

منشورات جامعة دمشق

كلية التربية

# الصحة النفسية

الدكتور أحمد محمد الزعبي

الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي

الدكتور كمال يوسف بلان

الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي

1433- 1434هـ

2011- 2012م

جامعة دمشق



# الصحة النفسية

الدكتور أحمد محمد الزعبي  
الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي

الدكتور كمال يوسف بلان  
الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي

1433-1434هـ

جامعة دمشق

2011-2012م



## محتويات الكتاب

الصفحة	الموضوع
13	- مقدمة
	<b>الباب الأول</b>
15	الصحة النفسية والتوافق النفسي
17	الفصل الأول: الصحة النفسية
19	- مفهوم الصحة النفسية .
20	- أهداف الصحة النفسية .
21	- مظاهر الصحة النفسية .
24	- السواء واللاسواء .
24	- معايير السواء واللاسواء في السلوك الإنساني .
26	- مستوى الصحة النفسية.
27	- مجالات الصحة النفسية.
28	- مناهج الصحة النفسية.
30	-علاقة الصحة النفسية بفروع علم النفس الأخرى.
33	<b>الفصل الثاني: التوافق النفسي</b>
35	- مفهوم التوافق النفسي.

الصفحة	الموضوع
36	- التوافق والصحة النفسية.
36	- العوامل الأساسية في إحداث التوافق.
38	- مجالات التوافق:
38	○ أولاً - التوافق الأسري.
42	○ ثانياً - التوافق المدرسي.
44	○ ثالثاً - التوافق في المجتمع العام.
47	الفصل الثالث: آليات الدفاع النفسية
49	- مفهوم آليات الدفاع النفسية.
50	- بعض أشكال آليات الدفاع النفسية:
50	○ الكبت.
51	○ الإسقاط.
52	○ التبرير.
53	○ النكوص.
53	○ الانسحاب.
55	○ التعويض.
55	○ الإبدال أو التحويل.
56	○ التسامي.

الباب الثاني

57	مشكلات الأطفال والمراهقين
59	الفصل الرابع: غياب الطلاب عن المدرسة.
61	- مقدمة.
61	- أسباب غياب الطلاب عن المدرسة .
64	- الوقاية والعلاج.
67	الفصل الخامس: السلوك العدواني
71	- مفهوم العدوان .
72	- أشكال العدوان.
73	- أسباب العدوان.
79	- الوقاية والعلاج من السلوك العدواني .
83	الفصل السادس: الخجل
85	- مفهوم الخجل وطبيعته.
87	- أضرار الخجل.
87	- أنواع الخجل.

الصفحة	الموضوع
88	- مظاهر الخجل.
88	- معدل انتشار الخجل .
89	- أسباب الخجل.
91	- علاج الخجل.
<b>93</b>	<b>الفصل السابع: اضطرابات الكلام والنطق</b>
95	- مفهوم اضطرابات الكلام.
95	- مظاهر اضطرابات الكلام:
95	أولاً- اضطرابات النطق.
96	ثانياً- اضطرابات الصوت.
97	ثالثاً- التأتأة.
98	رابعاً- السرعة الزائدة في الكلام .
99	- مدى انتشار اضطرابات اللغة .
100	- أسباب اضطرابات اللغة .
103	- تشخيص اضطرابات اللغة .
104	- الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية.
105	- الرعاية النفسية والتربوية لذوي الاضطرابات اللغوية.
106	- علاج اضطرابات الكلام.
<b>111</b>	<b>الفصل الثامن: التأخر الدراسي</b>
113	- مفهوم التأخر الدراسي.

<u>الصفحة</u>	<u>الموضوع</u>
113	- أنواع التأخر الدراسي.
114	- أسباب التأخر الدراسي.
119	- طرق الوقاية والعلاج من التأخر الدراسي .
<b>125</b>	<b>الفصل التاسع: عادات الدراسة الخاطئة</b>
128	- مفهوم عادات الدراسة الخاطئة .
128	- آثار عادات الدراسة الخاطئة.
129	- أسباب عادات الدراسة الخاطئة.
131	- الإجراءات العلاجية لعادات الدراسة الخاطئة.
<b>133</b>	<b>الفصل العاشر: ضعف القدرة على تركيز الانتباه</b>
133	- طبيعة ضعف القدرة على تركيز الانتباه.
135	- تعريف ضعف القدرة على تركيز الانتباه.
136	- عوامل ضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب.
138	- طرق الوقاية والعلاج لضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب.
<b>141</b>	<b>الفصل الحادي عشر: صعوبات التعلم</b>
143	- مقدمة.
144	- تعريف صعوبات التعلم.

<u>الصفحة</u>	<u>الموضوع</u>
148	- مدى انتشار صعوبات التعلم.
149	- أسباب صعوبات التعلم.
151	- تصنيف صعوبات التعلم.
156	- تشخيص صعوبات التعلم.
158	- أدوات قياس وتشخيص صعوبات التعلم.
162	- خطوات تشخيص صعوبات التعلم.
163	- الخدمات التربوية للطلاب ذوي صعوبات التعلم.
<b>169</b>	<b>الفصل الثاني عشر: مشكلة الإدمان على المخدرات</b>
171	- أهمية دراسة مشكلة الإدمان على المخدرات.
173	- تعريف الإدمان على المخدرات.
174	- أصناف المخدرات.
175	- الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات.
179	- الأسباب المفسرة لتعاطي المخدرات.
185	- أعراض تعاطي المخدرات.
185	- الوقاية من تعاطي المخدرات.
187	- علاج تعاطي المخدرات.

<u>الصفحة</u>	<u>الموضوع</u>
	<b>الباب الثالث</b>
<b>191</b>	<b>الإرشاد النفسي</b>
<b>193</b>	<b>الفصل الثالث عشر: الإرشاد النفسي</b>
195	- مفهوم الإرشاد النفسي.
196	- أهداف الإرشاد النفسي.
199	- الحاجة إلى الإرشاد النفسي .
<b>205</b>	<b>الفصل الرابع عشر: وسائل الإرشاد النفسي</b>
207	أولاً: الملاحظة.
212	ثانياً: المقابلة.
222	ثالثاً : دراسة الحالة.
230	رابعاً: الاختبارات النفسية.
235	خامساً: السجل الشامل أو السجل المجمع.
<b>237</b>	<b>الفصل الخامس عشر: مجالات الإرشاد النفسي</b>
239	أولاً — الإرشاد التربوي
245	ثانياً — الإرشاد المهني.

<u>الصفحة</u>	<u>الموضوع</u>
249	ثالثاً — الإرشاد الأسري.
256	رابعاً — إرشاد الأطفال.
267	خامساً — إرشاد الشباب والمراهقين.
274	سادساً — إرشاد الفئات الخاصة.
274	- إرشاد ذوي الحاجات الخاصة.
276	- إرشاد الموهوبين والمتفوقين.
<b>281</b>	<b>الفصل السادس عشر: الصحة النفسية في المدرسة</b>
283	- أهمية الصحة النفسية للمعلمين.
284	- العلاقات السائدة في المدرسة.
285	- الإدارة الصفية الناجحة من قبل المدرس
286	- ضغوط مهنة التعليم.
287	- الآثار الناجمة عن ضغوط مهنة التعليم.
288	- أساليب مواجهة ضغوط مهنة التعليم.
289	- إجراءات دعم الصحة النفسية في المدرسة.
	المراجع:
291	أولاً - المراجع العربية.
299	ثانياً المراجع الأجنبية.

مقدمة:

يُعدُّ هذا الكتاب مادة علمية غنيّة واضحة تفيد المهتمين بالصحة النفسية من معلمين ومرشدين نفسيين. فهو دليل علمي يستند إليه كل من ينشد الاهتمام بالأطفال والمراهقين وتنشئتهم تنشئة سليمة.

إن هدفنا من هذا الكتاب هو أن نقدم للقاري الكريم كتاباً علمياً متخصصاً في الصحة النفسية، متضمناً المشكلات السلوكية، والإرشاد النفسي بأسلوب علمي دقيق، بما يمكن المختصين وغير المختصين من الاستفادة منه على أحسن وجه ممكن.

وبهذه الرؤى نقدم هذا الكتاب متضمناً ثلاثة أبواب تشتمل على ست عشرة فصلاً تتكامل مع بعضها بعضاً لتغطي الجوانب الرئيسية التي ينبغي أن يتضمنها كتاب في الصحة النفسية. وبناء على ذلك يمكن لهذا الكتاب أن يسهم في إثراء المكتبة العربية بمرجع متخصص حديث.

وإذا كان هناك من شكر يسدى فهو لله وحده الذي أعاننا على إتمام هذا العمل. كما نرجو من زملائنا ألا يبخلوا علينا بملاحظاتهم ورؤاهم من أجل تطوير هذا الكتاب مستقبلاً، فالكمال لله وحده.

والله ولي التوفيق

المؤلفان







## الفصل الأول

### الصحة النفسية

- مفهوم الصحة النفسية.
- أهداف الصحة النفسية.
- مظاهر الصحة النفسية.
- السواء واللاسواء.
- معايير السواء واللاسواء في السلوك الإنساني.
- مستوى الصحة النفسية.
- ميدان الصحة النفسية.
- مناهج الصحة النفسية.
- علاقة الصحة النفسية بفروع علم النفس الأخرى.



## الفصل الأول

### الصحة النفسية Mental Health

#### مفهوم الصحة النفسية:

تتعدد تعريفات الصحة النفسية، حيث تركز الفئة الأولى من التعريفات على البرء من أعراض المرض النفسي أو العقلي، وبذلك يكون معنى الصحة النفسية: الخلو من المرض النفسي أو العقلي كالقلق، والفصام، وغيرها من الأمراض النفسية أو العقلية. في حين تتزع الفئة الثانية من التعريفات إلى اعتبار الصحة النفسية مسألة نسبية، إذ إن الصحة النفسية الكاملة مثل أعلى نسعى كلنا نحوه، وقل أن نصل إليه في كل ساعات حياتنا، لأن الإنسان يواجه أثناء حياته مشكلات متعددة، فهو يخاف، ويحزن، ويقلق،... الخ ولكن الشخص الصحيح نفسياً، هو الشخص القادر على مواجهة المشكلات والأزمات بصورة فعالة، والقدرة على التوافق مع الذات ومع الآخرين، والشعور بالسعادة والرضا.

ولذلك تعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) الصحة النفسية بأنها حالة من الشعور التام بالسعادة أو الراحة الجسمية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض أو انتفاء العجز والضعف. أما زهران فيعرف الصحة النفسية بأنها "حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وانفعالياً واجتماعياً أي مع نفسه ومع بيئته، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، ويكون حسن الخلق حيث يعيش في سلامة وسلام" (زهران، 1997: 9).

في حين تعرف الكحيمي وآخرون (2003: 25) الصحة النفسية بأنها "التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية والجسمية مع قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع الآخرين، وقدرته

في مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على حياته، واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية والكفاية".

ويعرف القريطي (1998: 28) الصحة النفسية بأنها "حالة عقلية انفعالية إيجابية، مستقرة نسبياً، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية". وهذه التعريفات تؤكد ما يتمتع به الشخص الصحيح نفسياً من صفات إيجابية تؤهله إلى أن يكون قادراً على مواجهة المشكلات والأزمات بكفاءة عالية، وقدرته على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه (في الأسرة أو المدرسة، أو المجتمع) بصورة إيجابية.

وبناء على ذلك يمكننا تعريف الصحة النفسية بأنها حالة إيجابية توجد عند الفرد تظهر في مستوى قدرته على الاستفادة مما لديه من قدرات وإمكانات إلى أقصى حد ممكن، وقدرته على مواجهة الضغوط والمشكلات بكفاءة عالية، وشعوره بالسعادة والرضا في المجتمع الذي يعيش فيه، وتحقيق التوافق مع الذات والآخرين.

فالصحة النفسية وفقاً لذلك تعبر عن حالة من التوازن والتكامل بين القوى الداخلية (الدوافع والحاجات، والقيم والاتجاهات، ومستوى الطموح) وبين القوى الخارجية (كالمطالبات الاجتماعية: الأسرة، المدرسة..، والمعايير الاجتماعية، وقوانين المجتمع ومتطلباته). وهذا التوازن يؤدي إلى حالة من الاستقرار النفسي النسبي عند الشخص، حيث تجعله يعيش في سلامة وسلام مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع الذي يعيش فيه.

### أهداف الصحة النفسية:

توجد أهداف كثيرة للصحة النفسية، حيث تهدف بشكل عام إلى المحافظة على صحة الفرد

- النفسية في أحسن وضع ممكن، ويمكن تحقيق هذا الهدف الرئيسي من خلال تفاعل الأهداف التالية:
- 1- الوقاية من الاضطرابات النفسية، وذلك من خلال إزالة الأسباب التي تؤدي إليها، والعمل على توفير الظروف المناسبة للفرد حيث يتمكن من مواجهة المشكلات والاضطرابات بكفاءة عالية.
  - 2- المعرفة الدقيقة بكل ما يعترى صحة الفرد النفسية في حالات التكيف المختلفة التي يمر بها سواء في البيت أو المدرسة أو العمل أو عندما نواجه مشكلات في حياتنا العامة في إطار المجتمع الذي نعيش فيه.
  - 3- الاستمرار في رعاية الصحة النفسية للفرد، وذلك من خلال التشجيع، والتعزيز، وتوفير الظروف التي من شأنها استمرار الصحة النفسية في أحسن وضع ممكن، وعلاج الحالات التي لا تتمكن من مواجهة الاضطرابات أو المشكلات لوحدها في مؤسسات علاجية متخصصة .

### مظاهر الصحة النفسية:

توجد مظاهر عديدة للصحة النفسية يجب الأخذ بها بشكل متفاعل ومتكامل لبيان مدى ما يتمتع به الفرد من صحة نفسية سليمة وأبرز هذه المظاهر ما يلي:

#### 1- التكامل بين الوظائف النفسية:

ويعني هذا المظهر أن تنتظم آداءات جوانب الشخصية الجسمية والعقلية والمعرفية والمزاجية والانفعالية والاجتماعية جميعها في كيان موحد، حيث تتناسق فيما بينها لتحقيق وظائفها وأهدافها، دون أن يطغى جانب على جانب آخر، وذلك بما يحقق التوازن والانسجام بين القوى النفسية للفرد. فالشخص الذي يتمتع بصحة نفسية سليمة هو شخص متكامل نفسياً، أي أنه يستخدم طاقاته كاملة دون أن يطغى جانب على جانب آخر (مثلاً يعتني بالجانب الجسدي أو العقلي ويغفل ما عداه من جوانب) بما يتفق مع متطلبات الحياة ونشاطاتها المختلفة.

2- التوافق النفسي:

يعدّ التوافق النفسي أساس الصحة النفسية السليمة، إذ كلما كان الفرد أقدر على التوافق النفسي دلّ ذلك على تمتعه بصحة نفسية أفضل.

والتوافق Adjustment يتضمن جانبين الأول هو علاقة الفرد مع نفسه، بمعنى قدرته على مواجهة ما يعتريه من صراعات وإحباطات ومدى تحرره من القلق والتوتر الناجم عنها. أما الجانب الثاني فيظهر في علاقة الفرد مع محيطه المادي والاجتماعي بما يتضمنه من أشخاص وعلاقات ومجالات وأحداث ومشكلات (القريطي، 1998).

3- القدرة على ضبط النفس :

وبعني هذا المظهر القدرة على التحكم في الذات وضبطها وكف اندفاعاتها، والتحكم في مشاعر الفرد ورغباته وسلوكياته، وضبط أهوائه ونزعاته بإرادته الذاتية، والتحكم في مواجهة مشكلات الحياة اليومية، والمواقف العصبية، والظروف الضاغطة، والقدرة على إدارة الأزمات والشدائد، والقدرة على التصرف بهدوء واتزان في هذه المواقف .

4- رضا الفرد عن ذاته وتقبله لها:

فالصحة النفسية تتطلب من الفرد أن يفهم ذاته وقيمها تقييماً موضوعياً سليماً، ويعرف جوانب القوة والضعف لديه وتقبله لها. وهذا ما يجنب الفرد المغالاة في تقدير جوانب قوته، مما يجعله يصاب بداء العظمة، أو أن يقلل من شأن نفسه، مما يشعره بالنقص والدونية.

5- تحقيق الذات :

فالصحة النفسية السليمة تتطلب من الشخص أن يجعل ما لديه من إمكانيات وطاقات محققاً في الواقع، ويعمل على تحسينها باستمرار إلى أقصى حد ممكن بما يعود عليه وعلى مجتمعه بالفائدة. وهذا

ما يؤدي إلى شعور الفرد بالنجاح وبالتثقة بالنفس، والاستقلالية والإنتاجية .

### 6- الشعور بالسعادة والرضا عن الذات والآخرين:

فالشخص الصحيح نفسياً يشعر غالباً بالطمأنينة والسعادة والراحة النفسية، ويكون متفائلاً، وتنحسر لديه مشاعر القلق والشعور بالذنب، مما يزيد من دافعيته لبذل مزيد من الجهد، والإقبال على الحياة والاستمتاع بمباهجها المشروعة. ولكن سعادة الفرد يجب ألا تكون على حساب سعادة الآخرين، بل إن شعور الفرد الصحيح نفسياً يجب أن يمتد ليشمل سعادته بعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين. فالشخص السعيد حقاً ذلك الشخص الذي لا تتعارض حاجاته ورغباته مع مصالح الآخرين.

ولذلك فإن مقدرة الفرد على بناء روابط أسرية متينة، والإسهام بدور إيجابي في المناسبات الاجتماعية، وإقامة علاقات إنسانية وصدقات مثمرة مع الآخرين، والتفاعل مع الآخرين بشكل مثمر في محيط السكن والدراسة والعمل والنادي، وشعوره بتقدير الآخرين ومساندتهم الوجدانية له، وكذلك حاجاته لأن يُحِبَّ ويُحَبَّ ويتعاون ويتفاعل اجتماعياً، وقدرته على الاستمتاع بهذه العلاقات وشعوره بالسعادة الناجمة عنها، يعد من أهم المؤشرات للصحة النفسية السليمة (القريطي، 1998)

### 7- النجاح في العمل والرضا عنه :

من مظاهر الصحة النفسية السليمة مدى قدرة الفرد على تحقيق النجاح في عمله ورضاه عنه، وشعوره بإشباعه لحاجاته وطموحاته.

كما يعد الرضا عن العمل من أهم مقومات التوافق المهني السليم للفرد ويتجلى رضا الفرد عن العمل ونجاحه فيه إقباله عليه برغبة، وبذل الجهد الكافي وتحقيق أفضل إنتاجية ممكنة فيه، وحسن استخدام أدوات العمل، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة ومثمرة مع زملائه ورؤسائه في

العمل، حيث يشعر بأن حاجاته النفسية والاجتماعية والمادية مشبعة من خلال ممارسته لعمله.

### السواء واللا سواء:

### السواء Normality:

السواء هو القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع الآخرين والشعور بالسعادة، وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها (زهران، 1997).

أما السلوك السوي فهو السلوك الذي يواجه الموقف بما يناسب في ضوء ما يغلب على الناس. فإذا كان الموقف يدعو إلى السرور واجهناه بالسرور، وحين يُظهر أحدنا الحزن بدل السرور في هذا الموقف نستغرب ذلك ونستهجنه. وهذا يعني أن السلوك السوي هو السلوك المألوف الذي يغلب على حياة غالبية الناس.

بهذا المعنى يكون الشخص سويًا إذا تطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطاته، ويكون سعيدًا ومتوافقًا شخصيًا وانفعاليًا واجتماعيًا.

### اللا سواء: (الشدوذ) Abnormality

يُعد السلوك غير سوي أو شاذًا إذا انحرف عما هو عادي أو سوي، أو السلوك الذي يعبر عن درجة غير مألوفة من ضعف التناسق داخل الشخصية. والشخص اللاسوي هو الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصيًا وانفعاليًا واجتماعيًا (زهران، 1997: 11).

### معايير السواء واللا سواء في السلوك الإنساني:

توجد معايير عديدة لتحديد السلوك السوي والسلوك غير السوي أو الشاذ ومن هذه المعايير:

### المعيار الذاتي:

ووفقاً لهذا المعيار فإننا نحكم ذاتنا وكيانها الشخصي الفردي حينما نتحدث عما هو سوي أو غير سوي، ونحكمها معتمدين على كل ما قبلته وألفته في خبرتها السابقة. وهذا يعني أن السلوك السوي بالنسبة إلينا هو ما نرغب فيه وما يتلاءم مع أفكارنا وآرائنا، أما السلوك غير السوي فهو ما لا نرغب فيه، وما يختلف عن آرائنا وأفكارنا.

### المعيار الاجتماعي:

حسب هذا المعيار فإن التوافق بين سلوك الفرد وقيم المجتمع ومعاييره الاجتماعية استواءً ويكون عدم التوافق شذوذاً. ولذلك فإن مسايرة الفرد لقيم المجتمع الذي يعيش فيه ومعاييره يعدُّ أساساً للحكم على سلوكه بالسواء أو الشذوذ. ولذلك يعد القبول الاجتماعي المحك الاجتماعي للحكم على السلوك بالسواء أو اللاسواء (كفاي، 2003)

### المعيار الإحصائي:

إن التوزيع الطبيعي وفقاً للمعيار الإحصائي يميل إلى التوسط والاعتدال بالنسبة لما تنطوي عليه من الحوادث ومظاهرها الكمية، وإن أكثر الحالات تقع حول المتوسط، في حين لا يقع في حقل التطرف إلا القليل منها (الرفاعي، 1987).

كما يشير هذا المعيار إلى مدى انحراف السلوك عن المتوسط الشائع في البيئة المحيطة، ولذلك يدخل في عداد الشواذ أو غير العاديين مثل العباقرة والمعتوهين وذلك بحكم انحراف هاتين الفئتين عن المتوسط الشائع (غنيم، 1978).

### المعيار النفسي - الموضوعي:

توصف الحالة النفسية باللا سواء أو الشذوذ عندما يقودنا التحليل العلمي الدقيق إلى التأكد من

وجود الاضطراب الوظيفي الشديد فيها. وبهذا المعنى فإن الفحص والتحليل الدقيق للحالة النفسية هو الأساس في الحكم على الحالة، ثم بعد ذلك نعددها قليلة الحدوث من حيث نسبة وقوعها بين الناس، وأنها مختلفة في أعراضها عما يبدو عند الآخرين، والفحص هو الذي يكشف في النهاية عن وجود الاضطراب الشديد بدرجة تسمح بتسمية الحالة بأنها شاذة، وهذا الفحص يعتمد على ما لدينا من معارف علمية حول الحالات الشاذة وما تؤدي إليه من اضطراب في الوظائف النفسية .

أما الحالة النفسية السوية فهي الحالة التي يكشف ويؤكد لنا الفحص الدقيق من عدم وجود الاضطراب الوظيفي الشديد فيها، وأنها متكيفة مع نفسها ومع الآخرين بصورة فعالة.

الجدير ذكره أن السواء واللا سواء في السلوك مفهومان نسبيان في مراحل العمر المختلفة وفي الثقافات المختلفة، إذ لا يفهم أحدهما إلا بالرجوع إلى الآخر، والفرق بينهما فرق في الدرجة وليس في النوع.

### مستوى الصحة النفسية:

إن الصحة النفسية عند الفرد أمر نسبي، فقد يكون شخص ما صحيحاً نفسياً بنسبة 80%، وشخص آخر بنسبة 70%، وهناك شخص آخر يتمتع بصحة نفسية منخفضة 40%. فالتوافق التام بين الوظائف النفسية عند فرد ما غير موجود في كل ساعات الحياة، ولذلك فإن درجة اعتلال الصحة النفسية هي التي تميز حالة الصحة عن غيرها.

ويرى القوصي (1981) أن من أركان الصحة النفسية - إلى جانب انعدام الصراع الداخلي - نجاح الفرد في التكيف مع البيئة، ونجاح الفرد في التكيف مع البيئة أمر نسبي، فليس هناك حد فاصل بين حالتي التكيف مع البيئة وبين انعدام تحققه. فالتكيف مع البيئة أمر نسبي ويتوقف على مرحلة النمو التي يمر بها الفرد، فقد يعدُّ سلوك ما سويًا في مرحلة عمرية معينة، ويعدُّ غير سوي في مرحلة عمرية أخرى. فالتبول اللا إرادي يعدُّ سلوكاً سويًا عند الأطفال دون سن الرابعة، في حين يعدُّ غير

سوي إذا حدث في سن السادسة وما بعد. ولذلك فإن الصحة النفسية من هذا المنظور أمر نسبي (أبوجبل، وشاذلي، 1997).

فضلاً عن ذلك يختلف الحكم على السلوك السوي والسلوك غير السوي بالنسبة لفرد ما باختلاف الزمان والمكان، فقد يكون سلوك ما سوياً ومتوافقاً في مجتمع ما، ولكنه يكون سلوكاً غير سوي في مجتمع آخر. ومثال ذلك: اختلاط الرجال بالنساء في بعض المجتمعات دون الأخرى. كما أن ما نعهده سلوكاً سوياً وتوافقياً في مجتمع ما منذ زمن بعيد (مثل عدم خروج المرأة إلى العمل) يعدُّ سلوكاً غير مقبول في الوقت الحاضر. وهذا ما يؤكد نسبية الحكم على صحة الفرد النفسية. وبناءً على ذلك لا بد للمرشد أو المعالج النفسي من أن يأخذ ظروف المجتمع الذي يعيش فيه المتعالج بعين الاعتبار وأن يكون على دراية ومعرفة بعاداته وتقاليده وقيمه الدينية والخلقية قبل إصدار الأحكام على المتعالج (الهابط، 1989).

### مجالات الصحة النفسية:

بما أن علم الصحة النفسية يبحث في تكوين الأفراد وفي وقايتهم وعلاجهم من المشكلات النفسية في مراحل نموهم المختلفة، لذلك يكون الميدان الأساسي للصحة النفسية، دراسة الفرد في أسرته، وفي مراحل دراسته المختلفة في المدرسة والجامعة، وفي مجال العمل، وكذلك علاقاته بالآخرين، والقوى والعوامل التي تؤثر فيه.

ولذلك يحتاج هذا النوع من الدراسة إلى فحص المشكلات السلوكية عند الأفراد في مراحل نموهم المختلفة، من أجل معرفة أسبابها، والبحث عن سبل الوقاية منها وعلاجها. وهذا يتطلب دراسة العوامل الكامنة وراء هذه المشكلات، والبحث عن أفضل الوسائل لضبطها وتوجيهها لصالحه (الكحيمي وآخرون، 2007).

## مناهج الصحة النفسية:

للصحة النفسية ثلاثة مناهج أساسية هي:

### 1- المنهج الوقائي: Preventive Method

يعرف هذا المنهج بمنهج التحصين النفسي ضد المشكلات والانحرافات والاضطرابات. إنه يعبر عن مجموعة الجهود التي يبذلها القائمون على الصحة النفسية من أجل منع حدوث اضطرابات نفسية، وتقليل العوامل المسببة لهذه الاضطرابات أو الأمراض النفسية والعقلية.

وتشير الإحصاءات الحديثة إلى زيادة معدلات انتشار الإصابة بالاضطرابات النفسية والأمراض العقلية في العالم، وذلك نتيجة تطور الحياة، والتغيرات الاجتماعية، وازدياد عدد السكان والبطالة والامية. وهذا ما دعا إلى وجود حاجة ماسة لخفضها من خلال وقاية الأفراد الذين يتعرضون إلى الخطر أكثر من غيرهم دون وصولهم إلى درجة المرض النفسي أو العقلي.

يركز المنهج الوقائي على مرحلة الطفولة لأهميتها في تحقيق النمو السوي للفرد، كما يهتم بالأسرة باعتبارها المؤسسة الأولى التي تتم برعاية الطفل وتنشئته، وتهيء له النمو السليم، وذلك من خلال توعية الوالدين باستخدام الأساليب الصحيحة في التربية، والابتعاد عن الأساليب الخاطئة التي تؤدي إلى سوء التوافق مستقبلاً.

كما تؤدي المدرسة ووسائل الإعلام ومؤسسات رعاية الأطفال والأحداث والنوادي دوراً مهماً في وقاية الأفراد وتجنبيهم أسباب الانحرافات والاضطرابات النفسية من جهة، وتدعيم الظروف والفرص المهيئة للنمو النفسي السوي، والعمل على نشر الصحة النفسية من جهة أخرى

(الكحيمي وآخرون، 2007).

## 2- المنهج النمائي أو الإنمائي:

هو منهج إنشائي بنائي يتضمن مجموعة من الخدمات تقدم لرعاية وتوجيه النمو السوي، والارتقاء بالسلوك، وزيادة السعادة والكفاية، والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال مراحل العمر، ورعاية مظاهر النمو بهدف الوصول إلى أعلى مستويات الصحة النفسية من خلال مساعدة الفرد على أن يقدم لنفسه وبفعله شيئاً، والتعرف على فهم الذات وتقبلها دون شروط، والتعرف على إمكانات وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيههم نفسياً واجتماعياً وأسرياً (أحمد ومحمود، 2003).

فالمنهج الوقائي يهتم بتنمية الأفراد وتوظيف إبداعاتهم بما يعود عليهم وعلى مجتمعهم بالخير والسعادة. وهذه المسؤولية تقع على عاتق الأسرة المسؤولة عن تنشئة أبنائها ورعايتهم، وتنمية حواسهم وميولهم ومواهبهم. كما تقع المسؤولية أيضاً على المدرسة التي تساهم إلى جانب الأسرة بتهيئة الفرص المناسبة للنمو والإبداع والابتكار من خلال إتاحة الفرصة للطلاب لممارسة الأنشطة المختلفة التي تلي حاجاتهم واهتماماتهم.

## 3- المنهج العلاجي:

يهتم المنهج العلاجي بعلاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية عند تعرض الفرد إلى انحراف في صحته النفسية أو العقلية من أجل عودته إلى حالة الاتزان والتوافق النفسي والاجتماعي. كما يهتم هذا المنهج أيضاً بدراسة نظريات الأمراض النفسية وأسباب هذه الأمراض وتشخيصها وعلاجها، وتوفير المعالجين ومراكز الصحة النفسية اللازمة لهذا الغرض. إنه يهدف إلى تحرير الإنسان من القلق والتوتر والعيش بعيداً عن كل ما ينغص عليه حياته الشخصية والأسرية والمهنية.

وفي العلاج الأسري والزواجي حدد المنهج العلاجي واجبات ومسؤوليات كل فرد في الأسرة، وطرق العلاج عند ظهور المشكلات الأسرية أو الزوجية.

## علاقة الصحة النفسية بفروع علم النفس الأخرى:

يستفيد علم الصحة النفسية من فروع علم النفس المختلفة منها:

### 1- علاقة الصحة النفسية بالإرشاد النفسي:

يهتم الإرشاد النفسي بمساعدة الأفراد الأسوياء في حل مشكلاتهم التي لا يستطيعون مواجهتها بمفردهم في المجالات التربوية والمهنية والأسرية والزوجية...إلخ. وبذلك تسهم الخدمات الإرشادية في مجال الصحة النفسية على المستوى الوقائي بالتدخل المبكر للسيطرة على هذه المشكلات في مراحلها الأولى.

