخلوع الفؤاد (Timid) عندما يلتقي الأطفال أفراداً لأول مرة **(Plomin & Daniels, 1986)**.

أعراض الخجل:

يصاحب الخجل أعراض متعددة صنفها (Pilkons & Norqwood) كما يلي (علماً بأن هذه الأعراض يتفاعل بعضها ببعض؛ ولا يمكن فصلها عن بعضها):

١- أعراض سلوكية: من مظاهرها الكبح والسلبية، تجنب الاتصال البصري، تجنب المواقف المخيفة، التحدث بصوت منخفض جداً، حركات جسدية غير ملائمة إما بقلتها أو زيادتها كالإفراط في الابتسام، عدم الطلاقة اللفظية، عدم المبادرة الاجتماعية، سلوكات ملازمة تدل على العصبية والقلق (كاللعب بشعره دائماً)، الانسحاب الاجتماعي والصمت في المواقف التي تتضمن تفاعلاً اجتماعياً، وانخفاض توكيد الذات.

٢- أعراض فسيولوجية: من مظاهرها زيادة معدل دقات القلب، التعرق، الارتجاف، جفاف الفم، الشعور بالدوخة أو الغثيان، تجربة الموقف أو شعور الشخص كأنه غير حقيقي أو غير موجود، والخوف من فقدان السيطرة.

٣- أعراض معرفية: من مظاهرها انخفاض في تقدير الذات، التمركز حول الذات وزيادة الوعي بالذات وحمل أفكار سلبية حول المواقف والآخرين، الخوف من الظهور بمظهر الغبي أمام الآخرين ومن التقويم السلبي، الشعور بالهجوم والتفكير تفكيراً متأملاً بشكل مفرط، مناشدة الكمال، نقد الذات، معتقدات لا عقلانية برؤية نفسه مليء بالعيوب وعدّه نقاط قوة لدى الآخرين. مفهوم الذات متدن (أنا غير جذاب، أنا

غير جدير بأن أحب أو بالاحترام..)، توقعات سلبية لتفاعله الاجتماعي، صعوبة في التفكير في أثناء التفاعل الاجتماعي. ومن الأعراض الاجتماعية: يجد صعوبة في مواجهة الآخرين، عدم الاستفادة من المواقف الاجتماعية، ولا يهتم بالوقت الحالي، قليل التعبير لفظياً وغير لفظي، وفي تكوين صداقات جديدة. عدم الاستماع بخبرات الحياة الجديدة، عدم القدرة على المبادرة وتقديم نفسه (Self- projection). ويجرب الشخص الخجول الوحدة أكثر من الأشخاص غير الخجولين: يتزوجون متأخرين ويكون زواجهم أقل استقراراً من الآخرين. وفي العادة يتأخرون حتى يتخذون مهنة أو وظيفة ويستقرون بها، وقد يتناولون بعض العقاقير والكحول حتى يكونوا مرتاحين اجتماعياً، وهذا بدوره قد يؤدي إلى عجز في مستوى الأداء الاجتماعي وسوء استخدام للمواد، كما أن لديهم ثقة قليلة بأنفسهم بأن يصبحوا أفراداً اجتماعيين لديهم نظرة تشاؤمية للعلاقات الاجتماعية، وتصبح عندهم كمسوِّغ لتفسير الفشل ووجود الإعاقة الذاتية، مثل: «لا أقدر أن أعمل لأني خجول» أي تسمية الذات بالخجولة.

وأخيراً قد ينتج عن الخجل المزمن الذي يستمر حتى مرحلة متأخرة من الحياة عزلة اجتماعية حادة ومزمنة تؤدي إلى زيادة الوحدة ونشوء بعض الأمراض النفسية قد تسبب أمراضاً مزمنة وتقلل مدة الحياة **(Henderson & Others, 1999; Henderson & Zimbardo, 1996)**.

٤ – أعراض انفعالية: ومن مظاهرها ظهور انفعالات سلبية كالارتباك والشعور المؤلم بالذات، الشعور بالاستحياء (Shame)، تقدير ذات منخفض، الحزن، الشعور بالوحدة، الاكتئاب، القلق والشعور بعدم الأمن

(الخولي، ١٩٩٩). التركيز على الشعور السلبي والمؤثر بدوره في أنماط التفكير، سواء كان شعور خجل أو خوف أو غضب، فإذا كان هناك شخص خائف، فإن الآخرين يبدون بالنسبة له خطرين، وتصبح الذات عرضة للخطر، وإذا كان هناك شخص خجول يبدو الآخرين له جذابين وأقوياء، ولديهم القدرة على الإيذاء. وإذا كان هناك شخص غاضباً فإن الآخرين يبدون عديمي الثقة وقادرين على الإيذاء **(Henderson & Others, 1999)**.

نظريات الخجل وأنواعه وعوامله:

أولاً: نظرية بس (Theory of Shyness):

وضع بس (Buss, 1980) هذه النظرية في كتابه الشعور بالذات والقلق الاجتماعي (Self- Consciousness and Social Anxiety) ويوضح فيها بس تطور الخجل وأسبابه، حيث افترض وجود نوعين من الخجل، هما:

– **خجل** الخوف (Feaful-Shyness): الخوف من ردود الفعل غير المألوف والتلقائية.

– **خجل** الوعي **بالذات** (Self-Conscious Shyness): ويتمثل بالوعي الزائد لتوقعات الآخرين حوله.

ويوضح الجدول الآتي مقارنة ببين نوعي الخجل من حيث: رد الفعل المؤثر ونوع الذات المدركة ووجوده وأول ظهور له والأسباب المباشرة لكل نوع كما أوردها (بس):

جدول مقارنة أنواع الخجل

النوع/ المجالات	خجل الخوف/ خجل الغرباء	خجل الوعي بالذات
رد الفعل المؤثر	- الحذر والانسحاب - الخوف والشعور بعدم الراحة. - الصراخ والبكاء. - مع تقدم العمر يأخذ شكل الكبح والتوقف عن التفاعلات السلوكية والكلام. - تشكل في النهاية خجل الراشدين.	- الوعي الشديد بالذات. - الشعور بالخجل والحرج والارتباك.
نوع الذات المدركة	- حي (لا يتطلب سوى ذات حيه بدائية)	- معرفية: يتطلب ذاتاً معرفيةً متقدمةً عند الإنسان. فمجرد التدريب الاجتماعي والخبرات لا يُعدُ كافياً، لكن أيضاً يلزم وجود القدرة المعرفية.
وجوده	- يظهر مع صغار معظم الثديات	- الأطفالُ الأكبر سناً والراشدون.
أول ظهور له	- يبدأ في الصف الثاني من السنة الأولى	بين (٤-٥) سنوات
أسباب ظهوره	١- مواجهة الطفل شخص أو موقف جديد، حيث ينتج من خلال اقتحام الآخرين للموقف. والجدة في الموقف تكون في: أ- مواجهة مواقف اجتماعية جديدة. ب- الجدة النفسية: اقتحام إحداهم لأمور شخصية لشخص ما. جـ- الجدة الجسمية. د- الجدة المكانية/ الانتقال لمدرسة جديدة. هـ- الجدة في الأدوار والمكانة	- شعور الفرد بأنه معرض بشكل كبير لمراقبة الآخرين من حوله والذي يعزز من خلال التدريبات الاجتماعية التي يتلقاها الطفل والتي تعلمه أن الآخرين يتفحصون مظهره وسلوكاته الاجتماعية: وبالتالي يدركون أنفسهم كأهداف اجتماعية، وهنا يدركون أن هناك مشاعر ونزعات محددة خاصة بهم، لا يجب إطْلاعُ أحد عليها. وعند هذا القدر من الإدراك للذات

	الاجتماعية/ ترقية. ٢- الرفض الاجتماعي من قبل الآخرين للأطفال الأكبر سناً والراشدين (حيث يحدث الخجل نتيجة الخوف من التقويم والرفض الاجتماعي).	الاجتماعية يظهر لديهم الشعور بالاختلاف عن الآخرين يؤدي هذا وبشكل واضح إلى جعلهم أكثر عرضة للخجل والوعي بالذات. ويظهر هذا من خلال: ١- النقد والانتباه الزائد له. ٢- وجود صفة مميزة تجعله فريداً عن الآخرين كوجود رجل وحيد بين مجموعة من النساء. ٣- الكشف عن خصوصيات الشخصية. ٤- المكانة الاجتماعية. ٥- المناسبات الرسمية.
ملاحظات إضافية	- له علاقة بأهمية تكيف الإنسان وحمايته. - يضعف مع التقدم بالعمر ونضوج الطفل- ذلك من خلال تطوير الأطفال وسائل تساعدهم على التكيف مع التهديدات المتوقعة تدريجياً.	

ثانياً: عوامل الوراثة والبيئة:

هناك أثر للعوامل الوراثية والبيئة وتفاعلها معاً على الخجل، يرى بعض الباحثين أن الخجل عبارة عن ردود فعل انفعالية لموقف اجتماعي محدد، مثل جوانز ورفاقه (Jones et. al., 1980) وآخرون يرون أن الخجل سمة من سمات الشخصية، وقد أشار العالم أيزينك (Eysenck) عام ١٩٦٩. أن الشخصية تقسم إلى نمطين رئيسين، هما:

- الانبساط Extraversion مقابل Introverion الانطواء.

– عامل العصابية Neuroticism مقابل الاتزان الانفعالي.

وبناء عليه أشار إلى وجود نوعين من الخجل الاجتماعي:

أولاً: الخجل الاجتماعي الانطوائي: كالميل إلى العزلة أي يعانون من مشاعر التدني الاجتماعية، ولكن مع القدرة على التعامل بكفاية وبنجاح مع الجماعة إذا اضطر الشخص إلى ذلك (سلوكي).

ثانياً: الخجل الاجتماعي العصبي: ويتميز المصابون به الشعور بالقلب في أثناء تفاعلهم مع الآخرين، والناتج عن الشعور بالدونية، وبالحساسية للذات وشدة الهلع وبالخبرات التي تشعرهم بالضعف مع الشعور بالوحدة، وهذا يؤدي بالفرد إلى التعرض لصراع نفسي بين الرغبة في مصاحبة الآخرين وخوفه من هذه الصحبة (**الدريني، ١٩٨٥**).

وتؤدي العوامل الوراثية والبيئة دوراً في الخجل من حيث تفاعلهم مع بعضهم في تشكيل الخجل، وقد أشار شفر ويلمان (١٩٨٩) إلى وجود استعدادات وراثية عند بعض المواليد حيث يوجد أطفال خجلون منذ ولادتهم، ومع مرور الوقت إما أن تؤكد هذه الصفة من خلال البيئة المدعمة، ويبقون بالتالي طوال حياتهم خجلين، وإما أن يتخلصوا منها إذا لم تثريها البيئة. وقد أكدت الدراسات الطويلة إسهام الوراثة في جذور الخجل تصل إلى ١٥–٢٠% من المولودين حديثاً يظهرون تصرفات حادة تتميز بنشاط زائد (مثال ذلك: صراخ حاد، حركة رأس عصبية وكذلك الأطراف) لأية إثارة؛ فضلاً عن ارتفاع في معدل ضربات القلب في مرحلة الطفولة المبكرة، وغالباً ما يكون لديهم أقرباء سجل لهم بأنهم أظهروا خجلاً في مراحل الطفولة، وقد أظهرت العديد من الدراسات بأن المولود الذي يثار بسهولة يصبح أكثر حدة. وقد يطور سلوك انسحاب

اجتماعي في مراحل الطفولة والمراهقة عن الآباء والأقران. كما أنه لا يشجع الآخرين على التفاعل الاجتماعي معه؛ لذا فإن هذا يمثل نمط الاستجابة الفورية للخجل (D). وفي الغالب يعزى تطور الخجل في مرحلة البلوغ إلى تجربة الرفض ولوم الذات للفشل في مجال اجتماعي ما **(Henderson & Zimbardo, 1996, Iorant & others, 1999)**.

وهناك مجموعة من العوامل والمثيرات البيئية التي يمكن أن تجعل الأطفال الذين لديهم استعدادات وراثية وفيسولوجية للخجل، وهي كالآتي:

أولاً: الشعور بعدم الأمن:

تُعَدُّ الحاجة إلى الأمن العاطفي من الحاجات الأساسية لكل الأطفال، وحتى يتحقق هذا الأمن يحتاج الطفل إلى الشعور بأن هناك مَن يهتم به ويحميه ويحقق لديه هذا الشعور من خلال قيام الأهل بتلبية حاجاته الأساسية من مأكل وحنان وحب والحصول على التقدير من البيئة المحيطة به (البيت، المدرسة).

وإذا لم تُلَبَّ هذه الحاجة، فإن الطفل يشعر بعدم الأمن والطمأنينة؛ وبالتالي عدم الثقة بالنفس وعدم القدرة على التعامل مع الآخرين، ويرى حمدي وداوود (١٩٨٩) أن ذلك يرجع إلى:

أ- الحماية الزائدة:

إن الوالدين اللذين يؤمنان في الحسد ويخفيان ابنهما عن أعين الزائرين أو خوف الوالدين الزائد على أبنائهما واعتقادهما بأن الأبناء لا يستطيعون العناية بأنفسهم ويعلِّمانهم الاتكال عليهما في أدق أمور حياتهم، يؤدي

هـذا الـنمط مـن التنشـئة إلى جـبن الأطفـال وعـدم قـدرتهم علـى المبـادرة والاعتمادية وانخفاض الثقة بالنفس والسلبية والخجل.

ب- التدليل الشديد:

إن الطفل الوحيد لوالديه أو بين الوحيدين (أخوات بنات) عادة ما يدلل بشكل كبير من قبل والديه فينشأ متوقعاً من كل الأفراد أن يعاملوه المعاملة الناعمة الحسنة التي يعامل بها في المنزل وبالطبع لن يجد هذه المعاملة خارج البيت خصوصاً مع أقرانه الذين لن يتعلم بعد التنافس والتعامل معهم على مستوى متكافئ ومن ثم ينسحب منهم ويتوارى عنهم بسبب شعوره بالنقص بالمقارنة بهم. (عامل بيئي) (**حمدي وداوود، ١٩٨٩**).

جـ- التجاهل:

كما تؤدي الحماية الزائدة إلى الخجل، فإن التجاهل وعدم الاهتمام أو العناية الكافية للطفل سواء صدر من الآباء عن قصد بسبب عدم وجود اهتمام بالأطفال بشكل عام، أو عن نية حسنة من الآباء ورغبة منهم في تنمية الاستقلالية لدى الطفل، وهذا قد يؤدي إلى الشعور بأنه غير جدير بالاهتمام ولا تكون لديه الثقة الكافية للتعامل في المواقف الاجتماعية، وبالتالي يؤدي إلى تكوين شخصية خجولة لا تثق بنفسها.

د- السخرية والنقد:

استخدام هذا الأسلوب من قبل الأهل أو المهتمين بحياة الطفل (كالمعلم) ظناً منهم أن هذا يساعد في تعديل سلوك الطفل ويجعله أكثر صلابة، وقد تؤدي إلى خجل هذا الطفل عند مواجهة الآخرين، ويتجنب الاتصال الاجتماعي خوفاً من السخرية والنقد.

هـ- عدم الثبات في التعامل:

قد يؤدي اتجاه التنشئة القائم على المعاملة المذبذبة إلى الخجل، فقد يكون الوالدان حازمين جداً ثم متساهلين جداً أو عطوفين جداً؛ وبالنتيجة يصبح الأطفال غير آمنين، فلا توجد معايير محددة وثابتة يستطيع الطفل أن يتوقع بناء عليها نتيجة أعماله، فيلجأ للخجل كأسلوب للهروب والتكيف مع هذا الوضع، وقد يصبحون خجولين في البيت والمدرسة كما يمكن لبعض الأطفال أن يكونوا خجولين في البيت فقط (عامل بيئي).

و- التهديد:

قد يقوم الوالدان بتهديد الأطفال بالعقاب دون تنفيذ ذلك، وقد يكثر الوالدان من التهديد وينفذون العقاب مرات قليلة، هذا يؤدي إلى وجود جو مهدِّد للطفل، وقد يهدد الآباء بعدم الاستمرار في حب أطفالهم أو تقبلهم، وقد يستجيب الأطفال إلى التهديد المستمر بالخوف والجبن، فهم ينسحبون محاولين تجنب هذه التهديدات؛ وبالتالي يصبحون خجولين من المواجهات الاجتماعية مع الآخرين.

ز- التشدد في المعاملة:

التشدد في معاملة الأطفال والإكثار من توبيخهم وتأنيبهم لأتفه الأسباب ومحاولة تعديل السلوك بأسلوب قاسٍ وخصوصاً أمام الآخرين، يثير لدى هؤلاء الأطفال مشاعر بعدم الشعور بالأمن؛ وبالتالي عدم الثقة بالنفس؛ الأمر الذي يؤدي بالنهاية إلى شعورهم بالانسحاب أو الخجل.

ح- المشاجرات بين الوالدين:

إن المشاجرات المتكررة بين الوالدين، وخاصة أمام الأطفال لها أثر كبير على الأطفال، وتؤدي إلى شعورهم بالتهديد وعدم الأمن والخوف من تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين وخاصة مع الجنس الآخر.

ثانياً: تسمية الذات بالذات الخجولة:

يظهر نمط تسمية الذات عندما يتقبل الأطفال أنفسهم كخجولين ويتصرفون، كما أن عليهم أن يثبتوا أنهم فعلاً خجولون وغير مؤكدين لذاتهم، ويهملون أية معلومات تتناقض مع هذا الإدراك، فهم لا يعتقدون بأن أي مديح يوجه إليهم يمكن أن يكون صحيحاً وتصبح قناعتهم وحديثهم الذاتي: «إنني مجرد شخص خجول، هذه هي شخصيتي» ومن المعتاد أن يكرروا حديثاً سلبياً مع الذات مثل «إنني لا أستطيع التحدث مع أحد، لأنني أعرف بأنهم سوف يكرهونني»، ومن الجدير بالذكر أن هذه التسمية تظهر عندما يطور الأطفال قدرة معرفية أكثر تقدماً، ويستطيعون إدراك وفهم تقويم الآخرين لهم.

ثالثاً: النمذجة:

إذا كان الوالدان والراشدون من حول الطفل يتصفون بالهدوء والخجل وذوي علاقات اجتماعية محددة، ويقدمون نماذج سلوكية تدل على الخوف وعدم الثقة بالنفس أو بالآخرين، ويتحدثون بريبة وشك عن الآخرين، فإن ذلك يؤدي إلى مزيج قوي من وجود استعداد وراثي للخجل؛ فضلاً عن العيش مع نماذج من الراشدين الخجولين (**حمدي وداوود، ١٩٨٩**).