### 2- علاقة الصحة النفسية بعلم النفس المرضي:

يهتم علم النفس المرضي بدراسة أشكال السلوك الشاذة المختلفة، كالأعراض النفسية (العُصابية)، والعقلية (الذهانية)، والسيكوسوماتية، والانحرافات السلوكية مثل جنوح الأحداث، والسلوك الإجرامي، والسيكوباتي، وذلك بالكشف عن الأعراض المميزة لكل منها، والبحث عن أسبابها وتطورها، وتأثير كل منها على شخصية الفرد وصحته النفسية.

### 3- علاقة الصحة النفسية بعلم نفس الشواذ:

يهتم علم نفس الشواذ بدراسة الاضطرابات النفسية، والكشف عن المبادئ والقوانين التي تحكم نشأة السلوك غير السوي ونموه. والصحة النفسية تستمد من علم نفس الشواذ كثيراً من المبادئ الأساسية عن الاضطرابات النفسية وحالات السواء وعدم السواء.

### 4- علاقة الصحة النفسية بعلم النفس الإكلينيكي:

## الصحة النفسية

يهتم علم النفس الإكلينيكي بالمرضى النفسيين والعقليين، كما يهتم بإجراء البحوث الخاصة بالسلوك العادي والشاذ، حيث تتركز مجالاته في النواحي الشخصية والعلاجية للحالات المرضية ومظاهر اختلال الصحة النفسية.

### 5- علاقة الصحة النفسية بالطب النفسي:

يهتم الطب النفسي بدراسة الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية والضعف العقلي من النواحي الفسيولوجية والعصبية وتشخيصها وعلاجها، مستخدماً في ذلك العقاقير والصددمات الكهربائية، بالإضافة إلى الأساليب النفسية مثل التحليل النفسي، والعلاج السلوكي، والعلاج المعرفي وغير ذلك من أساليب.

### 6- علاقة الصحة النفسية بعلم نفس النمو:

يهتم علم نفس النمو بدراسة مراحل النمو المختلفة عند الإنسان منذ لحظة الإخصاب حتى نهاية الحياة، ودراسة التغيرات النمائية التي تحدث على كل مظاهر النمو الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية في كل مرحلة من مراحل النمو. وهذا يعني أن لعلم نفس النمو أهمية كبيرة في الصحة النفسية، إذ إن توافق الفرد يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمراحل نموه، والتغيرات التي تحدث فيها.

فضلاً عن ذلك فإن الصحة النفسية لها علاقة بعلم النفس الاجتماعي، وعلم النفس الصناعي، وعلم النفس الجنائي والقضائي، وعلم النفس التربوي، وغيرها من فروع علم النفس النظرية والتطبيقية.



## الفصل الثاني

### التوافق النفسي

- مفهوم التوافق النفسي
  - التوافق والصحة النفسية
  - العوامل الأساسية في إحداث التوافق
  - مجالات التوافق
- أولاً: التوافق الأسري
- ثانياً: التوافق المدرسي

ثالثاً : التوافق في المجتمع العام





## الفصل الثاني

### التوافق النفسي Adjustment

#### مفهوم التوافق النفسي:

استخدم بعض الباحثين مفهوم التكيف Adaptation والتوافق Adjustment بمعنى واحد، في حين حاول بعضهم الآخر التمييز بين المفهومين: فالتكيف يشمل تكيف الإنسان والحيوان والنبات إزاء البيئة المادية ومشكلاتها وصعوباتها من أجل الحفاظ على البقاء والاستمرار في الحياة. أما مفهوم التوافق فهو خاص بالإنسان، ويتحدد بالاعتبارات البيولوجية والنفسية والاجتماعية. فالإنسان من خلال التوافق يعدل بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط محيطية معينة أو خيرة جديدة. إنه يعمل على تنظيم حياته وحل صراعاته ومواجهة مشكلاته وصولاً إلى الصحة النفسية والانسجام مع الذات ومع الآخرين في الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه .

ويعرّف زهران (1987: 27) التوافق النفسي بأنه: "عملية ديناميكية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته. وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد وتحقيق متطلبات البيئة".

بناء على ذلك فالتوافق يتطلب تغييراً في سلوك الإنسان وتفكيره واتجاهاته، وهذا يتطلب من الإنسان أن يكون على درجة من المرونة والقابلية للتعديل والتغيير، فإذا عجز عن إشباع دوافعه تعرض للإحباط، أما إذا اصطدمت رغباته مع رغبات المجتمع فإنه يسعى إلى استعادة التوازن والانسجام، ويعدل سلوكه ليتوافق مع سلوك الجماعة ويسمى ذلك بالتوافق الاجتماعي .

ويؤكد شوبن نسبة التوافق، إلا أنه يضع محكاً للتوافق يقدر بمدى إمكانات الفرد ومدى توظيفها

وتحقيقها في الواقع (المغربي، 1992).

وبناء على ما تقدم يمكننا تعريف التوافق النفسي بأنه محصلة لما يقوم به الفرد من علاقات تفاعلية مع البيئة التي يعيش فيها، الهدف منه إحداث توازن نفسي بين الفرد وبيئته من أجل ضمان نمو إمكاناته وتوظيفها وتحقيقها في حيز الواقع.

ولذلك يمكن القول إن الصحة النفسية للفرد تتحلى في مدى قدرته على تحقيق التوافق النفسي، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه.

### التوافق والصحة النفسية:

يمكن التمييز بين مستويين من التوافق؛ التوافق الشخصي، والتوافق الاجتماعي. والمستوى الأول ضروري لتحقيق المستوى الثاني. ويشير التوافق الشخصي (Personal Adjustment) إلى التوازن بين الوظائف المختلفة للشخصية، مما يترتب عليه أن تقوم الأجهزة النفسية بوظائفها دون صراعات شديدة. أما التوافق الاجتماعي (Social Adjustment) فيعني أن ينشئ الفرد علاقة منسجمة مع البيئة التي يعيش فيها (كفاي، 2005).

وبناء على ذلك يمكن القول إن التوافق دليل الصحة النفسية إذا كانت أهداف الفرد تتفق مع قيم المجتمع ومعايره، وعمل على إشباعها بطريقة مقبولة. كما يدل التوافق على ضعف الصحة النفسية إذا لم يبارك المجتمع أهدافه، أو كانت سلوكياته تثير سخط الآخرين.

فالصحة النفسية تعبر عن قدرة الفرد على العيش مع الآخرين، وأن يختار حاجاته وأهدافه دون أن يثير غضبهم عليه، ويشبعها بسلوكيات تتفق مع معايير المجتمع وثقافته ومعايره.

العوامل الأساسية في إحداث التوافق:

## 1- الحاجات الأولية والحاجات الشخصية:

تشير الحاجات الأولية إلى الحاجات الأساسية في حياة الكائن، حيث إن بقاء الإنسان يتوقف عليها مثل: الحاجة إلى الغذاء والشراب والراحة والجنس.

أما الحاجات الشخصية فهي الحاجات النفسية والاجتماعية مثل الحاجة إلى المحبة والانتماء والنجاح والاعتبار والتقدير، فإشباعها له أهمية كبيرة في عملية التوافق، وإذا لم تشبع الحاجات الأولية والحاجات الثانوية، شعر الفرد بالتوتر، ومع زيادة التوتر يؤدي إلى خلل في الاتزان الانفعالي، مما يضعف القدرة على التوافق الحسن.

## 2- العوامل الفسيولوجية:

من العوامل الفسيولوجية ذات العلاقة بالتوافق: الغدد وإفرازاتها، والتي تؤثر في على حياة الإنسان النفسية والمزاجية. ومنها ما يعود إلى الوراثة التي تأتي عن طريق الآباء وتحمل معها في بعض الحالات حالات مرضية يمكن أن تنقل إلى الأبناء.

## 3- تقبل الفرد لذاته:

إن معرفة الإنسان بقدراته وإمكاناته دليل على حسن توافقه، فالآمال والتمنيات كثيراً ما تكون أعلى من إمكاناته مما يوقعه في الإحباط، ويقوده إلى سوء التوافق. ولذلك فالشخص الذي يرضى ويسعى إلى تحسين ما لديه ضمن حدود إمكاناته، شخص يشعر بأهمية ذاته وأهمية العمل الذي يقوم به، ويساعده ذلك على حسن التوافق مع الآخرين.

## 4- القدرات العقلية:

يختلف الناس في قدراتهم العقلية اختلافاً كبيراً، فهناك من هو متفوق في الذكاء وهناك من هو ضعيف الذكاء، وكل منهما له مشاكله. فالطالب المتفوق في ذكائه مثلاً يجد نفسه أمام مناهج دراسية

أقل في مستواها من قدراته، مما يسبب له الضيق والملل، ويصبح أحياناً مصدر إزعاج للآخرين في المدرسة والأسرة. وكذلك الحال الطالب صاحب القدرات الضعيفة، فإنه يواجه مناهج وموضوعات تفوق قدراته وتسبب له الإحباط، مما يسبب له سوء التوافق مع الآخرين.

### 5- المستوى الاجتماعي والثقافي:

ينتمي كل منا إلى مستوى اجتماعي معين، وإن إنتماء الفرد إلى مستواه الاجتماعي يتطلب منه القيام بسلوكيات معينة تغلب على ذلك المستوى، والتقيد بالقيم والمعايير وأنماط السلوك التي تسودها، فإذا التزم بذلك أدى به إلى التوافق، وإذا خرج عن تلك السلوكيات الغالبة على تلك الفئة أدى به إلى سوء التوافق.

### مجالات التوافق:

تنعكس عملية التوافق من خلال مجالات عديدة تتسع باتساع نشاط الفرد وعلاقاته المختلفة مع الآخرين، ومن أهم مجالات التوافق:

#### أولاً- التوافق الأسري:

##### • دور الأسرة في عملية التوافق:

تعد الأسرة من أهم العوامل في تشكيل شخصية الإنسان وتكوين اتجاهاته وميوله ونظراته للحياة؛ حيث يتعلم الطفل في سنواته الأولى الكثير من الخبرات التي تساعد على النمو السليم، فإذا توافر للطفل جو أسري مليء بالحب والعطف والطمأنينة استطاع أن ينمو نمواً سليماً وأن يتوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه. أما إذا سادت الجو الأسري المشاحنات والخصام والقلق، وتعددت مواقف الحرمان وحدتها بالنسبة للطفل، أدى به إلى الاضطراب والصراع وانعكست آثار ذلك على شخصيته في المستقبل وهو راشد. فما يكتسبه الطفل من عادات واتجاهات تميل إلى الثبات النسبي ومن

الصعب تغييرها فيما بعد. فقد أكدت البحوث الإكلينيكية النفسية أن البيوت التي يسودها الود والتفاهم، وتقوم علاقاتها على الثقة والاحترام والتقدير، ويقوم أسلوب تربية الوالدين على التوازن بين الحرية والضبط، هي بيوت تخرج أشخاصاً متوافقين وأصحاء نفسياً، بعكس البيوت التي تغرس في نفوس أبنائها الكراهية والحقد والخوف، فإنها تخرج للمجتمع شخصيات منحرفة وجائحة. ولهذا فإن فرويد (Freud) زعيم مدرسة التحليل النفسي يردُّ سلوك الشخص الراشد إلى مرحلة الطفولة، ويرى أن سمات الشخصية الأساسية ترسم في مرحلة الطفولة .

من جانب آخر تؤثر العلاقات السائدة بين الوالدين في مستوى التوافق النفسي للأبناء وعلى مستوى صحتهم النفسية. فالجو الأسري الذي يساعد على تكوين اتجاهات سوية في الأسرة يؤدي إلى الاستقرار النفسي عند الأبناء، أما الخلافات المستمرة بين الوالدين، فإنها تخلق جوّاً مضطرباً داخل الأسرة، ويؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية غير سوية لدى الأبناء كالغيرة والعدوانية والأنانية وعدم الاتزان الانفعالي، ويهدد استقرار الأسرة والتوافق النفسي للأبناء داخل وخارج الأسرة.

ولذلك يمكن القول إن حسن التوافق النفسي والاجتماعي للأبناء يتوقف على مدى توفر ظروف بيئية أسرية مناسبة لهم، باعتبار أن الأسرة هي المصدر الأساسي لإشباع حاجات الأبناء الجسمية والنفسية والاجتماعية. ويقدر ما يتميز به المناخ الأسري من أمن وطمأنينة وتماسك واستقرار بقدر ما يؤدي إلى تكوين شخصيات ناضجة ومتوافقة وتمتع بالسعادة والصحة النفسية السليمة .

### أساليب التنشئة الأسرية وأثرها في التوافق النفسي للأبناء:

تعُدُّ الأسرة المؤسسة الرئيسية للتنشئة الاجتماعية، حيث تسهم في الإشراف على النمو الاجتماعي للطفل وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه. وللأسرة وظائف روحية، واجتماعية ونفسية. فهي تعدُّ البيئة الاجتماعية الأولى للطفل، كما أن التجارب التي يمر بها خلال سنوات حياته الأولى تؤثر في توافقه النفسي أو سوء توافقه. فقد أكدت دراسة القرشي (1986) في الكويت أن لاتجاهات

وممارسات الوالدين أهمية كبيرة في تنشئة الأبناء ولها تأثير بالغ في نمو شخصياتهم. كما أظهرت الدراسات أيضاً وجود فروق واضحة في المجتمع بين طبقة اجتماعية وأخرى، وبين أسرة وأسرّة أخرى في عملية التنشئة الاجتماعية من الطبقة العليا، أما بالنسبة للتوافق النفسي والصحة النفسية للأبناء، فإن المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتوسط والعالي هو أفضل (الزعيبي، 2000، ب: 101).

ويشير مفهوم التنشئة الوالدية إلى أسلوب المعاملة التي يتلقاها الأبناء من والديهم في المنزل وطبيعة علاقتهم بهما. ويقصد به كل سلوك يصدر عن الوالدين ويؤثر في الأبناء وفي شخصياتهم سواء أقصد بهذا السلوك التوجيه أم التربية. ومن أبرز أساليب التنشئة الاجتماعية التي تتبعها الأسرة مع الأبناء ما يلي:

### أ- الأسلوب الاستقلالي:

يشير مفهوم الاستقلال من وجهة نظر ليفالد (Lehwald, 1981, 1983) إلى : "القدرة والطموح، والأفعال التي يمكن للفرد أن يحققها بشكل مستقل ضمن أنسب الظروف". يظهر الأسلوب الاستقلالي في تربية الوالدين للأبناء بتشجيعهم على القيام بأعمالهم الخاصة، والأعمال الاجتماعية دون الاعتماد على الآخرين. ولذلك فإن اعتماد الوالدين لهذا الأسلوب في تربية أبنائهم يؤدي إلى جعلهم أكثر انطلافاً وجرأة واعتماداً على النفس، كما يؤدي إلى تنمية قدراتهم العقلية - المعرفية، ويؤكد ذلك هكهاوزن (Heckhausen, 1957) بقوله: "إن الأطفال الذين يجفزون من أجل الاعتماد على ذواتهم، يبرهنون على قدرة عالية في الإنجاز المدرسي وخاصة في الصفوف الدنيا من المدرسة الابتدائية" (الزعيبي، 2005: 117).

### ب- الأسلوب الذي يعتمد على الثواب والعقاب:

إن استخدام أسلوب الثواب في التربية هو شكل من أشكال المكافأة الوالدية للأبناء فهو يؤثر

إيجابياً في شخصية الأبناء في جوانبها كافة، ويعزز ثقتهم بأنفسهم، ويزيد من دافعيتهم للتحصيل، ويؤثر بشكل إيجابي في النمو العقلي - المعرفي، أما استخدام أسلوب العقاب من قبل الآباء في تربية الأبناء، فإنه يؤثر سلباً وبشكل واضح في شخصية الأبناء في جوانبها كلها، وخاصة على الجانب العقلي - المعرفي، ويضعف من ثقة الأبناء بأنفسهم ويصبحون أكثر خوفاً وتردداً، ويكون هذا التأثير السلبي أكبر عندما تتناقض أقوال الآباء مع أفعالهم .

### ج - أسلوب القسوة والتسلط:

#### ما هو تأثير قسوة الوالدين في شخصية الأبناء؟

إن الإجابة عن هذا السؤال تكون في كيفية ممارسة الوالدين لهذا الأسلوب من التربية. فقد أظهرت الدراسات (الطحان، 1992، القريطي، 1990) أن أسلوب القسوة والسيطرة على الأبناء من شأنه إضعاف روح المبادرة والاستقلالية لديهم، وربما يؤدي بهم إلى الهروب من المنزل من أجل الحصول على بيئة أقل تقييداً لحرياتهم مما يوقعهم أحياناً في أيدي قرناء السوء وارتكاب سلوكيات عدوانية مضادة للمجتمع. بالإضافة إلى ذلك فإن صرامة الآباء وقسوتهم لدرجة أن كلمة (لا) تكون دائماً على لسانهم، بالإضافة إلى أنهم يطلبون من أبنائهم القيام بأعمال صعبة تفوق طاقتهم، يجعلهم يشعرون بالعجز والقصور ويوقعهم في الاضطراب النفسي ويؤدي إلى سوء توافقهم. في مقابل ذلك بينت دراسة هارمان (Herman, 1980) أن الأطفال ذوي الإنجاز العالي قد قدموا من أسر تميزت أساليب الأم فيها بالتسلط. ولكن ذلك يمكن اعتباره متعلقاً بالثقافة السائدة من حيث مدى إيمانها باستخدام أسلوب القسوة والتسلط مع الأبناء. فإذا كانت الثقافة تؤمن بالقسوة فإن هذا الأسلوب يؤثر إيجابياً، ولكن ذلك متوقف على كيفية استخدام مثل هذه القسوة مع الأبناء (الزعي، 2005).

### د- أسلوب الحماية الزائدة:

يعني زيادة تدخل الآباء في شؤون الأبناء، والمغالاة في حمايتهم من الأمراض أو المشاكل، وقد يصل بهم الحد إلى قيامهم بكثير من الأعمال التي من الواجب أن يقوم بها الأبناء بأنفسهم، ويبالغون في القلق عليهم عند غيابهم أو تأخرهم، مما يحرم الأبناء من الاعتماد على أنفسهم في التعلم، ويضعف ثقتهم بأنفسهم، ويضعف قدرتهم على مواجهة مواقف الحياة دون مساعدة الآخرين، وقد يلجأون إلى أساليب الدفاع الأولية (التبرير، النكوص، التقمص، الكبت... الخ) لتغطية جوانب النقص والقصور التي يتعرضون لها، وهذا ما يؤدي إلى سوء توافقتهم مع أنفسهم ومع الآخرين، ويؤدي بهم إلى العيش في عزلة عن الآخرين بسبب ضعف قدرتهم في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة. فضلاً عن ذلك يؤدي أسلوب التسامح الزائد مع الأبناء إلى آثار سيئة في تكوينهم النفسي، إذ يكبرون في العمر ويسلكون سلوكيات تدل على أنهم مازالوا صغاراً، فهؤلاء الأبناء لم يتعودوا مواجهة الإحباط والفشل في حياتهم، وعندما ينتقلون إلى عالم الواقع يصطدمون بعواقب كثيرة مما يترتب على ذلك التعرض إلى الاضطراب النفسي وسوء التوافق.

#### هـ- أسلوب الإهمال والنبذ:

قد يلجأ الوالدان أو أحدهما بقصد أو دون قصد إلى إهمال الأبناء سواء بتركهم فترات طويلة في المنزل (بسبب العمل أو السفر، أو نتيجة خلافات بين الوالدين)، أو بإهمال تلبية حاجاتهم البيولوجية أو الثانوية، أو بتوجيه النقد المستمر لهم ومقارنتهم بأقاربهم أو جيرانهم، أو بتهددهم بالعقاب البدني لأقل الأخطاء. فشعور الأبناء بأنهم مهملون ومنبوذون وخاصة في المراحل الأولى من حياتهم، يؤثر تأثيراً سلبياً في شخصياتهم وفي توافقتهم النفسي وصحتهم النفسية.

#### ثانياً- التوافق المدرسي:

- دور المدرسة في تحقيق التوافق النفسي للأبناء:

تعد المدرسة المؤسسة الاجتماعية الثانية المهمة بعد البيت من حيث المكانة في التأثير في شخصية الأبناء. إنها تنطوي على فرص لعلاقات اجتماعية جديدة، وفرص منظمة للتربية، وفرص للتأهيل للمستقبل. ومن أجل ذلك تسعى المدرسة إلى توفير الظروف التعليمية والنفسية والاجتماعية من أجل استمرار التلاميذ في عملية تعلم موجهة لتحقيق النمو النفسي والاجتماعي والعقلي والجسمي على أفضل صورة ممكنة. فالمدرسة تسعى إلى توفير جو من العلاقات السليمة بين التلاميذ من جهة، وبينهم وبين إدارة المدرسة من جهة أخرى. ولذلك فالمعاملة القاسية التي يلقاها التلاميذ من قبل المعلم أو المدير تؤدي إلى سلوك عدواني - انتقامي عند التلاميذ، وإلى انخفاض شعورهم بالمسؤولية، وتدنٍ في بذل الجهد للتعلم، وإلى تكوين اتجاهات مضادة نحو المدرسة، وإلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي.

ولذلك فإن الهدف الأساسي الذي وجدت من أجله المدرسة هو توفير الفرص المناسبة للتلاميذ لنمو شخصياتهم نمواً سليماً في جوانبها كلها (الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية). بما يحقق لهم التوافق والصحة النفسية.

فلم تعد المدرسة اليوم كياناً مادياً يقوم بتلقي المعارف للتلاميذ، بل جواً نفسياً واجتماعياً يؤثر في التلاميذ تأثيراً كبيراً يسود فيه الجو النفسي الآمن والعلاقات الاجتماعية البناءة بين المعلم والتلاميذ وبين التلاميذ بعضهم ببعض، وبين التلاميذ وإدارة المدرسة والمرشدين الطلابيين، وذلك بما يشعرونه بالقبول والتقبل بالانتماء والولاء للمدرسة ومن فيها، والإقدام على العمل والإنجاز (أحمد ومحمود، 2003).

### • المناخ المدرسي العام والنظام المدرسي :

يذكر الهابط (1989) بأن الجو المدرسي الذي تسوده الحرية والديمقراطية ويتمكن فيه الطلاب من التعبير عن آرائهم وأفكارهم، ويتمكنون من المشاركة في القرارات الإدارية التي تحكم النظام المدرسي. مما يمكنهم من إشباع حاجاتهم النفسية والاجتماعية، وحل مشاكلهم بأسلوب تربوي هادف، مثل هذا الجو المدرسي الإيجابي يدعم صحة الطلاب النفسية، ويسهم في نموهم نمواً سليماً في جوانب

شخصياتهم جميعها، ويمكنهم من التوافق النفسي والاجتماعي. أما الجو المدرسي الذي لا يتيح للطلاب التعبير عن آرائهم وأفكارهم، ويتعامل معهم بقسوة، ولا يتمكن من خلاله إشباع حاجاتهم النفسية والاجتماعية، فإنه سيؤدي بالتأكيد إلى سوء التوافق عند الطلاب ويؤدي إلى سوء صحتهم النفسية.

### • دور الأنشطة المدرسية في تحقيق التوافق النفسي:

تتيح المدرسة للتلاميذ ممارسة أنشطة مختلفة داخل المدرسة وخارجها وهذه الأنشطة المتنوعة سواء أكانت رياضية أم اجتماعية أم ثقافية أم فكرية -تعليمية إذا مارسها التلاميذ بما يتفق مع ميولهم وقدراتهم، فإنها ستحقق حتماً قيماً نفسية وتربوية واجتماعية مهمة جداً، إذ تساعد على تصعيد دوافعهم بما يعود عليهم وعلى مجتمعهم بالفائدة. كما تمكنهم من تأكيد ذواتهم وتحقيقها، وعلى اكتساب خبرات تربوية واجتماعية متنوعة، مما يمكنهم في النهاية من تحقيق مزيد من التوافق النفسي والاجتماعي والتربوي.

### ثالثاً- التوافق في المجتمع العام:

يهدف المجتمع من خلال رعايته للصحة النفسية لأبنائه إلى تحقيق عدد من الأهداف منها:

- خدمة الفرد من أجل تحقيق سعادته وتحقيق أقصى درجات التوافق النفسي.
- مساعدة الأفراد على تحقيق أفضل مشاركة في حياة المجتمع الذي يعيشون فيه من أجل الوصول إلى أفضل إنتاجية ممكنة.
- تحقيق تماسك المجتمع من أجل إبعاد كل ما يهدده من أخطار وقوى مغرزة معادية وحمائية منها.
- تحقيق أقصى فائدة للمجتمع من خلال الخبرات الموجودة لدى أبنائه من أجل تمكينه من التخطيط للمستقبل وقيام مؤسساته الرئيسية في بناء أجيال المستقبل على أسس تربوية

سليمة.

ومن أجل ذلك يسعى المجتمع إلى تحقيق مطالب النمو النفسي والاجتماعي لأبنائه من خلال إشباع حاجاتهم النفسية، وتمكينهم من المشاركة في المجالات الاجتماعية، والاهتمام بميولهم واهتماماتهم والعمل على تحقيقها بما يحقق لهم في النهاية التوافق النفسي والاجتماعي والصحة النفسية حيث يمكنهم ذلك من تحقيق أعلى كفاية إنتاجية ممكنة .

لذلك فإن المجتمع الذي يتمتع أبنائه بالصحة النفسية، يكون أكثر تماسكاً، وأكثر تعاوناً وينعم أفراده بالعلاقات الاجتماعية الجيدة، ويتمتعون بقيم ومعايير اجتماعية تتناسب مع قيم ومعايير المجتمع الذي يعيشون فيه. وهذا ما يقلل من المشكلات والانحرافات السلوكية التي يمكن أن تعترضهم في حياتهم، ويجنب المجتمع الأخطار والمشاكل الناجمة عن هذه المشكلات والانحرافات، مما يمكنه من تحقيق النمو، والمحافظة على ثرواته البشرية والمادية والاستفادة منها بما يعود بالفائدة عليه وعلى أبنائه .

لذلك فإن مساهمة المجتمع في تحقيق الصحة النفسية لأبنائه من شأنه أن يؤدي إلى زيادة إنتاجهم وكفائتهم كماً وكيفاً، وهذا يؤدي بدوره إلى زيادة الناتج القومي للمجتمع بما يمكنه من النهوض والتطور .

- من أجل ذلك يسعى المجتمع إلى توفير خدمات الصحة النفسية لعلاج المشكلات النفسية والتربوية والاجتماعية التي يمكن أن تعترض أبنائه سواء أكان ذلك في المدرسة أم في مراكز الصحة النفسية أم في المستشفيات. وهذا ما يمكن المجتمع من درء الأخطار الناجمة عن هذه المشكلات والتي يمكن أن تلحق به أو بأبنائه.

### خدمات المجتمع الوقائية والنمائية والعلاجية :

فيما يلي عرض لبعض خدمات المجتمع الوقائية والنمائية والعلاجية للاهتمام بصحة أبنائه النفسية، والتي تمكنهم من تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي وذلك وفقاً لما يلي:

## الصحة النفسية

- تهيئة بيئة نفسية واجتماعية مناسبة لأفراد المجتمع في المنزل والمدرسة وأماكن العمل، وتوفير حياة ديمقراطية سليمة تسودها الحرية الشخصية والاجتماعية بهدف مساعدة أبنائه في النهوض والتقدم.
- توعية أبناء المجتمع من خلال مؤسساته المختلفة بمخاطر المخدرات والمسكرات والانحرافات السلوكية اللاأخلاقية، والعمل على حماية الأحداث من المؤثرات الفكرية المغرضة، ورعاية الشباب والعاملين، والاهتمام بالموهوبين والمعاقين والمسنين .
- تيسير خدمات التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي للطلاب. فالمدرسة الحديثة اليوم لا تعمل فقط على تنمية الجانب المعرفي عند طلابها، بل تعمل على إكسابهم اتجاهات نفسية واجتماعية سليمة، وتعمل على غرس القيم الدينية والأخلاقية الصحيحة التي يؤمن بها المجتمع الذي يعيشون فيه .
- توفير أماكن عامة لممارسة النشاطات الترويحية الهادفة مثل النوادي الرياضية، والثقافية، والمتاحف، والحدائق، وذلك للتخفيف من الضغوط النفسية التي يعانون منها نتيجة العمل أو الدراسة، مما يمكنهم من مواجهة مطالب الحياة بكفاءة عالية .
- توفير مراكز خاصة بالإرشاد والعلاج النفسي لاستقبال الأطفال والمراهقين والشباب والراشدين الذين يعانون من المشكلات والاضطرابات النفسية والعقلية.
- توفير مراكز خاصة لعلاج حالات الإدمان والأمراض النفسية والعقلية الشديدة (مستشفيات الصحة النفسية).
- توفير مراكز خاصة لرعاية المعوقين حسيًا وحركيًا وعقليًا.
- إنشاء مراكز لرعاية الأحداث الجانحين وتأهيلهم وإرشادهم.

## الفصل الثالث

### آليات الدفاع النفسية

- مفهوم آليات الدفاع النفسية
- بعض أشكال آليات الدفاع النفسية
  - الكبت
  - الإسقاط
  - التبرير
  - النكوص
  - الانسحاب
  - التعويض
  - الإبدال أو التحويل



## الفصل الثالث

### آليات الدفاع النفسية: Psychological Defense Mechanisms

#### مفهوم آليات الدفاع النفسية:

تحتل آليات الدفاع النفسية مكانة هامة في حياة الإنسان اليومية، وهي أكثر ما يلجأ إليها الإنسان في سعيه وراء التوافق وإبعاد أخطار التهديد. إنها موجودة في حياة الإنسان السوي، كما هي موجودة عند الإنسان غير السوي. فما هي هذه الآليات؟

يعرف الداهري والعبدي (1999 : 61) وسائل الدفاع النفسية بأنها "أساليب توافقية لا شعورية يستخدمها الفرد عند فشله في تحقيق أهدافه بفعل عوامل الإحباط والصراع هروباً من المواقف المؤلمة لهذه العوامل التي يعجز عن مواجهتها بأساليب مباشرة تبرز فشله وجعله فشلاً منطقياً أمام نفسه وأمام الآخرين، فيتخلص من التوتر، ويتحرر من القلق والشعور بالذنب، ويشعر بالارتياح والتوافق مع الموقف".

أشار علم النفس الحديث إلى أن "الأنا" لديها القدرة على تطوير نفسها بشكل خلاق وإبداعي، مما يجعلها أكثر فاعلية في حماية الصحة النفسية للفرد، كما أنها تنمو وتتغير خلال مجرى الحياة إلى أشكال أكثر إبداعية وحكمة، وهذا ما يسمى بوسائل الدفاع الناضجة (رضوان، 2009).

من خلال ما تقدم يمكننا تعريف آليات الدفاع الأولية بأنها: أساليب سلوكية مختلفة يلجأ إليها الفرد عند إخفاقه في تحقيق أهدافه أو إشباع حاجاته بصورة عادية، وعادة يلجأ إليها الإنسان السوي وغير السوي، وتستخدم على مستوى الشعور ومستوى اللاشعور بهدف تحقيق التوافق، ولكنه توافقي مؤقت يساعد على التخلص من التوتر والقلق الناجم عن الموقف، ويرر فشل الشخص ويجعله في نظره

فشلاً منطقياً، وقد يحصل ذلك من دون وعي .

نستنتج أن آليات الدفاع النفسية هي:

- أساليب سلوكية هدفها الدفاع عن الشخصية ضد أي تهديد خارجي أو داخلي، هدفها المحافظة على التوازن النفسي من أن يصيبه الاضطراب.
- ليست خاصة بأشخاص دون آخرين ولكنها عامة في شكلها السوي، ويلجأ إليها أيضاً المريض والشاذ.
- تصبح شكلاً من أشكال السلوك غير السوي عندما يصيبها التطرف ويمارسها الإنسان بعد ذلك من دون وعي .
- إنها عادات سلوكية مكتسبة يتعلمها الفرد في البداية بصورة شعورية من المحيط الذي يعيش فيه للتخلص من التوتر والقلق الناجم عن المواقف الإحباطية أو المواقف التي يدركها الفرد على أنها مهددة بالخطر.

بعض أشكال آليات الدفاع النفسية:

تتعدد أشكال آليات الدفاع النفسية، فهناك آليات الدفاع العدوانية، وآليات الدفاع الانسحابية، وآليات الدفاع الإبدالية. وفيما يلي عرض لبعض هذه الأشكال الأكثر انتشاراً.

#### • الكبت: Repression

يعدّ الكبت أساس آليات الدفاع النفسية جميعها، ويعود ذلك إلى المكانة التي يحتلها من نشاط اللاشعور؛ فهو عميق التأثير، وأكثر دفعاً نحو التطرف، وإن مكانته في حالات الاضطراب المختلفة أوسع وأكثر فاعلية من آليات الدفاع النفسية الأخرى.

ينشط الكبت منذ السنوات الأولى في حياة الإنسان، حيث يعتمد عليه الطفل بدرجة كبيرة نظراً لإلحاح الدوافع والحاجات الأولية عليه، ولعدم قدرته على مواجهة القلق والتهديد الناتجين عن الإحباط ولعدم إشباع هذه الحاجات. ولذلك ينشأ الكبت في البداية لحماية الأنا وخفض مستوى توترها، ويستخدمه الناس في أعمارهم وأحوالهم النفسية المختلفة، إلا أن الاعتياد على هذه العملية والإسراف في استخدامها له مضار كثيرة، أهمها تبديد الطاقة النفسية واستنزافها (القريطي ، 1989).

فالكبت من وجهة نظر فرويد يحدث عند الناس جميعاً، إلا أن الأنا عند الأسوياء تكون قوية وتستطيع تحمل ضغوط الهو والأنا الأعلى، وتتحكم في الرغبات المكبوتة، أما عند العصائيين (المرضى النفسيين) فتكون الأنا ضعيفة ولا تستطيع تحمل هذه الضغوط، وتظهر الرغبات المكبوتة على شكل أعراض مرضية (الهابط ، 1989).

بناء على ذلك يمكن تعريف الكبت بأنه عملية دفاعية لا شعورية يتم من خلالها استبعاد الرغبات والأفكار والذكريات المؤلمة والمستهجنة والمثيرة للقلق من حيز الشعور إلى حيز اللا شعور، ومنعها من التعبير عن نفسها بشكل صريح، حماية لنفسها من التوتر، والقلق والألم، والتهديد الناجم عن بقائها ماثلة في حيز الشعور .

### • الإسقاط: Projection

عملية لا شعورية يتم من خلالها إلقاء اللوم على الآخرين بالنسبة لعيوب وأخطاء نرتكبها من أجل التخفيف من مشاعر القلق والتوتر المرتبطة بها، والتماساً للراحة وخفض التوتر والقلق الذي ألم بنا.

بناء على ذلك نجد أن التلميذ يلقي اللوم على المعلم في حالة إخفاقه في الامتحان. كما يلقي الأبناء بأخطائهم على آباءهم وعلى المجتمع بدلاً من تحمل هذه الأخطاء، وما ينجم عنها. كما أن الشخص المنافق غالباً ما يرى غيره من الناس منافقين، والشخص الشكاك يرى غيره أنهم كذلك

ويري نفسه من الشك. والإسقاط كعملية لا شعورية تتم على مراحل ثلاث:

في المرحلة الأولى ينكر صاحبها وجود المواد المؤلمة والمثيرة للقلق والتوتر ويتبرأ منها.

وفي المرحلة الثانية يلصق الفرد هذه المواد المؤلمة بغيره.

وفي المرحلة الثالثة يصف الفرد الآخرين بصفات سيئة ويجعل من نفسه مصلحاً ومعاقباً لهم

(عودة ومرسى، 1986).

يعدُّ الإسقاط آلية دفاع لا شعورية أساسية خطيرة خاصة إذا بلغ إلقاء اللوم على الآخرين درجة يصبح الشخص معها ملقياً اللوم على الحظ أو الآخرين، أو الظروف فيما يعترضه من سوء أو مشاكل. وهو من العمليات الأساسية التي تحكم لا شعورياً مرضى البارانونيا (هذيان الاضطهاد أو الملاحقة أو تأمر الآخرين)، حيث ينسب فيها المريض للآخرين الميل إلى إيذائه، أو التحدث عنه بسوء، أو ملاحقته والرغبة في اضطهاده، ويفترض أن مشاعر العداوة والرغبة في الإيذاء هي من خصائص المريض نفسه، ولكنه ينفىها أو ينكرها ثم يكتبها وينسبها إلى الآخرين كوسيلة للتخلص منها (كفافي، 2003 ب).

#### • التبرير Rationalization:

يعدُّ التبرير عملية لا شعورية يحاول الشخص من خلالها تعليل السلوك أو تفسيره بأسباب تبدو معقولة ومنطقية ومقبولة اجتماعياً، وإخفاء الأسباب الحقيقية الكامنة وراءها التي تستثير قلقه وتؤدي مشاعره .

لذلك فإن تقديم الشخص لهذه التبريرات تجعل من الفشل الذي لحق به، ومن التصرفات التي قام بها خارجة عن إرادته وطاقته ليعفي نفسه من اللوم والمسؤولية، ويحميها من الشعور بالعجز والقصور. ومثال ذلك التلميذ الذي يخفق في الامتحان فيعزل سبب إخفاقه بصعوبة الأسئلة، أو لضيق الوقت، أو

لاضطهاد المدرسة. كما تعلق الفتاة التي فاتها قطار الزواج بأنها ليست راغبة فيه، لأن الحياة الزوجية ليس من ورائها سوى المتاعب.

الواقع أن التبرير يؤدي وظيفته الدفاعية في التخفيف من حدة الإحباط بالنسبة للأهداف التي لا يستطيع الشخص تحقيقها، وتخفف من مشاعر الذنب والقلق والتوتر الذي يلحق به.

لكنّ التبرير قد يصل إلى درجات شديدة تبتعد بالشخص عن السلوك السوي وذلك عندما يتعود التبرير ويسرف فيه، مما يجعله في كل مرة ينتحل الذرائع الباطلة لتبرير فشله أو تقصيره ملقياً اللوم على الآخرين أو الحظ أو الظروف، مما يعده شيئاً فشيئاً عن الواقع (القريطي، 1998).

### • النكوص Regression:

هو أحد وسائل الدفاع النفسية اللا شعورية يلجأ إليه الشخص عندما يصطدم بعائق يعوق إشباع دافع لديه ويصعب التغلب عليه مما يسبب له التوتر والقلق، وهذا ما يجعله يرتد إلى ممارسة بعض الأساليب السلوكية التي تميز مرحلة سابقة لنموه وغير مناسبة لمرحلته العمرية الحالية.

فالطفل ابن العاشرة من العمر قد ينكص إلى سلوكيات طفل صغير، فيمص إصبعه عند مروره بمواقف مثيرة وضاغطة لا يقوى على مواجهتها. والشاب الذي يعيش في أحلام اليقظة يغدو كالطفل في مرحلة الطفولة المبكرة يعيش في عالم الأوهام. وكذلك ميل بعض النساء المتقدمات في السن إلى الظهور بمظهر الفتيات الصغيرات في السن من حيث اللباس والحركات.. وكذلك حين يبالغ الشخص في الحديث عن الماضي الذي عاش فيه أو عاش فيه آباؤه وأجداده.

فالنكوص نوع من الهروب أمام التوتر وتعبير عن قلة الحيلة. ويرى المحللون النفسيون أن النكوص من أهم أسس الاضطرابات النفسية والعقلية، يحدث نتيجة التثبيت Fixation على ما لم يتم إشباعه عبر مراحل النمو النفسي المتتابة، حيث يحدث النكوص في مواقف الصراع والإحباط فيعود المرء إلى

الأساليب السلوكية السابقة المعتادة في مرحلة النمو التي تم عندها التثبيت.

• الانسحاب Withdraw :

الانسحاب وسيلة دفاع لا شعورية يستخدمها الفرد لتجنب مواقف الألم والتوتر والقلق التي يشعر بأنها صعبة ولا يستطيع تحمل الصراع والتهديد والضغط الناجمة عنها، مما يجعله ينسحب من هذه المواقف تجنباً لتحمل المسؤولية أو الفشل في التغلب على الصعوبات التي تواجهه. فالانسحاب كما يعده علماء النفس من العلامات المندرة بالخطر والتي تؤدي إلى سوء التوافق، وتأخر في نضج الشخصية ويؤدي إلى الشعور بالنقص، والحجل والانطواء، وخاصة عندما يشعر الفرد بعدم الكفاءة في مواجهة مواقف الحياة اليومية.

يأخذ الانسحاب أشكالاً عديدة منها: الانطواء، وأحلام اليقظة، وتعاطي الخمر والعقاقير. فالانطواء يكون هروباً مادياً ومعنوياً، واعتزال للعالم الخارجي والانكفاء على العالم الداخلي، حيث يصل في الحالات المرضية إلى العزوف عن أي تفاعل أو اتصال بالآخرين (مثل مرضى الفصام). كما أن أحلام اليقظة والاستغراق المستمر في التخيلات واعتيادها كوسيلة للهروب من مواجهة الواقع تؤدي إلى إغراق الفرد في عالم من الوهم.

من صور الانسحاب أيضاً لجوء الفرد إلى الكسل والخمول وعدم بذل الجهد، حيث يجد راحته بالتقاعس عن العمل والاستسلام للنوم. ومثال ذلك ما نجده عند بعض طلاب المدارس، حيث يغلب النعاس عليهم أثناء الحصة الدراسية، لأن المدرس يشكل بالنسبة لهم مصدراً للإحباط، أو أن المادة الدراسية عصبية على فهمهم.

من أشكال الانسحاب أيضاً لجوء الفرد إلى تعاطي العقاقير المدمنة والخمر للتخفيف من المشكلات التي يعاني منها أو من مشاعر القلق والتوتر التي تنتابه.

علاوة على ذلك فإنّ من صور الانسحاب ابتعاد الشخص عن منزله والاستغراق في عمله لساعات طويلة نتيجة ما يواجهه من مشكلات وإحباطات وصراعات في منزله، فلا يعود إلى المنزل إلّا في ساعات متأخرة من الليل هروباً من هذه المشاكل.

#### • التعويض Compensation:

يُعبّر التعويض عن مجموعة ردود الفعل التي يلجأ إليها الفرد عندما يعاني الشعور بالنقص أمام ضعف أو قصور واقعي أو متخيل، من أجل التغلب على الشعور بالدونية والظهور بصفة أخرى أفضل للتخفيف من الشعور بالتوتر والقلق الناجم عن ذلك. ومثال ذلك سعي الفرد للظهور بالشخصية الجذابة المرحة لتغطية القصور الموجود به. وسعي الطفل المنبوذ إلى سلوك عدواني من أجل لفت الانتباه. وسعي الطالب الذي يعاني اضطرابات انفعالية ناتجة عن فشله الدراسي إلى التفوق في ميدان آخر كالكمبيوتر، والرسم، والرياضة .

ولكن السلوك التعويضي قد يتطرف فيأخذ سلوكاً غير اجتماعي يزعج صاحبه ويزعج الآخرين. ومثال ذلك ما نلاحظه من إيذاء لحق المجتمع نتيجة رغبة أحد الأشخاص في لفت نظر الآخرين إليه نتيجة عيب أو نقص يعانيه.

#### • الإبدال أو التحويل:

يطلق على هذه الآلية الدفاعية اسم التحويل Transference أو الإزاحة أو الإبدال Displacement ، وهي عبارة عن آلية دفاعية لا شعورية يتم فيها نقل موضوع العاطفة أو التخييلات من موضوعها الأول إلى موضوع آخر، وذلك استكمالاً لعملية الكبت ضد المواد غير المرغوب فيها التي تهدد بالظهور إلى مستوى الشعور، حيث يجد الفرد متنفساً لهذه العاطفة أو التخييلات في الموضوع الجديد.

فمشاعر العدااء التي يكنها المعلم تجاه مدير المدرسة أو الزوجة، يحولها إلى تلاميذه الأبرياء فينتقم منهم ويعاملهم بقسوة، أو يحولها إلى زملائه وكل من يتعامل معهم. وفي هذه الآلية الدفاعية يتم التعبير عن المشاعر والانفعالات نحو مصدر بديل وليس نحو المصدر الأصلي الذي ينبغي أن يتوجه نحوه (عبد الغني، 2001).

تبدو آلية الإبدال أو التحويل مسيطرة بشكل واضح على سلوك بعض المرضى النفسيين كما هو الحال في المخاوف المرضية، حيث يستبدل انفعال الخوف الناتج مما كبت أصلاً في اللا شعور ويتحول عن موضوعه الأصلي إلى موضوعات أخرى خارجية قد تبدو بالنسبة للعاديين من الناس غير مخيفة أصلاً.

يلجأ الشخص إلى التحويل بسبب ضغط داخلي ومقاومة خاصة من موضوع الضغط ويندفع نحو إطلاق التوتر، ولكن مصدر التوتر خطر أو مخيف فيحوّله إلى مصدر آخر أقل خطراً ويجعل منه موضوعاً للتنفيس عن توتره. ومثال ذلك الابن الذي يضرب الباب بشدة بدلاً من مواجهة والده بالكلام، مما يوفر على نفسه نقاشاً حاداً مع أبيه وعقوبة فيما لو واجهه بالكلام وهو غضبان. ولكن التحويل يصبح انحرافاً عندما يعتاد الشخص عدم مواجهة الأمور دائماً بما يجب، ويعتاد التزوع العدواني نحو من يواجهه بمقاومة ضعيفة (الرفاعي، 1987).

#### • التسامي: Sublimation

تتم هذه الآلية من خلال تحويل الدوافع والرغبات المهددة للذات كالعدوان مثلاً إلى طاقة إبداعية أو فنية مقبولة ومرغوبة من المجتمع، وتكون محط تقدير وإعجاب من محيط الفرد الذي يلجأ للتسامي كبديل عن الدوافع الأولية غير المرغوبة من قوانين البيئة أو المحيط الاجتماعي الذي ينتمي إليه (شريف، 2012: 124).





## الفصل الرابع

### غياب الطلاب عن المدرسة

مقدمة.

أسباب غياب الطلاب عن المدرسة.

الوقاية والعلاج.



## الفصل الرابع

### غياب الطلاب عن المدرسة

#### مقدمة:

يُعدّ غياب الطلاب عن المدرسة من المشكلات التربوية التي تدل على سوء توافقه في المدرسة، ودليلاً على ضعف الشعور بالمسؤولية، وضعف الدافعية للدراسة. فغياب الطالب عن المدرسة معناه تكرار عدم انتظام حضور التلميذ إلى المدرسة وعدم استمراره في الدوام خلال اليوم الدراسي دون عذر مقبول بنسبة تزيد عن 20% خلال فصل دراسي واحد.

يؤثر غياب الطلاب عن المدرسة في تحصيلهم ويعيق استفادتهم من البرامج المدرسية، وقد يؤثر في خطة المعلم وتوزيعه للمنهج الدراسي، كما يؤدي إلى قلة الاستفادة من أساليب التنشئة السليمة التي تنتهجها المدرسة، إضافة إلى قلة احتكاك التلاميذ المتغيبين بالمجتمع الطلابي وهيئة التدريس، وقلة مشاركتهم في الأنشطة الطلابية المدرسية التي تساهم في بناء شخصيات الطلاب بشكل سليم.

#### أسباب غياب الطلاب عن المدرسة :

توجد أسباب متعددة لغياب الطلاب عن المدرسة، بعضها يعود إلى التلاميذ أنفسهم، وبعضها يعود إلى أسر التلاميذ، والآخر يعود إلى المدرسة، بالإضافة إلى أسباب أخرى متنوعة، ويمكن تصنيف هذه الأسباب وفقاً للآتي:

#### أولاً: أسباب ذاتية - شخصية:

من الأسباب الذاتية التي تؤدي إلى غياب بعض الطلاب عن المدرسة مثلاً:

1. الإهمال وقلة الاهتمام بالدراسة.
2. ضعف الدافعية للتعلّم .
3. ضعف الذكاء بما لا يمكنه من متابعة الدراسة والاستمرار فيها.
4. الإصابة ببعض الأمراض المزمنة (الأنيميا الحادة - السكري .... الخ).
5. الخوف من الامتحانات بسبب ضعف الإعداد والمذاكرة.

#### ثانياً: أسباب مدرسية:

توجد أسباب مدرسية عديدة تؤثر في انتظام الطالب في الدراسة وتؤدي إلى تغيبه عنها منها:

#### 1- أسباب خاصة بالمعلمين :

- قسوة بعض المعلمين في التعامل مع التلاميذ، مما يجعل التلاميذ يشعرون بالخوف من المدرسة ويعتمدون الغياب عنها تجنباً لعقوبة المعلمين وقسوتهم.
- تكليف التلاميذ بواجبات مدرسية تفوق قدراتهم.
- قلة حماس بعض المعلمين للتعليم، وقلة تشجيعهم للمتعلمين لمواصلة التعليم.
- قلة مشاركة بعض المعلمين للتلاميذ أثناء الحصص الدراسية، والاعتماد على الإلقاء، مما يجعل الدروس مملة ولا تلي احتياجاتهم.
- ضعف بعض المعلمين في المقررات التي يدرسونها، وعدم الإعداد والاستعداد الجيد لإعطاء الدروس.

#### 2- أسباب خاصة بالمنهج الدراسي:

- من الأسباب المرتبطة بالمنهج الدراسي وتؤدي إلى غياب الطلاب عن المدرسة :
- صعوبة بعض المقررات الدراسية وخلوها من الأنشطة التعليمية والصور الإيضاحية.
  - قلة مناسبة المقررات الدراسية للقدرات العقلية والمعرفية للتلاميذ.
  - ضعف ارتباط المناهج الدراسية بالحياة العملية أو اليومية للتلاميذ مما يجعلها غير مفيدة من وجهة نظرهم.

### 3- أسباب خاصة بالبيئة المدرسية :

- سوء العلاقة بين المعلمين والتلاميذ وقيامها على التسلط والعقاب في ضبط سلوك التلاميذ.
- سوء العلاقة بين التلاميذ، واعتداء التلاميذ الأقوياء على الضعفاء، وإهمال المدرسة عملية الضبط .
- محاباة بعض المدرسين لبعض التلاميذ، مما يثير الشعور بالغبين والحقد عند التلاميذ الآخرين.
- الافتقار إلى الجو النفسي المريح داخل المدرسة، وشعور بعض التلاميذ بالقلق والتوتر أثناء الدوام المدرسي.

### ثالثاً: أسباب أسرية:

- من الأسباب الأسرية التي تؤدي إلى غياب بعض التلاميذ عن المدرسة:
- اتجاهات الوالدية السلبية من المدرسة والمدرسين .
  - ضعف متابعة الوالدين لدراسة أبنائهم، وقلة اهتمامهم بتوفير الجو المناسب لدراساتهم.

## الصحة النفسية

- انشغال الوالدين بأعمالهم الخاصة، وامتناعهم أحياناً عن إرسال أبنائهم إلى المدرسة لمساعدتهم.
- انخفاض الدخل الشهري للأسرة، مما يضطر بعض الأبناء إلى الغياب عن المدرسة بقصد العمل ومساعدة الأسرة.
- الخلافات المتكررة بين الوالدين مما يجعل الجو الأسري غير مناسب للمذاكرة والاستعداد للدراسة.
- الافتقار إلى المكان المناسب للمذاكرة، وازدحام البيت بعدد كبير من أفراد الأسرة .

## الوقاية والعلاج:

إنّ غياب التلميذ المتكرر عن المدرسة من الأسباب المؤدية للرسوب والتسرب والارتداد إلى الأمية، ولنقص الكفاءات العلمية، بالإضافة إلى الأضرار الاجتماعية والنفسية والاقتصادية ذات العلاقة بالتلميذ والأسرة والمجتمع بأكمله. ومن أهم المقترحات للوقاية والعلاج من غياب التلاميذ عن المدرسة ما يلي:

- استخدام المعلم لأساليب التعزيز في الوقت المناسب، مما يحبب التلميذ بالدراسة والمدرسة.
- تشجيع المعلم للتلاميذ على المشاركة في الأنشطة المدرسية الصيفية وغير الصيفية.
- حسن اختيار المعلمين وإعدادهم تربوياً ونفسياً.
- وضع مناهج دراسية مناسبة لقدرات التلاميذ وميولهم.
- اشتمال المناهج الدراسية على أنشطة ميدانية مناسبة لميول التلاميذ للتخلص من الملل الذي يعانيه بعض التلاميذ .

- مساعدة التلاميذ على تكوين اتجاهات إيجابية نحو المدرسة والمدرسين واستبعاد أسلوب التهكم والسخرية الذي يلحق الضرر بالتلاميذ.
- توفير المدرسة للأنشطة التعليمية والترفيهية المختلفة بما يمكن التلاميذ من ممارسة هواياتهم المختلفة التي تتناسب مع قدراتهم وميولهم.
- وضع برامج إرشادية هادفة لمساعدة التلاميذ الذين يتكرر غيابهم، ومساعدتهم على استبدال العادات السيئة بعادات حسنة مثل: الحضور المستمر إلى المدرسة وذلك من خلال جعل المدرسة جاذبة للتلاميذ.
- إقامة علاقات طيبة بين الأسرة والمدرسة، وذلك لتوعية الأسرة بأهمية حضور التلميذ إلى المدرسة، وضرورة توفير الجو المناسب له للمذاكرة .
- تنبيه الأسرة إلى أخطار المشاحنات المستمرة على تحصيل التلاميذ وتوافقهم الدراسي.
- تقديم مساعدات مادية للتلاميذ الفقراء الذين لا يستطيعون الاستمرار في الدراسة بسبب فقرهم.



## الفصل الخامس

### السلوك العدواني

- مفهوم العدوان.
- أشكال العدوان.
- أسباب العدوان.
- الوقاية والعلاج من السلوك العدواني.



## الفصل الخامس

## السلوك العدواني Aggression Behavior

## مقدمة:

يعدُّ العدوان في كثير من الأحيان استجابة طبيعية لدى الأطفال الصغار، حيث نلاحظه بكثرة على بصورة غضب وصراخ يعبر عن حاجة الطفل إلى أمنه وسعادته أو فرديته، أو محاولة لتذليل العقبات التي تواجهه أو تقف في سبيل رغباته.

يتفاوت الأطفال في أسلوب تعبيرهم عن العدوان، فالأطفال الذين بلغوا العامين والثلاثة أعوام نجد لديهم الانفجارات الانفعالية عند الغضب، وهم أقرب إلى أن يضربوا الآخرين أو يركلوهم بدرجة أكثر مما يفعل الأطفال الأكبر سناً. وقد تكون الأسباب الكامنة وراء عدوانهم حب التملك أو الرغبة في إظهار القوة والسيطرة، أو بدافع المنافسة إلى غير ذلك من أسباب. أما أطفال مدرسة الحضانة والروضة فنجدهم يعتدون على الآخرين اعتداءً بدنياً ولفظياً، وهم أكثر من الأطفال الأكبر سناً ميلاً إلى أن ينتزعوا من الأطفال الآخرين ألعابهم وممتلكاتهم (الزعيبي، 2005).

مع تقدّم الطفل في العمر يتناقص عنده السلوك العدواني ويخف تدريجياً، كما يقل عنده العدوان الظاهري Overt Aggression، ففي عمر 8-9 سنوات يصبح الطفل أكثر انضباطاً مع أن المشاجرات في هذا العمر لا تنتهي إلا أنها تكون مؤقتة، كما يتعلم الطفل بعض الضوابط الداخلية، فنتمو لديه وسائل أكثر فاعلية، وأكثر قبولاً من الناحية الاجتماعية في التخلص من مواقف الصراع، كما ينمو عنده الإحساس بحقوق الغير وممتلكاتهم (شيفر وميلمان، 1989 : 6).

للسلوك العدواني عند الأطفال أنواع عدة، فقد يكون العدوان مباشراً Direct Aggression وهو ذلك العدوان الذي يوجه مباشرة إلى الشخص الذي سبب الإحباط. أما العدوان غير المباشر، ففيه

يوجه الطفل عدوانه نحو شخص أو شيء آخر غير الذي تسبب له في الإحباط، وذلك عندما يكون مصدر الإحباط قوياً يخشى الطفل بأسه فينقل عدوانه إلى موضوع آخر يكون أقل قوة ومقاومة من الموضوع الأصلي. وقد يكون العدوان مؤقتاً وعابراً، يعبر عن حالة توتر نفسي، سرعان ما ينتهي من خلال التعبير عنها بالسلوك العدواني، الذي يفرغ من خلاله الشحنات الانفعالية التي يعاني منها. وقد يكون عاماً ويتكرر في معظم المواقف ومع كثير من الأطفال، كما هو الحال في جنوح الأحداث الذين يعتدون على أفراد المجتمع وممتلكاتهم دون أي إحساس بالذنب.

كما أنّ العدوان عند الأطفال قد يكون فردياً، وذلك عندما يعتدي طفل على طفل آخر بالسب أو الشتم أو بالإيذاء الجسدي، وقد يكون جمعياً، وذلك عندما تتكلم مجموعة من الأطفال ضد طفل غريب لإبعاده والاعتداء عليه. كما توجه جماعة من الأطفال عدوانها أيضاً ضد أفرادها المستضعفين، حيث يكون هدفاً للآخرين من رفاقه.

مهما يكن نوع العدوان وشكله عند الأطفال، فقد أظهرت الدراسات السيكولوجية والتربوية أن السلوك العدواني (اللفظي أو الجسدي) موجود لدى الأطفال الذكور والإناث على حد سواء، وأن حوالي (10%) من أطفال عمر (10) سنوات لديهم عدوانية واضحة (العيسوي، 1990: 366).

كما أوضحت الدراسات أيضاً أن الذكور أكثر عدواناً من الإناث، ويبدو ذلك واضحاً في سن مبكرة لدى الأطفال في كثير من المواقف والظروف، ويمكن رد ذلك إلى العوامل البيئية والوراثية معاً. فالكبار يشجعون العدوان ويعززونه عند الذكور أكثر مما يسمحون به عند الإناث، ليس لأن ذلك يتنافى مع الطبيعة الأنثوية فحسب، بل لأن الطبيعة الذكورية حسب المفهوم الثقافي والأنثروبولوجي لكثير من المجتمعات يجب أن تتميز بالسلطة والقوة والعدوانية، ولذلك يسمح بالعدوان للذكور ولا يسمح به للإناث (شحيمة، 1994: 175).

فضلاً عن ذلك فإن الطفل يتوحد مع والده الذي يشكل العنصر القوي في الأسرة استعداداً للقيام

بدوره الرجولي في المستقبل. كما أن المجتمع يتوقع أن يظهر الأطفال الذكور مزيداً من العدوان أكثر مما يتوقع من الإناث، ويميل إلى التسامح إزاءه وتشجيعه في الذكور. كما أن الأمهات أقل تسامحاً في السلوك العدواني مع الإناث بالمقارنة مع الذكور. ولهذا يصرح بالعدوان للذكور في مراحل العمر المختلفة أكثر مما يصرح به للإناث لأنه لا يناسب طبيعتهم الأنثوية. فقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الذكور يتشاجرون في الألعاب أكثر من الإناث، وأن متوسط مشاجرات الذكور في مدرسة الحضانة يفوق متوسط مشاجرات الإناث في العمر نفسه. ففي إحدى دراسات جود انف (Good enough) سجلت الأمهات لأطفالهن من سنة 7-82 شهراً ثورات الغضب، فوجد أن متوسط ثورات الغضب عند الذكور يفوق ثورات الغضب عند الإناث، كما وجد أن الذكور أكثر عدواناً في ألعابهم مع الدمى من الإناث (العيسوي، 1993).

### مفهوم العدوان :

من الصعوبات التي تواجه تحديد معنى العدوان، عدم وجود خط فاصل وحاسم بين تلك الأفعال التي نستنكرها نحن جميعاً، وبين تلك الأفعال التي نقبلها، لأننا لا نستطيع الاستمرار في الحياة بدونها. فالطفل مثلاً عندما يتمرد على السلطة نصفه بالعدوان، ولكنه في الواقع أيضاً يعبر عن دافع قوي نحو الاستقلال الذي يعد ضرورة في النمو وتكوين الشخصية (العيسوي ، 1993 : 163).

بالرغم من صعوبات تحديد معنى العدوان فقد حاول عدد من العلماء والباحثين تقديم بعض التعريفات للعدوان. فقد عرفه ميرز (Marz) بأنه حالات السلوك الموجه لإيقاع الأذى بشخص ما بشكل مباشر أو غير مباشر". أما زيلمان (Zillman, 1979) فيرى أن العدوان " أي نشاط يقصد به الشخص الإيذاء البدني أو الألم لشخص آخر".

في حين عرفه هيلجارد (Hilgard) " بأنه "نشاط هدام أو تخريبي من أي نوع، أو أنه نشاط يقوم به الفرد لإلحاق الأذى بشخص آخر، إما عن طريق الجرح الفيزيقي الحقيقي أو عن طريق سلوك

الاستهزاء والسخرية والضحك" (Hilgard, 1962).

أما (رفاعي) فيرى أن العدوان عبارة عن "السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه والإيذاء" (دافيدوف، 1983).

من خلال ما تقدم نجد أن العدوان يتضمن الإيذاء للآخرين أو الاعتداء عليهم أو على ممتلكاتهم، أو إيذاء الذات بشكل مباشر أو غير مباشر. وبناء على ذلك نخلص إلى تعريف العدوان عند الأطفال بأنه: السلوك الموجه ضد الآخرين، والذي يكون القصد منه إيذاء الذات أو الآخرين أو الممتلكات بشكل مباشر أو غير مباشر.

### أشكال العدوان:

تختلف أشكال السلوك العدواني باختلاف التعريفات المحددة له بالرغم من التداخل الواضح بينها. ويمكن إيضاح أهم هذه الأشكال كما يلي:

#### 1- العدوان الجسدي والعدوان اللفظي:

يتمثل العقاب الجسدي في إلحاق الأذى الجسدي بالآخرين مثل الركل والضرب والعض وشد الشعر وغيرها. أما العدوان اللفظي فيكون في السخرية والتوبيخ والتهديد والسب والشتم ووصف عيوب الآخرين بصفات تثير السخرية والاستهزاء.