رابعاً: الخوف من المدرسة:

يمكن أن يفسر هذا الظرف بعض حالات الخجل أو الانسحاب الاجتماعي الذي قد يظهر لدى أطفال الروضة الصفوف اللاحقة: فعندما يبدأ الأطفال المدرسة وفي يومهم الأول قد يظهروا مخاوف من المدرسة (عادةً ينتج الخوف من المجهول أو المعارضة للانفصال عن الوالدين، أكثر من رد الفعل السلبي من المعلم أو المدرسة)، وكذلك يمكن أن يطورا قلقاً اجتماعياً كاستمرار لردة الفعل للفشل المتكرر، العلاج الخاطئ، الرفض من قبل الأقران أو البالغين، وقد يظهر بعض الطلبة توافق جيد مع مجموعة الرفاق ولديهم قدرة للتفاعل اجتماعياً مع المعلم، ولكنهم ربما يظهرون خشية من الاتصال عندما يطلب منهم الإجابة على أسئلة أكاديمية، الأداء بشكل علني أو الانشغال في أنشطة يدركون أنه سيتم تقييمهم في ضوئها. وأخيراً يختبر العديد منهم مرة على الأقل نزعة أو ميل لظهور مشكلات توافق اجتماعي عندما يغيروا المدرسة أو الصف **(Brophy, 1996)**.

خامساً: الأساس العصبي للخجل

إن الأساس العصبي لعناصر الخوف أو القلق الاجتماعي للخجل تتركز في منطقة من الدماغ تدعى Amygdala & Hippocampus ويبدو أن Amygdala لها ارتباطاً بالخوف، ويسيطر Hippocampus على الحالة العامة للأفراد، وكذلك يعد عاملاً مهماً جداً في عملية التعلم والذاكرة، يوجد أثر لمجموعة الأنوية في الممرات المستقيمة ولها أثر مهم على السلوكيات الانفعالية وإثارتها وتمتد هذه الممرات لتصل إلى تحت المهاد (Hypothallames) وإلى الدماغ. ويعد تحت المهاد المثير لنظام التشابك العصبي الخاص بالأحاسيس والأعراض الفسيولوجية المرتبطة

بالخجل، ومنه الارتعاش، وزيادة سرعة ضربات القلب، وشد العضلات، واحمرار الوجه **(Henderson & others, 1999)**.

الانسحاب الاجتماعي (Social Withdrawal)

تعددت المصطلحات والأوصاف التي استخدمت في الدراسات النفسية والتربوية لوصف مفهوم الانسحاب الاجتماعي، ومن أهمها: العزلة الاجتماعية، والانطواء على الذات، والانسحاب الناتج عن القلق **(المصري ١٩٩٤)**.

مفهوم الانسحاب الاجتماعي:

عرف معجم علم النفس الانسحاب الاجتماعي على أنه: «نمط من السلوك يتميز بإبعاد الفرد نفسه عن القيام بمهمات الحياة العادية. ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية. ويصاحب ذلك عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية. وأحياناً الهروب إلى درجة ما من الواقع الذي يعيشه الفرد» **(الصباح، ١٩٩٣)**.

أما العالمان كيل وكاتيل (Kale & Kayeetal) فقد عرفا الانسحاب الاجتماعي تعريفاً إجرائياً حيث قدما التعريف الآتي: «الأطفال المنسحبون اجتماعياً هم أولئك الذين يظهرون درجات متدنية من التفاعلات السلوكية والاجتماعية» **(القمش، ١٩٩٤)**.

وقد قام (Rubin & Mills, 1988) بدراسة طويلة بهدف فحص العوامل المشتركة بين الأطفال المنسحبين اجتماعياً في الصف الثاني ولاحقاً جمعها مع طلبة الصف الرابع والخامس. وقد تم جمع البيانات من الأقران والمعلمين والطلبة أنفسهم، حيث ظهر نوعان من العزلة الاجتماعية:

القلق السلبي Passive-Anxious وعدم النضج في الأداء Active-Immature. وقد أظهر الأفراد غير الناضجين في الأداء تكراراً وثباتاً أقلَّ في سلوك الانسحاب، بالمقابل كان نوع القلق السلبي أكثر ثباتاً عبر الصفوف، ويتنبأ بالاكتئاب والوحدة في الصف الخامس.

فالانسحاب الاجتماعي بصورة عامة هو الميل لتجنب التفاعل الاجتماعي والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية أو بناء صداقة مع الأقران إلى كراهية الاتصال بالآخرين والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة، وعدم الاكتراث بما يحدث في البيئة المحيطة. وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة ويستمر لفترات طويلة، وربما طوال الحياة (**الصباح، ١٩٩٣**).

مظاهر الانسحاب الاجتماعي وأعراضه:

تتمثل مظاهر الانسحاب الاجتماعي بالعزلة وانشغال البال وتجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين أو أداء نشاطات مشتركة معهم، وقد يشمل الشعور بعدم الارتياح لمخالطة الآخرين والتفاعل معهم، وهذا السلوك يصاحبه أحياناً عدم الشعور بالسعادة ومعاناة تصل إلى حد الاكتئاب، كما قد ينطوي على انفعالات وسلوكيات أخرى مثل: القلق، الكسل أو الخمول، الخوف من التعامل مع الآخرين، الخوف من العقاب، عدم الوعي للذات وإدراكها، البطء والتلعثم في الكلام، الشعور بالنقص والدونية، سهولة الانقياد، الخوف من الكبار، حب الروتين، عدم الاستجابة للتغير، التعبير اللفظي المحدود ومص الإصبع (**دليل التربية الخاصة... ١٩٩٣**) **(Stainback & Stainback, 1980; Shea, 1978)**.

والطفل المنسحب أو المنطوي في العادة يكون مصدر خطر على نفسه وليس على الآخرين المحيطين به. فهو لا يثير المشاكل ولا الضوضاء داخل غرفة الصف وكثيراً ما يتم وصفه من قبل المعلمين بأنه طفل غير قادر على التواصل، وأنه خجول وحزين وعادة ما يفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية وفي تكوين علاقات مع الآخرين. إن الأفراد المنسحبين عادة ما يكونون طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم. وأصدقاؤهم قليلون ونادراً ما يلعبون مع الأطفال الذين هم في نفس عمرهم، كما تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية، وبعضهم تنمو لديه مخاوف مرضية لا أسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة، وبعضهم ينكص إلى مراحل مبكرة من النمو، ويطالبون بمساعدة الآخرين لهم (**السرطاوي وسيسالم، ١٩٨٧**) و**(Hallahan & Kauffman)** .

يؤدي الانسحاب الاجتماعي إلى عدد محدود جداً من العلاقات الاجتماعية وإلى عدم اهتمام الآخرين بالأطفال المنعزلين اجتماعياً؛ لأنهم يظهرون الانطواء والحزن وعدم التفاعل، ويسبب الانسحاب الاجتماعي ابتعاد الأقران عن الطفل المنسحب وعدم اللعب معه سواء في البيت أو في المدرسة، كما أن انسحاب الطفل وابتعاده يسبب لديه عدم نضج اجتماعي وعدم القدرة على تمثل الأدوار الاجتماعية ونقصاً في التعليم الاجتماعي والإدراك الاجتماعي والنمو المعرفي، وقد قام **(Boivin & Shelley, 1997)** بدراسة على عينة قوامها (٧٩٣) طفل فرنسي في المرحلة الابتدائية، هدفت إلى تقويم العلميات الاجتماعية واصفين كيف أن السلوك العدواني والانسحاب الاجتماعي يقودان إلى إدراك سلبي للذات الاجتماعية. وقد

أظهرت النتائج أن سلوك الانسحاب الاجتماعي يمكن أن يتنبأ بشكل منفرد بإدراك الذات الاجتماعية.

هذا ويميل المراهقون المنعزلون إلى تجنب المشاركة في المناقشة الصفية ولا يطلبون المساعدة من قبل المعلم أو المرشد أو المدير حتى عندما تواجههم مشكلة ما، كذلك فإن لديهم اتجاهات سلبية نحو أعضاء هيئة التدريس والزملاء والمدرسة بشكل عام، ويتميز المراهقون المنعزلون بالتردد والتشاؤم حول المستقبل وعدم الثقة التي قد تصل إلى درجة الشك والسخرية من دوافع الآخرين، وإدراك للمجتمع على أنه غير ثابت ومليء بالأشخاص غير الموثوق بهم.

كذلك يجد الأشخاص المنسحبون اجتماعياً صعوبة في المبادرة الاجتماعية وفي تقديم أنفسهم للآخرين وفي إجراء اتصالات هاتفية وفي المشاركة في مجموعات، ومن هنا فإنهم يميلون لقضاء أوقاتهم في التسلية الفردية أو ممارسة النشاط الفردي كمشاهدة التلفاز أو الاستماع للراديو أكثر من قضائهم الوقت في التسلية مع الآخرين (**المصري، ١٩٩٤**).

أما الانسحاب الاجتماعي الشديد فهو يتضمن- فضلاً عما سبق- عدم الاتصال بالحقيقة وتطوير عالم خاص والاستغراق الشديد في أحلام اليقظة لدرجة قد تؤدي إلى الوصول بالطفل إلى حالة التوحد أو فصام الطفولة، كما أن الأطفال المنسحبين اجتماعياً من هذا النوع يفتقدون الثقة بالآخرين وهم غير مبالين ولا يشتكون مطلقاً في المناسبات الاجتماعية. (**الصباح، ١٩٩٣**).

أشكال الانسحاب الاجتماعي:

صنف جرينوود وآخرون (Greenwood, et.al.,1977) الانسحاب الاجتماعي إلى صنفين، هما:

١- *الانسحاب الاجتماعي*: الذي يتمثل بالأطفال الذين لم يسبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة؛ مما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية والخوف من التفاعلات الشخصية.

٢- *العزل الاجتماعي أو الرفض:* ويتمثل بالأطفال الذين سبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين في المجتمع، ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة؛ مما يؤدي إلى انسحابهم وانعزالهم.

ويصنف كل من كوك وأبولوني (Cook & Appolloni) الانسحاب الاجتماعي التفاعلي (Interaction-Social Withdrawal) بالاعتماد على تكرار ونسبة حدوث السلوك الاجتماعي الذي يقوم به الطفل، أي عدد المرات التي يقوم بها الطفل بنشاطاته مثل تمرير كرة إلى الآخرين، الابتسامة، القيام بالألعاب الاجتماعية المشتركة مع الآخرين، وقد وجد أن هذا الأسلوب (أسلوب التكرار والنسب) له فائدة في التشخيص الإكلينكي للانسحاب الاجتماعي.

أما جوتمان (Gottman) فقد استخدم لتصنيف الانسحاب الاجتماعي مجموعة من المفاهيم كأدوات اجتماعية مثل الشهرة، السمعة، تكوين صداقات مع الآخرين والرفض لمجموعات الأقران.

وبناء على ما سبق يمكن القول: إن الانسحاب الاجتماعي ينقسم إلى قسمين، هما:

١ – *الانسحاب الاجتماعي البسيط:* يتضمن الانعزال والابتعاد عن الآخرين وعدم إقامة علاقات صداقة معهم والامتناع عن المبادرة بالحديث بشكل مستمر وعدم اللعب مع الآخرين وعدم الاهتمام بالبيئة المحيطة؛ فضلاً عن أنه يتصف بالخمول وعدم النضج، كما يقتنع بالمشاهدة من دون المشاركة، ولكنه لا ينسى المحيط.

٢ – *الانسحاب الاجتماعي الشديد:* وينجم عن تعديل خاطئ في ال انفعالات حيث يرى الطفل الآخرين على أنهم مصدر ألم وعدم راحة، لذلك يلجأ للانعزال عنهم، ويكون عند هذا النوع من المنسحبين اجتماعياً سوء تكيف قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات سلوكية شديدة في حالة عدم التدخل في الوقت المناسب (**الصباح، ١٩٩٣**).

أسباب الانسحاب الاجتماعي:

يعد سلوك الانسحاب الاجتماعي مظهراً من مظاهر سوء التكيف لدى الأطفال، وهو نمط سلوكي شائع يمكن أن ينتج عن عدة عوامل، منها:

١ – وجود تلف في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب في عمل الهرمونات في الجسم.

٢ – وجود نقص في المهارات الاجتماعية: وعدم معرفة الطفل للقواعد الأساسية لإقامة علاقات مع الآخرين وعدم التعرض للعلاقات الاجتماعية، فهذا كله قد يعيق تطور الميول المشتركة بين الطفل ورفاقه وقد أكد (Fitzpatick & Anne, 1996) أن هناك أثراً للتفاعل الاجتماعي ضمن الأسرة على كل من سلوك الانسحاب الاجتماعي

وتقييد الذات الاجتماعية، من خلال دراسة هدفت إلى قياس بيئة الاتصال الأسرية للأطفال في الصف الأول والرابع والسادس والسابع، ويقترح بأن التفاعل والاتصال الاجتماعي ضمن نطاق الأسرة لهما أثر إيجابي على تطور المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي لكل من الأولاد والبنات في مراحل النمو المختلفة.

٣- خوف الطفل من الآخرين: ويأخذ الخوف أشكالاً متعددة، إلا أنه يؤدي أساساً إلى الرغبة في الهرب من المشاعر السلبية عن طريق تجنب الآخرين، كما أن خبرات التفاعل الاجتماعي السلبية المبكرة مع الأخوة أو الرفاق تجعل الطفل يتأثر، ويبتعد عن مخالطة الآخرين.

٤- عدم احترام الطفل وتجاهله من قبل الآخرين، وكذلك تعرضه للأذى والألم يسبب له سلوكاً انسحابياً، حيث لوحظ أن سلوك الانسحاب الاجتماعي يظهر أكثر عند الأطفال الذين تعاني أمهاتهم وآباؤهم من اضطرابات سلوكية.

٥- رفض الآباء لأبنائهم - سواء كان ذلك مقصوداً - قد يقود إلى الانسحابِ إلى عالم الأماني وأحلام اليقظة، وقد وجد (East, 1991) بأن آباء الأطفال العدوانيين والمنسحبين اجتماعياً يشعرون أنهم يقدمون دعماً أقل لأبنائهم مقارنة بآباء الأطفال الذين لا يعانون من تلك الاضطرابات. وكذلك بين (Harrist & Ananda, 1997) من خلال دراستهما الطويلة لمدة أربع سنوات على عينة قوامها (١٥٠) طفلاً مصنفين من قبل المعلمين ضمن أربعة أنواع من الانسحاب الاجتماعي: لا يوجد لديهم قدرة اجتماعية، قلقون، منعزلون، مكتئبون، حيث تبين أن الأطفال المنعزلون ظهر لديهم معدلات عالية

من الإهمال على مقياسي العلاقات الاجتماعية، والأطفال المنعزلون ظهر لديهم معدلات عالية من الرفض على نفس المقياس، أما الأطفال المكتئبون فظهر لديهم معدلات عالية على الرفض والإهمال، وأظهر الأطفال المنعزلون كفاية اجتماعية أقل.

٦- كذلك فإن رفض الوالدين لرفاق الطفل يشعره بشكل مباشر أو غير مباشر بأن الأصدقاء الذين اختارهم غير جيدين بما فيه الكفاية؛ مما ينتج عنه شعور الطفل بتدني مفهوم الذات لديه، وكذلك ميله إلى العزلة وتطور الرغبة لديه في الحصول على الرضا وطلب الوحدة وتصبح العلاقة مع الآخرين ليست ذات قيمة بالنسبة له.

٧- العادات والتقاليد السائدة في بيئة الفرد؛ فضلاً عن نمط الحياة العائلية، خاصة ازدواجية المعاملة بمعنى الضرب والعقاب والتجاهل تارة، والمكافأة والتعزيز تارة أخرى، كل ذلك قد يدفع بالطفل إلى سلوك العزلة الاجتماعية، وتتعدد الأشخاص والمواقف والظروف التي عليه أن يتجنبها، حيث يصبح الطفل في وضع سيئ من الانسحاب والعزلة.

٨- الخجل: وهو من أكثر الأسباب شيوعاً للانسحاب الاجتماعي، حيث يحول هذا العامل من دون التعبير عن وجهة النظر لدى الفرد الخجول، ويحول كذلك دون التفكير والحديث عن الحقوق بصوت عال كما يمنع الفرد من مقابلة أناس جدد وتكوين صداقات جديدة.

٩- وجود إعاقة عند الطفل تسبب له سلوك العزلة والانطواء على الذات، كالإعاقات الظاهرة العقلية والسمعية والبصرية... إلخ.

والإعاقات الخفية أيضاً، مثل: صعوبات التعلم والمشكلات اللغوية تؤدي بالطفل إلى الابتعاد عن مخالطة الآخرين وتجنب المواقف الاجتماعية (حمدي وداوود، ١٩٨٩؛ الصباح ١٩٩٣؛ المصري ١٩٩٤).

قياس الانسحاب الاجتماعي وتشخيصه:

هناك ثلاثة أساليب رئيسة لقياس الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال، وهي:

١- الملاحظة الطبيعية: وهي الأكثر استخداماً، وتتمتع هذه الطريقة بالصدق الظاهري حيث إنها تتضمن ملاحظة أنماط تفاعل الطفل في المواقف الطبيعية بشكل مباشر، كذلك فإن هذه الطريقة تمكن الباحثين من قياس سلوك الطفل بشكل متكرر ودراسة المثيرات القبلية والمثيرات البعدية المرتبطة بسلوك الطفل، وذلك له أهمية كبيرة في تحليل السلوك؛ وبالتالي وضع الخطط العلاجية المناسبة.

٢- المقاييس السوسيومترية: وتعرف هذه الطريقة باسم (ترشيح الأقران)، حيث تشتمل عادة على تقدير الأقران للسلوك الاجتماعي والمكانة الاجتماعية للطفل، وقد أصبحت هذه الطريقة من الطرق المستخدمة على نطاق واسع.

٣- تقدير المعلمين: تتضمن هذه الطريقة توظيف قوائم التقدير السلوكية والتي يقوم المعلمون باستخدامها لتقويم الانسحاب الاجتماعي للأطفال، وتشمل هذه القوائم جملة من الأنماط السلوكية الاجتماعية التي يطلب من المعلمين تقدير مدى إظهار الطفل لها **(Greenwook, et. al., 1997)** ومن قوائم تقدير السلوك الشهيرة التي تعالج في جزء منها سلوك

الانسحاب الاجتماعي، القائمة التي أعدها كل من روس، لاسي وبارتون (Ross, Lacey & Parton, 1965) وفيما يلي بعض فقرات هذه القائمة:

* ينزعج بسهولة من التغيرات في الأشياء من حوله.
* لا يدافع عن نفسه عندما يضايقه الأطفال الآخرون.
* ترتجف يداه عندما يطلب منه أن يعيد قول شيء سمعه.
* يقف جانباً في مكان اللعب.
* بطيء في تطوير علاقات الصداقة.
* يشعر بالحرج وحيداً.
* ليس لديه أصدقاء.