#### 2- العدوان المباشر والعدوان غير المباشر:

يتميز العدوان المباشر نحو الشخص مصدر الإحباط والذي أثار غضب المعتدي بالتعبيرات اللفظية أو باستخدام القوة الجسدية. أما العدوان غير المباشر فهو العدوان الذي لا يستطيع المعتدي توجيهه نحو مصدره الأصلي خوفاً من العقاب فيحوله إلى شخص آخر أو شيء تربطه صلة بالمصدر الأصلي.

### 3- العدوان الفردي والعدوان الجمعي:

يتجه العدوان الفردي إلى إيقاع الأذى من قبل شخص بغيره من الأشخاص أو الجماعات أو الأشياء. أما العدوان الجماعي، فهو سلوك تمارسه جماعة ضد شخص أو جماعة أو أشياء وما يرمز لهم (محسن، 2011).

### 4- عدوان موجه نحو الذات وعدوان موجه نحو الآخرين:

يظهر العدوان الموجه نحو الذات بهدف إيقاع الأذى بالنفس، كتمزيق الطفل كتبه، أو ضرب رأسه بالحائط، أو عض أصابعه. أما العدوان الموجه نحو الآخرين، فيكون موجهاً نحو أشخاص آخرين أو نحو الأشياء وما يرمز لهم.

### أسباب العدوان :

تعددت الاتجاهات والآراء في تفسير العدوان عند الأطفال، فبعضهم يركز على العوامل البيئية - الاجتماعية في تفسير السلوك العدواني، في حين يركز بعضهم الآخر على العوامل الوراثية - البيولوجية. ويمكن إيضاح اتجاهات تفسير السلوك العدواني عند الأطفال كما يلي:

- الاتجاه الذي يؤكد أن السلوك العدواني عند الأطفال ينشأ نتيجة تعرض الطفل لإحباطات الحياة اليومية. فالإحباط يقود الطفل إلى العدوان، وإن العدوان هو النتيجة الحتمية الطبيعية للإحباط. ويرى هاريمان (Harriman) "أن السلوك العدواني هو تعويض عن الإحباط المستمر، وأن كثافة العدوان تتناسب مع حجم الإحباط وكثافته، إذ كلما زاد إحباط الفرد زاد عدوانه". وبناء على ذلك فإن أي موقف أو ظرف أو علاقة أو خيرة تسبب الإحباط للفرد يتولد عنها العدوان. فالعدوان هو الاستجابة الطبيعية للإحباط، ولكن عوامل التدريب والتعلم قد تمنعه من الظهور. ومن الأدلة على ذلك، تلك المستمدة من الملاحظة. ففي تجربة ماك كاندلز وأوتس (Mccondless and Otis)

تعرض (63) طفلاً في سن ما قبل المدرسة لسلسلة من ثمانية مواقف إحباطية، أظهر الأطفال استجابات عدوانية ابتداءً من المحاولة الرابعة حتى المحاولة الأخيرة (الزعيبي، 2006).

يذكر العيسوي (1993 : 170) من خلال سلسلة التجارب التي أجراها على كريمة البالغة من العمر أربع سنوات، أن الطفلة قد استجابت للإحباط بالغضب والثورة والبكاء والضرب، وأنها قد نقلت العدوان من الأب الذي كان مصدر الإحباط إلى الأم، وأحياناً أخرى كانت تستبدل الهدف المحبط بهدف آخر، فتسعى للحصول على شيء آخر للتعويض عما فقدته، فإذا انتزعت منها قطعة الحلوى التي تأكلها تنازلت عنها وطالبت ببعض النقود بدلاً منها، وكانت مواقف الإحباط تدور حول أدوات اللعب وأنواع الطعام والحلوى المختلفة.

كما أن أسلوب تربية الوالدين تؤثر في استجابة الطفل للإحباط فالوالد شديد الاتكالية قد يشعر بالإحباط الشديد إذا انفصل عن أمه لفترة قصيرة، ولكنه بسبب سلبته الشديدة قد لا يشعر بالإحباط إن سيطر عليه واستبد به طفل آخر عند اللعب. وأما الطفل المستقل فإنه قد لا يعبأ كثيراً لغياب أمه ثم يشعر بالإحباط والضييق الشديد إن وجد طفلاً آخر ينتزع دوره في اللعب (مسن وآخرون، 1986 : 274).

فضلاً عن ذلك فإن تكوين جماعة اللعب التي تضم الطفل قد يؤثر كذلك في استجابته للإحباط. ففي إحدى الدراسات تعرض الأطفال للإحباط عندما كانوا يلعبون مع أصدقاء طبيين حميمين، وفي هذه الظروف أظهروا استجابات مقبولة اجتماعياً للإحباط، وأصبح لعبهم إيجابياً بدرجة أكثر من ذي قبل، وأصبحوا منطلقين متعاونين مترابطين في التعبير عن العدوان تجاه المحرب (مصدر الإحباط) بدلاً من أن يصبوا عدوانهم على أنفسهم (Wright, 1940).

– وهناك اتجاه آخر يوضح علاقة التسامح الذي يلقاه الطفل من الآخرين بالعدوان. فالتسامح يغذي العدوان ولا يزيله، إذ بمقدار شعور الطفل بأنه سيسامح من قبل الأهل أو المدرسين، بمقدار ما

يتزع إلى العدوان، فهو يعتبر أن التسامح معه نوع من الموافقة الضمنية على العدوان. فالطفل الذي يعبت بدمية أخيه ويحطمها ولا يحاسب، فإنه يسعى إلى تكرار سلوكه العدواني مع ضحية أخرى ولكن بشكل أكثر شدة وأشد إيلاماً.

فالتسامح مع الطفل على سلوكه العدواني يقلل من شعوره بالخوف من العقاب، ومن الشعور بالذنب، وبالتالي يقل منعه للسلوك العدواني. فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن العدوان كان يزداد في حالة وجود شخص كبير مع الطفل يسمح بالعدوان عما يظهره الطفل من عدوانية في حالة وجوده بمفرده، حيث يبدو أنه يمارس نوعاً من الضبط الذاتي Self-Control. كما أظهرت نتائج دراسات أخرى وجود علاقة بين العدوان وبين الجو الديمقراطي السائد في المنزل، فالآباء الديمقراطيون يسمحون بمزيد من مظاهر الحرية والحركة والنشاط للطفل ومن بينها العدوان.

كذلك لوحظ وجود نسبة أكبر من السلوك العدواني بين أطفال الطبقات الاجتماعية الدنيا Lower - Class عن زملائهم من أبناء الطبقات المتوسطة Middle-Class، وذلك نظراً لوجود اتجاه تسامح نسبي نحو العدوان عند أبناء الطبقات الدنيا (العيسوي، 1993 : 172-173).

– أما الاتجاه الثالث فيركز على أن أساليب تربية الوالدين، والجو الأسري العام السائد في المنزل والتي من شأنها أن تساهم في إيجاد العدوان عند الطفل.

فالحرمان من عطف الوالدين وحبهم يجعل الأطفال أكثر من غيرهم ميلاً إلى العدوان في ظل مواقف الحياة بما في ذلك مجالات اللعب.

كما يتعزز السلوك العدواني ويتكرر عند الطفل عندما يكافأ على قيامه بتصرفات عدوانية، وذلك بحصوله على ما يريد، أو عندما يجتذب بسلوكه العدواني انتباه الآخرين واستحسانهم. ووفقاً لنظرية التعلم فإن السلوك الذي يثبت في الخبرة يدوم فترة أطول. ولهذا فإن الطفل الذي يتعود أن يثاب على سلوكه العدواني، يتخذ من هذا السلوك منهجاً له لتحقيق إشباع حاجاته. كما يتعلم الطفل سلوكه

العدواني نتيجة تقمص شخصية أحد الوالدين أو كليهما، أو سلوك الأخوة والزملاء. فقد أوضحت الدراسات أن العديد من الأطفال العدوانيين يأتون من أسر يتم فيها التعبير بحرية عن العدوان. فعندما تمت دراسة الأطفال المشكلين شديدي العدوان في مواقفهم الأسرية، تبين أن كل أفراد أسرة الطفل العدواني - من الوالدين والأخوة - يظهر عندهم قدر من السلوك العدواني أكبر مما يظهر عند نظرائهم من الأسر العادية. كما أن الطفل "المشكل" لم يكن يظهر من العدوان أكثر مما يظهر عند سائر أخوته وأخواته (Patterson, 1986).

كما أظهرت إحدى الدراسات التي أجريت في ألمانيا في شهر شباط عام (2000م) على 33 شاباً في عمر 13 - 17 سنة أنهم عدوانيين ولدى 66 شاباً في العمر نفسه أنهم كانوا غير عدوانيين (مجموعة ضابطة)، تبين أن والدي الشباب العدوانيين كانوا يعاقبون بشكل أقسى حتى على الأخطاء البسيطة، وكانوا رافضين من الناحية النفسية لأبنائهم بالمقارنة مع مجموعة الآباء في المجموعة الضابطة، وظهر السلوك العدواني بشكل مضاعف عند المجموعة التجريبية، وهذا ما يؤكد أثر سلوك القدوة في تعلم السلوك العدواني عند الأبناء. كما تبين أيضاً أن الأطفال الأكثر توحداً مع شخصية والديهم يظهرون نسبة أكبر من العدوان في أثناء اللعب بالدمى، وأن تأثير الأب في إظهار النزعة العدوانية عند الأطفال أكثر من تأثير الأم. فقد وجد أن الأطفال الذين تعود آباؤهم التغيب كثيراً عن المنزل يظهرون عدواناً أقل (العيسوي، 1993: 172). ولكن من الممكن أن يكون تغيب الوالد لفترة طويلة عن المنزل عاملاً في زيادة السلوك العدواني عند الطفل، حيث يتمرد الطفل على الأم أحياناً ليحقق ما يريد، خاصة وأن الأم أقل من الأب قدرة على السيطرة على الأبناء.

من جهة أخرى فإن كثرة المشاحنات بين الوالدين، من شأنها أن تؤدي بالطفل إلى شعوره بعدم الثقة بمن حوله، مما ينعكس على شخصيته، ويؤدي إلى ضعف قدرته على السيطرة على المشاكل والصعوبات التي يواجهها، مما يزيد من سلوكه العدواني (الزعي، 2005).

بالإضافة إلى ذلك فإن الآباء والأمهات كانوا بالنسبة للأطفال المشكلين غير متفقيين في تناول الاندفاعات العدوانية عند أبنائهم. فمن جهة كانوا يدعمون التصرفات العدوانية بالموافقة، أو الانتباه إلى الطفل، أو التماشي مع رغباته، أو الضحك من تصرفاته. ومن جهة أخرى كانوا في بعض الأحيان يعاقبون الاندفاعات العدوانية بالعقاب البدني الشديد. على أن العقاب الشديد وإن كان له أثر فعال في إنقاص السلوك العدواني عند الطفل، إلا أنه لا يبد وأن يستخدم باستمرار وانتظام لكي يكون فعالاً. والظاهر أن آباء الأطفال المشكلين كانوا كثيراً ما يهددون بالعقاب ولكنهم قليلاً ما كانوا ينفذون تهديدهم، في حين أن آباء الأطفال غير العدوانيين كانوا على خلاف ذلك إذا هددوا وتوعدوا قاموا بتنفيذ تهديدهم (Patterson, 1986).

كما أن المنافسة الشديدة بين الأطفال أو بين الإخوة تعتبر دافعاً أساسياً للسلوك العدواني.

- في حين يركز الاتجاه الرابع على أن اتجاهات المجتمع نحو العدوان من شأنها أن تقوي الدافع إلى العدوان. ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً شهد العقد الأخير من هذا القرن تمجيداً للعنف وذلك من خلال وسائل الاتصال الجماهيري وخاصة التلفزيون والسينما. كما أن الاعتقاد السائد لدى الكثير من الأطفال (والذي يغذى من قبل الكبار) أن العدوان دليل على الرجولة .

- يؤكد الاتجاه الخامس على العوامل النفسية ودورها في إيجاد السلوك العدواني عند الأطفال. فالصراعات النفسية والانفعالات المكبوتة عند الأطفال تدفع بهم إلى العدوان، فقد وجد سيرز (Sears) أن هناك علاقة بين العدوان وشعور الطفل بعدم الأمان، كما وجد أن العدوان يظهر عند الأطفال الذين يشعرون بالذنب (الزعيبي، 2008).

كما أن الإفراط في السلوك العدواني دليل على القلق وعلى سوء التوافق عند الأطفال وعجزهم عن اكتساب أساليب توافقية صحيحة مع البيئة التي يعيشون فيها وأنهم لا يمتلكون وسائل أخرى للتعبير عن ذواتهم بغير السلوك العدواني. فضلاً عن ذلك تشكل الغيرة عاملاً مسبباً للعدوان عند العديد من

الأطفال، ففي حالة فتاة في سن الثامنة بلغت غيرتها من أخيها الذي تعلم عزف الموسيقى إلى الحد الذي جعلها تحطم مفاتيح البيانو.

– أما الاتجاه السادس فيؤكد على الأساس البيولوجي في تشكل العدوان عند الأطفال. فقد وجد أن هناك عدة أجهزة عصبية في المخ تتحكم في نوعيات معينة من العدوان، وأن هذه الأجهزة تعمل عندما تصل إلى عتبة معينة، فعند الوصول إلى العتبة المنخفضة مثلاً نجد أن أجهزة المخ تنشط لا إرادياً وتشعر الحيوانات بالقلق وربما بالعداء، إلا أن الانقراض لا يحدث إلا إذا ظهر هدف مناسب (Moyer, Kenneth, 1978).

يذكر (دافيد وف) أن لأجهزة المخ دوراً في العدوان، وذلك من خلال تكتيفها لدور الدوائر العصبية المسيطرة على العدوان في أداء وظيفتها، ويمكن أن تمنع الدوائر العصبية من أداء وظيفتها، فعندما قام علماء النفس بإثارة الجزء الجانبي من الهيبوثلاموس لقطعة، قامت القطعة بمهاجمة الفأر ولكن بطريقة نمطية (دافيد وف، 1983).

كما أظهرت التجارب أن تخريب بعض التشكيلات الدماغية يؤدي إلى ظهور حالات من الغضب والسلوك العدواني، فعندما أجريت عمليات جراحية في الفص الجبهي من الدماغ عند القرود التي توجد في جماعات، لوحظ أن العلاقات الاجتماعية للجماعة تتأثر وتعرض للانحلال، فالقرود ضعيفة النفوذ في الجماعة لم تعد تتجنب القرود صاحبة النفوذ، بل على خلاف ذلك بدأت تهجم الحيوانات قوية النفوذ وبصورة موازية، وهذا يشير إلى أن بنية الجماعة قد تعرضت للتفكك تحت تأثير هذه العمليات.

وهناك اتجاه مشابه يأخذ به العالم دولكادو (Dolgado) من جامعة يال (Yale)، حيث ساهم في تحديد المناطق الدماغية المسؤولة عن انطلاق الغضب أو كبتة، فقد وجد أن العدوانية يمكن أن تختفي وقتياً عند القرود الآسيوية عندما تتم معالجة الجزء الداخلي للنواة الدماغية بالتحريض، وخلال هذه الفترة من التحريض يمكن ملامسة وجه القرود دون أية خطورة، علماً بأنها عدوانية جداً في الحالات الطبيعية.

ومع ذلك يؤكد (دولكادو) على دور التعليم والسياق الاجتماعي، فالتحريض الدماغي يحدد الحالة الانفعالية العدوانية للكائن، ولكن الأداء السلوكي يبقى المحور الأساسي للسمات الفردية عند الكائن المحرض وخاصة خبراته السابقة. ويمكن أن ينسحب القول نفسه على القرود، حيث إن محلل الـ (S. C) يمكنه إثارة الحيوان، ولكن الشكل النهائي لعدوانيته مرهون بعلاقاته الاجتماعية (وظفة، 1996).

كما تسهم الكروموزومات (XX) التي تحدد الجنس الأنثوي، والكروموزومات (XY) التي تحدد الجنس الذكري بشكل غير مباشر في تحديد درجة العدوانية وفي نسب الإفرازات الهرمونية. وذلك من خلال تأثيرها على القوة الفيزيائية للجسم. فاضطراب هذه الكروموزومات والتي تأخذ صيغة (XYY) تؤدي إلى السلوك العدواني وكذلك الإجرامي. وتشير الأبحاث الحديثة التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى وجود مثل هذه الحالة عند شخص واحد من أصل (550) شخصاً، وهذا ما جعل رجال القضاء يعيرون الجانب البيولوجي أهمية خاصة في تفسير السلوك العدواني والإجرامي عند الفرد. ومع ذلك لا يمكن ملاحظة وجود علاقة مباشرة بين تزامن هذه الظاهرة والجريمة (وظفة، 1996 : 63).

يزعم دايمنون (Diamond) وجود صفات وراثية وفروق جنسية في العدوان في الحيوانات، وخلص إلى القول بوجود تأثير للعوامل الوراثية العضوية (Genetic Factors) في السلوك العدواني، ولكنه لم ينكر أهمية الخبرة والتعلم (Diamonds, 1957).

مهما تكن العلاقة بين الوراثة والسلوك العدواني فإننا لا نستطيع أن ننكر الدور الذي تلعبه هذه العوامل في تشكيل استجابات الفرد للبيئة، فالوراثة تحدد الاستعدادات العامة التي تصقلها وتشكلها الظروف البيئية أو تطمسها وتكبتها.

الوقاية والعلاج من السلوك العدواني:

إن للعدوان أضراراً خطيرة تعود على الطفل نفسه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه على حد سواء، فهو يحول دون قيام العلاقات الاجتماعية والإنسانية السليمة بين الطفل المعتدي وسائر المحيطين، كما أنه يسبب للطفل اضطرابات جسدية ونفسية كثيرة. ومن أجل ضمان علاقات سليمة بين الطفل والآخرين، لابد من البحث الجاد عن سبل الوقاية من العدوان قبل وقوعه، ومعالجته في حالة حدوثه، وقد حظي السلوك العدواني عند الأطفال في السنوات الأخيرة من هذا القرن بالكثير من الرعاية النفسية والتربوية، وأصبح مجال بحث لدى الكثير من العلماء والباحثين، أملاً في الوصول إلى قواعد وأسس يمكن الاعتماد عليها في الحد من السلوك العدواني وعلاجه، ومن أجل ذلك لابد من اتباع الآتي:

- العمل على فهم دوافع السلوك العدواني عند الطفل، والوقوف منه موقف المتفهم الهادئ، إذ يتوجب علينا قبل أن نمنع الطفل من عمل شيء ما، أن نهيئ له عملاً إيجابياً بديلاً بدلاً من الأوامر والنواهي السلبية، ومثال ذلك أن نقول له: "من المفضل أن تفعل هذا... تعال وافعل كذا... جميل أن يكون لديك هذا الشيء..". وذلك بدلاً من أن نقول له: "لا تفعل هذا .. إياك أن تفعل ما فعلت.. لا تقترب من هذا المكان ..".
- من الضروري أيضاً تعزيز السلوك المرغوب فيه عند الطفل وإظهار الرضا في كل مرة يقوم الطفل في التعامل مع الآخرين (في اللعب مثلاً) دون أن يظهر عنده العدوان أو المشاجرة معهم.
- أن يقوم الآباء بنهي أبنائهم عن السلوك العدواني، وتشجيعهم على السلوك الهادئ السليم، ومعاملة الآخرين بالحسن والعطف دون أن نعودهم على الخنوع أو الفجور لقوله تعالى: " فمن اعتدى عليكم فاعتدوا عليه بمثل ما اعتدى عليكم" (البقرة، آية 194).
- تربية الأطفال تربية متوازنة تقوم على الأخذ والعطاء، وتنمية القيم الإيجابية لديهم ليدرخوا معناها فيما بعد. ولهذا يتوجب على الآباء والمربين عدم اللجوء إلى العدوان والغضب الشديد

عندما يخطئ الطفل، وضبط النفس قدر الإمكان، فالطفل يقلد والديه والكبار من حوله في سلوكهم العدواني. فقد أظهرت الدراسات أن الآباء ذوي الاتجاهات العدوانية لا يتقبلون الأبناء ولا يمنحونهم العطف والقبول، ويميلون إلى استخدام العقاب البدني في ضبط سلوك أبنائهم (الزعيبي، 2008 ب).

يرى فيرجيلد (Fairchild, 1977) وسيرز (Sears, 1953) أن استمرار المزج بين ضعف العطف الوالدي وبين العقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلى العدوان والتمرد وعدم تحمل المسؤولية لدى الطفل (شيفر وسيلمان، 1989).

كما تبين أيضاً وجود علاقة بين سلوك الطفل العدواني وبين عقاب الآباء على هذا السلوك، فقد ظهر أن الأطفال العدوانيين في المدارس ينالون عقاباً كثيراً من الأب في المنزل. فالعقاب لا يمنع الطفل من السلوك العدواني بل يقوده إلى مزيد من العدوان نتيجة شعوره بالإحباط. ولهذا من الضروري الابتعاد عن عقاب الطفل جسدياً، لأن هذا النوع من العقاب يؤدي إلى تبدل المشاعر الانفعالية لديه، كما أنه قد يألّف مثل هذه العقوبة، فلا تعود تجدي معه كثيراً، مما يجعل هذه العقوبة عديمة المفعول .

● **من الضروري إبعاد الطفل عن المواقف والخبرات التي توقعه في الإحباط، وتوفير فرص النجاح له ما أمكن، فالتجّاح في القيام بالأعمال الموكلة إلى الطفل تعزز من ثقته بنفسه، وتبعد عنه مشاعر النقص والإحباط. وفي حالة ظهور العدوان عند الطفل يجب عدم كبتة (لأن ذلك يؤدي إلى نتائج نفسية وسلوكية غير مرغوب فيها)، وتوجيهه إلى مسالك مقبولة اجتماعياً.**

● **العمل على توفير الاطمئنان والأمن النفسي للطفل في الأسرة والمدرسة. فالطفل الذي يعيش خبرات سارة وسعيدة، يعكس سعادته على الآخرين من خلال سلوكه معهم. كما أن توفير علاقات قوامها المحبة والمساواة والتسامح والتعاون في جو أسري آمن من شأنه أن يبعد الطفل عن العدوان ويقلل منه في حالة وجوده.**

- الإقلال ما أمكن من التعرض لنماذج عدوانية. فالأطفال الذين يشاهدون تصرفات عدوانية، تزداد عندهم مثل هذه التصرفات، ويميلون إلى تقليد مثل هذه المشاهد. فمشاهد القتل والعراك التي يشاهدها الأطفال في التلفزيون تؤدي إلى إيقاظ الأحاسيس الفسيولوجية عند الطفل مما من شأنه أن يؤدي إلى العدوان فيما بعد، خاصة إذا كان ما يعرض من نماذج عدوانية يتوافق مع قيم وأسلوب حياة الطفل الذي كونه في الأسرة والمجتمع المحيط (الزعي، 2008 ب).
- التجاهل المتعمد للسلوك العدواني، وتعزيز السلوك المرغوب فيه عند الطفل، إذ من الضروري أن يصاحب تعزيز السلوك المرغوب فيه عند الطفل تجاهل لتصرفاته العدوانية، خاصة إذا لم يترتب عليها إيذاء للآخرين. وتشير نتائج الدراسات أنه من الممكن أن يخفف الراشدون استجابات العدوان اللفظية والجسدية عند الأطفال بشكل ظاهر عن طريق التجاهل المنظم للسلوك العدواني، وإبداء الاهتمام بالسلوك العدواني عندهم والعمل على تعزيزه (شيفر وميلمان، 1989).
- أن تعمل الأسرة والمدرسة على توفير الأنشطة الحركية المنظمة للطفل. فالطفل يمتلك طاقة زائدة ويحتاج إلى الحركة والنشاط لتصرفها. ولهذا فإن توفير فرص اللعب للطفل، والرياضة التنافسية تساعد على تصريف نزعاته العدوانية بشكل مقبول اجتماعياً.

## الفصل السادس

### الخجل

مفهوم الخجل وطبيعته.

أضرار الخجل.

أنواع الخجل.

مظاهر الخجل.

معدل انتشار الخجل عند الأطفال.

أسباب الخجل.

علاج الخجل.



## الفصل السادس

### الخجل

#### مفهوم الخجل وطبيعته:

الخجل حالة طبيعية في كثير من الأحيان، فبعض الأطفال يظهرون نوعاً من الخجل والاعتماد على الأهل عند لقاء الأقارب أو الأصدقاء أو الغرباء. ولكن عندما يكون الخجل شديداً ويستمر لفترة طويلة (سنة أشهر على الأقل) عندئذٍ يمكن أن يسمى الخجل بالاضطراب التجنبي أو الهروبي Avoidant Disorders. فالطفل الخجول عادة يتحاشى الآخرين، ويعاني عدم القدرة على التعامل بسهولة مع زملائه في المدرسة والمجتمع، ويعيش منطوياً على نفسه، بعيداً عن الآخرين، ويحاول الابتعاد عن الآخرين في المناسبات الاجتماعية، ويتكلم بصوت منخفض ويتلعثم ويحمر وجهه وأذناه، بالرغم من أنه طبيعي ونشط في منزله وبين ذويه.

فقد كشف لنا التراث السيكولوجي الذي تناول ظاهرة الخجل بالتعريف عن تباين في الرؤى، حيث أكدت بعض التعريفات الجانب الفسيولوجي، ورأت أنه ظاهرة يصاحبها ردود فعل فسيولوجية تتمثل في احمرار الوجه، وزيادة في دقات القلب، وجفاف الحلق، وبرود اليدين (النيسال، 1996 : 173).

كما أكدت تعريفات أخرى الجانب النفسي كتعريف كورسيني (Corsini, 1987)، حيث عرّف الخجل بأنه ظاهرة انفعالية يعاني صاحبها قلقاً مفرطاً وأفكاراً سلبية نحو الذات. أما النوع الثالث من التعريفات فقد أكدت الجانب المعرفي للخجل كتعريف بيلكونس وزيمباردو (Pilkons, P. & Zimbardo, P., 1979) اللذين أوضحوا أن الخجل يتضمن صعوبات في الأداء، فضلاً عن فقدان التوكيد، والتفكير في أشياء غير سارة في المواقف الاجتماعية، وأفكار سلبية نحو الذات.

من خلال العرض السابق لتعريفات الخجل نتبين أنه يتضمن مكونات ثلاثة:

أ- مكون فيزيولوجي يظهر على شكل تنبيهات حسية تتمثل في احمرار الوجه وتسرع دقات القلب، وتعرق اليدين.

ب- مكون نفسي يظهر من خلال مجموعة الأعراض التي تعترى الشخص الخجل والتي تكون على شكل قلق ولا سيما القلق الاجتماعي، والارتباك، والخوف من مواجهة الآخرين والتفاعل معهم.

ج- مكون المعرفي، والذي يتمثل في زيادة الوعي بالذات، وأفكار سلبية نحو الذات، والتفكير في أشياء غير سارة في المواقف الاجتماعية. ولذلك فإن الطفل الخجول يكون مفرطاً في خجله، وتعوزه الثقة بالنفس في مجابهة ما يواجهه من أمور عادية، وهو أكثر انتشاراً لدى الإناث منه لدى الذكور. فالخجل في حد ذاته ليس خطراً، ولكن الخطر فيما يترتب عليه من قلة اندماج الطفل في مواقف الحياة اليومية، ومشاركة زملائه في أنشطتهم، وتجنب التواصل والارتباط بصداقات، وظهور الغيرة والحسد في أعماقه عندما يشاهد أصدقاءه يلعبون ويتصرفون بصورة طبيعية فينفر منهم، ويتزعج ممن يوجه إليه أية ملاحظات عن تصرفاته.

الطفل الخجول يصبح أكثر حساسية وأكثر عصبية من الأطفال العاديين نتيجة شعوره بالنقص، مما يجعله سهل الاستثارة، وكثير الحركة والتشاؤم والخذر، وعدوانياً لأتفه الأسباب. والخوف من الخجل عند الأطفال من استمراريته حتى مرحلة المراهقة والشباب، مما يؤدي إلى العزلة التامة التي يصعب معها التكيف، كما يعاني القلق والتوتر عندما تفرض الظروف نفسها عليه لكي يتفاعل مع الآخرين (الشريبي، 1994).

يبدأ اضطراب الخجل، لدى بعض الأطفال في عمر ما بين 2 - 3 سنوات، وأحياناً قد يستمر حتى المدرسة الابتدائية، وقد يظهر فجأة في المدرسة الابتدائية لدى بعض الأطفال عندما يزداد تفاعلهم الاجتماعي، وقد تتحسن حالة بعض الأطفال بعد فترات من الشدة يمرون بها، ولكن بعضهم الآخر

تستمر معه الحالة حتى سن المراهقة والرشد ويتحول إلى ما يسمى بالرهاب الاجتماعي Social Phobia.

### أضرار الخجل:

يؤدي الخجل إلى ضعف قدرة الطفل الخجول على الاندماج في الحياة مع زملائه، وإلى نقص في المهارات الاجتماعية خارج الأسرة، ويضعف من قدرته على التعلم من تجارب الحياة، كما يجعل سلوكه يتصف بالجمود والخمول داخل المدرسة، كما أنه يتجنب الاتصال بالأطفال الآخرين ولا يرتبط بصداقات طويلة الأمد، ويتعد عن كل طفل أو شخص يوجه إليه اللوم أو النقد، مما يجعله محدود الخبرة ضعيف التعلم في المدرسة، ويجعله عالة على نفسه وأسرته ومجتمعه.

### أنواع الخجل:

يميز آيزنك (Eysenck, 1969 : 27) بين نوعين من الخجل هما:

- 1- الخجل الاجتماعي - الانطوائي: يتميز هذا النوع من الخجل بالعزلة، ولكن مع قدرة الفرد على العمل بكفاءة مع الجماعة إذا اضطر إلى ذلك.
- 2- الخجل الاجتماعي - العُصائي: ويتميز صاحب هذا النوع من الخجل بالقلق الناتج عن الشعور بالحساسية المفرطة نحو الذات، وإحساس بالوحدة النفسية. وهذا النوع من الخجل يدفع صاحبه إلى الوقوع في صراعات نفسية بين رغبته في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين وخوفه منهم.

كما أشار كل من بيلكونس وزيمباردو (Pilkons & Zimbardo, 1979) إلى نوعين آخرين للخجل هما:

- 3- الخجل العام: يتميز صاحب هذا النوع من الخجل بعيوب في أداء المهارات: كالخرج

والفشل في بعض الأحيان أثناء الاستجابة في الموقف الاجتماعي. وقد يظهر الخجل العام بوضوح في الجلسات الاجتماعية والأماكن العامة.

4- **الخجل الخاص:** ينصب اهتمام صاحب هذا النوع من الخجل على الأحداث الذاتية، وغالباً ما يتعلق بالعلاقات الشخصية الحميمة.

وتذكر النيال (1996 : 178) نوعين آخرين من الخجل هما:

5- **الخجل كحالة:** وهو نوع من الخجل يزول مع زوال الموقف الذي أدى إلى الخجل عند صاحبه.

6- **الخجل كسمة:** وهذا النوع من الخجل متأصل في بناء الشخصية، حيث يقلق مزاج صاحبه، ويخفض مهاراته الاجتماعية، ويزيد من انطوائه، وقد يؤدي إلى مخاوف اجتماعية كثيرة.

### مظاهر الخجل:

من أبرز المظاهر التي تميز الطفل الخجول: الصمت أثناء صعبة الآخرين، وصعوبة تكوين صداقات، وتجنب التواصل البصري أثناء التخاطب، والشروع أثناء التحادث مع الآخرين، وكثرة الابتسام، والبطء أثناء المناقشة الجماعية، والتلعثم بالكلام، والميل إلى الابتعاد عن المواجهة، وتفضيل البقاء في الصف الخلفي في المواقف الاجتماعية، وكثرة الاعتماد على الآخرين، والشعور بالضيق أثناء التفاعل الاجتماعي، وكثرة التفكير في المواقف غير السارة، وانشغاله بتقييم الآخرين .

الجدير ذكره أن هذه المظاهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية والوجدانية التي يخبرها الخجول تشكل عائقاً في التفاعل الاجتماعي البناء، وإذا لم يعالج الطفل الخجول من هذه المظاهر، فسوف تلازمه طيلة حياته، وتتدخل في شؤونه وتفقد الشعور بالراحة والتوافق السليم، وتعرض صحته

### معدل انتشار الخجل عند الأطفال:

يعدُّ الخجل ظاهرة واسعة الانتشار بين الأطفال، ففي دراسة مسحية قام بها زيمباردو (Zimbardo, 1977) على عينات من أطفال المدارس الابتدائية، تبين له أن 50% من الذكور، و60% من الإناث يعانون من الخجل.

يذكر (Harris, 1986 : 558) أن (Welding, 1977) قد توصل إلى أن 9% من عينة مكونة من (670) من الإناث ممن تراوحت أعمارهن بين 3-7 أعوام كن يعانين من الخجل المستمر، بالإضافة إلى بعض الاضطرابات السيكوسوماتية، في حين عانى 16% من الذكور من عينة مكونة من (702) ذكراً من الأعمار ذاتها من السلوك الانسحابي، بالإضافة إلى النشاط الزائد واضطرابات في الكلام .

من خلال ما تقدم نجد أن نسبة انتشار الخجل بين الأطفال ليست بسيطة وهو أكثر انتشاراً بين الإناث منه لدى الذكور.

### أسباب الخجل:

للخجل عند الأطفال أسباب كثيرة منها:

#### 1- الوراثة:

يرى بعض الباحثين أن فسيولوجية الدماغ عند الأطفال المصابين بالخجل هي التي تهيئهم لأن يستجيبوا استجابات تتصف بالخجل. كما أن الجينات الوراثية لها تأثير كبير في خجل الأطفال، فالطفل الخجول غالباً ما يكون له أب يتمتع بصفة الخجل، أو قد يتمتع بصفة الخجل، أو قد يتمتع

أحد أقاربه (العم، الجد...) بالخجل فالطفل يرث بعض صفات والديه .

### 2- أسلوب معاملة الوالدين للأبناء:

قد يكون لقلق الأم الزائد على طفلها ومراقبتها المستمرة لتصرفاته بهدف حمايته من الأسباب التي تحول دون انطلاقه و استمتاعه باللعب أو التواصل والتفاعل مع الأطفال الآخرين.

كما أن التشدد في معاملة الطفل والإكثار من زجره وتوبيخه لأتفه الأسباب وخاصة أمام أقرانه، يثير لدى الطفل الشعور بضعف الثقة بالنفس ومشاعر النقص، ويلجأ إلى الغياب عن أعين الآخرين.

### 3- الخلافات بين الوالدين :

تسبب الخلافات بين الوالدين مخاوف غامضة لدى الطفل وتجعله يشعر بقلّة الأمان مما يؤثر في نفسيته ويؤدي إلى الانطواء وبلوذ بالخجل.

### 4- منع الطفل الاختلاط بالآخرين:

إن جعل الطفل تابعاً للكبار وفرض رقابة شديدة عليه، يشعره بالعجز عند محاولة الاستقلال واتخاذ القرارات التي تخصه.

### 5- الشعور بالنقص:

يعد شعور الطفل بالنقص من أقوى مسببات الخجل، ويتولد هذا الشعور بسبب وجود عاهات جسمية لديه (كالعرج، أو ضخامة الجسم، أو ضعف السمع أو البصر، أو قصر القامة أو طولها الشديد...إلخ). وقد تعود مشاعر النقص عند الطفل نتيجة قلة مصروفه مقارنة بزملائه، أو رداءة ثيابه مقارنة بالزملاء أو عدم تمكنه من دفع ما يترتب عليه من اشتراكات تطلب منه من قبل المدرسة، أو اقتنائه أشياء لفترة طويلة ولا يستطيع تغييرها نظراً لفقره .

6- التأخر الدراسي:

إن تأخر الطفل دراسياً عن باقي زملائه من الأمور الجوهرية التي تشعره بالخجل وأنه أقل من مستوى زملائه. ولكن لا يعني ذلك أن كل تلميذ خجول متأخر دراسياً، فكثير من التلاميذ الأوائل في المدرسة يعانون الخجل لأسباب أخرى.

7- تقليد الوالدين:

عادة ما يكون للآباء الخجولين أبناء خجولون والعكس ليس صحيحاً، إذ إن الأبناء يقلدون آباءهم في الخجل وخاصة عندما يدعم الآباء هذا السلوك لدى أبنائهم.

8- شعور الطفل بقلة الأمن:

إن الطفل الذي لا يشعر بالأمن والطمأنينة يتجنب الاختلاط مع الآخرين، إما لقلقه الشديد، وإما لفقدانه الثقة بالآخرين وخوفه منهم، أو من سخريتهم منه.

علاج الخجل:

توجد أساليب عديدة يمكن الاستفادة منها في علاج الخجل عند الأطفال منها:

1- تحديد مصادر الخجل عند الطفل وكيف نشأت: لا بد من التفكير في المواقف التي تسبب الخجل عند الأطفال وجعلها عادية ومشوقة وليست غريبة، لأن ذلك من شأنه إبعاد مشاعر القلق عنهم.

2- لا بد من تدريب الطفل الخجول على مواجهة المواقف الاجتماعية والتعامل مع الأطفال الآخرين والكبار، وهذا الأمر يحتاج إلى تدريب مدة حوالي عشر دقائق يومياً. ولا بد أيضاً من تشجيعه على سرد قصة أمام الأهل أو الأصدقاء، ومكافأته على أدائه (بالحلوى، الهدايا،

التشجيع اللفظي)، وعدم الإكثار من الملاحظات في المراحل الأولى من التدريب، فكثير من الحالات تتحسن مع زيادة التجارب الناجحة والثقة بالنفس، وكثير منها يتحسن مع التقدم في العمر .

3- تشجيع الطفل على التعبير عن نفسه بصراحة: لابد من تشجيع الأطفال الخجولين على التعبير بصراحة ودون خوف عن رغباتهم وحاجاتهم وامتلاك الشجاعة للرفض أو الاعتراض عندما لا يرغبون بشيء معين.

4- عدم إهانة الطفل أو انتقاده أمام الآخرين: إن إهانة الطفل أو انتقاده أمام زملائه أو أمام الآخرين (أقارب أو غرباء)، يؤدي إلى شعور الطفل بالإهانة والنقص وقلة الحيلة مما يدفعه إلى الانسحاب من هذه المواقف والانعزال عن الآخرين.

5- تدعيم ثقة الطفل بنفسه: إن بناء ثقة الطفل بنفسه يكون من خلال ذكر مواضع قوته، ومواقف النجاح التي حققها، وإنجازاته، ومن خلال قبول بعض الجوانب التي قد يعانيتها. ومن الضروري أيضاً ترك بعض الحرية للطفل لاكتشاف ما حوله بنفسه لأنه يتعلم من خلال التجربة. كما لابد من تقبل بعض الأخطاء عند وقوع الطفل بها، والمساعدة في المحاولة مرة أخرى حتى يحقق النجاح، لأن ذلك يساعد في تدعيم ثقته بنفسه. كما لابد من أن يشعر الطفل الخجول بالحب والود لكي يتقبل الأسباب الكامنة وراء خجله.

6- تشجيع الطفل على الهوايات المفيدة: لابد من تشجيع الطفل على ممارسة هواياته؛ لأن ذلك من شأنه أن يكسبه احترامه لنفسه من خلال تحقيق إمكاناته والتفاخر بها. كما لابد من تشجيع الطفل على الاستمرار في ممارسة هذه الهوايات وتوجيهه حسب الإمكانيات التي يمتلكها. بما يحقق له النجاح، مع تشجيعه على التواصل مع الآخرين ومشاركتهم مناسباتهم، لأن ذلك يقوي الأنا لديه، ويعزز ثقته بنفسه (المالح، 1995).

## الفصل السابع

### اضطرابات الكلام والنطق

- مفهوم اضطرابات الكلام.
- مظاهر اضطرابات الكلام.
- اضطرابات النطق.
- اضطرابات الصوت.
- التأتأة.
- السرعة الزائدة في الكلام.
- مدى انتشار اضطرابات الكلام.
- أسباب اضطرابات الكلام.
- تشخيص اضطرابات الكلام.
- الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية.
- الرعاية النفسية والتربوية لذوي الاضطرابات اللغوية.
- علاج اضطرابات الكلام.



## الفصل السابع

### اضطرابات الكلام والنطق

#### مفهوم اضطرابات الكلام :

أحد أشكال اضطرابات التواصل، وأكثرها شيوعاً، خاصة لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة الابتدائية وحلالها. ويقصد باضطرابات اللغة "تلك الاضطرابات المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها، أو تأخرها، أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها، أو صعوبة قراءتها أو كتابتها" (الروسان، 1996 أ: 224).

قد يلفظ الطفل الأصوات اللغوية بطريقة خاطئة، وغالباً ما تكون مفهومة للمستمع، أو قد يحذف أحد أصواتها اللغوية فتشوه المعنى المطلوب، أو قد يستبدل صوتاً لغوياً بصوت لغوي آخر. وإذا كثرت الأصوات اللغوية المستبدلة يصبح حديث الطفل غير مفهوم.

فالحكم على اضطرابات اللغة لا بد أن يأخذ بعين الاعتبار عمر الطفل الذي يظهر فيه هذا الاضطراب، فهو شيء مألوف وعادي عند الأطفال في عمر ما قبل المدرسة، في حين يصبح ذا دلالة عند الأطفال الأكبر سناً.

#### مظاهر اضطرابات الكلام :

تتعدد مظاهر اضطرابات الكلام بتعدد الأسباب المؤدية إليها. وقد ذكر عدد من الكتاب والباحثين مثل هالاهان (Hallahan, 1981)، وهيوارد (Heward, 1980) وفاروق الروسان (1996، أ: 223) عدداً من المظاهر لاضطرابات اللغة منها :

أولاً- اضطرابات النطق: **Articulation disturbance**

وتشمل الاضطرابات التالية:

أ- **الحذف: Omission** ويقصد بذلك حذف الفرد حرفاً أو أكثر من الكلمة مثل (خوف بدلاً من خروف). وتعد هذه الظاهرة طبيعية حتى سن دخول المدرسة، وبعد ذلك يمكن عدّها مظهراً من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

ب- **الإبدال: Substitution** ويقصد بالإبدال أن يستبدل الشخص حرفاً بحرف آخر من حروف الكلمة مثل حرف (راء)، حيث يلفظه الطفل (لام) فكلمة (خروف) يلفظها (خلوف). كما يستبدل حرف (الكاف) بحرف (الثاء) فيلفظ كلمة (سكينة) مثلاً (ستينة). وقد يعود السبب في ذلك إلى ضعف المهارة في تحريك اللسان عند ارتفاعه إلى الأعلى قريباً من سقف الحنك نتيجة كبر حجمه، أو وجود شقوق في سطحه. كما يعود ذلك أيضاً إلى تدريب خاطئ وخاصة في نطق حرف (الذال) واستبداله بحرف (الزاء)، واستبدال حرف (الثاء) بحرف (السين).

ج- **الإضافة: Additions** وتعني أن يضيف الشخص حرفاً جديداً إلى الكلمة المنطوقة مثل (لعبات بدلاً من لعبة). وتعد هذه الظاهرة طبيعية أيضاً حتى سن دخول الطفل إلى المدرسة الابتدائية.

د- **التشويه: Distortion** وتعني صعوبة لفظ بعض الحروف الأبجدية على نحو صحيح في مجتمع ما (ما عدا حرفي الميم والنون)، حيث تخرج الحروف المتحركة والساكنة بطريقة مشوهة، وتظهر الحروف المتحركة وكأن بها غنة، أما الحروف الساكنة فتأخذ أشكالاً متباينة من التشخير أو الإبدال. وتعد هذه الظاهرة طبيعية حتى سن دخول المدرسة الابتدائية.

ثانياً- اضطرابات الصوت: **Voice Disorders**

تحدث اضطرابات الصوت عندما يكون نوع الصوت أو شدته أو تردده غير طبيعي. وهذا الاضطراب أقل حدوثاً لدى الأطفال بالمقارنة مع الكبار. فالصوت الضعيف الذي لا ينسجم مع آلية الصوت الطبيعية غالباً ما يعد عيباً.

كما أن ارتفاع الصوت أو انخفاضه، ودرجة حدته تعد من اضطرابات الصوت، وذلك حسب عمر الشخص المتكلم وجنسه، والظروف المحيطة به. كما أن البحة الصوتية والغنة الأنفية (البسيطة، والزائدة)، التي تعني السماح لكمية قليلة أو كبيرة من الهواء بالمرور خلال التجويف الأنفي، تعد أيضاً اضطرابات صوتية.

### ثالثاً- التأتأة أو اللجلجة أو التهتهة Stuttering :

عبارة عن اضطرابات كلامية تتجلى في شكل تقلص الكلام مصحوبة بتكرار غير مرغوب، ووقفات في مجرى الكلام، وتكون إما على شكل ترديدي (Clonic)، أو تشنجي (Tonic) (الزرعي، 2001، أ : 136). وقد يحدث انقطاع بين الكلمات لفترة قصيرة فتخرج الألفاظ متناثرة غامضة، وأحياناً تصاحب تلك الأعراض تشنجات في عضلات الوجه، أو الرمش بشدة في العين، أو الرعشة للشفتين أو الوجه، أو هز الرأس، ويكون الطفل غير واع بما في البداية، وبمجرد وعيه بما يبدأ باليات التجنب، وتظهر عنده الاستجابات الحركية والانفعالية (الشريبي، 1994).

تظهر التأتأة عادة في الفئة العمرية ما بين 3-10 سنوات، ونسبة ظهورها عند البنين مقارنة بالبنات هي تقريباً (3 : 1) وأحياناً (8 : 1)، وتكون التأتأة شديدة عادة في عمر (3-4) سنوات، وذلك أثناء اكتساب الطفل للكلام، أو عند دخوله إلى المدرسة، حيث توجد منافسة بين التلميذ وزملائه. أما في عمر (6-8) سنوات فتكون التأتأة أقل انتشاراً وأخف حدة. كما تحدث التأتأة في سن المراهقة، وخاصة عندما يضطر المراهق إلى الكلام في المواقف الجديدة. ومن أهم المؤشرات على وجود اللجلجة أو التأتأة ما يلي:

أ) إعادة الحرف أو تكراره (**Repetition**): مثل (د.د.د) أو إعادة مقطع لفظي مثل (فا.فا.فا..)، أو إعادة الكلمة (لكن.لكن.لكن...) بشكل تشنجي لا إرادي.

ب) الإطالة الصوتية الزائدة (**Prolongation of Sounds**): تحدث الإطالة الصوتية الزائدة للحروف الساكنة بشكل خاص، ويشير بعضهم إلى أن الإطالة الصوتية في مراحل متقدمة من اللجاجة على عكس إعادة الحرف أو تكراره التي تكون في مراحلها المبكرة.

ج) التوقفات الكلامية أو الإعاقات (**Blockages**): تظهر على شكل عجز الطفل عن إصدار نطق الحرف أو المقطع اللفظي أو الكلمة، وفي الكلمات المشددة خاصة، مما ينجم عنه تقطعات كلامية **Speech Interruptions**. كما يصاحب اللجاجة اضطرابات في النشاط الحركي عند الشخص المتلحج، واضطرابات في عملية التنفس، ومحاولة تجنب ما يثير اللجاجة أو ما يترتب عليها من نتائج.

#### رابعاً- السرعة الزائدة بالكلام **Cluttering** :

وتتصف بتكرار الكلام على نحو اندفاعي، بحيث يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات، وتبدو الألفاظ متزاحمة، والمقاطع مختزلة أو محدوفة، مما يخل بإيقاع الكلام، ولا يكون الكلام مرتباً ولا واضحاً، ويكون متقطعاً وكثير الأخطاء. كما أن السرعة الزائدة في الكلام تشتمل على أربعة مظاهر هي:

اضطرابات اللغة، واضطرابات الكلام، وصعوبات الإدراك، وعدم الوعي بالاضطراب. كما أشاروا إلى أن التشخيص للسرعة الزائدة في الكلام لا يشترط وجود المظاهر السابقة جميعها، ويشارك التلاميذ الذين يعانون من صعوبات تعليمية والذين لديهم سرعة زائدة في الكلام في سمات شخصية متشابهة، تتضمن الاندفاع، وعدم الدقة، وسهولة التأثر بأفكار الآخرين، والإهمال. ومن المحتمل أن

تلعب العوامل الوراثية دوراً بارزاً في اضطراب السرعة الزائدة في الكلام، وصعوبات التعلم.

### مدى انتشار اضطرابات اللغة:

تختلف نسبة اضطرابات اللغة تبعاً لاختلاف الجنس، والعمر، والبيئة التي يعيش فيها الإنسان، كما تختلف باختلاف الدراسات التي أجريت حول ذلك. فاضطرابات التأتأة Stuttering والتلعثم مثلاً يتعرض إليها الأطفال الذكور أكثر من الإناث، والمراهقين أكثر من الأطفال.

كما تزداد اللججة أو التأتأة مع تقدم العمر، وغالباً ما تظهر حالات الأفازيا (Aphasia) (فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها) لدى الكبار. أما عيوب النطق الإبدالية والحذف والإضافة فغالباً ما تظهر لدى الأطفال ولدى الإناث أكثر منه لدى الذكور. كما تختلف نسبة الاضطرابات اللغوية من بلد إلى آخر. فقد أشار بوم (Boom)، وريتشاردسون (Richardson) بأن نسبة اللججة بين تلاميذ المدارس الأمريكية والبريطانية تصل إلى حوالي (1%)، وفي بلجيكا (2%) (الزراد 1990 : 144).

كما تظهر دراسة أخرى أجراها بيركن (Berkin, 1971)، أن نسبة أطفال المدارس الذين يعانون من اضطرابات في الكلام تتراوح ما بين (1% و 3%). وتشير جلسي وآخرون (Gillespe, et al., 1973) إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الصوت تقدر بحوالي (1% - 2%)، وأن (1%) من تلاميذ المدارس يعانون من شكل من أشكال التأتأة. كما تظهر الدراسة التي أجراها سيران وزميله (Suran & Riso, 1979) أن (5%) من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية تعاني من اضطرابات لغوية (الروسان، 1996، أ : 226). كما يذكر الزراد (1990 : 144) أن اضطرابات النطق توجد لدى حوالي (20% - 25%) بين حالات التخلف العقلي، وأن حالات التأتأة توجد بنسبة (0.5%) لدى المترددين إلى العيادات النفسية، وأن (50%) من حالات التتهمة تظهر لدى الأطفال قبل عمر خمس سنوات، وأن (52%) قبل عمر ست سنوات، و(90%) قبل عمر ثماني سنوات. وهذا يشير إلى أن التتهمة تظهر في

عمر مبكر وتقل تدريجياً مع التقدم في العمر.

### أسباب اضطرابات الكلام:

تختلف أسباب اضطرابات الكلام باختلاف الحالات، والأعمار، والبيئات، إذ تعود معظم هذه الأسباب إلى أسباب عضوية، وأخرى نفسية، وثالثة اجتماعية وتربوية، وغير ذلك من الأسباب. ويمكن تقسيم هذه الأسباب إلى ما يلي:

#### 1- أسباب عضوية Organic Causes:

إن أي خلل في سلامة أجهزة النطق واللغة يؤدي إلى اضطرابات لغوية متعددة سواء كانت هذه الاضطرابات تتعلق بالقدرة على النطق أم الصوت، أم اللغة ذاتها. كما أن إصابة الأعصاب الدماغية أو القشرة المخية أو إصابة الحلق أو الحنجرة أو الأنف أو الأذن أو الرئتين بإصابات أو التهابات حادة، وإفرازات الغدد، واضطرابات الدورة الدموية، قد تؤدي إلى تلف بعض الخلايا العصبية، وضعف الحواس، والضعف العقلي. فقد تنجم التأتأة مثلاً عن خلل في الجهاز السمعي عند الطفل، مما يؤدي إلى إدراك الكلام بشكل خاطئ، أو تأخر في وصول المعلومات المرتدة نتيجة الضعف في السمع.

كما أن إصابة الدماغ وخاصة مؤخرة الرأس في فترة الطفولة مثلاً، قد تؤدي إلى فقدان القدرة على النطق (Aphasia)، وحالات صعوبة القراءة (Dyslexia)، ووخلل الكتابة (Dysgraphia)، وصعوبة فهم الكلمات أو الجمل (Agnosia) وصعوبة تركيب الجمل من حيث قواعد اللغة ومعناها. وهذه الحالات تمثل مظاهر أساسية لصعوبات التعلم (الروسان، 1996، أ : 227).

أما إصابة الشفافة (مثل الشفافة الشمراء)، وعدم تناسق الفكين وانطباقهما على بعض، وعيوب

اللسان وتورمه، فإنها تؤدي إلى اضطرابات لغوية مختلفة. ويعتمد نوع الاضطراب في اللغة أو التشوه في نطق الحروف على المكان المصاب في جهاز الكلام. كما يعتقد أيضاً أن الارتباط في ميكانيكية بدء الكلام، قد يؤدي إلى اضطرابات لغوية.

## 2- أسباب نفسية Psychological Causes :

تؤثر العوامل النفسية أحياناً في الآلية العضوية لإنتاج الكلام عند الطفل. فالتأتأة مثلاً تعد أحد أعراض القلق والصراع النفسي عند الطفل، وعدم شعوره بالأمن النفسي. كما أنها نتاج للمخاوف المرضية، والوساوس القهرية والفزع، والقلق الشديد، التي تجعل الفرد غير قادر على النطق السليم بسبب شدة خوفه ووسوسته، وقلقه حول نوع الكلام، وكيفية استخراج مقاطع الكلمات.

كما أن سوء التوافق الأسري أو المدرسي، يؤدي إلى بعض الاضطرابات اللغوية. فضلاً عن ذلك، قد يجني الطفل نتيجة اضطرابه اللغوي بعض المكاسب، ويشبع بعض رغباته، عندما يلفت انتباه واهتمام والديه إليه ويحوز على رعايتهم بعد رفضهم له. كما يخفف الطفل من حدة غيرته من أخيه الأصغر عن طريق اضطرابه اللغوي الذي يصبح مركز اهتمام الأسرة. فاضطرابات اللغة عند الطفل قد تعبر عن حالة نكوصية للحصول على ما يريد، أو قد تكون تعبيراً عن رفض الواقع الذي يعيش فيه نتيجة سوء التوافق داخل الأسرة أو المدرسة.

لكن هذا الأسلوب قد يصبح خطراً على الطفل إذا استمر لفترة طويلة، ويؤثر في شخصيته تأثيراً بالغاً. كما أن بعض الأطفال يخافون من الكلام بدون مبرر نتيجة صدمات وجدانية حادة، أو في حالات فقدان الكلام المستيري (Aphonia)، حيث يفقد المصاب قدرته على الكلام بالرغم من سلامة أجهزة النطق والكلام.

كما أن الاكتئاب الحاد، وضعف الثقة بالنفس، والحرمان العاطفي من الوالدين، والمشكلات الأسرية، والخوف الشديد من الوالدين على طفلهم، والتدليل الزائد له، والقسوة في المعاملة، أو

الانتقال إلى بيئة جديدة للطفل ، أسباب نفسية تؤدي إلى اضطرابات لغوية عند الطفل. فقد لوحظ أن بعض الأطفال يعانون من اضطرابات في النطق والكلام في أوقات ومناسبات معينة دون غيرها.

### 3- أسباب اجتماعية Social Causes:

لبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل تأثير كبير وواضح في نمو الطفل اللغوي. فالأسرة المثقفة تساعد أبناءها على نمو مفرداتهم اللغوية بصورة أفضل من البيئة الفقيرة. فاللغة تخضع للعلاقة الاجتماعية بين شخصين (الأنا، الأنت)، وأهم شخص يرتبط به الطفل وتتأثر به لغته داخل الأسرة هو الأم. فاللغة هي الوسيلة المهمة للطفل التي يعبر من خلالها للأم عن مطالبه واحتياجاته، ويتلقى من خلالها التعليمات. وهذا ما يجعل للأم تأثيراً واضحاً على لغة أطفالها. فقد أوضحت الدراسات أن أطفال الملاهي الذين حرّموا من أمهاتهم في فترات مبكرة قد يتأخرون لغوياً حوالي ستة أشهر عن الأطفال العاديين. وبناء على ذلك كلما كانت الأسرة فقيرة ثقافياً، وكانت علاقة الطفل بوالديه مضطربة، وكلما كثرت الخلافات الأسرية بين الوالدين، وكلما كانت تنشئتهما للطفل متشددة أو تقوم على التذليل الزائد، أدى ذلك إلى وجود اضطرابات في لغة الطفل. فقد تبين أن تقليد الأطفال للكلام غير الصحيح (المضطرب)، وتأكيد الوالدين بأن الطفل لديه اضطرابات في الكلام، وجعله موضع سخرية أمام الآخرين، فإن ذلك يزيد من اضطرابه اللغوي.

كما أن الخلافات الأسرية بين الوالدين، تعد مصدراً قلقاً وتوتراً وخوفاً للطفل الصغير، مما يؤدي إلى اضطراب لغته. فالطفل الذي يتحدث بشكل صحيح، يزداد تلغمه إذا كان قلقاً ومتوتراً وخائفاً وتزداد الحالة سوءاً إذا كان أصلاً يعاني من التلغثم.

كما أن محاولات الطفل التغلب على التأتأة بشدة أمام الآخرين، وممارسة القسوة عليه، تؤدي إلى مزيد من التأتأة. فضلاً عن ذلك فإن مبالغة الوالدين في جعل الطفل يتحدث بشكل سليم، وإيصاله إلى الكمال، يولد لديه التوتر والقلق، ويسبب له اضطراباً في اللغة. كما أن تشجيع الأهل للطفل على

الاستمرار في نطق الكلمات بشكل غير صحيح من أجل تدليله، يؤدي إلى تأصيل اضطرابات اللغة عنده .

كما أن معايشة الطفل لأشخاص آخرين (أطفالاً، أو كباراً) يعانون من بعض أشكال اضطرابات اللغة، قد يؤدي إلى تقليدهم نتيجة حبه لهم. فضلاً عن ذلك فإن توقعات الوالدين غير الواقعية والمبالغ فيها قد تؤدي إلى توتر الطفل وقلقه، وتزيد من الضغوط النفسية عليه. فالأبوان اللذان يجبران طفلهما على الكلام قبل وصوله إلى درجة نضج كافية، يكونان سبباً في توتره واضطرابه اللغوي .

### تشخيص اضطرابات الكلام:

يقوم المختصون بالنطق وباللغة عند تحويل الحالة إليهم بجمع معلومات أساسية عن الحالة من خلال الآباء والمعلمين، للتعرف على التاريخ النمائي للطفل منذ الولادة وحتى وقت دراسة الحالة. كما يتم التعرف على الأمراض التي أصيب بها، وكذلك الأدوية التي تناولها، وتاريخه المدرسي، ومستوى تحصيله الدراسي، ومستوى ذكائه. كما يمكن الاستعانة بالسجلات المدرسية، والتقارير الطبية المتوفرة عن حالة الطفل. كما يخضع الطفل أيضاً إلى فحص طبي، يتم فيه التأكد من مدى سلامة أجهزة النطق، وسلامة الأذنين، والأنف، واللسان، والحلق، والأسنان، والفكين. وبحال الطفل إلى الطبيب المختص في حالة وجود أي مشكلة عضوية تحتاج إلى علاج أو قرار طبي بشأنها. أما الاختبارات النفسية واللغوية والتربوية التي يمكن الاستعانة بها لتقييم حالة الطفل الذي يعاني من اضطرابات لغوية فهي:

- **اختبارات النطق:** يتم من خلال اختبارات النطق التأكد من نطق الطفل لأصوات الحروف أو الكلمات لتحديد الأصوات والحروف التي لا يتمكن من لفظها بشكل صحيح. ومثال ذلك اختبار فشر - لوقمان للكفاية النطقية

(The Fisher – Logemann test of Articulation competence, 1971).

- اختبارات التمييز السمعي: من خلال هذه الاختبارات يتم التأكد من دقة الإدراك السمعي للطفل، وذلك بالتأكد من قدرته على تمييز أصوات الحروف أو الكلمات. ومثال هذه الاختبارات: - اختبار الاستيعاب السمعي. (Test for Auditory comprehension of Language. by Corrow, E. 1977)

- اختبارات المفردات اللغوية: يتم التعرف من خلال هذه الاختبارات على عدد المفردات اللغوية التي اكتسبها الطفل، لأنها دليل واضح على مدى نموه اللغوي.

- اختبار إيلينوي للقدرات اللغوية- النفسية **Illinois test of Psycholinguistic Abilities**: ويصلح هذا الاختبار للأطفال من عمر 2 - 10 سنوات.

- اختبار سلينغزلاند للتعرف الأولي على الأطفال ذوي الصعوبات اللغوية المحددة (Slingerlands and screening tests for Identifying children with specific language Disability, 1974)

- الملاحظات السلوكية: وهذه الملاحظات إما أن تكون ملاحظات مباشرة يقوم بها المتخصص، أو تسجيل للسلوك اللفظي الذي يقوم به الطفل في المواقف الاجتماعية المختلفة.

كما اتجه العلماء في السنوات الأخيرة إلى استخدام مقاييس عملية مثل مقاييس المهارة اليدوية، ومهارة الأصابع، واختبار بندر جشتالت، وغيرها من المقاييس الأدائية لتقدير حجم الاضطرابات الانفعالية والعقلية التي يعاني منها ذوو الاضطرابات اللغوية.

الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية:

من أبرز الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية خاصتان أساسيتان هما:

أ- الخصائص العقلية:

يشير هالمان وكاوفمان (Hallhan & Kauffman, 1981) إلى تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على مقاييس القدرة اللغوية بالمقارنة مع العاديين من المستوى العمري نفسه. كما يمكن أن نجد أن أداءهم على اختبارات التحصيل الأكاديمي أقل بالمقارنة مع العاديين. وليس ذلك غريباً، إذ إن الاضطرابات اللغوية لها علاقة بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية أو صعوبات التعلم، أو الشلل الدماغي (الروسان، 1996، أ).

ب- الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

يشعر الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات لغوية من رفض الآخرين لهم، كما يشعرون بالانطواء، والنقص، والانسحاب من المواقف الاجتماعية. كما يعانون أيضاً من الفشل، ويميلون إلى العدوان على ذواتهم وعلى الآخرين، ويعملون على حماية أنفسهم بشكل مبالغ فيه .