أساليب علاج الخجل والانسحاب الاجتماعي:

لكي نعالج طفلاً خجولاً يجب أن ندرك أنه حساس بشكل مفرط، وأنه بأمس الحاجة لأن تعيد إليه الثقة بالنفس، وذلك عن طريق مساعدته في تصحيح فكرته عن ذاته، وعلى قبول نقاط ضعفه، التي قد يعاني منها على أساس الواقع، وعلى أساس أن كلاً منّا له نقاط ضعف. ومن الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها في وضع خطة علاجية لمشكلة الخجل:

العلاج السلوكي Behavior Therapy والعلاج المعرفي Cognitive Therapy:

يتميز العلاج السلوكي والمعرفي بنزعته التجريبية التي تجعل من الممكن التحقق من المعلومات وضبط المثيرات، ويقصد بالسلوك في النظريات السلوكية بأنه «الاستجابات الظاهرية التي يمكن ملاحظتها كالأفكار

والانفعالات»، وفيما يلي وجهات النظر التي تمثل الاتجاهات الحديثة في العلاج السلوكي والعلاج المعرفي.

١- طريقة المثير والاستجابة الحديثة.

٢- التحليل السلوكي التطبيقي:

Applied Behavior Analysis

٣- نظرية التعلم الاجتماعي:

Social Fearing Theory

٤- العلاج السلوكي متعدد النماذج:

Multimodel Behavior Therapy

٥- طريقة العلاج المعرفي السلوكي:

Cognitive Behavior Therapy

٦- التدريب التدعيمي

Assertiveness Training

٧- ضبط الذات والسلوك الموجه ذاتياً

Self- Directed behavior & Self Management Program

أولاً: طريقة المثير والاستجابة الحديثة:

تستخدم نظرية المثير والاستجابة عند كل من بافلوف (Pavlov)، وجاثرى (Guthrie) وهل (Hull) ومورر وميلر (Mowrer and Miller)، وتستمد طريقة المثير والاستجابة الحديثة إسهاماتها عند كل من ولبي (Wolpe) في إزالة الحساسية التدريجي **(Wolpe, 1969)**، تعديل السلوك المعرفي **(Meichenbaum, 1977)** التدريب على التغذية الراجعة (Srayve)، وإيزنك (Eysenck). وتقوم هذه الطريقة على الإشراط الكلاسيكي وهو عبارة عن قدرة مثير محايد أصلاً على استدراج الاستجابة من العضوية نتيجة

تكرار اقتران هذا المثير مع المثير الأصلي والذي له قدرة كبيرة على استدعاء الاستجابة المطلوبة.

ويضيف الشناوي وعبد الرحمن (١٩٩٨) أن أكثر الاستجابات يمكن تفسيرها بناء على نظرية الإشراط الكلاسيكي (التقليدي) وخاصة فيما يتعلق بتعلم الانفعالات كالمواقف التي تولد القلق أو الخجل هو أحد هذه المواقف المرتبطة بالانفعالات التي يمكن تعلمها من خلال الإشراط الكلاسيكي. (**الخولي، ١٩٩٩**).

وللإشراط التقليدي أسلوبان للتعامل مع السلوكيات غير المرغوب بها وهما:

أ- الانطفاء (Extinction): ويتمثل بسحب المعزز من الاستجابة المعززة سابقاً؛ وبالتالي قد يؤدي هذا إلى تناقصه ثم إطفائه. وينجح هذا على السلوكيات المتعلمة من ملاحظة النموذج ويطبق أيضاً لاستجابات الإشراط الكلاسكي.

ب- الإشراط المضاد (Counter Conditioning): أول من تحدث عن الإشراط المضاد هي ماري جونز (Mary Jones) وجاثري (Guthrie) من خلال استخدام مبادئ التعلم لإبدال نوع استجابة باستجابة أخرى عن طريق استخدام أسلوب الإشراط الكلاسيكي، وللإشراط المضاد ثلاث خطوات، هي:

١- تحديد المواقف التي تستجر الاستجابات غير المرغوب بها.

٢- استخدام مبادئ التعلم وأساليب لتوليد استجابة مضادة للاستجابة غير المرغوبة، وتكون أقوى منها، مثل استخدام الاسترخاء العضلي كاستجابة مضادة للقلق، واستخدام التدريب على توكيد الذات أو

على المهارات الاجتماعية كاستجابة مضادة للخجل (**الشناوي وعبد الرحمن، ١٩٩٨**) **(Henderson, 1999)**.

ثانياً: التحليل السلوكي التطبيقي/ الاشراط الإجرائي:

وتعتمد على النظرية السلوكية عند سكنر (Skinner) ويرى أصحاب نظرية الإشراط الإجرائي (Operant Conditioning) أن السلوك يحدث تحت سيطرة التعزيز أي أن نتائج السلوك هي التي تحدد تكرار السلوك والقيام به (ويتبع هنا قانون الأثر) وبذلك فإن احتمالية حدوث السلوك السوي واللاسوي في المستقبل محكوم بنتائجه (**الشناوي، ١٩٩٤**). فإذا كانت نتائج السلوك الاجتماعي جيدة ومعززة للشخص، فإن احتمالات تكرار هذه السلوكيات تزداد؛ فإذا ما قام أحد الأطفال بالتحدث أمام مجموعة من الضيوف في البيت، وأثنى عليه الأهل واحترموا رأيه، فإن هذا السلوك يعزز ويزيد من احتمال قيامه بمثل هذه المبادرات والتفاعلات الاجتماعية، أما إذا وجد النقد و(البهدلة) من أحد أفراد الأسرة فنقل احتمالية مثل هذه المبادرات والتفاعلات الاجتماعية لدى الطفل، وبالتالي ينسحب من مثل هذه المواقف، فنواتج السلوك هي التي تحدد احتمالية حدوثه في المستقبل.

ومن أهم أنواع الإشراط الإجرائي:

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

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

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

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

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي/ أو التعلم بالملاحظة:

Observational Learning:

لقد دُرس موضوع التعلّم بالملاحظة تحت عناوين مختلفة (النمذجة، التقليد، تحقيق الذات، لعب الدور). وقد طور هذا الأسلوب باندورا وروتر (Bandura & Rotter) حيث حاولوا دمج مبادئ علم النفس المعرفي مع نظريات التعلم التقليدية في نظام أطلقوا عليه اسم نظرية التعلم الاجتماعي أو بالملاحظة، حيث وجدوا أنه بالإضافة إلى تعلم الإنسان من خلال العمل وهو مبدأ الإشراط الإجرائي والكلاسيكي فإن الإنسان يمكن أن يتعلم من خلال الملاحظة (Observation). ويرى باندورا أن السلوك يحدث نتيجة تفاعل مستمر بين العوامل الشخصية الداخلية والبيئة، وبالتالي فإن عمليات الترميز والاعتبار والتنظيم الذاتي لها دور مهم، فهذه النظرية تهتم ببعض العمليات المعرفية، ويرى (باندورا – Bandura) أن التعلم بالملاحظة يحدث من خلال أربعة عناصر أو مراحل رئيسة، هي:

الانتباه (Attention) من خلال مراقبة شخص ما إلى سلوك شخص آخر (نموذج) بدون أن يقوم الشخص الأول المراقب للسلوك بأداء أي استجابة من سلوكيات النمذجة التي راقبها؛ وبالتالي تعلم السلوك عن طريق ملاحظة سلوكيات النموذج من خلال عملية ترميز وحفظ أحداث النمذجة (Retention)، أما إعادة أداء هذا السلوك المنمذج (Regeneration) فيعتمد على سلسلة من العوالم تشمل نتائج

الاستجابة للنموذج وللمراقب، وكذلك يعتمد على دافعية (Motivation) المراقب والنموذج وخصائصهم وعلى عدد النماذج المراقبة **(Clarizio & Maccoy, 1993)**.

وبناء على هذه النظرية، فإن الخجل يتم تعلمه من خلال الملاحظة وتقليد الآخرين الذين يلاحظهم والذين يظهرون سلوكيات خجولة في المواقف الاجتماعية المختلفة وخاصة الوالدين. (**الخولي، ١٩٩٩؛ الشناوي، ١٩٩٤**).

ونلاحظ مما سبق أنه يتم عرض نموذج أمام المراقب، وهذا النموذج له علاقة بالسلوك المستهدف. وقد يكون هذا النموذج:

أ- *نموذج حقيقي:* أي وجود شخص يمثل السلوك.

ب- *نموذج رمزي:* مثل فلم.

وتستخدم النمذجة في تعلم سلوكيات اجتماعية جديدة، وكذلك تشجع على الانطفاء المباشر لسلوك غير مرغوب **(Clarizio & Maccoy, 1993)**.

وقد أكد (Hastas, 1995) أهمية التدخل المبكر لعلاج اضطرابات الخجل والانسحاب الاجتماعي والاكتئاب وعلى ضرورة التركيز في أثناء التدخل على تطوير اللغة المتكاملة للأطفال وتطوير المهارات الاجتماعية وعلى النمو الانفعالي الإيجابي.

رابعاً: العلاج السلوكي متعدد النماذج (Multimodal Therapy):

تُعَدُّ هذه الطريقة في العلاج طريقة شاملة ومنظمة لتعديل السلوك، وقد قام لازاروس (Lazarus) على تطويرها، ويعد نظاماً مفتوحاً يشجع على الانتقاء التقني، فالمعالجين متعددي الأوجه يكيفون أساليبهم مع خلفيات وحاجات المضطربين الذين يعالجونهم؛ فالهدف من هذه النظرية هو اللحاق بأفضل الطرق لكل مضطرب، أكثر من المحاولة لضغط المضطرب في قالب

عام: Limitation and Criticisms ofBehavior Therapy **(Geroy, 1996)**. ويتمثل جوهر طريقة العلاج متعدد الأوجه في أن شخصية الفرد المعقدة تحلل إلى سبعة مجالات أساسية تمثل المجال الذي قد يظهر فيه الاضطرابات التي قد يتعرض لها الفرد، ويتفاعل بعضها ببعض مع أنها غير مترابطة، تجمعها حروف كلمتي (BASIC-ID) والتي تمثل الخريطة المعرفية التي تضمن كل وجه من أوجه الشخصية الملفت للانتباه (Behavior) وردود الأفعال التي تقاس من خلال طرح الأسئلة مثل: «ما السلوكات المحددة التي تمنعك من الحصول على ما تريد؟»

«ما مدى تفاعلك؟»، «ما الذي تحب القيام به؟».

٢- الحرف (A) يرمز إلى الاستجابات الانفعالية (Affect) سواء الحالة المزاجية أو المشاعر القوية لدى الشخص. ومن الأسئلة التي يمكن أن يطرحها المعالج هنا:

«ما الذي يجعلك حزيناً، خائفاً..؟»

«ما الانفعالات التي تعدها مشكلة بالنسبة لك؟»

«ما المشاعر التي تختبرها عادةً؟»

٣- الحرف (S) يرمز إلى (Sensation) ويشير هنا إلى الحواس الخمس. ومن الأسئلة التي يمكن طرحها هنا:

«هل تعاني من الإحساس غير السار مثل الآلام، الدوار... وغيرها؟»

«كم تركز على الأحاسيس؟»

«ماذا تحب أو تكره في طريقة النظر، السمع، ....؟»

٤- الحرف (I) يرمز إلى التخيل (Imagery) وتضم الأحلام والذكريات، ويشير إلى الطرق التي يصور بها الفرد نفسه. ومن الأسئلة التي قد تشير إلى هذا البعد:

«ما الذكريات التي تشكل لديك مصدر إزعاج؟»

«كيف تنظر إلى جسمك؟»

«ما الأحلام المزعجة المكررة عندك؟»

٥- ويرمز (C) إلى الإدراك (المعرفة) (Cognition) ويشير إلى الأفكار والمعتقدات الفلسفية الشخصية والأحكام التي تشكل قيم الفرد الأولية ومن الأسئلة عليها:

«ما القيم والمعتقدات التي تحب أن تعززها لديك؟»

«ما معتقداتك اللاعقلانية؟ وكيف تؤثر في فاعلية حياتك»

«كيف تصنّف نفسك كمفكر؟»

٦- أم الحرف (I) في الكلمة الثانية، فيرمز إلى العلاقات الشخصية (Interpersonal Relationships) والتي تضم التفاعلات مع الأشخاص الآخرين. ومن الأمثلة عليه:

«كيف تصنّف نفسك كإنسان اجتماعي؟»

«هل هناك أي علاقات مع الآخرين تأمل بتغييرها؟» إذا نعم، فأي نوع من التغييرات تريد؟»

٧- ويشير الرمز الأخير (D) إلى الأدوية/ المخدرات Drugs/biology وتهتم أيضاً بالعادات الغذائية للفرد والتمارين الرياضية. ومن الأسئلة التي يمكن أن تطرح هنا:

«هل تأخذ أي علاج موصوف؟»

«مـا عاداتـك المتعلقـة بـ: التمـارين الرياضـية..؟» (**الخـولي، ١٩٩٩**)، **(Corey, 1999)**.

ويؤكـد الشـناوي (١٩٩٤) أن الاضـطرابات وفقـاً لهـذه النظريـة هـي نتيجة لمشكلات متعددة التكوين؛ مما يسمح للمعالجين فهم الفرد على أتم وجه.

وتبرز الحاجة إلى مواجهة هذه الاضطرابات باللجوء إلى استراتيجيات علاجية متعددة الوسائل، مثل تدريب ضبط القلق، تكرار السلوك، تغذية راجعـة حيـة، تـدريبات، الاتصـال والتفاعـل، عقـد الاتفاقيـات، التنـويم المغناطيسي، التأمل والتفكير، النمذجة، التخيل الإيجابي، التعزيز الإيجابي، التدريب على الاسترخاء، التدريب على التعليقات الذاتية، التدريب على التركيـز علـى الشـعور، المهـارات الاجتماعيـة، التـدريب التوكيـدي، إدارة الوقت، إيقاف التفكير **(Lazarus, 1989 in: coreys 1996)**.

وينشأ الاضطراب عند الأفراد وفق هذه النظرية نتيجة:

١- لظروف التعلم المحيطة بموقف التعلم، والترابطات الشرطية.

٢- التعرض للنماذج التي يقلدها الفرد بقصد أو بدون قصد.

٣- اكتساب الفرد لمعلومات وقيم متناقضة أو معلومات خاطئة.

٤- وجود تعلم ناقص وغير ملائم، وهنا قد يتكون لدى الفرد فجوات في الذاكرة نتيجة لنقص بالمعلومات الضرورية.

ومـن المسـببات السـابقة للاضـطراب يمكـن أن نسـتنتج أن الخجـل والانسحاب الاجتماعي قد يحدث نتيجة أسباب متعددة مثل الإشراط أو التعرض لنمـاذج خجولـة في حياتـه، واكتسـاب معلومـات غـير ملائمـة أو

خاطئة، ولذلك فإن الأساليب العلاجية من وجهة نظر هذه النظرية تكون متعددة الوسائل.

وظيفة المُعالج:

ويباشر المعالج وظيفته التطبيقية في علاج الخجل والانسحاب الاجتماعي من خلال تزويد المضطربين بالمعلومات والتعليمات والتغذية الراجعة، ويعملون على وقف المعتقدات اللاعقلانية لدى المضطربين، ويزودون بالتعزيز الإيجابي. ومن الضروري أن يبدأ المعالجون من موقع المضطرب الحالي (Where the client is) وبعدها يسعى المعالجون إلى الكشف عن جوانب أخرى في الاضطراب الموجود لدى الأفراد. إن الفشل في فهم موقف الخجل والانسحاب الاجتماعي يقود بسهولة إلى شعور هذا الفرد أنه منفِّر وغير مفهوم **(Lazarus, 1989 in: coreys 1996)**.

لذا، فإن (لازاروس) يؤكد على ضرورة تمتع المعالج المتعدد الأوجه بعدة صفات، أهمها: أن يكونوا فاعلين ومؤثرين كأشخاص، يتمتعون بمدى واسع من المهارات والأساليب للتعامل مع المشاكل المقدمة من المضطربين، يجب أن يكون لديهم «انتقاء تقني» حتى يتمكنوا من تحديد أي الأساليب أكثر فاعلية تبعاً للمضطرب ونوع الاضطراب؛ وبالتالي استخدامها **(Geroy, 1993, Roberts, 1980)**.

وقد أشار لازاروس (Lazarus, 1989) إلى أن كل المعالجين متعددي الأوجه انتقائيون؛ وليس كل الانتقائيين معالجين متعددي الأوجه.

خامساً: العلاج السلوكي المعرفي:

أ- تعديل السلوك المعرفي:

واضع هذا العلاج ميكينبوم (Meichenboum) وتبعاً لميكينبوم (١٩٧٧) فإن الحديث والمعتقدات الذاتية تؤثر في سلوك الأفراد؛ وبالتالي ظهور الاضطرابات لديهم.

ويركز تعديل السلوك المعرفي على تعديل التعليمات والأفكار التي يوجهونها لأنفسهم باستخدام الإشراط الإجرائي. ولاحظ ميكينبوم أن بعض المرضى الفصاميين يرددون العبارات نفسها في أثناء المقابلات، وبذلك ابتعد هذا الأسلوب عن الإشراط الإجرائي التقليدي بإدخاله عنصراً معرفياً (Cognitive) في العلاج **(Geroy, 1996)**.

وقد اتجه (ميكينبوم) إلى تعديل سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك، مثل: الاندفاعية، الخوف في الامتحانات، الخوف من الحديث أمام الآخرين، السلوك العدواني، من خلال التركيز على إكسابهم مهارات استخدام التعليمات الذاتية (Self-instructions) وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع استخدام أسلوب الإشراط الإجرائي إلى إعطاء نتائج أفضل **(Petterson, 1980)** (**الخولي، ١٩٩٩**).

كيف يتغير السلوك حسب هذا النموذج من المعالجة:

يرى ميكينبوم أن السلوك يتغير نتيجة سلسلة من العمليات التأملية التي تتضمن تفاعل الحديث الذاتي والبنى المعرفية والسلوكيات والنتائج الناتجة عنها. ويصف ميكينبوم حدوث هذه العملية ضمن ثلاث مراحل للتغير تتضمن:

المرحلة الأولى: مراقبة الذات، وذلك من خلال:

تدريبهم على البدء بحوار داخلي جديد من خلال العلاج، ويعد الحديث الداخلي الإيجابي الجديد بمثابة دليل لسلوكيات جديدة، كما يؤثر في البناء المعرفي **(Geroy, 1996)**.

المرحلة الثانية: تعليم المضطربين مهارات تكيف فاعلة:

وخلال هذه المرحلة يكتسب المضطربون استراتيجيات فاعلة للتعامل مع مواقف واقعية مثيرة للتوتر من خلال تعليمهم كيف يعدلون من بنائهم المعرفي، أي يقوم المعالج باتباع إجراء علاجي يتكون من خمس خطوات لتعليم مهارات التكيف الفاعلة من خلال:

١- تعريض المضطرب لموقف يثير القلق والتوتر عن طريق التخيل ولعب الدور.

٢- يطلب من المضطرب تقويم مستوى قلقه.

٣- جعل المضطرب أكثر إدراكاً للمعتقدات والإدراكات المثيرة للقلق لديه عند مواجهته لموقف ما.

٤- مساعدة المضطرب على تقويم أفكاره عن طريق إعادة تقويم تعبيره عن ذاته.

٥- جعل المضطرب يلاحظ مستوى القلق بعد عملية إعادة التقويم.

وقد أثبت هذا النوع من العلاج كفاية في علاج بعض الاضطرابات لدى الأفراد، ومن ضمنها عدم الكفاية الاجتماعية، والمخاوف المرضية، والخجل والانسحاب الاجتماعي **(Cormier; Geray, 1996) & (Cormier, 1991)**.

ومن أهم التطبيقات على برامج مهارات التكيف الفاعلة التي طورها ميكينبوم. (**استراتيجية تدريب التحصين ضد التوتر**)

والتي تعتمد على افتراض أنه باستطاعتنا السيطرة والتأثير على قدرتنا على التكيف مع التوتر عن طريق تعديل معتقداتنا الداخلية حول أدائنا في المواقف المثيرة للتوتر.

وتتكون هذه الاستراتيجية من مجموعة من الاستراتيجيات تتضمن:

تقديم المعلومات، والمناقشة، وإعادة البناء المعرفي في حل المشكلات وتدريب الاسترخاء، والإعادة، ومراقبة الذات، وتعزيز الذات، وتعديل المواقف البيئية.

وقد صمم ميكينبوم نموذجاً يتكون من ثلاث مراحل للتحصين ضد التوتر:

١- المرحلة المفاهيمية: هنا يتم مساعدة المضطرب على فهم طبيعة التوتر وإعادة التعبير عنه بشكل اجتماعي. وذلك من خلال تعاون المعالج والمضطرب على فهم طبيعة المشكلة، ويتم تزويد المضطرب بتعبيرات خاصة مساعدة في فهم الطريقة التي يستجيب فيها للمواقف المثيرة للقلق لديه، وبالتالي الخجل أو الانسحاب الاجتماعي، وكذلك يتم تعليم المضطرب بالدور الذي تؤديه الانفعالات في ظهور التوتر والحفاظ عليه من خلال توجيهات ذاتية.

وعندما يدرك المضطرب أهمية العلاج يتم توعيته لدوره في خلق التوتر الذي يشعر به، ويتم إكسابه هذا الوعي من خلال تدريبه على مراقبة تعبيراته الداخلية وسلوكياته الناتجة عن هذه التعبيرات. **(Geroy, 1996)**.

٢- مرحلة اكتساب المهارات وتكرارها: ويتم هنا تدريب المضطرب على مجموعة من أساليب التكيف المعرفي ليطبقها على المواقف المثيرة للتوتر والقلق بهدف تقليل التوتر، وذلك عن طريق القيام بعمل ما،

وتـدريب طـرق الاسـترخاء العضـلي، والتـدريب علـى عبـارات التكيـف، ومنها:

«كيف أستطيع مواجهة ما يسبب لي التوتر والتعامل معه»؟

«كيف أستطيع تعزيز التعبيرات الذاتية»؟

في برنامج معالجة التوتر يتم استخدام عدة استراتيجيات، أهمها:

تـدريب الاسـترخاء، وتـدريب المهـارات الاجتماعيـة، وتـدريب التعلـيم الـذاتي، ومسـاعدة المضـطرب علـى إجـراء تغييرات في أسـلوب الحيـاة مثـل: إعـادة الأولويـات وتقويمهـا، وتدريبـه علـى طـرق أخـرى تـؤدي للاسـترخاء الكامل كالتأمل، واليوغا، والشد والاسترخاء.

٣- مرحلـة التطبيـق والمتابعـة ويتركـز هنـا علـى إحـداث التغيـير والاحتفاظ به وتعميمه على الحياة الواقعية، وهنا يقوم المضطرب بممارسة التعبـيرات الذاتيـة وتطبيـق مهـارات جديـدة في حياتـه مـن خـلال تطبيـق الواجبات البيئية المكلف بها.

ويُعَدُّ تعديل السلوك المعرفي لميكينبوم (CBM) بـديلاً رئيسـاً للعـلاج العقلـي العـاطفي الـذي أسـهم بشـكل رئـيس أيضـاً في تفسـير اضـطرابات السـلوك والانفعـال ومـن ضـمنها الخجـل والانسـحاب الاجتمـاعي حيـث يلخـص إلـيس (Ellis) واضـع نظريـة العـلاج العقلـي العـاطفي نظريـة للاضـطرابات الانفعاليـة بنمـوذج (ABC) ويـرى هنـا أن الاضـطرابات الانفعالية لا تنشأ عن الخبرات والحوادث التي يتعرض لها الفرد (A)؛ وإنما تنـتج عـن نظـام المعتقـدات والأفكـار (B) الـتي يتبناهـا الأفـراد حـول هـذه الأحـداث، وتمثـل (C) النـواتج الانفعاليـة مثـل القلـق الاجتمـاعي والخجـل والانسحاب الاجتماعي. وتأخذ هذه الأفكار والمعتقدات شكل المطالب

الحتمية والأوامر المطلقة والأفكار اللاعقلانية، ووضع (إليس) إحدى عشرة فكرة لاعقلانية يتبنى بعضها الأفراد الذين يعانون من سوء التكيف وتختلف درجة سوء التكيف باختلاف عمق الأفكار اللاعقلانية وجذورها لدى الأفراد (**الشناوي، ١٩٩٤؛ الخولي ١٩٩٩**)، **(Geroy, 1996)**.

ومن الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الأفراد الذين يعانون من مشكلة الخجل أو الانسحاب الاجتماعي: «يجب أن أكون على درجة عالية من الكفاية والمنافسة، وأن أنجز بشكل كامل لأكون ذا قيمة وأهمية»، وهنا فإن خوف الفرد من الرفض الاجتماعي واهتمامه الكبير في رأي الآخرين في قدراته الاجتماعية يجعله يعزو قيمة الذات لديه بمدى قبول الآخرين له. وفشله في موقف اجتماعي يجعله يعممه لمواقف أخرى، وهذا يثبت أنه ليس ذا قيمة، وبشعور الخجل بوجود نقص في مهاراته الاجتماعية، واعتقاده بعدم كفايته أو قدراته على الإنجاز يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية **(Jones et. al, 1986)**.

ويركز العلاج المعرفي عند بيك (Beck) على الافتراض أن المعرفة في الجانب الرئيس المؤثر في مشاعرنا وسلوكنا وبالتالي اضطرابات الانفعال تحدث نتيجة ردود الأفعال الفردية التي تؤدي إلى تشوش الموقف أو مسار التفكير، وتستمر هذه الأفكار المشوشة لأنها تبدو معقولة لدى المضطرب، ولا تكون معقولة لدى الآخرين **(Geroy, 1996)** (**الشناوي، ١٩٩٤**).

ويرى (بيك) أن العلاج المعرفي يعالج جميع الآلام النفسية عن طريق حصرها للمفاهيم الخاطئة والإشارات الذاتية، وبالنسبة لتغيير الاضطراب الوظيفي للانفعالات والسلوكات فأفضل أسلوب لذلك هو (تعديل الاضطراب الوظيفي في التفكير).

وكما يرى بيك، فإن الأفكار المشوهة والمسببة للقلق لدى الفرد تتركز على توقع الخطر والأذى وعلى الحكم بشكل سيئ على الموقف من دون وجود براهين كافية (الاشتقاق الاعتباطي)، وتقديره الزائد لاحتمالية الإيذاء وما يمكن أن يحدث والتقدير المنخفض حول قدرته على التكيّف وتفخيم التعميم من خلال الربط بين الأحداث غير المتشابهة إذا وجد فرد صعوبة في التعامل مع أحد أقرانه، فإنه سيعمم ذلك بأنه لا يستطيع التعامل مع أي قرين، وقد يطلق تعميم أنه غير فاعل في التعامل مع الآخرين؛ فالخجول والمنسحب اجتماعياً قد يتوقع الرفض أو الفشل وعدم الاستحسان من قبل الشخص الآخر، وبالتالي الارتباك والحرج والانسحاب من قبل هذه المواقف **(Geroy, 1996)**، (**الخولي، ١٩٩٩**).

سادساً: التدريب التدعيمي Assertiveness Training:

يُعَدُّ التدريب التدعيمي النهج السلوكي الأكثر شعبية، وهو نمط من التدريب على المهارات الاجتماعية، وتعد من وجهات النظر التي تفسر القلق الاجتماعي والخجل والانسحاب الاجتماعي، وترى أن هذه الاضطرابات تنشأ نتيجة نقص المهارات الاجتماعية المطلوبة؛ وبالتالي نقص القدرة على التعبير الإيجابي عن الذات؛ ففي كل مراحل النمو لدى الإنسان يجب أن تولى المهارات الاجتماعية أهمية كبيرة، فالأطفال بحاجة إلى تعلم كيفية تكوين صداقات واختيار الأصدقاء، وكيفية التفاعل بفاعلية مع الآخرين، والرؤساء في العمل، وبالمقابل الأفراد الذين تنقصهم المهارات الاجتماعية يجدون صعوبات متكررة في البيت وفي المدرسة وفي العمل وفي أوقات فراغهم. وقد صممت الطرق السلوكية لتعليم الأفراد طرق التفاعل بإيجابية مع الآخرين وبطريقة مؤكدة للذات، ويقوم التدريب

التوكيدي على افتراض أساسي مفاده: أنه من حق الأشخاص التعبير عن مشاعرهم، وأفكارهم، ومعتقداتهم، ومواقفهم، ويهدف التدريب التوكيدي إلى زيادة حرية الأفراد السلوكية؛ وبالتالي يستطيعون اختيار كيفية التصرف بطريقة يعبرون عن مشاعرهم بطريقة إيجابية وفاعلة تعكس تأكيدهم وإدراكهم لمشاعر الآخرين وحقوقهم، وتفسّر وجهة النظر المعتمدة على التدريب التوكيدي اضطرابات السلوك كالخجل والانسحاب الاجتماعي على أنه ناتج عن نقص في قدرة الفرد على التعبير عن أنفسهم أمام الآخرين بسبب نقص المهارات الاجتماعية اللازمة، وبالتالي تركز معظم برامج التدريب التوكيدي للخجولين والمنسحبين اجتماعياً على معتقداتهم الذاتية المحيطة، والتفكير الخاطئ، وتعمل هذه البرامج على إعطاء الأفراد الخجولين أو المنسحبين اجتماعياً مهارات وأساليب للتعامل مع المصاعب في المواقف المختلفة وتركز هذه البرامج أيضاً على معتقدات الأفراد التي تلازم ضعف التأكيد عندهم وتدريبهم على بناء تعبير ذاتي إيجابي تمهيداً لبناء نظام معتقدات إيجابي والتي تكون نتيجتها سلوكاً مؤكداً.

وكثيراً ما يعتمد هذا الأسلوب في تدريب الشخص الخجول والشخص المنسحب اجتماعياً؛ فضلاً عن الاعتماد على أسلوب الإشراط المضاد (Counter Conditioning) الذي يوضح أن الخجل والانسحاب الاجتماعي ينشأ عن القلق. وقد تطورت استراتيجية تأكيد الذات كاستجابة مضادة للقلق الشرطي، فقد جاء ولبي (Wolpe) بمفهوم الكف المتبادل (Reciprocal Inhibition) حيث يمكن التقليل من الخجل أو الانسحاب الاجتماعي من خلال تحييد أو كف هذا القلق بطريقة ما. (Jones et. Al, 1986).

وقد استطاع سالتر (Salter) أن يستخدم هذه النظرية بنجاح في منهج أسماه العلاج بطريقة الفعل المنعكس الشرطي. وبناءً على ذلك يمكن التمييز بين نمطين من الشخصية الإنسانية:

١- *الشخصية المقيدة المكفوفة:* وهي شخصية منسحبة وحبيسة لانفعالاتها وعاداتها.

٢- *الشخصية المستثارة:* وهي شخصية تتميز بالإيجابية والتلقائية وخالية من القلق.

والهدف من العلاج النفسي المعتمد على هذه النظرية يتمثل في اتباع أساليب تعتمد على تغيير الكف إلى الاستثارة، ومن الأساليب التي استخدمها (سالتر): التنويم المنغاطيسي، وأساليب توكيد الذات.

من جهة أخرى، فإن مبادئ الإشراط الكلاسيكي والإجرائي والتعلم بالملاحظة تؤدي دوراً مهماً في تعلم المهارات الاجتماعية ومهارات توكيد الذات. وبناء على ما سبق يمكن تعريف التدريب على المهارات الاجتماعية: «بأنه أسلوب علاجي يهدف إلى مساعدة الأفراد على تطوير وتقوية وإنتاج سلوكات اجتماعية في مواقف خاصة، وذلك لمساعدتهم على تحقيق الأهداف الشخصية والاجتماعية قصيرة وبعيدة المدى بفعالية أكبر» **(Clarizio & Maccay, 1993)** (**الخولي، ١٩٩٩**).

سابعاً: برامج ضبط الذات والسلوك الموجه ذاتياً:

Self-Directed Behavior & Self-Management Programs:

وقد ظهرت هذه الاستراتيجية نتيجة تحديد الطرق المعرفية من الطرق السلوكية بهدف مساعدة المضطربين على إدارة مشاكلهم بأنفسهم **(Geroy, 1996)**.

وتتضمن استراتيجيات ضبط الذات:

مراقبة الذات، مكافأة الذات، الاتفاقية الذاتية.

وقد استخدمت هذه الاستراتيجيات مع عدد من المشاكل مثل القلق، الكآبة، والألم. وفي مقالة لـ (Sigrun) عام ١٩٩٥ وضع خلالها أهمية تطوير استراتيجيات التفاوض الشخصي لدى الأفراد في حل الصراعات الداخلية والخارجية لديهم، وقد أوضح أن القدرة الاجتماعية للأطفال تكون أكثر احتمالية عند الأطفال المنسحبين اجتماعياً عندما يظهرون كفاية أكبر في استخدام استراتيجية التفاوض الشخصي. وعُدَّ الأطفال الأكثر قدرة على ضبط الذات أكثر كفاية في استخدام استراتيجية التفاوض الشخصية مقارنة بالأطفال الذين مواقع الضبط لديهم خارجية. وقد عرض (Tharp & Watson) تصميماً لنموذج التغيير الموجه ذاتياً.

ويتضمن أربع مراحل:

١- *اختيار الأهداف:* حيث يجب أن تكون هذه الأهداف مختارة من قبل الفرد نفسه قابلة للقياس، والتحقيق، إيجابية، ومهمة للفرد.

٢- *ترجمة الأهداف إلى سلوكيات* هادفة يريد الفرد زيادتها أو إنقاصها.

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

٤- *تنفيذ خطة التغيير:* تبدأ هذه المحصلة بالمقارنة بين المعلومات التي حصلنا عليها من المراقبة الذاتية ومعايير الفرد للسلوكيات المحددة. بعد تقويم المضطربين للتغيرات السلوكية التي يريدون إحرازها، فإنهم بحاجة

إلى تطوير برنامج فاعل لإحداث تغيير حقيقي يتطلب نظام التقدير الذاتي والتفاوض لعمل اتفاقية، وتتضمن هذه الخطة كما أشار لها Wetson & Tharp (١٩٨٩) الآتي:

١- قواعد تحديد السلوكات المراد تغييرها والأساليب التي سيتم اتباعها.

٢- أهداف عامة وفرعية محددة.

٣- تغذية راجعة والناتجة عن المراقبة الذاتية.

٤- مقارنة التغذية الراجعة مع أهداف الفرد والأهداف الفرعية لقياس التقدم.

٥- تعمل الخطة لتلائم ظروف التغيير.

وتتمثل أهمية كل برنامج يصمم لضبط الذات في تعلم الفرد المسؤولية تجاه نشاطاته الخاصة.

استراتيجيات مقترحة يمكن للمعلم استخدامها للتعامل مع الأطفال الخجولين أو المنسحبين اجتماعياً:

بيّن (Brophy, 1996) أن من أهم استراتيجيات التعامل مع الطلبة الخجولين أو المنسحبين اجتماعياً تتمثل بالآتي:

(١) مشاركة الأقران Peer Involvement: اقترح العديد من الباحثين علاجاً للخجل والانسحاب الاجتماعي من خلال مشاركة الأقران، تتمثل معظم هذه الجهود في برامج القرين المعلم (cross-age tutoring)، وذلك من خلال خلق فرص للعب مع زوج من الأطفال الأصغر سناً، وأقران متطوعين كحلفاء لتخليص الأطفال من الخجل أو الانسحاب الاجتماعي، ومشاركتهم في مجموعات صغيرة، والتعاون في أنشطة غرفة الصف.

(٢) تـــدخلات المعلـــم Teacher Intervention: يمكـــن أن تســـاعد التـــدخلات التاليـــة للمعلـــم في التقليـــل مـــن اســـتجابة الطلبـــة للانسحاب الاجتماعي والخجل لدى الطلبة:

أ- قـم بتغيير البيئـة الاجتماعيـة (مثـل أجلسـهم ضـمن زمـلاء ودوديـن أو إشراكهم كأزواج أو في مجموعات صغيرة).

ب- استخدام قوائم التقدير لتحديد اهتماماتهم، وحينئذ اتبعها باستخدام هذه الاهتمامات كأساس للمحادثة أو لأنشطة تعليمية.

ج- انشر أعمالهم الفنية أو مهماتهم الجيدة للآخرين.