الرعاية النفسية والتربوية لذوي الاضطرابات اللغوية:

إن المشكلة التي يعاني منها ذوو الاضطرابات اللغوية، أن معظمهم يفهم اللغة والكلام ولكنهم لا يتمكنون من التعبير عن أنفسهم لفظاً، مما يسبب لهم مزيداً من الاضطراب الوجداني.

ولذلك يعول على الأسرة دور مهم في رعاية أبنائها، وتجنبيهم الكثير من المشكلات والصراع النفسي الناجم عن قلة وجود تفاعل اجتماعي سوي بينهم وبين غيرهم من الأطفال سواء داخل الأسرة أم خارجها. كما ينبغي للأسرة عند حدوث اضطراب مفاجئ في لغة الطفل عدم إهمال ذلك، أو اللجوء إلى السخرية والتهمك عليه، أو ممارسة الضغط على الطفل للإقلاع عن هذه العادة نتيجة قلقها عليه (يونس وحنورة، 1991).

من الضروري أيضاً أن تتجنب الأسرة تذكير الطفل الذي يعاني من اضطرابات في اللغة بعجزه أو قصوره، وعليها مراجعة الطبيب المختص، أو المختص في التربية الخاصة (Speech therapist)، من أجل معرفة أفضل الأساليب في مساعدة الطفل الذي يعاني من اضطرابات لغوية، حيث تكون مهمته قياس مظاهر اضطرابات النطق واللغة وتشخيصها، ثم وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة.

فضلاً عن ذلك يقوم المختص اللغوي بتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مبادئ تعديل السلوك وأساليبه، ومن خلال التعزيز الإيجابي، أو السليبي أو العقاب، أو تشكيل السلوك تدريجياً، أو التقليد... إلخ (الروسان، 1996، أ : 234).

من المستحسن أيضاً أن يتم اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها من قبل الأطفال، وتكون مهمة معلم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية مشاركة الأطفال في اختيار هذه الموضوعات المحيية والمشوقة لهم، وتشجيعهم على الحديث عنها، ومساعدة الأطفال الذين يعانون من التوتر الانفعالي على تخفيف هذا التوتر.

من الضروري أيضاً أن يستمع معلم الأطفال الذين يعانون من مشكلات أو صعوبات لغوية إلى حديث هؤلاء الأطفال دون أن تبدو عليه مظاهر الامتعاض أو التأفف، وخاصة من الأطفال الذين يعانون من تأتأة، أو سرعة زائدة في الكلام. كما يتوجب على معلم التربية الخاصة تشجيع مثل هؤلاء الأطفال على الحديث أمام الآخرين، وتقليدهم في نطق الكلمات أو الجمل بطريقة صحيحة مع التعزيز في الوقت المناسب.

### علاج اضطرابات الكلام:

لا يستطيع المرشد الطلابي علاج حالات اضطرابات الكلام الشديدة، فهناك مراكز متخصصة تستخدم فيها التقنيات الحديثة للمساعدة على ضبط حركات الكلام، بالإضافة إلى حاجة بعض الحالات الناتجة عن اضطرابات انفعالية شديدة في مرحلة الطفولة لعلاج نفسي متخصص

لإزالة الأسباب التي أدت إلى اضطرابات الكلام، وعلاج الشخصية ككل وما لحق بها من تصدع. ولذلك لابد في علاج اضطرابات الكلام أن يشترك كل من المرشد النفسي الطلابي، والمعلم، والآباء .

#### أولاً- دور المرشد النفسي التربوي:

من الإجراءات التي يمكن للمرشد النفسي أن يقوم بها بمساعدة المعالج النفسي المختص ما يلي:

-إحالة التلميذ إلى طبيب مختص لمعرفة ما إذا كان الاضطراب في الكلام ناتجاً عن عيوب عضوية أو عن أخطاء تربوية، أو اضطرابات نفسية.

- إجراء جلسات إرشادية تتيح الفرصة للتلميذ فيها التعبير الحر التلقائي، وتعويده الكلام بحرية وهو في حالة استرخاء، على أن يتم التدرج في الكلمات من السهل إلى الصعب. وتستخدم التمرينات الإيقاعية في الكلام، ويدرب اللسان والشفاه والحلق على إخراج الكلمات بنطقها الصحيح، واستخدام تمرينات التنفس في أثناء النطق، وتنظيم سرعة الكلام مع الإيقاع المناسب لها، كما يتم التأكيد على الاستخدامات الصحيحة للحروف الساكنة والمتحركة، ويراعي في أثناء تلك التدريبات إزالة التوتر النفسي المصاحب للقلق والخوف ومنحه الشعور بالأمن والثقة بالنفس، وإزالة العوامل التي تؤدي إلى الخجل ومشاعر النقص.

- يقوم المرشد بتعويد التلميذ الذي يعاني من اضطرابات في الكلام تجنب الانتباه إلى نطقه أثناء حديثه مع الآخرين وخاصة الكبار، كضرب الركبة أو حك الذراع، إذ إن قيامه بالحديث والحركة معاً تؤدي إلى سحب جزء من الطاقة العقلية الموجهة إلى عملية النطق إلى عملية أخرى يسهل معها إخراج الكلام بطريقة سليمة، أو يقوم بالتحدث إلى شخص آخر دون الالتفات إليه حتى لا يشعر بالرهبة والارتباك عندما يرى نظرات محدثه أو ينشغل بالكتابة أثناء الحديث.

- يطلب المرشد من التلميذ الذي يعاني اضطرابات في الكلام الوقوف أمام مرآة ويتحدث مع نفسه

بصوت عالٍ، ويلاحظ تعبيرات وجهه أثناء حديثه، ويحاول اختيار أفضل تعبير للوجه أثناء الحديث، على أن يتم التركيز على تعبيرات الوجه دون التركيز على الكلام. وهنا توزع الطاقة العقلية على الحديث وتعبيرات الوجه معاً مما يؤدي إلى إخراج الكلام بطريقة سليمة (عبد السلام وآخرون، 1997).

### ثانياً – دور المعلم:

يترتب على المعلم في المدرسة مسؤوليات عديدة نحو التلميذ الذي يعاني من اضطرابات في الكلام منها:

- أن يشركه في الأنشطة الصفية واللا صفية جميعها (الجان، ندوات، جمعيات، نشاطات رياضية...).
- وأن يحمله المسؤولية القيادية في بعض هذه الأنشطة، مما يشعره بالثقة بنفسه.
- عدم المبالغة في إظهار الشفقة والعطف عليه، أو إبداء السخرية منه عند فشله في الإجابة على سؤال ما، وعدم إشعاره بأنه موضع مراقبة أثناء حديثه.
- ألا يلح المعلم على التلميذ المتعثر في الكلام في الحصول على إجابات عن أسئلة يطرحها المعلم، ويجب ألا يلزمه الجلوس والصمت عند عدم قدرته على الكلام حتى لا يدعم الجانب السلبي عنده.
- أن يشرك المعلم الطالب المتعثر في الكلام في الإجابة عن الأسئلة التي توجه إلى الطلاب الآخرين، على أن يكون نصيبه في الإجابة على الأسئلة التي تحتاج إجابتها نعم أولاً في البداية ثم يزداد محتوى الإجابة تدريجياً حتى يتم تدعيم الجانب الإيجابي في النطق الصحيح بعد كل مرة يجب فيها الطالب على أسئلة المعلم (عبد السلام وآخرون، 1997).

### ثالثاً – دور الآباء:

- ضرورة ابتعاد الآباء عن القسوة والعنف، والتخويف والتوبيخ، واللوم، والنقد في التعامل مع الأبناء ومحاولتهما توفير الجو النفسي المشبع بالأمن والاستقرار المشجع على الدراسة وتقدير الذات.
- ضرورة مشاركة الابن المتعثر في الكلام في مسؤوليات الأسرة وأنشطتها المختلفة، وتسهيل اتصاله بجماعة الرفاق، وإشراكه في الأندية الرياضية والاجتماعية .
- عدم تكليف الابن المتعثر في الكلام أعمالاً تفوق مستوى قدراته الجسمية والعقلية، ولا تتفق مع ميوله ورغباته.
- عدم المبالغة في الاهتمام بالابن المتعثر في الكلام، وإظهار ما لديه كمشكلة تعانيها الأسرة والحديث عنها باستمرار أمام الآخرين.
- عدم المبالغة في تدليل الابن المتعثر في الكلام، وتعويده الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية وفقاً للمرحلة النمائية التي يمر فيها.



## الفصل الثامن

### التأخر الدراسي

- مفهوم التأخر الدراسي
- أنواع التأخر الدراسي
- أسباب التأخر الدراسي
- طرق الوقاية والعلاج من التأخر الدراسي



## الفصل الثامن

### التأخر الدراسي Underachievement

#### مفهوم التأخر الدراسي:

يعدّ التأخر الدراسي من المشاكل كثيرة الانتشار في مدارسنا بمراحلها المختلفة، فهو ظاهرة تربوية عامة، حيث لقيت اهتماماً عالمياً واسعاً في الأوساط العلمية منذ بداية القرن العشرين. والتأخر الدراسي مشكلة تربوية ونفسية واجتماعية يعاني منها التلاميذ والآباء والمعلمون في آن واحد، فهو يمثل هدراً في الطاقة البشرية، حيث نجد أن ما لا يقل عن 2.3% من تلاميذ المدارس الابتدائية متأخرون دراسياً.

هذا وقد عرّف التأخر الدراسي تعريفات عديدة تبعاً لتداخل العوامل المسببة له، فقد عرّف منصور (1981) التأخر الدراسي من منظور التحصيل الدراسي بأنه "حالة نقص أو تأخر في التحصيل لأسباب عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية، حيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي". وبهذا المعنى يكون التأخر الدراسي تأخراً في التحصيل عن متوسط الأقران في الصف نتيجة أسباب اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو ثقافية .

من هذا المنطلق نعرّف التأخر الدراسي بأنه: مشكلة دراسية تظهر على شكل تأخر في مستوى التحصيل عن المستوى المتوسط، بحيث يكون هذا المستوى عند التلميذ أقل من مستوى قدرته التحصيلية الحقيقية، والذي قد يكون في مادة دراسية أو أكثر، وقد يكون دائماً أو مؤقتاً، يعود في أسبابه إلى عوامل جسمية أو عقلية أو انفعالية أو اجتماعية أو تربوية.

#### أنواع التأخر الدراسي:

قد يكون التأخر الدراسي عاماً في المواد الدراسية جميعها، وهنا يرتبط التأخر في الغالب بنقص القدرات العقلية عند التلميذ وتنخفض نسبة الذكاء عنده إلى حد يتراوح بين 70% - 85%. كما أن التأخر الدراسي قد يكون خاصاً في مادة أو مواد معينة (مثل الحساب، أو الإملاء...)، حيث يرتبط التأخر هنا بنقص في قدرة عقلية معينة. ويمكن تقدير التأخر الدراسي على أساس العمر التحصيلي والعمر الزمني للفرد وذلك من خلال المعادلة التالية:

$$\text{النسبة التعليمية} = \frac{\text{العمر التحصيلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

فعندما يكون العمر التحصيلي أقل من العمر الزمني، فهذا يعني أن هناك تأخراً دراسياً.

### أسباب التأخر الدراسي:

تعدد أسباب التأخر الدراسي وتفاوت في قوتها ومضاعفاتها بين فئات المتأخرين دراسياً، حيث إن بعض هذه العوامل ما يظهر مبكراً في حياة الطالب، وبعضها يتأخر في ظهوره، ومنها يظهر مباشرة وبينها يبدو في عدد من الأعراض، كما أن بعضها عارض ووقتي وبعضها دائم ومستمر. ويمكن تصنيف هذه الأسباب إلى ما يلي:

#### 1- أسباب عقلية:

من الأسباب الكامنة وراء التأخر الدراسي انخفاض نسبة الذكاء، حيث يتراوح ذكاء المتأخرين دراسياً بين النقص والضعف العقلي، وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (1974)، حيث وجد أن 78% من المتأخرين دراسياً ينتمون إلى مستويات الذكاء دون المتوسط، فانخفاض الذكاء يعد من العوامل المعجلة لظهور التأخر الدراسي عند التلاميذ. كما يرتبط بانخفاض نسبة الذكاء ضعف القدرة

## الصحة النفسية

على التركيز، والشروود الذهني، والعجز عن التذكر، والربط بين الأشياء، ونقص القدرة اللغوية والعددية، وصعوبة التفكير المجرد، وضعف القدرة على حل المشكلات، ونقص الميل العلمي.

### 2- الأسباب الجسمية:

توجد علاقة بين النمو الجسيمي المضطرب وبين التأخر الدراسي، فقد بينت الدراسات أن معدل النمو لدى الأطفال المتأخرين دراسياً أقل في تقدمه بالنسبة إلى متوسط معدل نمو أقرانهم العاديين والمتفوقين (حسين، 1986). كما أن الضعف العام وقلة الحيوية، وقلة النشاط الجسيمي العام، تعد من الخصائص الجسمية والصحية العامة للمتأخرين دراسياً. وهذه الخصائص تعوق التلميذ عن الانتظام في دراسته، وتعرضه للإجهاد السريع، بالإضافة إلى معاناة المتأخر دراسياً من أمراض مختلفة منها: الأمراض الداخلية، والأمراض الصدرية، وأمراض القلب، وأمراض الغدد، وأمراض العيون إلى غير ذلك من أمراض.

فضلاً عن ذلك يلاحظ عند الأطفال المتأخرين دراسياً ضعف في حاسة أو أكثر، وكذلك عيوب في النطق والبطء في الكلام، وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (1974)، فقد وجد أن 7% من أفراد عينة المتخلفين دراسياً يعانون من عيوب في السمع (ضعف في السمع)، وأن 6% يعانون من عيوب في النطق والكلام أهمها اللغجة واللججة، والبطء الواضح في الكلام.

### 3- الأسباب النفسية:

يتميز الأطفال المتأخرون دراسياً بعدم الاتزان الانفعالي، حيث نجد عندهم سرعة الانفعال أو العاطفة المضطربة أو المتبلدة. كما يعاني الأطفال المتأخرون دراسياً من الشعور بالقلق والخوف والشعور بالنقص والحجل والغيرة والميل إلى العدوان نحو زملائهم أو نحو مدرسيهم أو المدرسة بصورة عامة. كما يشعرون بضعف الثقة بالنفس. كما أنهم يعانون من الاستغراق في أحلام اليقظة، وشروود في الذهن، وعدم القدرة على التركيز لفترة طويلة. كما تظهر عندهم ثورات انفعالية حادة، ويعانون

من الأحلام المخيفة. كما تتميز اتجاهاتهم نحو ذواتهم ونحو المدرسة ونحو المجتمع بالسلبية وذلك بسبب شعورهم بالفشل والإحباط وعدم التقبل من المدرسة ومن المنزل، مما ينعكس على عدم تقبلهم لذواتهم وللآخرين، وهذا من شأنه أن يؤثر في إنجازهم الدراسي ويقلل من دافعيتهم نحو الدراسة.

#### 4- الأسباب الاجتماعية والاقتصادية:

- إن اضطراب العلاقات بين الطالب ووالديه أو بينه وبين إخوته يجعل الجو النفسي الذي يعيش فيه الطفل غير مناسب للدراسة والتحصيل. بالإضافة إلى ذلك فإن أساليب التنشئة الوالدية التي يتبعها الوالدان مع الطفل وما يسودها من تسلط وقسوة ونبذ أو حماية زائدة أو سرف في التدليل، من شأنه أيضاً أن لا يهيئ المناخ المناسب للدراسة.

- كما أن اتجاهات الوالدين السلبية نحو الدراسة والمدرسة، وقلة اهتمامهم بالتعليم، من شأنه أن ينمي لدى التلميذ اتجاهات غير مرغوبة نحو المدرسة والدراسة.

- كما أن التفكك الأسري، وكثرة الشجار بين الوالدين وما يؤدي إليه من انفصال وطلاق، يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي عند الطفل وينعكس ذلك مباشرة على تحصيله الدراسي وهروبه من المدرسة.

- كما أن عدم توفر الجو المناسب للمذاكرة في المنزل نتيجة كثرة عدد أفراد الأسرة، والخلافات العائلية، وحالات الطلاق والقسوة في التعامل مع الأبناء، كل ذلك ينتج عنه قلة تقدير مطالب التلميذ وانفعالاته، مما يؤدي إلى القلق والاضطراب ويؤثر في حياة التلميذ الدراسية.

- كما أن انشغال الوالدين الزائد بالعمل وإهمال الطفل دون توجيه ورعاية، بالإضافة إلى فشل الوالدين في إعداد وتهيئة الطفل لدخول المدرسة عوامل أساسية في التأخر الدراسي، فقد أثبتت دراسة سلطان وآخرون (1974) أن أسر المتفوقين دراسياً يقومون بمتابعة أولادهم في شؤون الدراسة

والتعاون مع المدرسة في تدعيم العمل التعليمي بنسبة أكبر من أسر الأطفال المتأخرين دراسياً.

- وتؤكد الدراسات (Oeser, 1973, Dececco, 1970) أن هناك علاقة ذات

دلالة بين مستوى التحصيل الدراسي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة خاصة فيما يتعلق بانخفاض دخل الأسرة، وضيق السكن، وانصراف التلميذ للعمل لمساعدة الأسرة (منصور، 1981).

- وفي الوقت نفسه فإن ارتفاع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة إذا اقترن بعدم التوجيه السليم وعدم الاكتراث بالدراسة والمدرسة من قبل الوالدين واعتبار الدراسة والتحصيل أمراً ثانوياً وأنها ليست أساسية في الحراك الاجتماعي والاقتصادي، يعد من العوامل الأساسية للتأخر الدراسي.

- كما أثبتت دراسة سلطان وآخرون (1974) أن هناك علاقة بين مستوى تعليم الآباء والأمهات ومستوى تحصيل التلاميذ في المدرسة، حيث إن نسبة الأمية بين آباء المتأخرين دراسياً أعلى منها بين آباء المتفوقين دراسياً.

- كما أن البيئة الدراسية (بما تضمه من مدرس ومادة دراسية وإدارة وزملاء داخل المدرسة) تشكل إحدى العوامل البيئية التي تساهم في التأخر الدراسي إذا كان دورها سلبياً تجاه التلميذ في المدرسة.

##### 5- الأسباب التربوية:

يواجه التلاميذ المتأخرون دراسياً والذين يقل مستوى ذكائهم العام عن المتوسط مناهج تفوق مستواهم العقلي، إذ إن المناهج المدرسية توضح للطلاب الوسط أو فوق الوسط من حيث المستوى العقلي. وقد أثبتت الدراسات أن العمر العقلي للتلاميذ المتأخرين دراسياً يتوقف نموه غالباً في حوالي الثالثة عشرة والنصف، وهذا ما يزيد مشكلة التلميذ المتأخر دراسياً في استيعاب المنهج المدرسي.

في الغالب يكون تحصيل التلميذ المتأخر دراسياً أقل من المتوسط بحوالي عامين تقريباً وخاصة في المواد الأساسية الحساب والقراءة، حيث إن مثل هؤلاء التلاميذ يعجزون عن إدراك المجردات والاحتفاظ بالتجارب والخبرات المتعلمة لفترات طويلة بسبب ضعف ذاكرتهم وعدم القدرة على الانتباه لفترة طويلة.

قد بينت دراسة منصور (1979) في البيئة السعودية أن 77% من المتأخرين دراسياً الذين يتغيبون عن المدرسة يكون سبب تغييبهم المرضي بنسبة 77%، وبسبب عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة 13%، والخوف من أحد المدرسين 5%، وأسباب أخرى 5% .

كما بينت الدراسة نفسها أن 59% من التلاميذ المتأخرين دراسياً لا يوجد لديهم مكان مستقل للدراسة، وأن 99% ممن يذاكرون مع آخرين يذاكرون مع أقارب لهم، وهذا ما يؤدي إلى تشتت انتباههم عندما يذاكرون بشكل جماعي، أو يذاكرون مع وجود آخرين في الغرفة نفسها يشاهدون التلفزيون أو يستمعون إلى الراديو... الخ.

بالإضافة إلى ذلك فإن ضعف الطالب الدراسي في مادة أو أكثر، واختلافه عن مستويات زملائه، وكثافة الفصل بالتلاميذ يؤدي إلى هروبه من المدرسة أو حتى الانقطاع عنها. كما أن كراهية بعض التلاميذ لبعض المواد الدراسية يرتبط ارتباطاً واضحاً بكراهيتهم لمدرسي هذه المادة بسبب ضعف كفاية هذا المدرس في التدريس.

زد على ذلك فإن استخدام المدرس لأساليب غير تربوية في العقاب مثل العقاب الجسدي يؤدي إلى خوف التلميذ وضعف ثقته بنفسه مما ينعكس مباشرة سلباً على تحصيله الدراسي. وهذا ما أكدته دراسة منصور (1979)، حيث وجد أن 16% من التلاميذ المتأخرين دراسياً يعانون من ميل إلى الانطواء، و 19% كثيرو الشجار، و 10% يقومون بتدمير محتويات الفصل، و 30% لديهم شعور بالنقص، و 8% كثيرو السرحان (الشروذ الذهني). فاضطراب العلاقة بين المعلم والتلميذ تؤدي إلى

## الصحة النفسية

ضعف في التحصيل. فضلاً عن ذلك فإن قلة اهتمام المدرس بالتلميذ وبمشاكله وكثرة الواجبات المترتبة وضعف كفاية المدرس، وموقف المدرسة السلبي من بعض التلاميذ، من شأنه أن يؤدي إلى التأخر الدراسي.

### 6- الأسباب الشخصية:

تظهر الأسباب الشخصية لدى المتأخرين دراسياً بسوء استخدام الوقت وتنظيمه، وانخفاض الدافعية للتعلم، والجهل بمعرفة الطرائق الصحيحة في المذاكرة، إضافة إلى تأجيل المذاكرة إلى نهاية العام الدراسي، وقلة الاهتمام بالواجبات الدراسية، والغياب المتكرر، وقلة الانتباه داخل الفصل، وتكوين مفهوم سلبي عن الذات، حيث يعتقد الطالب المتأخر دراسياً أنه عاجز عن فهم المواد الدراسية ومتابعها.

### طرق الوقاية والعلاج:

إن القاعدة الأساسية في التأخر الدراسي هي أن الوقاية خير من العلاج، ولكنه في حالة وجود التأخر الدراسي عند الأطفال (تلاميذ المدارس) فلا بد من اتخاذ الإجراءات السريعة لمعالجة هذه المشكلة وتخليص التلاميذ منها بكل السبل والوسائل المتوفرة، ويمكن تقسيم الخدمات المقدمة للتلاميذ المتأخرين دراسياً إلى قسمين هما:

#### أولاً- الخدمات الوقائية:

تهدف الخدمات الوقائية إلى الحد من العوامل المسؤولة عن التأخر الدراسي ومن أهم هذه

الخدمات :

- خدمات صحية: وتمثل في العناية بالصحة الجسمية للطلاب منذ سن مبكرة مع المتابعة المستمرة لهم في سنوات الالتحاق بالمدرسة. كما تتمثل هذه الخدمات بمساعدة الطلاب ذوي الإعاقات

البصرية والسمعية من خلال تزويدهم بالنظارات الطبية والسماعات المناسبة أو الرعاية الصحية المستمرة لهم في المراكز الصحية والمستشفيات.

● **خدمات تربية:** وتمثل في توجيه اهتمام المدرس بمراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ أثناء التعليم، وتنويع طرائق التدريس، واستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم المتأخرين وذلك نتيجة مخاطبتها للحواس التي من شأنها تسهيل عملية الفهم والاستيعاب.

● **خدمات توجيهية:** وتمثل في تقديم التوجيه المناسب للطلاب عن كيفية المذاكرة الصحيحة والسليمة ومساعدتهم على كيفية تنظيم أوقات الفراغ والاستفادة منها، وتنمية الوعي الصحي والاجتماعي لديهم وغرس القيم النبيلة في نفوسهم وذلك من خلال المناقشات الجماعية والدروس الصفية والبرامج الإذاعية في المدرسة (في الطابور الصباحي) ومن خلال النشرات والمطبوعات المنظمة.

● **خدمات الإرشاد النفسي:** وتمثل في مساعدة الطلاب على التوافق مع البيئة المدرسية والأسرية، وتنمية الدافعية للدراسة، والاتجاهات الإيجابية نحو المدرسة والمعلمين، ومقاومة الشعور بالعجز والفشل، وتخفيف مستويات الطموح لديهم، ويتم ذلك من خلال الإرشاد الطلابي الفردي والجماعي حسب حالات التأخر الدراسي الموجودة في المدرسة.

● **خدمات التوجيه والإرشاد الأسري:** وتمثل في توجيه الآباء بكيفية معاملة الأبناء وتوجيههم وتهيئة الظروف المناسبة لهم في المنزل للمذاكرة ومتابعة الأبناء في دراستهم والتواصل المستمر مع المدرسة.

● **تشجيع أولياء الأمور على إرسال أبنائهم إلى دور الحضانه ورياض الأطفال:** وذلك لتدريب حواسهم وعقولهم وتنمية قدراتهم العقلية والجسمية والاجتماعية لتلافي حدوث تأخر دراسي فيما بعد (Baier, 1980).

فالتربية في سن مبكرة تساعد على تطوير وتنمية الخيال والإبداع عند الطفل وتعوض عن الحرمان الاجتماعي والثقافي الذي يعانيه الكثير من الأطفال في منازلهم.

### ثانياً: الخدمات العلاجية:

تهدف الخدمات العلاجية إلى إزالة العوامل المسؤولة عن التأخر الدراسي عند التلاميذ وذلك من خلال:

1- العلاج التعليمي: وفي هذا النوع من العلاج يركز المرشد النفسي التربوي على كل ما له صلة بالمادة الدراسية وبطريقة التدريس، وبعلاقة التلميذ مع المعلم، وضعف التلميذ وعدم استيعابه لأساسيات المادة الدراسية. وفي هذه الحالة يقوم المرشد الطلابي بمساعدة المتأخر دراسياً بتوجيهه إلى كيفية المذاكرة السليمة للمواد الدراسية، ومساعدته في وضع جدول عملي لتنظيم وقته وكيفية الاستفادة منه في المذاكرة والمراجعة.

من الضروري أيضاً إعادة تعليم المادة الدراسية للتلميذ المتأخر دراسياً من البداية والتدرج معه حسب قدرته وتقديم التشجيع المناسب له على كل تقدم ملموس. كما يتم التشاور مع المعلم الذي تظهر عنده حالات تأخر دراسي في مادته، والتنسيق معه حول الإجراءات العلاجية لذلك التأخر. ومن الضروري أيضاً إيجاد فصول تقوية علاجية لتنمية قدرات التلميذ المتأخر دراسياً بما يسمح له اللحاق بزملائه، وذلك بالتأكيد على استخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم المتأخرين دراسياً وذلك نتيجة مخاطبتها للحواس التي من شأنها أن تسهل عملية الفهم والاستيعاب. ومن الضروري أيضاً إعداد برامج وخطط تعليمية علاجية خاصة بالمتأخرين دراسياً يشرف على تنفيذها معلمون متخصصون وذلك باستخدام الطرائق الحسية وشبه الحسية، وعلى المدرسة الابتدائية الاهتمام بالأنشطة المدرسية المتنوعة والمرتبطة بواقع البيئة التي تستند إلى الإدراك الحسي أكثر من الإدراك المجرد.

فالتنوع في الأنشطة المدرسية يساعد الطفل على التركيز ويطيل أمده، بالإضافة إلى أنه يقضي على الملل، ويحفز الطفل على النشاط، ويزيد من حبه للمدرسة ويجعل اتجاهاته نحوها إيجابية. ومن الضروري أيضاً:

1- إعداد مناهج وبرامج دراسية خاصة بالتأخرين دراسياً تعتمد على النواحي الحسية وشبه الحسية، ولا تتطلب ذكاءً عالياً. ولذلك لا بد أن تكون الكتب المقررة ملونة وجاذبة للتلاميذ المتأخرين دراسياً من أجل إثارة فضولهم للاطلاع ولمزيد من الدراسة.

2- الإرشاد المدرسي: يقوم المرشد الطلابي بمساعدة المتأخرين دراسياً في التعرف على أنفسهم وتحديد مشكلاتهم، وكيفية الاستفادة مما لديهم من قدرات واستعدادات، وكذلك الاستفادة مما هو موجود في المدرسة من إمكانات بما يحقق لهم التوافق النفسي والاجتماعي والدراسي. ومن أبرز الإجراءات الإرشادية والعلاجية في هذا الجانب ما يلي:

أ- ضرورة الاهتمام بتأمين الجو النفسي الآمن للطفل المليء بالدفع العاطفي والبعد عن التوتر والمشاحنات، مع توجي المساواة في المعاملة بين التلاميذ.

ب- العمل على علاج المشكلات الانفعالية المصاحبة للتأخر الدراسي، فقد أوضحت الدراسات أن التوافق بمكوناته المختلفة يلعب دوراً مهماً في التحصيل الدراسي. فقد لا يكون الجو الأسري مناسباً لعملية الدراسة والاستذكار بالإضافة إلى مفهوم الذات المتدني عند الأطفال المتأخرين. فقد دلت الدراسات التي قام بها كل من كامل (1980)، وقشقوش ومنصور (1979) أن هناك العديد من العوامل غير المعرفية تؤثر بشدة في التحصيل مثل: انخفاض مستوى الطموح، وقلة الدافعية للإنجاز، والقلق والعصبيّة. كما توصلت دراسة كامل (1989) إلى أن انخفاض التوافق الذاتي أو المتزلي، والمدرسي والاجتماعي يؤثر سلباً على التحصيل. لذلك فإن وضع برنامج سلوكي لمشكلات التلاميذ النفسية يعمل على ارتفاع درجاتهم في التحصيل (كامل، 1993، ص 470).

ج- ضرورة توفير خدمات إرشاد نفسي وتربوي داخل المدرسة، مع إقامة علاقة وثيقة مع أولياء أمور الأطفال المتأخرين دراسياً بالتعاون من أجل التخلص من هذه المشكلة.

د- ضرورة توفير الوقت الكافي للطالب المتأخر دراسياً: ويرى بلوم (Bloom, 1974) أنه لو أمكننا توفير الوقت الكافي والمساعدة اللازمة للتلميذ المتأخر دراسياً مع إثارة الدافعية لديه، فإنه يستطيع الوصول إلى مستوى المحك المطلوب. ولهذا فإنه بتوفير سبل التغلب على الصعوبات الدراسية داخل الفصل مع إتاحة الوقت الكافي للتلميذ على أساس مستوى الأداء الذي نتوقعه ونريد تحقيقه، فإن التلميذ يستطيع استيعاب وتعلم ما هو مقرر. ولهذا فإن منحى الجرس (المنحنى الاعتمادي) يمكن أن يتحرك عليه التلاميذ الضعفاء ليتجهوا نحو المستوى المطلوب، وهذا الأخير يمكنه الانتقال إلى المستوى المرتفع، أما المرتفعون فيمكن باستخدام البرامج الخاصة بهم أن ينتقلوا إلى مستوى المتفوقين (كامل، 1993).