د- عيـنهم كشـركاء لرفقـائهم الأكثـر شـهرة في الصـف الشـعبيين أو المشهورين وأشغلهم في اتصالات متكررة مع أقرانهم.

هـ- تـابع وباسـتمرار الطالـب الخجـول والمنسـحب اجتماعيـاً إذا نـزع إلى أحلام اليقظة.

و- سـاعد الأطفـال الخجـولين علـى وضـع أهـداف النمـو الاجتمـاعي، وساعدهم من خلال تزويدهم بالتدريب على المهارات الاجتماعية.

ز- زوِّدهـم بالمعلومـات التـي يحتاجونهـا لتطـوير البصـيرة الاجتماعيـة، مقترحـاً علـيهم الأسـاليب اللازمـة حـتى يبـدؤوا بالاحتكـاك مـع الأقـران أو الاستجابة بشكل أكثر فاعلية لمبادرات الأقران.

ح- زوِّدهم بدور محدد يعطيهم شيئاً يمكن أن يؤدوه، ودعهم للتفاعل مع الآخرين في الأوضاع المختلفة في المجتمع.

ط- علِّمهم أن يكونوا من ذوي الباب المفتوح اجتماعياً؛ وذلك بالترحيب بالآخرين والتحدث معهم هاتفياً أو شخصياً؛ مؤكداً على الاستجابة المؤكدة («هل يمكن أن ألعب أيضاً؟»).

ي- خصِّص وقتاً وبشكل يومي للتحدث مع هؤلاء الطلبة، اصغِ لهم بحذر، واستجب بشكل محدد لما يقولونه.

ك- شجِّع الاستجابات المؤكدة للذات أو شكلها.

ل- استخدم مهمات الكتب العلاجية (مثل كتاب «البنت الصغيرة الخجولة» Krasilov sky (LPP) ويتحدث عن بنت صغيرة حزينة أصبحت أكثر انطلاقاً.

(٣) تدخلات الآخرين Other Intervention: اقترح (Bogacki & Blanco) عام ١٩٨٨- من المدرسة النفسية- العديد من الاستراتيجيات، أهمها:

أ- تشجيع انضمام الأطفال لمجموعات تطوعية وأنشطة استجمام خارج المدرسة.

ب- المشاركة باستمرار في مجموعة صغيرة.

ج- التفاعل بشكل متعاون مع الأقران.

د- تحديد أقرانهم المفضلين وإجلاسهم بجانبهم.

هـ- تشجيعهم بدون إجبار الاتصال مع الآخرين.

و- دعمهم في الأدوار والمهمات التي تتطلب اتصالاً اجتماعياً، وبالنسبة للطلبة الذين يظهرون علامات انسحاب اجتماعي مثل: أحلام اليقظة المفرطة، فإن الباحثين يقترحون تنبيه هؤلاء الطلبة بشكل متكرر والوقوف بجانبهم للتأكد من انتباههم.

ز- التأكد من بدء قيامهم بالمهمات الموكولة إليهم بنجاح في بداية وقت العمل أكثر من توبيخهم على أحلام اليقظة.

ح- تأكيد الحاجة للانتباه والمشاركة.

ط- مساندة الشركاء للعمل معهم واستمرار مشاركتهم.

ي- يحتاج الأطفال الخجولون والمنسحبون اجتماعياً إلى تعليم مباشر على المهارات الاجتماعية.

ك- تنمية ثقة هؤلاء الطلبة بأنفسهم، وتزويدهم بفرص لتطوير الثقة وإراحتهم في غرفة الصف، من خلال تحسين مهارات الاتصال غير اللفظي، وتعديل تصميم البيئة الصفية بشكل يساعد على عدم استغراقهم بأحلام اليقظة.

السرقة

مقدمة:

يُعَدُّ سلوك السرقة من المشكلات الشائعة في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد يُعَدُّ هذا السلوك مؤشراً واضحاً على بعض الانحرافات السلوكية فيما بعد، ولا يستطيع كثير من الآباء والمعلمين التعامل مع هذا السلوك بأساليب الوقاية المناسبة؛ مما يسبب بعض الإحباطات لدى الآباء والأطفال وقد يؤدي إلى تفاقم المشكلة، لذلك كان لابد من توجيه الوالدين والمعلمين للأساليب المناسبة للتعامل مع هذه الظاهرة.

تعريف السرقة:

وُجِد المؤلفان من الصعوبة جداً إيجاد تعريف محدد للسرقة لدى الأطفال، نظراً للتباين الكبير بمفهوم السرقة وأسبابها لدى العديد من المختصين المهتمين بالموضوع في العلوم الإنسانية المختلفة التي تتناول هذه الظاهرة، فالأديان تعد السرقة سلوكاً محرماً تحريماً تاماً يوجب العقاب، ولكن ضمن شروط وحدود يجب توافرها قبل الشروع بالعقاب، والقانون يعدها جريمة يجب العقاب عليها، ولمن هم في وضع الأطفال تصنَّف ضمن جرائم الأحداث ولها قانون خاص يحكمها.

وفي السنن الأخلاقية التي بها يؤمن كثير من الناس اتفاق على أن خرق قواعد السلوك والاستحواذ على أملاك الآخرين جريمة.

أما بالنسبة للتربويين فهم لا يختلفون مع الآخرين بالنظر للسرقة، لكن لهم وضع خاص عندما يتم الحديث عن سرقة الأطفال؛ نظراً لأن للمراحل النمائية لديهم في المجالات النفسية والعقلية والاجتماعية

والسلوكية، ما تزال مستمرة ولم تصل بعد إلى النضج الكامل الذي يؤهلهم إلى تحمل المسؤولية بشكل كامل.

وفيما يأتي بعض التعريفات التي تتناول السرقة:

يعرّف (وديع، ١٩٩٤) السرقة على أنها سلوكٌ يعبر عن حاجة نفسية فهي ليست حدثاً منفصلاً قائماً ذاته؛ وإنما هو وظيفة في خدمة شخصية الفرد فقد تكون وسيلة مثلاً لجذب الانتباه وإثبات الذات وقد تكون وسيلة لحماية هذه الذات.

ويعرّف (الشربيني، ١٩٩٤) السرقة على أنها استحواذ الطفل على ما ليس فيه حق وبإرادة منه، وأحياناً باستغفال مالك المراد سرقته أو تضليله.

ويعرّف (شجيمي، ١٩٩٤) السرقة على أنه استحواذ على ما يملكه الآخرون بطريقة شاذة وغير سليمة، أو بدون وجه حق، ونظراً لأنها تلحق الضرر بالمجتمع لأنها تمس تملك الأشخاص والجماعات، فإن القانون يعاقب عليها، كذلك المجتمع، وحتى الأديان السماوية فقد تشددت في معاملة السارقين.

يعرّف (زيعور، ١٩٩٣) السرقة بأنها عمل غير أخلاقي، وذنب يعاقب عليه المجتمع فعلم النفس يتناول هذه السرقة كظاهرة وكتعبير عن مشكلة نفسية واجتماعية يعاني منها الولد، فالسرقة ما هي إلا تعبير عن صراع وعن عدم استقرار، ومن الضروري عدم المبادرة إلى العقاب فوراً دون معرفة الدوافع والأسباب ومعالجتها.

ويعرّف (الزعبي، ١٩٩٤) السرقة بأنها مشكلة اجتماعية تظهر على شكل اعتداء شخص على ملكية الآخرين بقصد أو بدون قصد بغرض

امتلاك شيء لا يخصه. وحتى يوصف هذا السلوك بأنه سرقة لا بد أن يعرف الطفل أنه من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه.

وتتضمن تعريفات السرقة السابقة العناصر الآتية:

١- إنها استحواذ على ملكية الآخرين دون وجه حق.

٢- إنها عدوان على ملكية الآخرين.

٣- إنها عمل غير أخلاقي يجب أن يعاقب عليه القانون.

٤- إنها قد تكون مشكلة نفسية واجتماعية أو تربوية تحتاج إلى تطوير أساليب للوقاية والعلاج.

وحوادث السرقة البسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة شائعة جداً. وهي تميل عند الأطفال إلى بلوغ ذروتها في حوالي عمر ٥-٨ سنوات ومن ثم تبدأ بالتناقص (**حمدي وداود، ١٩٨٩**).

ويرى (الشربيني، ١٩٩٤) أن السرقة تبدأ كاضطراب سلوكي واضح في الفترة العمرية ٤-٨ سنوات، وقد يتطور الأمر ليصبح جنوحاً في عمر ١٠-١٥ سنة، وقد يستمر الحال حتى المراهقة المتأخرة.

ويرى الزعبي (١٩٩٤) أن السرقة العادية إذا استمرت بعد سن عشر سنوات، فإنها على الأرجح علامة وجود اضطراب انفعالي خطير عند الطفل وهي بحاجة إلى مساعدة متخصصة فورية.

ويؤكد حمدي وداود (١٩٨٩) أن حوالي ٢٥ ألف طفل أمريكي يحالون سنوياً إلى محكمة الأحداث بسبب السرقة.

لم يتم التعرف إلى دلالات حول سرقة الأطفال كمتنبئ بالسلوك اللاتكيفي في مرحلة المراهقة أو الرشد **(Gloria & Kungess, 1989)**.

أشارت دراسة للمقارنة بين استجابات الأطفال العاديين والأطفال المعاقين عقلياً لمقاومة السرقة إلى أن الأطفال العاديين يقاومون الاستجابة للسرقة أكثر من الأطفال المعاقين عقلياً **(Merrills & Hainnes 1982)**.

ومن الجدير بالذكر أنه لا تتوفر لنا معلومات إحصائية حول نسبة انتشار السرقة في الأردن.

أشكال السرقة:

١- السرقة الكيدية: حيث يلجأ بعض الأطفال إلى سرقة الأشياء عقاباً إما للكبار أو لأطفال مثلهم، حتى يصيب هذا الشخص المسروق الهلع والفزع؛ وذلك نتيجة لوجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين.

٢- سرقة حب التملك: لا نبالغ إذا قلنا إن أغلب الأطفال مارسوا نوعاً من السرقة، وإن الأمر ينطوي على إشباع حاجة بدأت من النزوع للاستحواذ على مستوى من العاطفة في مراحل النمو النفسي الأولى برغبة الطفل الرضيع في الاستئثار بالأم وقد ينجح مما يدفعه بالتدرج إلى محاولات الاستحواذ على الأشياء الأخرى.

٣- السرقة كحب للمغامرة والاستطلاع.

٤- السرقة كاضطراب نفسي: إن العوامل النفسية وراء السرقة كثيرة ومتشعبة ولا يمكن تفسير سلوك السرقة بدافع واحد مثل الحاجة إلى النقود أو الجوع أو الاستطلاع.

٥- السرقة لتحقيق الذات.

٦- السرقة نتيجة الحرمان (الشربيني، ١٩٩٤).

أسباب السرقة:

تُعَدُّ أسباب السرقة كثيرة ومتباينة وفي بعض الأحيان لا نستطيع حصرها، يسرق الأطفال لأسباب عديدة فالأطفال الصغار جداً أو غير الناضجين ربما كانوا ببساطة لا يفهمون أنه يجب أن يحترم حق الملكية الخاصة بالآخرين، وهؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في التمييز بين الاستعارة والسرقة.

ومن الجدير بالملاحظة أن النتائج تشير إلى أن الأحداث المنحرفين والذين يتورطون باستمرار في أشكال مختلفة من السلوكيات اللااجتماعية يكونون في الغالب من أسر تتصف بالإدمان الأبوي على الكحول والجريمة والتنشئة الأسرية السيئة التي كثيراً ما تتسم بالنبذ التام للأطفال.

ومن العوامل التي ترتبط بأسباب السرقة العوامل المهمة الآتية:

١ – *العوامل الاقتصادية:* مثل الفقر، وانخفاض دخل الأسرة، ومعاناة الوالدين من البطالة.

٢ – *العوامل الاجتماعية:* مثل التنشئة الأسرية الخاطئة (الدلال والحماية الزائدة، الإهمال الزائد، التفكك الأسري، جهل الوالدين بأساليب التربية الحديثة).

٣ – *العوامل النفسية:* المتعلقة بالطفل مثل الاضطرابات الانفعالية والأمراض النفسية، والغيرة والحرمان النفسي والاجتماعي.

٤ – *العوامل المدرسية،* مثل الشعور بالنقص للفروق بالوضع الاقتصادي والتنافس والغيرة بين الأطفال، وعدم المعاملة الجيدة من المعلم.

٥ – *غياب أو ضعف* دور الوالدين وعدم قدرتهما على معالجة المشكلة بالأسلوب المناسب.

٦- *وسائل الإعلام:* مثل التلفزيون والسينما والإنترنت وغيرها من الوسائل التي تقدم النماذج السلبية للأطفال.

٧- *ضعف الوازع الديني:* والابتعاد عن التربية الأخلاقية المناسبة.

وتختلف أسباب السرقة وتتباين بشكل صعب حصره، وذلك كما أسلفت للاختلاف والتباين الكبير في العوامل التي قد تكون سبباً للسرقة وللاختلاف في أسباب السرقة بين المختصين الذين يتناولون موضوع السرقة في مختلف العلوم الإنسانية والاجتماعية.

ومن أهم أسباب السرقة:

١- ربما كان هنالك نقص خطير لشيء ما في حياة الطفل؛ وبالتالي تكون السرقة تعويضاً رمزياً لغياب الحب الأبوي، أو الاهتمام أو الاحترام أو المودة. ومن غير المستبعد أن تبدأ السرقة بعد ترك أحد الأبوين للبيت أو وفاته.

٢- سبب آخر للسرقة عند الطفل هو حقيقة أن بعض الآباء يحصلون على أشكال متعددة من السعادة اللاشعورية من سوء تصرف طفلهم، حيث تشبع السرقة بعض مشاعر التمرد الكامنة لديهم، الطفل يشعر ويستثار كي يستمر في السرقة.

٣- يمكن أن يكون الطفل قد قام باختيار نموذج سيئ للاقتداء به، وربما يكون قد رأى أحد أبويه أو أصدقاء أو أخوة وهو يسرق ومن ثم يقوم بتقليد هذا الشخص. كما أنه ليس من النادر أن يسرق الطفل من أجل الحصول على رضا مجموعة الرفاق.

٤- يسرق بعض الأطفال من أجل تدعيم احترام الذات، فهم يعرضون الأشياء المسروقة على الآخرين كي يثبتوا لهم صلابتهم ورجولتهم أو

كفايتهم، كما يستمتع أطفال آخرون بالاستثارة وحسن المغامرة المتضمن في القيام بالسرقة.

٥- قد يسرق الطفل من خلفية اقتصادية اجتماعية متدنية؛ لأنهم ببساطة لا يملكون نقوداً لشراء الأشياء التي يريدونها وبما أنهم هم أنفسهم لا يملكون إلا القليل جداً يكون من الصعب عليهم احترام ملكية الآخرين.

٦- قد تكون السرقة هي طريقة الطفل اللاشعورية في الانتقام من أحد أبويه فإذا منع أحد الأبوين طفلته من وضع المساحيق (Make- up) فقد تقوم الطفلة بالسرقة من أحد المتاجر من رغبة لا شعورية ويتم إمساكها وبالتالي تسبب الإحراج لوالدها.

٧- قد تكون السرقة علامة على التوتر الداخلي عند الطفل، مثل الاكتئاب، أو الغيرة من طفل جديد ولد للأسرة، ويحاول الطفل استعادة الشعور الداخلي بالارتياح من خلال السرقة، وقد يكون هناك سبب آخر هو أن لدى الطفل درجة احتمال للإحباط متدنية جداً ويجد صعوبة كبيرة في مقاومة الإغراء (حمدي وداود، ١٩٨٩).

ويذكر (وديع، ١٩٩٤) الأسباب الآتية للسرقة:

١- عدم التمييز الذي تتصف به الطفولة، عدم التمييز بين ما يملكه ما لا يملكه.

٢- الحاجة المباشرة لسد الرمق والجوع كما يفعل الأطفال الذين يشتغلون بأجور زهيدة فتدفعهم الحاجة إلى مد أيديهم لملكية الآخرين حتى يؤمنوا حالة من الكفاف الخاص.

٣- إشباع ميل أو في سبيل تلبية رغبة أو ممارسة هواية كأن يسرق الفرد لإشباع رغبته في ممارسة الألعاب أو ركوب دراجة أو شراء السجاير.

٤- التخلص من مأزق كأن يسرق الطفل من جيب أبيه ليعيد مالاً استدانه من رفيقه حتى لا يفتضح أمره أو حتى لا يشكو إلى أبيه.

٥- تعزيز موقع الطفل كأن يسرق الطفل ليصرف على رفاقه حتى يبقى متزعماً أو مقبولاً من الجماعة التي ينتمي إليها أو كذلك التلميذ يسرق ليرشي عريف صفه حتى يغض النظر عنه ولا يشكوه إلى المعلم.

٦- الغيرة والاختلاف في المعاملة كأن يسرق الطفل الذي يحس بالغبن أغراض أخيه الذي يغار منه والذي يلقى معاملة جيدة مختلفة من أبويه.

٧- العوامل اللاشعورية التي تتكون عبر حياة الطفل نتيجة علاقة هذا الطفل ببيئته وبمختلف الظروف المحيطة به وأكثر الأمور تأثيراً في هذا المجال الحرمان العاطفي الذي يعيشه الطفل أو عند فقدانه عطف أحد والديه بسبب الوفاة.

٨- التعويض عن الشعور بالنقص كأن يسرق الطفل الفقير أو الذي لا يعطيه أبوه مصروفاً يومياً ليذهب رحلة مدرسية، ويكون كسائر رفاقه في الصف.

٩- فقدان الأمن والشعور بعدم الاستقرار نتيجة ظروف مستجدة في العائلة كالتفكك الذي يصيب الأسرة أو الزوج الثاني أو الطلاق.

١٠- مسايرة الآخرين وتقليدهم وهذا ما نراه من طفل انضم حديثاً إلى شلة من المنحرفين بحيث أمنوا له الحماية والشعور بالقوة؛ مما يضطره

إلى مسايرتهم والقيام بما تأمره به فيتم ذلك أولاً عن طريق الإغراء فالاستمالة من بعيد ثم التقليد فالامتهان (وديع، ١٩٩٤).

أسباب السرقة في سن المدرسة:

فإن بعض أسباب السرقة عند الأطفال في سن المدرسة هي كالآتي:

أ- الحرمان المادي، حيث إن بعض الأطفال لا يملكون ما يكفي من النقود لسد حاجاتهم لشراء الحلوى أو الذهاب إلى السينما وما إلى ذلك فهم يرغبون فيما يملكه أصدقاؤهم وليس لديهم طريقة أخرى للحصول على النفوذ، والحل هو أن توفر لهم أشياء مادية أكثر أو مصادر دخل أخرى.

ب- الحرمان العاطفي، يشعر الأطفال المحرومون عاطفياً بالحرمان من الحب والمودة والاهتمام من قبل الأبوين، والحل هو أن يبذل الأبوان جهوداً أكبر في حب أطفالهم وتقبلهم وقضاء الوقت معهم.

ج- عدم النضج: حيث يقوم بعض الأطفال في سن المدرسة (عمر سبع سنوات فما فوق) بالسرقة؛ لأنهم لم يطوروا بعد ضميراً ناضجاً أو قدرة على المحاكمة الأخلاقية، حيث إنهم ميالون للتمركز حول الذات ويبحثون عن إشباع فوري لدوافعهم ولما كانوا غير قادرين على التخطيط المسبق وتوفير النقود، فإنهم يقومون بالسرقة للحصول على ما يريدون.

د- حب الاستثارة أو الإيقاع بالغير؛ وذلك من أجل الهيبة، حيث يسرق بعض الأطفال من أجل الإثارة (المخاطرة، إلقاء التبعية على سواهم)، ولكسب استحسان مجموعة الرفاق واحترامهم أو لكي يثبتوا مدى قوتهم وبراعتهم. والحل يكمن في توجيههم إلى مصادر بديلة للإثارة والصداقة والأهمية.

هـ- التعزيز الأبوي والنمذجة (حمدي، وداود، ١٩٨٩).

لاحظنا التباين الكبير في أسباب السرقة فيما ذكر أعلاه، وهذا يجعلنا نبحث بالأساليب والطرق المناسبة للوقاية والعلاج من مشكلة السرقة.

السرقة المرضية (كليبتومينيا):

حيث يجد المصاب في مواقف يصعب عليه أن يقاوم سرقة أشياء لا يحتاج إليها ولا تعود عليه بالنفع؛ بل على العكس فإن معظم المرضى في هذه الفئة يلقون بما سرقوه في سلال القمامة أو يهدونه إلى الآخرين، أو يخزنونه بعيداً عن متناول يدهم أو متناول أيدي الآخرين، كذلك فإن محب السرقة يمر بتوتر خاص قبلها وبنشوة شديدة بعدها. (حقي، ١٩٩٣)

ومن الأمثلة الواقعية على السرقة المرضية هذه القصة الحقيقية التي وردت على لسان إحدى المريضات حيث تقول:

«قصتي بسيطة ولكنها تحمل كل مميزات الإجرام على ما أذكر كنت في الثامنة عشرة من عمري حين أخذتني أمي معها إلى مخزن كبير لبيع المواد التجميلية فابتاعت لي أحمر شفاه ووضعته في جزداني وحين عدنا إلى البيت علمت أن أمي عزفت عن الشراء، وأن صاحب المحل خيل إليه أننا أرجعنا بضاعته.

وفي مرة ثانية تساومت أمي مع البائع على قطعة المجوهرات وأعطيت لي القطعة، بيد أن والدتي أوحت للبائع أنها أرجعت القطعة لمحلها فيما كان العكس. وشهادة لله، لم تكن أمي تعلم بما حصل وفيما أنني انتبهت المرة الثانية للموضوع وجعلت من نفسي (متجاهلة للموقف) فإذا مرت الحادثة على ما يرام أكون قد كسبت القطعة الذهبية، وهذا ما حصل، وفي المرة الثالثة ومرة على مرة صرت حين أدخل إلى المخازن الكبرى والتي

تكون خدمتها ذاتية أعمل على إخفاء ما خف حمله وما ثقلت قيمته تحت سترتي وأندفع خارجة من المكان ثم أقف قليلاً في المدخل فأتلمس القطعة بقوة.. وأنتظر فإذا لم يلاحظني أحد يتملكني شعور وحشي بالانتصار أو أن (العين التلفزيونية) قد ضبطتني فأسقط في غياهب اليأس وأفكر كيف سأرسل إلى السجن مع المنحرفات ولو سألتني عن وضعي المادي فأنا لا أشكو من العوز وحالتي المادية أكثر من الوسط ولا يتركني زوجي بحاجة إلى شيء؟ (**عبده، ١٩٩٤**)

يجب التمييز بين السرقة الاقتصادية وغير الاقتصادية وهذا إذا عددنا وضعك مستقراً أو لست بحاجة للسرقة، ويقال عن مثل وضعك (جنون السرقة) والمفروض فيه أنه سرقة بسبب مرض نفسي وبدون أن يكون بدافع من حاجة اقتصادية. (**عبده، ١٩٩٤**)

ومن المعروف أن الكثير من مجنوني السرقة الأثرياء أو غير المعوزين وأن ليرة أو ليرتين لا يزيدهم أو ينقصهم شيئاً، ومعظم هؤلاء السارقين من النساء وقد أصبح المسلّم به الآن بصورة عامة، بأن سرقتهن تعني سرقة اللطف والحنان، ولكن بصورة غير شرعية، لأنهن يشعرن بأنهن لا يحصلن على مقدار كاف منها بالطرق الشرعية بالاقتدار على سرقة شيء مقابل لا شيء تتغلغل جذوره إلى الطفولة أو إلى حياة الاحتماء بالأم والأب.

والسارقة في مثل الوضع السابق تتمتع بسرقتها في اتجاهين: شعورها بالانتصار عندما تنجح في عملها (سرقتها) وبشعورها المخيف بالاختناق عندما يقبض عليها متلبسة بالجرم، وفي كلتا الطريقتين هي (هستيرية): ويبدو أن الحياة الجنسية لن تقدم لها متعة وسروراً كافيين كمتعة السرقة

والمشاعر الناتجة عنها أو أن حياتها الجنسية ليست ناضجة بالتأكيد، أو بالأحرى طفولية.

ومن السخرية أن هؤلاء الناس يحكمون على أنفسهم بأقسى مما يحكم عليهم القانون؟ وذلك لأنهم لا يريدون أن (يشفوا) من (عادة) تدخل على أنفسهم مشاعر عنيفة لذيذة، وعادة لا تضر نوعاً ما في أغلب الحالات! وهم بالتأكيد لا يعرفون لذة في حياتهم، لذة السرقة، واللذة التي تحل محل اللذة الجنسية التي لا تهمهم كثيراً. ومن الحقائق المعروفة جيداً بأن المراقبين السريين في المخازن الكبيرة يعرفون جيداً مجانين السرقة، ولديهم أوامر بأن يدعوهم وشأنهم دون القبض عليهم أو اعتراضهم لأن مقابل الليرات التي يسرقونها يحصلون على أضعافها من الأشياء التي يشترونها من ذلك المخزن نفسه، كما أن كثيراً ما تكون المسروقات تافهة ليست بالقيمة المادية الكبيرة. (عبده، ١٩٩٤).

النشّالون الصغار:

إن النّشّالين الصغار في المدن ما هم إلا أطفال أغلبهم يتمتع بذكاء عال أو فوق المتوسط كما يتمتع بقدرات عقلية وبدنية ومن هذه القدرات سرعة حركة الأصابع وخفة الحركة عامة خصوصاً اللياقة اليدوية.

ودقة الملاح؟ والاستنتاج واللباقة في الحديث والقدرة على التظاهر بالأدب الجم والميل للمساعدة. وكلها تجعل عملية النشل تتم بسهولة، ونجد أن النشالين الصغار يسرقون دائماً تحت تأثير وقيادة زعيم لهم أو قائد... أي أنهم يسرقون كأعضاء في جماعة (شلة) من الأولاد وقد يلجأ الزعيم إلى تهديد الأولاد بالضرب أو الأذى إذا لم ينفذوا أوامره من ثم

يعتادون السرقة ويتدربون عليها ويتقنون عليها النشل، إلى أن يصبح مهنة يحترفها. (جرجس، ١٩٨٥).

طرق الوقاية من سلوك السرقة

فيما يأتي بعض الطرق والأساليب المناسبة للوقاية من السرقة:

١- تكوين اتجاهات سلبية لدى الأطفال نحو السرقة، واتجاهات إيجابية نحو الأمانة من خلال تبصير الأطفال بقواعد الأخلاق والتقاليد الاجتماعية الواجب مراعاتها.

٢- تعليم الطفل القيم:

أ- إن الأبوين اللذين يعطيان قيمة كبيرة للأمانة الشخصية ولاحترام ممتلكات الغير واللذين يهتمان بالخير العام بدل الكسب الشخصي ويعيان هذه القيم ويطبقانها على حياتهما اليومية يقل احتمال أن يكون لدى أطفالهم مشكلة سرقة.

ب- كذلك فإن الأبوين اللذين يحترمان دائماً حق الطفل في الملكية الشخصية يقل احتمال أن يكون لدى أطفالهم مشكلة في هذا المجال، فهذان الأبوان لا يقدمان إطلاقاً على استعارة أي شيء يملكه الطفل دون أذنه المسبق (**حمدي داود، ١٩٨٩**).

٣- أن يقوم الوالدان بتأمين المصروف المنتظم للطفل، وعدم ترك محفظة النقود أمامه، والتأكد من أن يكون لدى الطفل نوعٌ من التدخل المنتظم لقاء الأشياء التي يحتاجها، وكذلك أن يدعو الأطفال يدركون أن بإمكانهم اللجوء إليهم عندما يكونون بحاجة حقيقية للنقود وأنهم سوف يحاولون مساعدتهم (**ديماس، ١٩٩٩، حمدي وداود، ١٩٨٩**).

٤- أن يكون الوالدان قدوة الطفل، والتأكد من إظهارهم خلق الأمانة في النشاطات اليومية وأن يكونا نموذجاً جيداً لأطفالهم.

٥- يجب أن يحدد الوالدان بوضوح حقوق الملكية داخل البيت وخارجه، مع احترام حقوق الجميع وأن يعلموا الأطفال كيف يستعيرون الأشياء التي يمتلكها الآخرون ويعيدونها إليهم.

٦- الإشراف المباشر على الطفل، حيث إن الأبوين اللذين يتبعان النشاطات اليومية لأطفالهما لا يتيحان الفرصة لعادة السرقة أن تتطور كثيراً قبل أن يتم كشفهم. وكلما تم اكتشاف عادة السرقة مبكراً كان ذلك أفضل والتأكد أيضاً من توفير كثير من النشاطات البناءة المثيرة للأطفال كي يمارسوها في أوقات الفراغ (**حمدي وداود، ١٩٨٩**).

طرق علاج السرقة:

لا يمكن أن يكون هناك علاج واحد مقنن لأية حالة تبلغ أسبابها من الكثرة والتباين قدر ما تبلغه أسباب السرقة، ومن ثم كان أهم ما ينبغي عمله لحل هذه المشكلة مثلها مثل المشكلات السلوكية الأخرى لدى الأطفال، أن نقف على الغاية التي تحققها السرقة في حياة الطفل الانفعالية (**رمزي، ١٩٨٢**).

عند معالجة السرقة يجب التمييز بين السرقة كنزوة عابرة فريدة أو هي متكررة (بداية احتراف) والتمييز بين نوع المسروقات وحجمها وعدد المشاركين هل هي إفرادية أم هناك عصابة؟ وما دور الطفل السارق فيها، فهل هو عضو أم قائد؟ والإجابة عن هذه الأسئلة ضرورية لمعالجة هذه المشكلة الانحرافية في حال حدوثها (شحيمي، ١٩٩٤) ويرى (الغبرة،

١٩٦٩) السرقة عادة أو شبه عادة لا بد من الاستعانة باختصاصي نفسي للتوصل إلى علاج جذري لحلها.

أشارت بعض الدراسات أن السرقة تقاوم طرق العلاج التقليدية، وأكدت على استخدام التدخلات السلوكية **(Willaims, 1985)**.

وفي دراسة حول مهارات حل المشكلات الاجتماعية للسارقين المراهقين أشارت النتائج إلى أنهم كانوا أقل اعتباراً لتحقيق الأهداف من المراهقين غير السارقين (Green, 1997).

وفيما يلي عرض لبعض الأساليب المتبعة في علاج السرقة:

١- اتخاذ إجراءات فورية حيث ينبغي على الآباء بدلاً من تجاهل الميول اللااجتماعية عند أطفالهم أو التقليل من شأنهم أن يعطوا وقتاً كافياً لفهم هذا السلوك ومواجهته بشكل صحيح والذي ينبغي أن يكون غير مقبول في البيت كما هو غير مقبول في خارج البيت. (**حمدي وداود، ١٩٨٩**).

٢- حاول أن تحدد بنفسك ما الذي حققه الطفل من خلال السرقة بمعنى ما دوافعه الكامنة وراء هذا السلوك السيئ؟ وبناء على ذلك يتم توجيهه وتوفير احتياجاته. (**ديماس، ١٩٩٩**)

٣- مواجهة الطفل، حيث ينبغي على الأبوين؛ فضلاً عن طلبهما من الطفل أن يقوم بالتعويض عما أخذ، أن يواجها الطفل لفظياً بمخاطر هذا السلوك.

٤- اضبط أعصابك واستجب بهدوء.

٥- الملاحظة والمتابعة المستمرة لسلوك الأطفال.

٦- ترتيب الدخل المناسب للطفل وتزويده بالمصروف وتوفير احتياجاته باستمرار. (**حمدي وداود، ١٩٨٩**).

ويقترح (شحيمي، ١٩٩٤) بعض الأساليب التربوية التي يمكن أن تحد من ظاهرة السرقة، وهي:

١- عدم التشهير بالطفل أمام رفاقه إذا ضبط سارقاً بل معالجة مشكلته.

٢- عدم التمييز والتفضيل بين الإخوة.

٣- اختيار القصص والأفلام التربوية المناسبة للطفل؛ لأن هناك بعض وسائل التسلية المرئية والمقروءة تحرض الطفل على السرقة، تظهر بمظهر بطولي فتظهر السارق إنساناً خارقاً يجذب أنظار الآخرين، ويمكن أن يوصف بالمهارة والحنكة والذكاء. والأطفال في مرحلة من مراحل الطفولة يتوقون أن يكونوا في هذه المواصفات فيقعون ضحية السرقة، يحدث هذا طبعاً في غياب التربية الخلقية والدينية وغياب عملية الضبط الأسري والاجتماعي.

٤- لا تصف الولد بصفات اللصوصية (أنت لص.. سارق) ولو تهكماً فقد يستسيغ اللقب فيسعى إليه، ولا سيما وأن فيه نوعاً من الانتصار على الكبار وهذه أمنية تدغدغ أحلام الصغار.

٥- إعطاء مصروف الجيب للأطفال بين الحين والآخر ومراقبة كيفية إنفاقهم بطريقة عفوية ودون إشعارهم بأننا نقوم بعملية مراقبة.

٦- الابتعاد عن رفقة السوء. (**شحيمي، ١٩٩٤**)

ويرى (الهابط، ١٩٨٥) أن من أساليب علاج السرقة الآتي:

١- الوقوف على الغاية التي تحققها السرقة في حياة الطفل الانفعالية وبذل كل الجهد لمساعدته على إشباع هذه الرغبة الانفعالية بطريقة ترضيه وترضي المجتمع.

٢- عدم إشعار الطفل بالإذلال والمهانة؛ بل يجب أن نشجعه على مواجهة المشكلة بصراحة وموضوعية حتى يتغلب عليها.

٣- العمل على إشباع حاجات الطفل قدر المستطاع.

٤- الاهتمام بالتربية الدينية وتعميق الوازع الديني لدى الأبناء في المنزل والمدرسة.

٥- تدعيم ثقة الأبناء بأنفسهم وذلك بمعاملة الكبار معاملة قائمة على الثقة وتربيتهم التربية التي تجعلهم يعتزّون بأنفسهم ويشعرون بقيمتهم.

٦- مساعدة الأبناء على اختيار رفاقهم بطريقة تبعد تماماً عن الضغط والقسر بل يتم ذلك بطريقة التفاهم المشترك والإقناع والاقتناع.

٧- عدم القسوة الشديدة على الأبناء وعدم محاسبتهم بعنف على كل صغيرة أو هفوة.

٨- إشباع الأبناء بالحب والعطف والحنان من دون الإسراف في ذلك حتى لا نصل بهم إلى درجة التدليل الذي هو مفسدة لهم أيضاً. فالتدليل ينمي في الطفل نزعة الأنانية التي قد تؤدي به إلى السرقة وكما تجعله يميل إلى الاعتماد على الآخرين، حبذا لو كان هؤلاء الآخرون رفاق سوء؛ مما يجعله أداة طبيعية لهم ولنواياهم السيئة.

٩- توجيه الأبناء إلى الأفلام التي يشاهدونها والروايات التي يقرؤونها.

١٠- تجنب الأسباب التي تقوي لدى الطفل الإحساس بالغَيرة.

١١- رعاية الأبناء منخفضي الذكاء وتوجيه سلوكهم المعوّج وجهة اجتماعية مقبولة.

١٢- تنمية الإحساس بالملكية الخاصة لدى الأطفال واحترامها ليحافظوا على ممتلكات الآخرين (وذلك باحترام الكبار لممتلكات أبنائهم وعدم الاعتداء عليها. (**الهابط، ١٩٨٥**)

دور الآباء في الوقاية والعلاج من السرقة:

إن الآباء الذين يتشددون مع الأطفال لتقديم المسوغات لما ارتكبوه يكونون بعملهم هذا قد أسهموا في مضاعفة مشكلات أطفالهم تلك هي مشكلات بحد ذاتها حادة لا تحتمل، ويترتب على ذلك النتائج الآتية:

١- فالطفل لا يستطيع الإتيان بأسباب وهو لا يعرفها قط.

٢- مضاعفة الشعور بالإثم لديه.

٣- سينتبه إلى شيء لم يكن يفكر به من قبل ألا وهو أنه قد أسيء فهمه من جانب الكبار.

٤- سيصبح منقسم الشخصية، فتصبح ذاته منشطرة إلى شطرين وإحداهما متزمت صارم ممعن في اللوم والتأنيث، والآخر يكون تحت سيطرة الأفعال الشريرة وتتسلط عليه دوافع خبيثة لا يقوى على الانفلات من أسرها، ولا خلاف على أن في مثل هذه الأموال مصدر إزعاج كبير للطفل والأسرة. (**الجسماني، ١٩٨١**)

١"- يجب أن يعيش الأبناء في وسط عائلي يتمتع بالدفء العاطفي المتبادل بين الآباء والأبناء ولا يتأتى ذلك إلا بالحب والشعور بالأمن والطمأنينة والجو العائلي الهادئ.