هـ - عقد جلسات إرشادية مع التلميذ المتأخر دراسياً بهدف إعادة توافقه، ومساعدته على التخلص من مشاعر الخجل والدونية، ومحاولة الوصول به إلى درجة مناسبة من الثقة بالنفس وتكوين مفهوم إيجابي عن ذاته. كما ينبغي مساعدته في تعديل اتجاهاته نحو التعليم في المدرسة ونحو المعلم وجعلها أكثر إيجابية. كما أنه من الضروري مساعدته على فهم ذاته وقدراته وتعريفه على جوانب قوته وضعفه والأفكار الخاطئة التي يحملها والتي تعد الأساس في تأخره الدراسي.

3- العلاج الاجتماعي: وفي هذا النوع من العلاج يتم التركيز من قبل المرشد الطلابي على المؤثرات البيئية التي أدت إلى التأخر الدراسي ويقترح تعديلها أو تغييرها بما يحقق الهدف المنشود. ومن المقترحات العلاجية في هذا الجانب ما يلي:

أ- ضرورة الاهتمام بدراسة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمتأخرين دراسياً

## الصحة النفسية

والعمل على تعديلها أو تغييرها، مع تهيئة الظروف المناسبة للتحصيل والدراسة الجيدة تلافياً لحدوث التأخر الدراسي.

ب- ضرورة اتباع أساليب تربية سليمة في تنشئة الأطفال وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، وتجنب كل ما يؤدي إلى التفكك الأسري حتى نستطيع استبعاد حالات التأخر الدراسي. وتعديل اتجاهات الوالدين نحو الأبناء.

ج- تقديم بعض المساعدات المالية العينية للتلميذ إذا كانت الأسرة تعاني من صعوبات مالية في توفير الأدوات المدرسية للتلميذ.

د- نقل التلميذ المتأخر دراسياً من فصله إلى فصل آخر كإجراء علاجي إذا اتضح أنه يعاني من سوء توافق مع زملائه في الفصل أو عدم القدرة على التعامل معهم.

## الفصل التاسع

### عادات الدراسة الخاطئة Poor study habits

- مفهوم عادات الدراسة الخاطئة.

- آثار عادات الدراسة الخاطئة.

- أسباب عادات الدراسة الخاطئة.

- الإجراءات العلاجية لعادات الدراسة الخاطئة.



## الفصل التاسع

### \* Poor study habits عادات الدراسة الخاطئة

#### مقدمة:

تعد المدارس والجامعات من المؤسسات التربوية المهمة التي تضطلع بمهمة التربية والتعليم ونقل الثقافة المتجددة، وتوفر الظروف المناسبة لنمو الطلاب نمواً متوازناً جسدياً وعقلياً ونفسياً واجتماعياً، كما تعد مجالاً حيويًا لرعايتهم وإرشادهم إلى عادات الدراسة الصحيحة، ومساعدتهم نفسياً لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي وتحقيق أفضل إنتاجية أكاديمية ممكنة. ولكن الكثير من الطلاب في مراحل الدراسة المختلفة قد لا يعرفون كيفية المذاكرة الصحيحة، ويستنزفون أوقاتهم دون تحقيق ما يطمحون

إليه، ولا يستفيدون مما لديهم من إمكانيات جسمية وعقلية ونفسية واجتماعية واقتصادية بشكل صحيح، مما يؤثر سلباً على تحصيلهم الدراسي، وعلى توافقهم النفسي والاجتماعي. فقد أظهرت الدراسات المسحية الحديثة أن 60% من طلاب المدارس ممن هم في سن السابعة عشرة في الولايات المتحدة الأمريكية يؤدون واجبات بيتيه لمدة تقل عن خمس ساعات أسبوعياً، وأن 6% يقومون بأداء واجبات بيتيه لمدة تزيد عن عشر ساعات أسبوعياً، وأن 7% تكون لديهم واجبات بيتيه ولا ينجزونها، وأن 6% يقولون إنه ليس لديهم أي واجب منزلي (شيفر وميلمان، 2006).

لذلك سوف نتناول مشكلة عادات الدراسة الخاطئة التي يقع فيه كثير من طلابنا، ولا يعرفون كيفية مواجهتها بعادات دراسية صحيحة، حيث سنتناول هذه المشكلة من حيث التعريف بها، ونتعرف على أسبابها، وأهم طرائق علاجها.

\*للتوسع في هذا الفصل انظر الزعي، أحمد محمد (2008).

### مفهوم عادات الدراسة الخاطئة:

يقصد بعادة الدراسة الخاطئة الأسلوب أو الطريقة التي يتبعها الطالب في دراسة مادة التعلم، والتي تتم من خلال قراءتها دون تروٍ وفهمٍ وتذكرٍ لها ومراجعتها باهتمام، كما لا تتم دراستها بقصد التعلم والفهم والحفظ.

ففي المدرسة يستخدم الطالب وظائفه العقلية (كالتذكر والتخيل والتفكير والإدراك والانتباه) في التحصيل المعرفي وذلك من خلال قراءة المادة الدراسية، وفهمها، وتحليلها، وحفظها وتذكرها، وإجراء تطبيقات عملية حولها (مثل حل تمارين حسابية، أو تطبيق قواعد نحوية في الإعراب في مادة النحو.. الخ). وهذه تتم في المدرسة أو في المنزل كواجبات. وعندما لا يتم تنفيذ هذه العملية بشكل ناجح وفعال باستمرار، يمكن القول بأن الطالب لديه عادات خاطئة في الدراسة.

### آثار عادات الدراسة الخاطئة:

- لعادات الدراسة الخاطئة عدد من الآثار منها:
- تعد السبب الرئيس في الفشل والتعلم غير الفعال في المدرسة أو الجامعة.
- تؤدي في معظم الأحيان إلى الضعف في التحصيل الدراسي بغض النظر عن قدرات الطالب العقلية، حيث أظهرت الدراسات أن أداء الطلبة ذوي التحصيل المنخفض أدنى من أدائهم المتوقع من خلال اختبارات الذكاء والقدرات العقلية. فالطالب الضعيف في التحصيل هو الذي يكون أدائه أدنى من أداء زملائه في الصف الدراسي بستتين.
- تدني مفهوم الذات لدى الطلبة ذوي عادات الدراسة الخاطئة.
- شعور الطلاب بالإحباط وفقدان الأمل في تحسن قدرتهم على التعلم والتحصيل، وهذا ما يؤدي إلى انخفاض رغبتهم في المثابرة وبذل الجهد.

### أسباب عادات الدراسة الخاطئة:

من الأسباب التي تؤدي إلى عادات الدراسة الخاطئة عند المراهقين والشباب من طلاب المدارس والجامعات ما يلي:

#### 1- عدم معرفة طرائق الدراسة الصحيحة:

لا يعرف كثير من الطلاب كيف يدرسون، لأنهم لم يتعلموا مهارات الدراسة الصحيحة في المدرسة أو في المنزل من قبل، أو لأنهم تعلموها ولكنهم لم يستخدموها، أو لا توجد لديهم الدافعية الكافية لاستخدامها، أو لأن عادات الدراسة الخاطئة قد تحكمت بهم نتيجة ممارستها من قبل.

#### 2- تدخل الوالدين المبالغ به في شؤون دراسة الأبناء:

إن الاهتمام المبالغ به في دراسة الطالب قد ينطوي على الاعتقاد بعدم مقدرته، وقد يدرك أن إلحاح

الوالدين أو أحدهما شرط ضروري لأداء الواجبات الدراسية، متناسياً أن الدراسة والواجبات المترتبة هي من مسؤوليته وحده قبل كل شيء، وعليه أن يتحمل بكفاءة هذه المسؤولية.

### 3- ضعف القدرة على التعلم:

قد تكون بعض اضطرابات التعلم ذات الأساس العصبي موجودة عند بعض الطلاب في المدرسة كصعوبات تعلم القراءة والرياضيات والعلوم، والإملاء. وهذه الصعوبات في التعلم يمكن تشخيصها من خلال الاختبارات التربوية والنفسية، إذ إن اكتشاف أي ضعف في هذه الجوانب ينبغي التعرف عليه وتقييمه ومتابعته.

### 4- ضعف قدرة الطالب على ضبط سلوكه:

قد يكون سبب عادات الدراسة الخاطئة عند الطالب مرتبطاً بخلل في وظيفة الجهاز العصبي المركزي، مما يجعله غير قادر على ضبط ذاته، إذ لا يستطيع الجلوس بدون حركة، ولا يتمكن من التركيز فيما يقوله المعلم، ولا يستطيع تجنب المشتتات، كما أن البعض يتصرفون بشكل إلحاحي، مما يؤثر في دراستهم وقدرتهم على التعلم.

### 5- المشكلات النفسية:

إن معاناة الطالب من بعض المشكلات النفسية، كالتوتر الناتج عن الخلافات الأسرية، أو الخلافات مع بعض زملاء، يمكن أن تؤدي إلى صعوبة في التركيز، وكذلك الحال بالنسبة لبعض المشكلات النفسية الأخرى كالقلق والاكتئاب، يمكن أن تعيق كفاءة الطالب في التعلم وتؤدي إلى تدني مفهوم الذات عنده والشعور بعدم الكفاءة، مما ينعكس على تدني دافعيته للدراسة وخفض أدائه في التحصيل.

### 6- الزعة إلى الكمال:

إن نزعة الطالب لبلوغ الكمال في أداء واجباته الدراسية يمكن أن تؤدي به إلى تأجيل إتمام هذه الواجبات أو عدم إتمامها تماماً.

### 7- ضعف الدافعية للتعلم:

يعد ضعف الدافعية للتعلم أحد أهم الأسباب التي تؤدي إلى تعلم عادات دراسية خاطئة، وتؤدي إلى الخمول والالتكال على الآخرين في تأدية الواجبات الدراسية أو الغش في الاختبارات نتيجة ضعف الاستعداد لأداء هذه الاختبارات.

#### 8- الخوف من النجاح والرغبة في الفشل:

إن بعض الطلاب قد تعلموا قلة بذل الجهد الكافي في التعلم والتحصيل الدراسي، ولكي يدرسون لفترة كافية من الوقت لا بد أن يتعلموا ويتقبلوا فكرة تأجيل إشباع بعض الرغبات الآتية، وأن يعملوا بجدية كافية في الوقت الراهن لكي يحصلوا على مكافآت مؤجلة، مثل الدرجات المدرسية المرتفعة، والحصول على المعرفة، ونيل رضا واستحسان المعلمين والآباء.

#### 9- التوقعات المنخفضة من بعض الطلاب:

إن توقعات المعلمين أو الآباء أو الزملاء المنخفضة من بعض الطلاب وخاصة الطلاب الفقراء، يجعلهم لا يبذلون الجهد الكافي الذي يتناسب مع ما لديهم من إمكانيات وقدرات، بل يجعلهم يتمثلون هذه القيم ويتصرفون وفقاً لهذه التوقعات، فيكون أداؤهم وفقاً لما توقعه منهم الكبار.

#### الإجراءات العلاجية لعادات الدراسة الخاطئة:

لا بد من التذكير منذ البداية أنه لا بد من تعليم الطالب العادات الدراسية المناسبة منذ سنوات دراسته الأولى، حتى يتعلم كيفية أداء واجباته بالطريقة الصحيحة مهما كانت هذه الواجبات بسيطة، فهي واجبات تزداد صعوبة مع تقدم الطالب في سنوات دراسته. ومن أجل ذلك لا بد من اتباع الإجراءات التالية مع أبنائنا الطلبة:

- 1- لا بد أن يعرف الطالب أن الدراسة هي مسؤوليته، وأن قلة الدراسة أو التهاون في أدائها يؤدي إلى انخفاض تحصيله الدراسي، وإن مساعدته في تخطيط أوقات الدراسة يجب أن يكون بناء على طلبه.
- 2- تنظيم بيئة الطالب الدراسية (غرفة الدراسة)، بحيث تزال كل مشتتات الانتباه كالمجلات، والمسجلات، وكتب التسلية، وألعاب الكمبيوتر... وغيرها.

- 3- لا بد من توفير الجو المناسب للطلاب ، بعيداً عن التشويش والتوتر والمشاحنات.
- 4- أن يقوم الطالب بتنظيم الوقت ويخصص وقتاً محدداً للدراسة يومياً والالتزام به، والدراسة أولاً بأول بدلاً من جعل الواجبات الدراسية تتراكم عليه والاقتصر على دراستها ليلة الامتحان.
- 5- أن يراقب الطالب سلوكه الدراسي أثناء أوقات الدراسة الفعلية التي يتم فيها التركيز على المهمات التعليمية، والعمل على زيادة زمن المذاكرة اليومي تدريجياً.
- 6- أن يكافئ الطالب نفسه عندما ينجز المهمات التعليمية التي خطط لإنجازها، وذلك بإعطاء نفسه فترة راحة لمدة 10-15 دقيقة بعد كل ساعة إلى ساعتين دراسة، أو يكافئ نفسه بممارسة بعض النشاطات التي يفضلها، مثل مشاهدة التلفزيون، أو اللعب بالكمبيوتر، أو غير ذلك من النشاطات.
- 7- أن يستخدم الطالب طريقة SQ3R التي تعني (survey, question, read, review, recite)، وهي الطريقة التي تقوم على المسح والتساؤل والقراءة والمراجعة والتسميع كأسلوب في الدراسة. فالطالب يجب عليه في بداية دراسته للمادة التعليمية، أن يتصفح العناوين الرئيسة (المسح)، ثم يقوم بتحويل هذه العناوين ورؤوس المواضيع إلى أسئلة (التساؤل)، ثم يبدأ بقراءة الموضوع بحثاً عن إجابات للأسئلة (القراءة)، ثم يعمل على مراجعة الموضوعات الأساسية (المراجعة)، وأخيراً يعمل على تسميع المعلومات التي تعلمها وراجعها بصوت مرتفع (التسميع) ، ثم يقوم بتلخيص النقاط البارزة. وقد ثبت نجاح هذا الأسلوب مع طلبة المرحلتين الثانوية والجامعية (شيفر وميلمان، 2006).
- 8- أن يجزئ الطالب المادة الدراسية الطويلة والصعبة إلى وحدات صغيرة، بحيث يتمكن من دراستها وفهما وحفظها، ويمارس التدريب الجزأ بشكل يومي وهكذا حتى يتمكن من المادة كلها في نهاية الأسبوع.
- 9- لا بد من ثناء الآباء على الطالب عندما يحقق تقدماً في دراسته ويصل إلى إنجاز أكاديمي مناسب، ولا بأس من تقديم بعض المكافآت له بين الحين والآخر.
- 10- أن يستخدم أسلوب الاسترخاء العضلي للتخلص من القلق والتوتر سواء قبل الجلوس

للدراسة أم قبل الامتحان (داود وحمدي، 2004).

## الفصل العاشر

ضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب

- طبيعة مشكلة ضعف القدرة على تركيز الانتباه
- تعريف ضعف القدرة على تركيز الانتباه
- عوامل ضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب

- طرق الوقاية والعلاج لضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب



## الفصل العاشر

### ضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب\*

#### طبيعة مشكلة ضعف القدرة على تركيز الانتباه:

تعد مشكلة ضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب من المشكلات التربوية التي شغلت تفكير المربين منذ القدم وحتى الآن، حيث نجد أن نسبة تقدر بحوالي 5% - 10% من طلاب المدارس يعانون من قصر فترة الانتباه وتشتته، بالرغم من أن طول فترة الانتباه تزداد مع التقدم في العمر. أما معدل طول فترة الانتباه فهي حوالي (14) دقيقة عند الطفل من عمر خمس سنوات، وتزداد تدريجياً مع التقدم في العمر لتصل إلى حوالي نصف ساعة أو تزيد عن ذلك، وذلك حسب طبيعة المهام التي

يتفاعل معها طالب المدرسة، ومدى ميله إليها وجاذبيتها لانتباهه. فتركيز الانتباه عند الطالب يحتاج منه إلى التركيز على المهمة التعليمية المطلوبة وإهمال الموضوعات غير الضرورية. ولذلك فإن ضعف قدرة الطالب على التمييز بين ما هو ضروري وغير ضروري يؤدي إلى صعوبة في الانتباه إلى المعلومات والأحداث ذات العلاقة، والانتقال إلى موضوع آخر ليس له أهمية.

### تعريف ضعف القدرة على تركيز الانتباه:

يمكن تعريف ضعف القدرة على تركيز الانتباه بأنه: انخفاض قدرة الطالب على تركيز انتباهه في مهمة تعليمية معينة، والانتقال من نشاط إلى آخر دون إكمال أي منهما، وتشتت انتباهه بسهولة عن هدفه الأصلي.

\* للتوسع في هذا الفصل انظر الزعي، أحمد محمد (2008).

ولذلك نجد الطالب ضعيف القدرة على تركيز الانتباه كثيراً ما يفقد حاجياته في المدرسة وينسى أين وضعها، وينشغل بأي حدث جديد، ولا ينهي المهمات التعليمية المطلوبة منه. وقد يكون تشتت انتباهه وضعف تركيزه سبباً في نشاطه الحركي الزائد بدون هدف، حيث نجده كثيراً ما يلتفت إلى الوراء ليحدث زملاءه، أو ينشغل بذاته ولا ينتبه إلى ما يقوله المعلم أثناء الشرح. ولذلك يمكن قياس مدى الانتباه عند الطالب من خلال قياس طول الفترة الزمنية التي يقضيها في أداء مهمة تعليمية معينة، إلا أن النظر والتفكير أثناء أداء العمل ضروريان، والانتباه الحقيقي يقاس بمدى ملاءمة الاستجابة، إذ إن بعض الطلاب ينظرون إلى المدرس ولكن دن تركيز ولا تدبر أو تفكير.

### عوامل ضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب:

ينتج ضعف القدرة على تركيز الانتباه عند طلاب المدارس عن أسباب عديدة منها:

• الأسباب الجسدية:

قد ينجم ضعف التركيز عند الطالب نتيجة خلل عضوي في الدماغ، حيث إن آليات الدماغ هي التي تجعل الطالب قادراً على التركيز وعلى استبعاد الإثارة غير المناسبة.

• الأسباب العقلية:

لا بد للطالب أثناء تركيز انتباهه في مهمة تعليمية ما، أن يتمتع بمهارات إدراكية مناسبة. فالإدراك السمعي والبصري يقوم على استقبال الأصوات والمناظر ثم يدرك معناها، وبعد ذلك يستجيب لها استجابة مناسبة. فإذا لم يتمتع الطالب بقدرة على تمييز العلاقات بين المنبه الأساسي (هنا صوت المعلم) عن المنبهات الأخرى (الأصوات غير الضرورية)، فإنه لا يكون قادراً على التركيز وسرعان ما يتشتت انتباهه إلى الأشياء غير المهمة.

كما إن الطالب الذي لا يدرك تسلسل الأحداث التي تحتاج إلى الإصغاء والتذكر والفهم ثم القيام بالعمل المناسب، يصبح مشوشاً ولا يتمكن من الاستمرار في الانتباه والإصغاء. من جانب آخر فإن الطلاب الذين يعانون من صعوبات في التعلم (learning disabilities)، أو تخلف أو إعاقة عقلية، من شأنها أن تعيق قدرتهم على تركيز الانتباه لفترة طويلة.

• الأسباب النفسية:

إن ضعف إحساس الطلاب بالأمن النفسي والقلق والخوف من الفشل أو ضعف الكفاءة في الأداء، يؤدي إلى ضعف قدرتهم على الانتباه ويعانون من تشتت في التفكير، كما إنهم يبقون معتمدين على التوجيهات الخارجية في تعلمهم، ولا يتمكنون من إنجاز واجباتهم بمفردهم دون دعم وتشجيع خارجي مستمر، فخوفهم من أداء العمل بصورة ناجحة يدفعهم إلى تجنب التعامل معه خوفاً من التوتر الذي قد يتولد عن ذلك. وهذا ما يضعهم تحت فئة من يعانون من صعوبات في الانتباه (Attention difficulties).

كما أن الطالب غير الناضج نفسياً والذي لا يتمتع بصبر ومثابرة كافيين في إنجاز الأعمال

المرتبة عليه، يشعر بأن إنجاز أي مهمة تعليمية غير ضروري وينصرف إلى عمل أشياء أخرى غير مطلوبة منه وغير ضرورية.

### • الصعوبة في تحمل الإحباط:

الطالب في هذه الحالة ينتقل بسرعة من موضوع إلى آخر، ويندفع في إعطاء إجابات غير ناضجة قبل أن يفكر جيداً بالإجابة الصحيحة، وذلك بسبب القلق الذي يسيطر عليه ومحاوله الاندفاع الشديد للتخلص من الموقف المحبط أو الصعب (من وجهة نظره) بسرعة.

### • الأسباب المدرسية:

من الممكن أن يكون المعلم أحد الأسباب التي تؤدي إلى ضعف قدرة الطالب على تركيز الانتباه. فالمعلم الذي لا يستخدم أساليب جذابة في تعليمه، ولا يستخدم الوسائل التعليمية المثيرة للانتباه، ولا يراعي حاجات الطلاب النفسية والتربوية، ولا يستخدم التعزيز عند نجاح الطلاب في المهمات التعليمية، ولا يراعي الفروق الفردية في التعليم، كل ذلك من شأنه أن يضعف قدرة الطالب على التركيز ويؤدي إلى تشتت انتباههم.

### طرق الوقاية والعلاج لضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب:

بعد هذا العرض الموجز لأسباب ضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب، لابد من البحث عن الطرائق التي من شأنها أن تساعد في الوقاية والعلاج من هذه المشكلة. ومن أهم هذه الطرائق ما يلي:

### • ضرورة الاهتمام بصحة الأم الجسدية والنفسية:

فالاهتمام بصحة الأم الحامل الجسدية والنفسية، من شأنه أن يمنع حدوث ضعف القدرة على التركيز الناتج عن أي ضرر يتعرض له دماغ الجنين أثناء الحمل. فتعاطي الأم الحامل للكحول أو المخدرات أو التدخين، أو تعرضها لأزمات نفسية شديدة أثناء الحمل، يؤدي إلى تعرض الجنين

لضعف القدرة على التركيز وصعوبات في التعلم فيما بعد(شيفر وميلمان،2006).

● **الإقلال من مشتتات الانتباه:**

لا بد من تنظيم بيئة التعلم من أجل الإقلال من مشتتات الانتباه، حيث لا يتضمن المكان المعد للدراسة إلا الكتب والدفاتر والأقلام الضرورية وفي مواجهة الجدار في أحد أركان الغرفة. كما ينبغي أن لا تكون هناك مشتتات صوتية من المنزل مثل صوت التلفزيون أو الراديو أو المسجل أثناء الدراسة. ومن الضروري زيادة جاذبية المهمات التعليمية التي تقدم للطلاب وجعلها مصدراً للمتعة، إذ كلما استطاع الطالب الانتباه بشكل أفضل كلما استفاد أكثر مما يتعلمه.

● **التخطيط الدقيق للمهام التعليمية:**

الطلاب يستجيبون بشكل أفضل للمواد التي يحبونها ويميلون إليها. كما يجب أن تكون الواجبات المدرسية والمتزلية محددة وليست عامة، لأن الطالب يحتاج إلى الشعور بالنجاح عندما ينجز مهمات قصيرة ومحددة، وحتى نضمن ذلك يجب أن يكون الوقت المخصص للمهمة قصيراً مع فترات للراحة، ومن الممكن أن نزيد الوقت الذي تحتاجه المهمات التعليمية تدريجياً مع تزايد قدرة الطالب على الانتباه لفترة أطول.

● **أن تقدم للطلاب الإرشادات بشكل واضح ومحدد:**

من المهم أن يقدم المعلم أو الوالدان للطالب الذي يعاني من ضعف في تركيز الانتباه التعليمات ذات العلاقة بالمهمة التعليمية بطريقة واضحة، ومن المهم تجنب أي كلام غير ضروري، فكثيراً ما يضر كلام الأبوين بالطالب الذي يعاني من تشتت الانتباه. فالآباء التأمليون يتعلم منهم الأبناء التأمل والتفكير والإصغاء بدلاً من التصرف باندفاع وتسرع. وعلى الآباء والمعلمين أن يعرفوا بأنه يجب أن يتعلم الطلاب التروي والتأمل أثناء المحادثة بدلاً من التسرع والقفز إلى النتائج.

● **تعزيز الانتباه ومقاومة التشتت:**

تزداد فترة الانتباه عند الطلاب كأى سلوك آخر عن طريق تعزيز التزايد في طول الفترة التي يركز

فيها الطالب انتباهه، ويكون التعزيز على شكل امتداح العمل من حيث جودته والوقت الذي قضى فيه، وأن يتبع الثناء والمكافآت مباشرة فترات الانتباه التي يستمر فيها الطالب بالقيام بنشاط ما بالرغم من وجود المشتتات، وعدم التركيز على جوانب الضعف أو القصور لديه.

وعلى الآباء والمعلمين أن يدركوا أن إطالة فترة الانتباه عند الطلاب الذين يعانون من ضعف القدرة على التركيز، تحتاج إلى الصبر والتكرار والثبات. ومن الممكن أن يتم التدريب على إطالة فترة الانتباه عن طريق التدريب والتحسين التدريجي بالنسبة لمثل هؤلاء الطلاب، بحيث يقسم العمل الصعب إلى مجموعة من الأعمال الصغيرة البسيطة بحيث تتم مكافأتهما. ومن الممكن هنا استخدام التعزيز عند النجاح في المهمات التعليمية مهما صغرت، كما يتمثل في الانتهاء من النشاط أو العمل المحدد، والاستجابة بدقة للتعليمات، مع تجاهل بعض السلبيات التي تحدث بين الحين والآخر. وقد أظهرت الدراسات أيضاً أن تعزيز طالب واحد نتيجة تحسنه في إطالة فترة الانتباه، غالباً ما يؤدي إلى تحسن مهارات الانتباه عند الطلاب الآخرين.

### • تعليم الطلاب التركيز دائماً على العناصر المهمة في المهمات التعليمية:

على الطالب أن ينتبه جيداً إلى العناصر الأساسية في المهمة التعليمية، وأن يتجاهل الأشياء السلبية، وهذا يحتاج إلى تدريب وصبر من قبل من يقوم بتدريب مثل هؤلاء الطلاب الذين يعانون من تشتت في الانتباه.

### • التدريب على الاسترخاء والتنفس بعمق:

لا بد من تدريب الطالب الذي يعاني من ضعف القدرة على تركيز الانتباه في المهمات التعليمية على الاسترخاء جسدياً وعقلياً، مما يجعل عملية الانتباه عنده أكثر تلقائية وفعالية مع استخدام التغذية الراجعة البيولوجية (Biofeedback) (شيفر وميلمان، 2006).

### • تحسين طرائق التدريس من قبل المعلمين:

إن تحسين المعلم لطريقة تدريسه، وجعلها أكثر جاذبية، واستخدام الوسائل التعليمية المناسبة

والجاذبة، من شأنه أن يحسّن من قدرة الطالب الذي يعاني من ضعف القدرة على التركيز على الانتباه. والجدير ذكره أن معالجة ضعف القدرة على تركيز الانتباه يحتاج إلى تضافر جهود كل من المرشد النفسي المدرسي، ومدير المدرسة، والمعلم، والأسرة؛ حيث يتم إعلام المرشد المدرسي من قبل المعلم بالطلاب الذين يعانون من ضعف القدرة على تركيز الانتباه، الذي يقوم بدوره باللقاء بهم والتعرف على الأسباب التي أدت إلى ظهور المشكلة لديهم، ثم مساعدتهم في التخلص منها وإعادة تكيفهم للجو المدرسي (ربيع والغول، 2007).

• أن يضع الطالب بعد عودته من المدرسة جدولاً يحدد فيه الوقت لإنهاء الواجبات المنزلية والدراسة، ووقتاً للعب، ووقتاً لمشاهدة التلفزيون أو لزيارة بعض الأصدقاء. ويجب تنفيذ هذا الجدول بعد الانتهاء من تناول وجبة الغداء الطعام مباشرة.

• تشجيع الطالب على ممارسة الرياضة الجري يومياً:

تشير الدراسات إلى أن الجري يساعد الإنسان على زيادة نشاطه العقلي وزيادة القدرة على الانتباه (إبراهيم وآخرون، 2003). ولهذا لا بد من تشجيع الطالب على هذه الرياضة المفيدة للجسم والعقل والنفس.

## الفصل الحادي عشر

### صعوبات التعلم

مقدمة

- تعريف صعوبات التعلم.
- أسباب صعوبات التعلم.
- تصنيف صعوبات التعلم.
- مظاهر صعوبات التعلم.
- تشخيص صعوبات التعلم.
- أدوات قياس وتشخيص صعوبات التعلم.
- خطوات تشخيص صعوبات التعلم.
- الخدمات التربوية للطلاب ذوي صعوبات التعلم.

## الفصل الحادي عشر

### Learning Difficulties صعوبات التعلم

#### مقدمة:

يعد موضوع صعوبات التعلم من الموضوعات الحديثة نسبياً في ميدان التربية الخاصة وأسرعها تطوراً، وذلك بسبب تزايد الاهتمام من قبل الوالدين والمهتمين بمشكلة الأطفال الذين يظهرون

مشكلات تعليمية لا يمكن تفسيرها بوجود الإعاقات العقلية والحسية والانفعالية. فالتلميذ الذي يعاني من صعوبة في التعلم يعاني من فجوة كبيرة بين الأداء الأكاديمي الحقيقي، والأداء المتوقع، ويواجه صعوبة في استقبال المعلومات وتكاملها وإنتاجها أو التغذية الراجعة، أو اقتران أكثر من صعوبة واحدة في الوقت نفسه.

كما تظهر صعوبة التعلم عند التلميذ على شكل ضعف في الأداء في واحدة أو أكثر من الجوانب التالية: مهارات القراءة الأساسية، والقراءة الواعية، والفهم السمعي، والتعبير الشفهي، والتعبير الكتابي، والحساب الرياضي أو الاستدلال الرياضي. فضلاً عن ذلك، فإن من يعاني من صعوبات في التعلم، يعاني أيضاً من مشكلات لغوية، أو من صعوبة في سماع الاختلافات الدقيقة لأصوات اللغة، مما يؤدي إلى صعوبة في اكتساب مهارات التعرف على الكلمات، وضعف القدرة على تشكيل العلاقات ما بين الصوت والرمز، كما يعاني من مشكلات في الذاكرة، مثل: الكلمات المرئية، وجدول الضرب. وقد يظهر القلق والنشاط الحركي الزائد (سليمان، 1999، آ).

كما أن الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التعلم، لا تظهر عليهم أعراض جسمية غير عادية، وهم يتمتعون بقدرات عقلية عادية، ولا يعانون من إعاقات حسية سمعية أو بصرية، أو جسمية، أو صحية، أو مشكلات نفسية، أو ظروف أسرية غير عادية، ولا يعانون من حرمان بيئي ثقافي أو اقتصادي، ومع ذلك فإنهم غير قادرين على تعلم المهارات الأساسية والموضوعات المدرسية مثل الانتباه أو الاستماع، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة أو الحساب، ويكون مستوى تحصيلهم أقل من قدرتهم بالمقارنة مع تحصيل باقي التلاميذ (من الصف والعمر والذكاء نفسه) (سليمان، 1999، ب: 124).