٢"- توفير الضروريات اللازمة للأطفال من مأكل وملبس وخلافه.

٣"- مساعدة الأطفال على الشعور بالانتماء والاندماج في جماعات سوية في المدرسة والنادي وفي المنزل والبيئة بوجه عام.

٤"- يجب أن نحترم ملكية الطفل ومن ثم نعلّمه احترام ملكية الغير وإذا اعتدى طفل على ملكية طفل آخر فيجب ألا نغمض أعيننا عن ذلك؛ بل يجب أن ننبهه بمنتهى الرفق إلى أن ما فعله خطأ.

٥"- مداومة التوجيه والإشراف المرن ومع عدم اتهام الطفل بأنه سارق أو لص إذا استولى على شيء ليس له، مع معالجة السبب الرئيس الذي جعله يلجأ إلى ذلك السلوك.

٦"- مساعدة الأطفال على التخلّص من الطاقة الزائدة والانفعال عن طريق المشاركة في أنشطة جماعية واللعب والهوايات كالموسيقى والأشغال الفنية إلى غير ذلك؛ مما يكسب الطفل شخصية قوية وينمّي قدراته (جرجس، ١٩٨٥).

اضطراب المعارضة المتحدية (الجريئة):

يطلق البعض على هذا الاضطراب اسم العناد الشارد وتتشابه أعراض اضطراب المعارضة المتحدية مع تلك التي سبق وصفها في اضطراب المسلك. غير أنها أقل خطورة.

والسمة الأساسية في هذا الاضطراب هي نمط من السلوك الرافض العدواني المتحدي الاستفزازي الفوضوي المستمر الذي يتجاوز بوضوح الإطار الطبيعي لسلوك طفل في العمر نفسه، ومن السياق الثقافي والحضاري نفسه والذي لا ينطوي على انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين كما هو الحال في اضطراب المسلك، ويميل المصابون بهذا الاضطراب إلى تحدي طلبات أو أوامر الراشدين ويغضبون الأشخاص الآخرين عن عمد.

ويميل هؤلاء الأفراد عادة إلى الغضب والانفعال بسهولة في مواجهة أفعال الآخرين ثم يلومون هؤلاء الآخرين على ما قاموا به هم أنفسهم. ويتميزون بانخفاض عتبة تحمل الإحباط لديهم، والقابلية للاستثارة. كما يتميز السلوك المتحدي المعارض الذي يمارسونه بالاستفزازية والوقاحة ومقاومة السلطة ويظهر هذا السلوك — عادة — في أثناء التفاعل مع أشخاص مألوفين لهم، بينما قد يخفون هذا السلوك في المواقف الرسمية كالمقابلة الإكلينيكية.

المحكات التشخيصية لاضطراب المعارضة المتحدية:

أ- نمط من السلوك السلبي العدائي المعارض **يمتد** على الأقل ستة أشهر، توجد خلال هذه الفترة أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية:

١- يفقد مزاجه غالباً.

٢- يجادل الكبار عادة.

٣- يتحدى أو يرفض إطاعة طلبات الآخرين أو أوامرهم غالباً.

٤- يزعج الآخرين عن قصد غالباً.

٥- يلوم الآخرين على أخطائه أو تصرفاته الخاطئة غالباً.

٦- سريع الغضب وسهل الانزعاج بواسطة الآخرين.

٧- يغضب ويعاند غالباً.

٨- حاقد ومحب للانتقام غالباً.

(ويجب ملاحظة أن هذا المحك يكون مستوفياً فقط إذا حدث السلوك بشكل أكثر تكراراً عن ذلك الملاحظ لدى الأفراد المماثلين للشخص في العمر والمستوى الارتقائي).

ب- يسبب هذا الاضطراب اختلالاً إكلينيكياً جوهرياً في الأداء الاجتماعي والأكاديمي أو المهني.

ج- لا تحدث هذه السلوكيات بشكل بارز أثناء مسار اضطراب ذهاني أو اضطراب في المزاج.

د- ألا يستوفى الشخص المحكات التشخيصية لاضطراب المسلك، وإذا كان العمر ١٨ سنة أو أكثر ينبغي ألا يستوفي محكات تشخيص الشخصية المعادية للمجتمع.

المظاهر والاضطرابات المصاحبة والمضاعفات لاضطراب المعارضة المتحدية:

تتباين المظاهر والاضطرابات المصاحبة لاضطراب المعارضة المتحدية كدالة للعمر وشدة الاضطراب. ويبدو الاضطراب أكثر بروزاً لدى الذكور الذين كان لديهم مشكلات مزاجية، أو نشاط حركي مرتفع في عمر ما قبل المدرسة. أما في عمر المدرسة فيكون لديهم انخفاض في تقدير الذات، وتقلبات مزاجية. وقدرة منخفضة على تحمل الإحباط، واستخدام السباب والشتائم والشرب المبكر للخمور، والتدخين، والمخدرات، كما يعانون من صراعات مع الوالدين، والمعلمين، والزملاء، وقد يدخلون في دائرة مفرغة مع الآباء في اللوم والتأنيب المتبادل. ويكثر هذا الاضطراب في الأسر التي اضطربت فيها عملية تنشئة الطفل يتعاقب أفراد مختلفين، أو في أسر تعاني من خصومات عنيفة، وعدم اتساق وإهمال ولا مبالاة في تربية الأطفال.

ويشيع لدى هؤلاء الأفراد اضطراب قصور الانتباه/ النشاط المفرط واضطرابات التعلم، والتخاطب.

ثالثاً: اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع:

يشكل السلوك المعادي للمجتمع فئة من فئات الجناح أو امتداداً له. وقد وصف هذا الاضطراب منذ فترة بعيدة عندما وصف بينيل Pinel حالة غير مألوفة لا يمكن وضعها تحت أي فئة تشخيصية من الاضطرابات النفسية والعقلية المعروفة في ذلك الوقت، كما أشار بريتشارد Pritchard إلى وجود فئة كبيرة من مشكلات الطب النفسي التي لا تنطبق عليها التشخيصات المألوفة في الطب النفسي في ذلك الوقت أطلق عليها مصطلح الجنون الخُلقي Moral Insanity والتي عرفت فيما بعد بالانحطاط السيكوباتي. وفي عام ١٨٩١ قدم كوش Koch مصطلح الانحطاط السيكوباتي واستخدم لوصفه الفئة التي أشار إليها بريتشارد؛ فضلاً عن أنواع أخرى من العصاب الهستيري والوسواس. وظهر مصطلح الشخصية السيكوباتية وأصبح شائعاً تماماً كفئة سيكاترية خلال النصف الأول من القرن العشرين، وظل هذا التشخيص مستخدماً في الطبعات المتتالية من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية مع اختلاف في التسمية حتى استقر الأمر على اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial personality disorder في الطبعة الرابعة والأخيرة من هذا الدليل (DSM-IV 1994) أما في الطبعة العاشرة من الدليل العالمي لتصنيف الاضطرابات العقلية والسلوكية (ICD-10, 1992) الصادر عن هيئة الصحة العالمية فيشار إلى هذا الاضطراب باسم Dissocial personality disorder ويعدها مرادفة لاضطرابات الشخصية اللاأخلاقية Amoral والمعادية للمجتمع، واللااجتماعية Asocial، والسيكوباتية، والسوسيوباتية. **(Holmes, 1994)**.

ويتميز اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع بسلوك معادٍ للمجتمع، وقدرة ضعيفة على الحكم، وعجز عن التعلم من الخبرة، والتمركز المرضي حول الذات، والعجز عن الحب، وانخفاض عام في معظم الاستجابات الوجدانية، وفقدان الاستبصار، والسلوك النرجسي والانغماس في شرب الكحوليات، وحياة جنسية غير منضبطة، وعدم التخطيط للمستقبل، ويرى كرافت ١٩٦٦ أن المظهرين الأساسيين المميزين للشخصية المعادية للمجتمع هما تبلد الوجدان، والاندفاع في السلوك دون روية، وهي الصورة ذاتها التي رسمها ماكورد وماكور McCord & McCord للشخص المعادي للمجتمع.

وتشير الشخصية المعادية للمجتمع إلى مجموعة من الشخصيات المضطربة والتي تعاني فعلياً من مشكلات عديدة بسبب اضطرابها تجعل المجتمع يعاني هو الآخر بسببها من مشكلات مماثلة، ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية إلى أن الشخصية المعادية للمجتمع تشخيص مخصص للأفراد غير المتطبعين اجتماعياً بشكل أساسي والذين تؤدي بهم أنماطهم السلوكية إلى صراع مع المجتمع بشكل متكرر كما أنهم عاجزون عن الانتماء الحقيقي للأفراد أو الجماعات أو القيم الاجتماعية، وهم أنانيون وغلاظ القلوب ولا يتحملون المسؤولية وعدوانيون، وعاجزون عن الشعور بالذنب أو التعلم من الخبرة ولا يتحملون الإحباط، ويلقون اللوم على الآخرين، ويظهرون مسوغات مقبولة لسلوكهم.

هذا ويوجد عدد آخر من اضطرابات الشخصية التي تقترب من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع مثل:

– اضطرابات الشخصية المتسيبة Disinhibited personality:

وهو اضطراب في الشخصية يتميز بنقص الكف والسيطرة على الشهوات والرغبات والاندفاعات. ويتجلى ذلك في الجانب الأخلاقي بوجه خاص.

– اضطرابات الشخصية غير الناضجة:

Immature personality disorder:

وهو اضطراب في الشخصية يتميز باستجابات سلوكية وانفعالية توحي بالفشل في الارتقاء السيكولوجي، ويتميز أصحابها بشذوذات كهربائية مخية وبخاصة في المناطق الصدغية والقفوية، والتي ترتبط عادة باضطرابات سلوكية لدى الراشدين والمجرمين.

– الشخصية السلبية العدوانية:

Pxssive – aggressive personality disorder:

وهو اضطراب في الشخصية يتميز بنمط من المشاعر العدوانية يعبر عنها صراحة بصورة مختلفة من السلبية مثل العناد، والتجهم والمماطلة أو السلوك غير الفاعل.

– اضطراب الشخصية الانفجارية:

Explosive personality disorder:

اضطراب في الشخصية يتميز بعدم استقرار المزاج مع تذبذب انفعالي أو انفجارات مزاجية، والغضب، والكراهية، والعنف، وقد يعبر عن العدوان في صورة كلمات، أو بعنف جسدي، ولا يمكن التحكم في هذه الانفجارات بسهولة. ولكنه لا يكون مهيئاً لسلوك معادٍ للمجتمع.

– اضطراب في الشخصية مع مظاهر سوسيوباتية أو اجتماعية بارزة:

Pesonlaity disorder with predominantly sociopatluc or social manifestations:

وهو اضطراب في الشخصية يتميز بعدم مراعاة الأعراف الاجتماعية ونقص الشعور بالآخرين والتهور، واللامبالاة القاسية، كما توجد لدى هؤلاء الأفراد فجوة كبيرة بين السلوك والمعايير الاجتماعية السائدة. ولا يمكن تعديل هذا السلوك بسهولة بواسطة الخبرة أو العقاب، ويتميزون بالعدوانية وعدم تحمل المسؤولية بطريقة شاذة.

كما أن تحملهم للإحباط منخفض للغاية، وهم يلومون الآخرين، ويظهرون مسوغات معقولة للسلوك الذي يجعلهم في صراع مع المجتمع (وهذا الاضطراب مرادف للشخصية المعادية للمجتمع، واضطراب الشخصية اللااجتماعية، والشخصية السوسيوباتية، والجنون الأخلاقي).

المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع:

أ– وجود نمط من اللامبالاة وانتهاك حقوق الآخرين تحدث منذ بلوغ الفرد عمر ١٥ سنة كما تتضح بثلاثة (أو أكثر) من المظاهر الآتية:

١– الفشل في مجاراة المعايير الاجتماعية والالتزام بالسلوكيات المشروعة، كما يتجلى ذلك في القيام بأفعال متكررة تكون مدعاة للقبض على الفرد.

٢– النصب أو الاحتيال كما يظهر في الكذب المتكرر، واستخدام الأسماء المستعارة، أو استغلال الآخرين للمصلحة والمتعة الشخصية.

٣– الاندفاعية والفشل في التخطيط للمستقبل.

٤– القابلية للاستثارة، والعدوانية، كما تتبدى من خلال العراك الجسدي والاعتداءات المتكررة.

٥- اللامبالاة والأفعال الطائشة التي تضر بأمن الفرد ذاته أو بالآخرين.

٦- الاتساق في عدم تحمل المسؤولية، كما يتضح من خلال الفشل المتكرر في الاستمرار في سلوك ما أو عمل معين أو الحفاظ على الالتزامات المالية.

٧- النقص في الشعور بالذنب كما يتضح من تسويغ الضرر وإساءة المعاملة أو سرقة الآخرين.

ب- أن يكون الفرد قد بلغ ١٨ عاماً على الأقل.

ج- أن تتوافر الأدلة على حدوث اضطراب في المسلك (الجناح) قبل عمر ١٥ سنة.

د- ألا يكون السلوك المعادي للمجتمع جزءاً من مسار الفصام أو نوبة هوس.

مآل اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع:

يرى كثير من الباحثين أن مآل هذا الاضطراب يميل إلى الإدمان بشكل عام، ومع ذلك فإن هناك احتمالاً للتحسن أو الانخفاض كلما تقدم الشخص في العمر، خاصة في العقد الرابع من العمر، وبالرغم من أن التحسن قد يكون أكثر وضوحاً إذا كان متعلقاً بمدى الانخراط في السلوك الإجرامي، فإن هناك احتمالَ تناقصٍ عامٍ في المجال الكلي للسلوك المعادي للمجتمع وتعاطي المخدرات. ومن العوامل التي تؤدي دوراً في حُسن المآل، إذا كان الشخص ما يزال في مرحلة صغيرة نسبياً، ووجود انفعال قوي غير متبلد وأن تكون النوبات الاندفاعية متفاوتة ليست مستمرة مع الرغبة في المساعدة والشفاء. (**عكاشة، ١٩٩٨**).

المراجع العربية والأجنبية

المراجع العربية:

- السرطاوي، زيدان وسيسالم، كمال(١٩٨٧).**المعوقون أكاديمياً وسلوكياً: خصائصهم وأساليب تربيتهم**، الطبعة الأولى، الرياض: دار عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- عبد الرحيم، فتحي السيد(١٩٨٢)، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة**، الطبعة الخاصة، الكويت: دار القلم.
- القريوتي، يوسف، والسرطاوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل (١٩٩٥).**مدخل إلى التربية الخاصة**، الطبعة الأولى، دبي: دار القلم.
- القمش، مصطفى والإمام، صالح(٢٠٠٦). **الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة "أساسيات التربية الخاصة "**، الطبعة الأولى، عمان: دار الطريق.
- يحيى، خولة أحمد (٢٠٠٣). **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، الطبعة الثانية، عمان: دار الفكر.
- أسعد، ميخائيل إبراهيم (١٩٧٧): **علم الاضطرابات السلوكية**، بيروت، الأهلية للنشر.
- الخطيب، جمال محمد سعيد، (١٩٩٢): **تعديل سلوك الأطفال المعوقين**، الأردن، إشرا للنشر والتوزيع.
- عبد الرحيم، فتحي السيد (١٩٨٣)، **قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعاقين**، الكويت، دار القلم للنشر.

- كمال، علي (١٩٨٣)، **النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها**، بغداد، دار واسط للنشر.
- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (١٩٨٧)، **المعوقون أكاديمياً وسلوكياً، خصائصهم وأساليب تربيتهم**، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع، ط١، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- ربيع، محمد شحاتة، يوف، جمعة سيد؛ عبد الله، معتز سيد (١٩٩٥): **علم النفس الجنائي**، القاهرة، مكتبة غريب.
- كولز (١٩٩٢): **المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينكي**، ترجمة عبد الغفار الدماطي، ماجدة حامد، حسن علي حسن، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- زيغو، علي (١٩٨٤): **مذاهب علم النفس**، دار الأندلس، بيروت، لبنان.
- عكاشة، أحد (١٩٩٢)، الطب النفسي المعاصر، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- الخليدي، عبد المجيد (١٩٩٧): **الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال**، بيروت، دار الفكر العربي.
- مجاور، أحمد (٢٠١٦)، **المحكات التشخيصية في الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية**، الرياض، دار الزهراء، ٢٠١٦.
- حقي، ألفت (١٩٩٥)، **الاضطراب النفسي**، الجزء الأول، التشخيص والعلاج والوقاية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.

- الخطيب، جمال، (١٩٩٢)، **تعديل سلوك الأطفال المعوقين**، دليل الآباء والمعلمين، دار إشراق للنشر والتوزيع، عمان.
- حمودة، محمود (١٩٩١): **الطب النفسي، الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج**، القاهرة.
- الجبالي، حمزة (٢٠٠٦): **مشاكل الطفل والمراهق النفسية**، دار أسامة، عمان.
- زهران، حامد (١٩٧٨): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، عالم الكتب، القاهرة.
- يوسف، جمعة سيد (١٩٩٨): **النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية (مراجعة نقدية)**.
- السيد (عبد الحليم محمود) (١٩٩٠): **علم النفس العام**، القاهرة، مكتبة غريب الطبعة الثالثة: ص ص ١١-٥٨.
- يوسف، جمعة سيد (٢٠٠٠)، **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
- العوادي، هاشم راضي جثير (٢٠١٣) **السلوك السوي السلوك الشاذ**، كلية التربية الأساسية، بغداد.
- حقي (ألفت محمد) (١٩٩٥): **الاضطراب النفسي: الجزء الأول التشخيص والعلاج والوقاية**، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.
- عكاشة، أحمد ١٩٩٢: **الطب النفسي المعاصر**، القاهرة، مكتبة الانجلو.
- حمودة، محمود عبد الرحمن، ١٩٩١: **الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج**، القاهرة، (بدون ناشر).

- ربيع، محمد شحاته (١٩٩٤): **قياس الشخصية**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- ربيع، محمد شحاته، ويوسف، جمعة السيد؛ وعبد الله، معتز سيد (١٩٩٥)، **علم النفس الجنائي**، القاهرة، مكتبة غريب.
- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤): **العلاج النفسي السلوكي المعرضي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه**، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- الشربيني، أيمن، (١٩٩٤): **الأرق وهم له علاج: أحدث الدراسات عن النوم والأحلام ومشكلة الأرق**، القاهرة، مكتبة ابن سينا.
- الشربيني، لطفي، (٢٠٠٠): **اضطرابات النوم**، القاهرة، دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر.
- رامسي، أدلف، (١٩٨٩): **النوم: ما هو ولماذا نتاج إليه؟** ترجمة: عماد أبو السعد، عمان: الدار العربية للعلوم.
- كمال، علي (١٩٨٩): **أبواب العقل الموصدة: باب النوم وباب الأحلام**، بيروت، دار الجيل.
- باشا، حسان شمي (١٩٩٣): **النوم والأرق والأحلام بين الطب والقرآن**، جدة، دار المنارة للنشر والتوزيع.
- إسماعيل (عزت سيد) (بدون تاريخ)، **سيكولوجيا النوم والأحلام**، الكويت، وكالة المطبوعات.
- يوسف، جمعة سيد، ٢٠٠٠: **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**- القاهرة، دار غريب.
- ١٦- سويف، مصطفى، ١٩٨٥: **علم النفس الإكلينكي**، تعريفه، تاريخه، القاهرة، دار المعارف.

- لطيفة، يوسف (٢٠٠٧)، **الطب النفسي**، دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- الخطيب، جمال (١٩٩٢)، **تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين**، لجان، دار إشراق للنشر والتوزيع.
- بيتس، أوبري (١٩٨٥): **اختلال الوظائف النفسية والحركية**، ترجمة مصري منورة في مرجع في علم النفس الإكلينكي، القاهرة، دار المعارف، ص ص ٢٠٥-٢٨٢.
- أبو لبدة، سبع وآخرون (١٩٩٦) **سيكولوجيا النمو (مختارات معرّبة)**. عمان: مركز صعوبات التعلّم: منشورات كلية الأميرة ثروت.
- باش، مصطفى (١٩٨٩). **أثر النمذجة في ضبط السلوك العدواني وزيادة السلوك الاجتماعي المرغوب لدى جانحي الأحداث بمدينة الجزائر**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان- الأردن.
- البلشة، أيمن (١٩٩٤) **الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين الأطفال التوحديين والمتخلفين عقلياً**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- جرجس، مالك (١٩٨١). **سيكولوجيا الطفولة والمراهقة وحقائقها الأساسية، القاهرة:** مكتبة الآفاق العربية.
- حقّي، أُلفت محمد (١٩٩٣). **الاضطراب النفسي**، الطبعة الأولى، الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.
- حمدي، نزيه وداوود، نسيمة (١٩٨٩). **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها: (مترجم)**، عمان، منشورات الجامعة الأردنية.
- الخولي، توفيق (١٩٩٩)، **فعالية برنامج إرشاد جمعي في التقليل من الخجل**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان- الأردن.

- الـدريني، حسـين (١٩٨٥). **مقيـاس الخجـل**، الطبعـة الأولى، القـاهرة: دار الفكـر العربي.
- دليـل التربيـة الخاصـة للمعلـم والمرشـد والمشـرف التربـوي (١٩٩٣). **صـندوق الملكـة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني**، الطبعة الثالثة، عمان: مطبعة الصفدي.
- ديمـاس، محمـد راشـد (١٩٩٩) **تشـاجر الأشـقاء، المشـكلات السـلوكية: أسـبابها، علاجها وطرق الوقاية منها**. دمشق: دار ابن أدهم للطباعة والنشر.
- الرفـاعي، نعـيم (١٩٨١). **الصـحة النفسـية (دراسـة فـي سـيكولوجية التكيّـف)**، دمشق منشورات جامعة دمشق.
- الزعبي، أحمد محمّد (١٩٩٤). **الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال**، بيروت: دار الحكمة.
- زبعـور، محمـد (١٩٩٣). **الصـحة النفسـية للطفـل المراهـق**، بـيروت: عـز الـدين للطباعة والنشر.
- السـرطاوي، زيـدان وسيسـالم، كمـال (١٩٨٧). **المعـاقون أكاديميـاً وسـلوكياً: خصائصهم وأساليب تربيتهم**، الطبعة الأولى، الرياض: دار عالم الكتب.
- شـحيمي، محمـد أيـوب (١٩٩٤). **مشـاكل الأطفـال كيـف نفهمهـا؟** الطبعـة الأولى، بيروت: دار الفكر اللبناني.
- الربيني، زكريا (١٩٩٤). **المشكلات النفسية عند الأطفال**، الطبعة الأولى، بيروت: دار الفكر العربي.
- شعلان، عزت وسلامه، أحمد (١٩٩٨) مترجم. **مرض القلق**: الكويت، منشورات سلسلة عالم المعرفة.
- الشناوي، محمد وعبد الرحمن، محمد (١٩٩٨). **العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته**، القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع.

- الصباح، سهير (١٩٩٣). **الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعوقين**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان- الأردن.
- عبد الرحمن، محمد خليل (١٩٩٨). **القلق وعلاقته بالإنجاز الأكاديمي والمهني لدى طلاب الكليات المتوسطة سلطنة عُمان**، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان- الأردن.
- عبد الهادي، جودت والعزّة، سعيد (٢٠٠١) **تعديل السلوك الإنساني**، الطبعة الأولى، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عبدة، سمير (١٩٩٤). **مشاكل الناس**، الطبعة الأولى، القاهرة: دار الكتاب العربي.
- العُمر، فؤاد (١٩٩٨). **الشروق: قصة شيقة لطفلة توحدية**: مترجم، مركز الكويت للتوحد.
- العواملة، حابس (١٩٧٨). **أشكال السلوك العدواني عند أطفال الروضات في عمان والإجراءات السلوكية التي تتبعها المربيات في تعاملهم مع هذا السلوك**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان- الأردن.
- القاسم، جمال، وعبيد، ماجدة، والزعبي، عماد (٢٠٠٠). **الاضطرابات السلوكية**، الطبعة الأولى، عمان: دار صفاء.
- القريوتي، يوسف، والسرطاوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل (١٩٩٥). **المدخل إلى التربية الخاصة**، الطبعة الأولى، الكويت: دار القلم.
- القمش، مصطفى (١٩٩٤). **مشكلات الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي واستراتيجيات تعاملهم مع المشكلات**، رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية، عمان- الأردن.
- محمد، محمد درويش (١٩٩٦). **القلق والابتكار، دراسة الفاعلية التحصين التدريجي**، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، القاهرة.

- المصري، إيناس (١٩٩٤) **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض سلوك العزلة لدى طالبات المراهقة الوسطى**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان- الأردن.
- الهابط، محمد (١٩٨٥). **التكيف والصحة** النفسية، الطبعة الثانية، الإسكندرية: المكتب الجامعي.
- هارون، رمزي (١٩٩٢) **فاعلية ثلاثة برامج في التدريب على ضبط الذات في خفض الاكتئاب لدى عينة جامعية**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- وديع، جليل (١٩٩٤). كيف تفهمين نفسية طفلك. الطبعة الأولى، بيروت: دار عالم الكتب.
- يحيى، خولة أحمد (٢٠٠٠). **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، الطبعة الأولى، عمان: دار الفكر.

المراجع الأجنبية:

- Hallahan ،D& Kauffman ،J.(1991). **Exceptional Children: Introduction to Special Education**.(5.ed) New Jersey: Prentic-Hall ،Inc ،Englwood Cliffs.
- Hallahan ،D&Kauffman ،J.(2003). **Exceptional Learners**. **Introduction to Special Education**.New Jersey: Prentic-Hall.Inc ،Englwood Cliffs.
- Millman ،Heward ،L.(1981) ،**Therapies for School behavior problems** ،San Francisco: Jossey –Bass.
- Shea ،Thomas ،M. (1978). **Teaching Children and**

Youth with behavior disorders ،U.S.A: The C.V. Mosby Company.

- American psychiatric Association, (1994), **Diagnostic and statistical Manvalof mental disorder,** forth edition, Washington, DC.
- Ross, A.O. (1974), **Psychological disorders of children: Abehavioral approach to theory**, researchand therapy Newyourk: Ncgraw Hill Comp.
- Grauber, P. (1973), **Children with behavioral disabllities, in Dunn (Ed). Exceptional children in the school 2nd (ed)**, Newyork, Holt Rinehart & Winston.
- Hallahan Gkauffman, 1982, **Exceptional children, Introduction to special education (2 ed) Englewood cliffs**, N,J Prince Hall.
- Herbert, M, (1978), Conduct disorders of childhood and adolescence, John wiley, Newwork.
- Qua'l, William, & Tracy, Niceal (1984): **A study of child Variance conceptual models, the university of Michigan press Michigan,** U.S.A.
- Patterson (1986): **theoris of counseling & psychotherapy Harper and row,** Newyork.
- Rhodes, William & Tracy, Micheal (1984): **Astudy of child voriance conceptual models, the university**

of Michiga press, Michign, U.S.A.

- Steven. J. Apter & Conoly, J (1984): **Childhood behvour disordear and diemotional disturbance**; Anintroduction to teach troubled children, Englewood cliffs prentic hall.
- KauFFman, J. (1989): **characteristics of childrens behavior disorders (4thed) Columbus**, Ohio charles. E.Merril.
- Pavl, J and Epanchin, C. (1992): **Emotional disturbance inchildren. He Ories & methods for Teachers**, Merril publishing conmpany, Columbus.
- Kazdin, Alan E. (1976): **Behavior modiffcation inapplied settings**. Homewood; the dorsey.
- Shea, theomas. M (1978): **Teaching children and youth with behavior dis-orders**. The. C.V. Mosby Company. U.S.A.
- Swanson, H. (1984): **Teaching strategies for children in conflict**, Mosby college publishing.
- William R. and van Osdol, (1977): **An introduction to exceptional children,** C.Brown publishers.
- Davison, G. C. & Neale, Inc. J. M (1994): **Abnormal psychology Newyork**: John, wiley & sons, Ine 6th. (ed).
- Alloy, L.B.Acocella, J & Bootzin, R (1996):

Abnormal psychology, Current petspectives, Newyork, Mc Grawhill, Inc, 9th, (ed).

- Holmes, D, S. (1994): **Abnormal psychology**, 2nd, (ed).
- Doleys, D., (1977): **Behavioral Treatments for mocturnal enuresisim children**; Areview of the recent Literaure, pshchological Bulletin 84, PP. 30-54.
- Oltmanns, T.F. & Emery, RE. (1999): **Abnormal psychology, Newjersey**, Prentice Hall. 2nd, (ed).
- Alloy, L. B: Acocella. J & Bootzin, R.R. (1996): **Abnormal psychology. Current perspective**, Newyork: Mc Graw Hill, Inc, 7th, (ed).
- Holmes, D.s. (1994): **Abnormal psycholoy**, Newyork. Harper collins college publishers 2nd. (ed).
- American psychiatric Association, (1994): **Diagnostic and statstical Nanual of mental disorders (DSM-IV)**, Washington, DC.
- World Health Organization, (1992): **the ICD-10 classiffication of Mental and and Behavioral Disorders**, Clinical descpipions and diagnostic guidelines, who, Geneva.
- Davison, G.C. & Neal, J. M. (1994): **Abnormal psychology,** Newyork, John wiley & Sons, Inc, 6th,

ed.

- Schlesier- stropp,b. (1984): **Bulimia nervosa: Areview of the Literature**, Psycho Logical builetin, 95, 247-257.
- Daviosn, GC. & Neal, JM, (1994): **Abnormal Psychology**, 6th, (ed), Newyork, John, Wiley & Sonss. Inc.
- American Psychiatric Association (2013): **Diagnostic and statstical nanual of mental disorders (DSM-5)**, Washington, DC.
- Whitaker, A:Johnson, J. Saffer. D.Rapoport. J.L Kalikow.K. Walsh, B.t Davis, M, Braiman's & Dolinsky, A. (1990): **Uncommon troubles is younf people**: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in anonrefrred adolescent population archives of general psychiatry 47-487-496.
- American Psychiatric Assocication, (1994) **Diagnostic and Statistical Of Mental Disorders.**(4th, ed).
- Baker, A., (1976) **Hyperactivity: Methods of Treatment.** Division for chil- dern with learning disabilities, CEC: Reston, Virginia.
- Beck. A. T, Rush, A.j. Shwa. B.F & G (1979) **Cognitive Therapy of Depression,** Guilrord Press.

- Brophy, J (1996) **Working with Shy orWithdrawn Students.** ERIC Digest. 3p Office of Educational Research and Improvement (ED), Washinghton, DC.
- Buss, Arnold H. (1980). Self - **Consciousness and Social Anxity.** Freeman and Company, San Francisco.
- Clarzio. H. F, (1989). **Assesment and Treatment of Depression in Children & Adolescents** Clinical Psy Chology Publishing Co. Inc.
- Clarizo, Harvey, McCoy, Gerorge, (1993) **Behavior Disorders in Children,** 538-581.
- Corey, Gerald. (1996). **Theory and Practice of Counseling and Psycother- apy.** Brooks/ Cole Publishing Company, Washington.
- Cormier, Wiliam. H. and Cormier, L. Sherilyn (1991). **Interviewing Strategies for Helpers.** (Third Edition). Brookskol Publisging Company California.
- Corsine, R, and Wedding, d. (1995) **Current Psychotherapies,** F. E Pea Cook Publishers, Inc.
- DeMyer, Marian K (1979) **Parents And childaren In Autism,** V. II. Winston and Sons, Washington, D. C, USA.
- Diseny Encyclopedia of Children's health, (1996), Autism, http: // family, go. com/ Features / family.

– Division Teacch, (1996), **Teacher Topics: Students with Visual Impairment and Multiple Disabilities**, http: // edtech. sandi. net/ epd/ 4F Fall 96 html.
– Edelson, Stephens **(1995) B, Stimulus Overselectivity.** Tunnel Vision in Autism. .
– Edelson**, Stephen M, (1995.C)** Stereotypic (Self - Stimulatory) Behavior,
– hyperlink http:/ www.autism.org/ s tim. html.
– Edelson, Stephen M (1995.D) **self - Injurious Behavior,** http: //www. autism. org/ tardiv. html.
– Edelson, Stephen **(1995JE) Tardive Dyskinesia,** http:// www. autisxm. org/ tardiv. html.
– Edelson, Meredy.th Goldberg (1995,F) **Autism - Related Disorders in DSM - IV,** http: //autism, org/ dsm. html
– Edelson, Stephen M (1996) **Secreitnan and Autism,** http: www. autis m. org/ secretin, html.
– Edelson, Stepen, M. (1997) **Social Behavior in Austism,** Hyperlin http: / www.autism, org/ social.
– Forggatt, Wayne, (1997) **Abrief Introcluctiono Rebt,** This document is Located on the internet set: http: /www. ratinal. org. nz.
– Grandin, Temple (1998) **Frequently Asked Question about Autism,** http: / www. autism, org/ temple/ faq.

html.

- Hallahan, d., Kauffman, J. (2003) **Exceptional Learners: Introduction to Special Education**. Euglwood cliffs: New Jersey: Prentice - hall.
- Hallahan, D Kauffman, J. (1992) **Exceptional Children: Introduction to special education,** Prentice hall, Inc (3 rd. ed) USA.
- Hall, J (1982). **Ivitation To Learning And Memory**, Allyn and Bacon, Inc.
- Henderson, L, M., and Zimbardo, P. G.. and Carducci, B. J (1999) **Shyness. An article for the Encyclopedia of Psyhology.**
- Henderson, L. M., and Zimbardo, P. G, and others (Smith, C. M. S, and Bueft, S (2000). **Shyness and Technology use in High School Students**.
- Henderson, Lynne, and Zimbardo, Philip (1996) **Shyness in Encyclopedia of Mental Health.** Academic Press, San Diego.
- Jones, Warren H, and Cheek, Jonathan, M, and Briggs, Stephen R. (1986). **Shyness: Perspectives on Research and Treatment**. Plenum Rress New York and London.
- Kanfer, R. & Zeiss, A. M (1983) Depression in Terpersonal Standerd Setting and Judgment of self -

Efficacy**. Journal of abnorrmal Psychology**, Vol 92. N. 3.

- Klaire laboratories, (1999) **Nutritionl Interventions In Autism:, Sereri Aid (TM),** http: // members, spree, com/ autism/ se ranaid. htm.
- Lazarus, P (1987). **Psychoeducational Evaluation of children and adolescents with low - Incidence Handicaps,** Gurne & straton, fuc, Florida - Lewis, Doorlay (1987).
- Mehl, Lewis and Madrona (2000 A) **Autism: An Overivew**, http: // WWW. healing - arts, org/ children/ autism - overview, htm.
- Mehl, Lewis and Madrona (2000, B) **Autism: Treatments** http: // www. healing - arts, org/ children - assessment, htm.
- Michael, B,. (2000) **"Diagnosis And Treatment of Children And Adolescent with Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder**" Jorunal of Consulting & Development, Vol. 78, 195 - 203 .
- Paul, J Epanchin, C (1992) **Emotional disturbance in children, Theories and Methods for Teaches**, Merrill Publishing company, columbous.
- **Pawletko**, Terese and Lorraine (1999) **Examples of Sympton Presentation in Blind / Autistic children**

in contrast to blin/ Non Autistic children a la DSM - IV Criteria, **http: // www. tsbvi. edu/ Education / Vmi/ autistic - vs - nonar - tistic. htm.**

- Publication of NICHCY (2000) **National Information Center for Children and Yorth with Disabililtes,** General information about Autism and Pervasive Develo[mental Disorder, http: // www. nichcy. org/ pubs/ factshe/ fs 1 txt. htm.
- Rimland, Bernard **(1987) Vitamin B6 (and magnesim in the treatment of Autism**.
- Ross, A., (1981), **Child Behavior Therapy,** John Willey & sons, New Yok. sharf, R.S (1996). **Theories of Psychotherapy and Counselling,** Brooks, cole.
- Shea, Thomas, M (1978), **Teaching Children and youth with behavior disorder's,** The c. v Mosby company, U. S. A.
- Stainback S., and Staintack W., (1980), **Educationg Children with Severe Maladaptive Behaviors,** Torontoy, Grune & Startton INC, New york, U.S. A.
- **Staum**, Myra J- (2000) **Music Therapy and language for the Autistic child**, http: // www. autism, org/ music, html.
- Terhin, Paul, (1998) **Some Basic Information about**

Teach, http: // www. unc. edu/ depts/ teacchteacchn. htm.

– **Thurber**, s. Crow, AI; Thurber, A.j. & Woffington, M. L 1990) **Cognitive Distortions and Depression In Psychiatrically Dirsturbed Adolescent In-patients**. Journal of Clinical Psy Cho - logy, Vol. 46. No. 1 Williams, Ruth M, (1985), **Children Stealing: A Review of Theft Control Procedures for Parents and Teachers**; Remedial and Special Education.