ولذلك فإن صعوبة التحديد الدقيق لذوي صعوبات التعلم، تكمن في كونهم مجموعة غير متجانسة في الأعراض، أو طبيعة الصعوبات من جهة، كما أنهم يشتركون مع كل من المعوقين عقلياً بدرجة بسيطة، والمضطربين سلوكياً في معظم الخصائص العامة من جهة أخرى.

علاوة على ذلك فإن صعوبات التعلم التي قد يواجهها طفل ما، قد تكون نتيجة لخلل ما في عمليات التعلم لدى ذلك الطفل، أو نتيجة لعدم ملاءمة ظروف التعلم (عدم ملاءمة المنهج المدرسي، تدني مستوى كفاءة التعلم، الحرمان الثقافي، المشكلات الأسرية.. إلخ)، أو لكلا السببين معاً. وفي كثير من الأحيان يصعب التمييز الدقيق بين الأسباب الثلاثة السابقة (القيوتي، وآخرون، 1995: 266). ولذلك لا بد من إجراء مزيد من الدراسات حول التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في التعلم، من أجل الكشف الدقيق عن هذه الصعوبات وأنواعها، ومدى شدتها، تمهيداً لاتخاذ الإجراءات العلاجية اللازمة بشأنها.

### تعريف صعوبات التعلم:

إن تحديد الفئة المقصودة بصعوبات التعلم، لا زال يعاني غموضاً وصعوبات كثيرة، فقد كانت المحاولات الأولى لوضع تعريف محدد لصعوبات التعلم في عام (1963) نتيجة اهتمام الباحثين في مجال التربية وعلم النفس، وعلم الأعصاب. فقد اقترح صموئيل كيرك (Samul Kirk, 1963) صيغة تعريف لصعوبات التعلم وقدمه إلى اجتماع ممثلي عدد من الجمعيات المهتمة بشؤون الأطفال الذين يعانون من تلف دماغي، أو صعوبات في الإدراك، حيث يرى أن صعوبات التعلم «تشير إلى تأخر أو اضطراب أو تخلف في واحدة أو أكثر من عمليات الكلام، واللغة، والقراءة، والتهجئة، والكتابة، والعمليات الحسابية، ومهارات التواصل، نتيجة لخلل وظيفي في الدماغ، أو اضطراب عاطفي، أو مشكلات سلوكية. ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي، أو تخلف عقلي، أو حرمان ثقافي (القيوتي وآخرون، 1995؛ عن Kirk & chafant, 1984). ويؤكد لرنر (Lerner, 1993) أنه قد ألحقت بعض الإجراءات في هذا التعريف ومن بينها، أن الطفل تكون لديه صعوبة تعلم خاصة إذا كان:

أ — لا ينجز إنجازاً مناسباً لعمره، ومستوى مقدرته في واحد أو أكثر من مجالات محددة، رغم تزويده بخبرات تعليمية مناسبة لمستوى عمره وقدرته.

ب — لديه تباعد كبير بين مستوى تحصيله ومستوى قدرته العقلية في واحد أو أكثر من المجالات التالية:

- |                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| — التعبير اللفظي               | — التعبير الكتابي             |
| — الفهم والاستيعاب السمعي      | — الفهم والاستيعاب في القراءة |
| — المهارات الأساسية في القراءة | — العمليات الحسابية           |
| — الاستدلال الحسابي            |                               |

ويذكر هالاهان وكاوفمان (Hallahan & Kauffman, 1988) أنه في عام (1984) أقرت الجمعية الأمريكية لصعوبات التعلم (The Association for children and adult with learning Disabilities) تعريفاً أكثر شمولاً، حيث إنه لا يقصر صعوبات التعلم على الأطفال في سن المدرسة الذين لا يتمكنون من تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية، بل يشمل الآثار المترتبة على الشخصية، وفرص التفاعل الاجتماعي، وأنشطة الحياة بصورة عامة. فصعوبات التعلم وفقاً لذلك «حالة مزمنة ذات منشأ عصبي تؤثر في نمو المهارات اللفظية وغير اللفظية أو تكاملها أو استخدامها. وتظهر صعوبات التعلم الخاصة كصعوبة واضحة لدى أفراد يتمتعون بدرجات عالية أو متوسطة من الذكاء، ولهم أجهزة حسية وحركية طبيعية، وتتوفر لديهم فرص تعلم مناسبة. وتختلف آثار هذه الصعوبات على تقدير الفرد لذاته، وعلى نشاطاته التربوية والمهنية والاجتماعية، ونشاطات الحياة الطبيعية، باختلاف درجة شدة تلك الصعوبات» (القريوتي، وآخرون، 1995: 230).

إضافة إلى هذه التعريفات التي تؤكد علاقة صعوبات التعلم بالجهاز العصبي المركزي، وآثار ذلك على الإدراك وتكوين المفاهيم، واللغة، والتذكر، وتركيز الانتباه والوظائف الحركية، فإن هناك تعريفات أخرى تؤكد على قصور العمليات النفسية الأساسية عند الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم، والتي تتطلب فهم اللغة المكتوبة، أو المنطوقة واستخدامها. ومثال ذلك تعريف الرفاعي،

وسالم (1993، 183) الذي يستند إلى تعريف الحكومة الاتحادية لذوي صعوبات التعلم، حيث حدد الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم بأنهم «الأطفال الذين يعانون من قصور في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتطلب فهم اللغة المكتوبة أو المنطوقة، أو استخدامها ويظهر هذا القصور في تدني القدرة على الاستماع، أو التفكير، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو أداء العمليات الحسابية، وقد يرجع هذا القصور إلى إعاقة في الإدراك أو إلى إصابة في المخ، أو إلى الخلل الوظيفي المخي البسيط، أو إلى عسر في القراءة، أو إلى حبسة في الكلام».

أما صابر (1997: 192) فيعرف الأطفال ذوي صعوبات التعلم بأنهم «الذين يظهرون اضطراباً واحداً أو أكثر في العمليات النفسية المتمثلة في فهم اللغة المنطوقة أو المكتوبة واستعمالاتها، وقد تبدو أسباب هذه الاضطرابات في إصابات الدماغ البسيطة، ولكنها لا تعود إلى أسباب عقلية أو بصرية أو سمعية، ويظهر هؤلاء الأطفال تبايناً واضحاً في قدراتهم العقلية والتحصيلية».

في حين يعرف حافظ (1998: 1) صعوبات التعلم بأنها «عبارة عن اضطراب في العمليات العقلية أو النفسية الأساسية التي تشمل الانتباه، والإدراك، وتكوين المفهوم والتذكر، وحل المشكلات يظهر صداه في عدم القدرة على تعليم القراءة، والكتابة، والحساب، وما يترتب عليه سواء في المدرسة الابتدائية أساساً، أو فيما بعد من قصور في تعلم المواد الدراسية المختلفة».

بالنظر إلى التعريفات السابقة نجد أنه لا يوجد اتفاق بين الباحثين المهتمين بذوي صعوبات التعلم على تعريف محدد لهذه الفئة، ويعود ذلك إلى أن ذوي صعوبات التعلم مجموعة غير متجانسة في الأعراض أو طبيعة الصعوبات، وكذلك لاشتراكهم مع كل من المعوقين عقلياً بدرجة بسيطة، ومع المضطربين سلوكياً في كثير من الخصائص العامة.

فضلاً عن ذلك، فإن صعوبات التعلم التي يعاني منها طفل ما قد تعود إلى خلل في عمليات التعلم لدى ذلك الطفل، وإلى عدم مناسبة ظروف التعلم (منهج، تدني كفاءة المعلم، الحرمان الثقافي، العلاقات الأسرية المضطربة.. إلخ) أو لكلا السببين معاً. كما يصعب التمييز بين الأسباب السابقة في

- كثير من الأحيان. ومع ذلك فإن معظم التعريفات السابقة تؤكد على العناصر التالية:
- 1 — إن صعوبات التعلم حالة خاصة ليست ناتجة عن إعاقة عقلية، أو حسية، أو اضطرابات سلوكية، أو حرمان بيئي أو ثقافي، أو اقتصادي، أو قصور تعليمي.
  - 2 — الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم خاصة، ليسوا مجموعة متجانسة، سواء من حيث طبيعة الصعوبة أو مظاهرها. فهناك تباين واضح بين هؤلاء الأطفال في درجة صعوبة اكتساب مهارات الإصغاء، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو الحساب، أو إصدار الأحكام.. إلخ. فقد تكون الصعوبة في الحساب لدى طفلين ناتجة عند أحدهما عن ضعف في التركيز، في حين تكون ناتجة عن ضعف في الإدراك البصري عند الطفل الآخر.
  - 3 — معظم الحالات التي تعاني من صعوبات تعلم خاصة، ترتبط بخلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، قد يعود إلى تلف في الدماغ أو خلل عصبي آخر.
  - 4 — الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم خاصة جميعهم يحتاجون إلى عناية تربوية خاصة تتضمن برامج خاصة، وأساليب وطرائق مختلفة في تعليمهم، حتى يتمكنوا من استخدام كامل لقدراتهم العقلية الكامنة.
- ولذلك فإن التلميذ الذي يعاني من صعوبة في التعلم، يعاني من فجوة كبيرة فيما بين الأداء الأكاديمي الحقيقي، والأداء المتوقع. كما يواجه صعوبة في استقبال المعلومات، وتكاملها، وإنتاجها، أو التغذية الراجعة لها، أو اقتران أكثر من صعوبة واحدة في الوقت نفسه (السرطاوي و السرطاوي، 1988).

### مدى انتشار صعوبات التعلم:

لا يوجد اتفاق عن مدى انتشار صعوبات التعلم بين التلاميذ، وقد يعود السبب في ذلك إلى استخدام الباحثين معايير مختلفة في تقدير صعوبات التعلم، وكذلك إلى اختلاف التعريفات المستخدمة

لهذا المفهوم.

ففي الولايات المتحدة الأمريكية تشير نتائج الدراسات إلى أن نسبة شيوع صعوبات التعلم بين الأطفال تتراوح ما بين 10% و30% (Lerner, 1985). كما تشير ليرنر (Lerner) كذلك إلى أن نسبة الطلاب الذين يعانون من صعوبات في التعلم وفقاً لإحصائية مكتب التربية الأمريكي لعام (1984)، قد بلغت (4%) من مجموع طلاب المدارس من عمر (3 — 21) سنة. وهذه النسبة تشكل (40%) من مجموع الطلاب البالغ عددهم أربعة ملايين طالب الذين يتلقون خدمات تربوية خاصة. وتذكر «ليرنر» كذلك أن نسبة انتشار صعوبات التعلم بين الذكور أعلى منها لدى الإناث، حيث بلغت (72%) عند الذكور، و(28%) عند الإناث.

وفي دراسة أخرى قام بها مايكل بست وبوشز (Myklebust & Boshes, 1969) في ولاية إلينوي في الولايات المتحدة الأمريكية، تبين أن نسبة الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم في الصفين الثالث والرابع الابتدائيين قد بلغت 7% — 8%، بعد اعتمادهم على تعريف صعوبات التعلم الذي يؤكد على التباين بين التحصيل الأكاديمي والقدرة العقلية العامة. كما أشارت دراسات أخرى إلى أن نسبة ذوي صعوبات التعلم هي أعلى من نسبة بقية الإعاقات الأخرى في المرحلة الابتدائية، إذ إن نسبة الإعاقة العقلية (2.3%)، ونسبة الإعاقة السمعية حوالي (0.6%)، ونسبة الإعاقة البصرية حوالي (0.1%)، ونسبة ذوي الاضطرابات الانفعالية حوالي (2%) (الروسان، 1996، آ: 174). كما يذكر كيوف (Keogh, 1986) أن نسبة صعوبات التعلم هي أكثر نسبة بين فئات الأطفال غير العاديين، إذ تشكل ما يقرب من (40%) من إجمالي الأطفال غير العاديين الذين تم الكشف عنهم.

ويشير الزراد (1991: 130) أن نسبة شيوع صعوبات التعلم بين تلاميذ المدارس الابتدائية كما توصل إليها ماير (Meier, 1971) في إحدى دراساته على (2400) تلميذاً في ولاية كلورادو، تصل إلى (4.7%) من تلاميذ المدارس. كما أجريت دراسات أخرى حول انتشار صعوبات التعلم

داخل فصول التربية الخاصة، فوجد أنها تصل إلى (7.82%) بين التلاميذ الذين يتلقون تربية خاصة، وخدمات تربوية مساندة، وأن هذه الصعوبات في تزايد مستمر. أما في دولة الإمارات العربية المتحدة، فقد أظهرت نتائج الدراسة المسحية التي قام بها البيلي ورفاقه (1990) على (1008) تلميذاً من تلاميذ الصف السادس الابتدائي لبيان مدى انتشار صعوبات التعلم، تبين أن 13.79% من التلاميذ يعانون من صعوبات تعلم، بعد اعتماد محك التباعد بين الأداء الأكاديمي ومستوى القدرة العقلية معياراً للتصنيف.

من خلال ما تقدم نتبين أن نسبة من يعانون من صعوبات تعلم بين تلاميذ المدارس متباينة جداً، ويعود ذلك إلى اعتماد محك واحد في التصنيف والتقدير، بالإضافة إلى إغفال المتغيرات الاجتماعية والثقافية التي تعد خاصة بكل مجتمع من المجتمعات. أيضاً كانت هذه النسب، فإن من يعانون من صعوبات في التعلم من بين تلاميذ المدارس هي نسبة جديرة بالاهتمام والبحث، ويجب إعطاء هذه الشريحة من المجتمع المزيد من الرعاية والاهتمام شأنهم شأن بقية الفئات الخاصة في المجتمع.

### أسباب صعوبات التعلم:

يقسم الباحثون أسباب صعوبات التعلم إلى مجموعة من العوامل التي لوحظت عند أفراد هذه الفئة والتي يمكن تلخيصها في الآتي:

#### 1 – عوامل وراثية (جينية) Genetic Factors:

تشير عدد من الدراسات إلى أثر العوامل الجينية (الوراثية) في إحداث صعوبات التعلم، حيث يرى أون (Owen, 1971) في دراسته على التوائم إلى انتشار صعوبات التعلم بين عائلات معينة (فاروق الروسان، 1996، آ؛ عن (Kauffman, 1978). أما كالفانت (Chalfant, 1989)، فيرى أن الأسباب الوراثية من العوامل المسببة لبعض حالات صعوبات التعلم.

#### 2 – العوامل العضوية والبيولوجية Organic & Biological Factors:

يؤكد الأطباء على أهمية العوامل البيولوجية في صعوبات التعلم، حيث يرى بوش ووانف (Bush & Wangh, 1976) إلى أن صعوبات التعلم تنتج عن إصابة الدماغ (Brain Injury). في حين يؤكد بعض الأطباء الآخرين إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم، يعانون من تلف دماغي بسيط يؤثر على بعض جوانب النمو العقلي وليس جميعها. وهذا ما يميز صعوبات التعلم عن الإعاقة العقلية الناتجة عن التلف الدماغي الشديد. ومن أجل التعرف على ذلك يستخدم الأطباء تخطيط الدماغ للتعرف على نشاط الدماغ الكهربائي (Electroencephalograph (EEG)، حيث يدل عدم انتظام موجات الدماغ على وجود تلف في خلايا المخ.

كما يذكر هيوارد وأورلانسكي (Heward & Orlansky 1988) في إحدى دراساته، إلى أن عدم انتظام موجات الدماغ قد ظهرت لدى (42%) من عينة مكونة من (200) مفحوصاً من ذوي صعوبات التعلم، في حين كانت النسبة 29% من عينة مكونة من (200) طفلاً من الأطفال العاديين. وهذا يعني أن تخطيط الدماغ، واضطراب الموجات الدماغية فيه، ليست دلالة قاطعة عند معظم حالات صعوبات التعلم. وهذا ما يجعل من الصعب افتراض وجود علاقة سببية مباشرة بين التلف الدماغي البسيط وصعوبات التعلم، مما جعل بعض المتخصصين في المجال الطبي يفضلون استخدام مصطلح: خلل وظيفي دماغي بسيط (Minimal Brain Dysfunction). وبناءً على ذلك يمكن القول: إن هناك علاقة بين اضطرابات السلوك والتعلم وبين وظائف الدماغ. أي أن أي اضطراب في الجهاز العصبي المركزي وخاصة في الدماغ يرافقه عدم انتظام في أداء الدماغ الوظيفي، والذي يظهر على شكل صعوبات في التعلم والسلوك.

### 3 — العوامل البيئية Environmental Factors:

تعد العوامل البيئية من العوامل المساعدة في إحداث صعوبات التعلم، حيث تبين أن صعوبات التعلم تنتشر في البيئات الاجتماعية الفقيرة نسبياً. ويرى كروكشناك وهالاهاان (Cruickshank, 1967 & Hallahan, 1978)، أن نقص الخبرات التعليمية، وسوء التغذية، وسوء الحالة

الصحية، وقلة التدريب، من أسباب صعوبات التعلم عند التلاميذ. ويؤكد كل من لوفيت (Lovitt, 1978)، وإنجلمان (Englemann, 1977) على أهمية الأسباب البيئية في إيجاد صعوبات التعلم، حيث تبين لهما أن البرامج التربوية العلاجية قد أثبتت فاعليتها في علاج الغالبية العظمى من حالات صعوبات التعلم، كما حقق الأطفال بعد العلاج نجاحاً أكاديمياً واضحاً أسوة بأقرانهم العاديين (القريوتي، وآخرون، 1995). ومن الأسباب البيئية الأخرى التي تؤدي إلى صعوبات التعلم عند الأطفال وفقاً لما ذكرته العديد من الدراسات: المواد الحافظة، والمواد الملونة للأطعمة، وتدخين الأم الحامل أو تعاطيها الكحول أو المخدرات، وإشعاعات التلفزيون.. وغيرها. وهذه الأسباب المحتملة لازالت موضع بحث علمي، وتحتاج إلى مزيد من الوقت للتأكد من صحتها.

### تصنيف صعوبات التعلم:

حدد كيرك و كالفنت (1988: 19) صعوبات التعلم ضمن مجموعتين أساسيتين هما:

#### آ – صعوبات التعلم النمائية:

تمثل مهارات الطفل اللازمة للتحصيل الأكاديمي في: مهارات الإدراك، والانتباه والذاكرة. فإذا حصل اضطراب في هذه الوظائف، فإن الطفل يعاني من صعوبة في تعلم الكتابة، أو إجراء العمليات الحسابية، ويظهر كثير من هذه الصعوبات قبل دخول الطفل إلى المدرسة الابتدائية، وقد يتم التعرف عليها حين يبدأ الطفل بالفشل في تعلم الموضوعات المدرسية.

تصنف صعوبات التعلم النمائية في فئتين هما: الصعوبات الأولية: وتشمل صعوبات الانتباه، والذاكرة، والصعوبات الإدراكية الحركية. ويعد كل من الانتباه والذاكرة والإدراك وظائف عقلية أساسية متداخلة مع بعضها بعض، فإذا ما أصيبت باضطرابات، فإنها تؤثر على التفكير واللغة الشفهية. أما الصعوبات الثانوية: فتشمل صعوبات اللغة والتفكير، وهي تتأثر بشكل واضح بالصعوبات الأولية، وكثيراً ما تكون لها علاقة بها.

#### ب – صعوبات التعلم الأكاديمية:

## الصحة النفسية

وهي الصعوبات التي تظهر عند أطفال المدارس وهي:

— الصعوبات الخاصة بالقراءة.

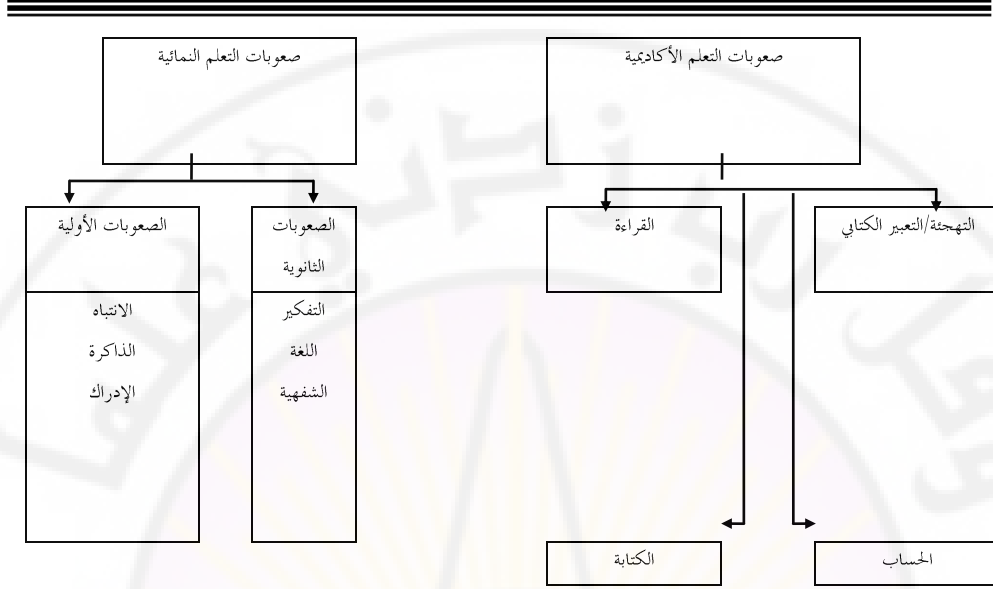
— الصعوبات الخاصة بالكتابة.

— الصعوبات الخاصة بالتهجئة والتعبير الكتابي.

— الصعوبات الخاصة بالحساب.

فحين يظهر الطفل قدرة كامنة على التعليم ولكنه يفشل في تفعيلها بعد تقديم التعليم المدرسي المناسب له، فإنه يؤخذ بعين الاعتبار أن لدى الطفل صعوبة خاصة في تعلم القراءة أو الكتابة أو التهجئة، أو الحساب. والشكل التالي يوضح تصنيف كيرك وكالفنت لصعوبات التعلم.

صعوبات التعلم



تصنيف كيرك و كالفنت لصعوبات التعلم (1988)

### مظاهر صعوبات التعلم:

تظهر عند الأطفال من ذوي صعوبات التعلم عدة مظاهر تتعلق بالإدراك، والحركة، واللغة، والنواحي الاجتماعية والانفعالية. ويمكن إيجاز هذه المظاهر على النحو التالي:

أولاً — المظاهر السلوكية — المعرفية:

تتمثل المظاهر السلوكية المعرفية عند الأطفال من ذوي صعوبات التعلم في عدة أشكال أهمها:

آ — صعوبات في التمييز الإدراكي:

في هذه الحالة يصعب على الطفل التمييز بين الشكل والأرضية، كما يصعب عليه إدراك المثير بشكل كلي، فهو يرى الحرف (أ) على أنه ثلاثة أجزاء. كما يصعب عليه التمييز بين الصورة الصحيحة والمعكوسة للحرف (أ)، والأرقام، والأشكال. وبالنسبة للأرقام فإنه يكتب الرقم (2) على

شكل (د) والعكس صحيح. كما يكتب الرقم (10) على شكل (01). كما يصعب عليه التمييز بين الأشكال الهندسية، كالمثلث والمربع. ويجذف أثناء القراءة بعض الكلمات في الجملة المقروءة، أو يحذف جزءاً من الجملة، أو يستبدل بعض الكلمات في الجملة بكلمات أخرى. كما يصعب عليه أيضاً التمييز بين الحروف المتشابهة (ع، غ)، و (خ، ح)... إلخ. كما يعاني من صعوبة الانتقال من السطر السابق إلى السطر اللاحق أثناء القراءة. وفي العمليات الحسابية يجمع من دون حمل مثلاً:  $695 + 236 = 81211$

**ب – صعوبة في التمييز بين المفاهيم:**

يصعب على الطفل الذي يعاني من صعوبة في التعلم، التمييز بين المفاهيم المتقاربة مثل مفهومي ملح وسكر، أو التمييز بين أيام الأسبوع، أو التمييز بين الأطوال، أو الاتجاهات، أو الأشكال الهندسية... إلخ.

**ج – صعوبة في إجراء العمليات الحسابية:**

فالطفل في هذه الحالة يعاني من صعوبة في إجراء العمليات الحسابية، وفي الفهم، ويعاني من صعوبة في التركيز والانتباه، وصعوبة في الانتقال من عملية حسابية إلى عملية أخرى، وصعوبة في التفكير المجرد، وفهم الرموز.

**د – اضطراب في السلوك الحركي:**

يُظهر الطفل في هذه الحالة اضطراباً في التوازن الحركي أثناء المشي والركض، كما يصعب عليه البقاء في مكان واحد، أو يصعب عليه القبض على الأشياء بالطريقة المألوفة كما يفعل الأطفال في مثل سنه. كما يتميز الطفل أيضاً بالنشاط الزائد والعداونية أحياناً وسهولة الاستثارة. أما المهارات الحركية الدقيقة فتشمل على أنشطة مثل الكتابة، والقطع بالمقص. أما مهارات الإدراك الحركي فتتضمن الأنشطة التي تتطلب تأزر العين واليد مثل نسخ النماذج أو تتبعها ومهارة الإدراك السمعي التي تشمل القدرة على التمييز بين الأصوات.

هـ — الاستمرار في النشاط دون توقف:

يستمر الطفل في هذه الحالة في النشاط المطلوب منه دون توقف. فإذا طلب منه مثلاً أن يكتب الأرقام: 1، 2، 3 على إحدى صفحات كراسته، فإنه يستمر في الكتابة حتى بعد الانتهاء من الصفحة. وهكذا يكون الحال بالنسبة لبقية الأنشطة التي يقوم بها.

ثانياً — المظاهر اللغوية:

تعد المظاهر اللغوية وخاصة صعوبات القراءة والكتابة (Dyslexia) من أكثر المظاهر وضوحاً لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم ومن الأمثلة على ذلك:

أ — صعوبة في القدرة على القراءة: هذه الصعوبة تنتج عن ضعف في قدرة الطفل على تكوين التتابع الصحيح للمهارات القرائية، وصعوبة في تعلم عناصر الكلمات والجمل، وصعوبة تنظيمها في نماذج أخرى مثل التحدث عن الوقت واتباع التعليمات.

ب — صعوبة في القدرة على القراءة نتيجة خلل وظيفي في الدماغ.

ج — تأخر ظهور الكلام، والذي يظهر على شكل تأخر في نطق الكلمة الأولى حتى سن الثالثة وما بعدها.

د — سوء تركيب الكلمات في جمل مفيدة. فالطفل في هذه الحالة يستخدم الكلمات في أماكن غير مناسبة، فهو يضع الفعل مكان الفاعل أو المفعول به، وقد يؤخر حروف الجر... إلخ.

هـ — فقدان القدرة المكتسبة على الكلام بعد تعلم اللغة.

و — صعوبة في التهجئة، واستخدام علامات الترقيم، وصعوبات كبيرة في النحو (القواعد).

ثالثاً — المظاهر العصبية:

تظهر على الأطفال ذوي صعوبات التعلم بعض المظاهر العصبية وخاصة في أداء المهارات الحركية الدقيقة. كما تظهر عندهم أيضاً بعض الاضطرابات العصبية المزمنة الناتجة عن إصابة الدماغ في فترة ما قبل الولادة أو أثنائها، أو بعدها. ولا تعود هذه المظاهر إلى تاريخ أسري، مما يشير إلى أن الأطفال

ذوي صعوبات التعلم هم من الأطفال العاديين غير المعوقين عقلياً (بخش، 2000، آ).

### تشخيص صعوبات التعلم:

لقد ساهم في تشخيص صعوبات التعلم علوم كثيرة مثل: علم التربية الخاصة، وعلم النفس، والطب، فقد ركز التشخيص النفسي والتربوي على قياس مظاهر صعوبات التعلم، كالمظاهر اللغوية، والعقلية، والتحصيلية. أما التشخيص الطبي فقد ركز على العوامل الوراثية والبيئية، مثل حالات التلف الدماغية المصاحبة لحالات صعوبات التعلم.

يتمثل الهدف من تشخيص صعوبات التعلم، في توفير معلومات مفيدة عن الأفراد الذين يعانون من صعوبات في التعلم، وما هي المشكلات التي يعانون منها تمهيداً لاتخاذ أي قرار عن أفضل بيئة تعليمية مناسبة لهم، والتخطيط لبرامج تربوية تكون مناسبة في الحالات الفردية والجماعية.

ويتفق عدد من الباحثين (مصطفى حسن، 1997: 30، 32؛ أحمد عواد، 1993: 64، 65؛ فيصل الزراد، 1991: 132؛ حامد العبد، ونيل حافظ، 1976: 132، 133) على اعتماد محكات ثلاثية في تشخيص صعوبات التعلم وهي:

### 1 – محك التباعد: Discrepancy Criterion

ينص هذا المحك على أن التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في التعلم، يظهرون تباعداً عن المستوى المتوقع منهم في أحد المظاهر التالية:

آ – التباعد في مستوى النمو العقلي العام أو الخاص (الذكاء) عن مستوى التحصيل الأكاديمي للتلميذ، حيث يكون مستوى التحصيل الأكاديمي لديه أقل من مستوى قدراته العقلية التي قد تكون في مستوى المتوسط أو أعلى من المتوسط. فالطفل الذي يبرهن عن قدرة عقلية متوسطة، ويحقق تقدماً عادياً في الحساب، ولكنه يعاني من صعوبات كبيرة في تعلم القراءة، عندها يمكن الحكم عليه بأنه يعاني من صعوبة في تعلم القراءة، والعكس صحيح.

يذكر (Hardman; Drew & Egan, 1987) أن التباعد بين مستوى القدرة العقلية

والتحصيل الأكاديمي، يجب أن يظهر في واحدة أو أكثر من الجوانب التالية:

- 1 — التعبير اللفظي.
- 2 — الإصغاء والاستيعاب اللفظي.
- 3 — الكتابة.
- 4 — القراءة.
- 5 — استيعاب المادة المقروءة. 6 — العد الحسابي.
- 7 — الاستدلال الحسابي.

ومن الطرائق للتعرف على هذا التباعد، ما يقوم على حساب الفرق بين الصف الدراسي الحالي للتلميذ، والصف الدراسي المكافئ لمستوى تحصيله الأكاديمي الفعلي.

ب — التباعد الواضح في نمو بعض الوظائف السلوكية (الانتباه، الذاكرة، التمييز، القدرة البصرية الحركية، إدراك العلاقات... وغيرها)، حيث نجد أن الطفل ينمو بشكل طبيعي في بعض هذه الوظائف، ويتأخر في بعض الوظائف الأخرى، ومثال ذلك أنه ينمو في قدرته على التذكر، ولكنه يتأخر في الإدراك البصري، أو إدراك العلاقات.

## 2 — محك الاستبعاد Exclusion Criterion:

ويتضمن هذا المحك استبعاد حالات صعوبات التعلم من الحالات التالية:

آ — التخلف العقلي Mental Retardation.

ب — الإعاقة الحسية (سمعية وبصرية) Sensory Handicaps.

ج — نقص فرص التعلم Lack of Opportunity to Learn.

د — الاضطرابات الانفعالية الشديدة Serious Emotional Disturbances.

هـ — الحرمان البيئي الثقافي والاقتصادي Economic and Cultural Deprivation.

و — اضطرابات التواصل.

إن استبعاد الحالات السابقة لا يعني أن هؤلاء المستبعدين لا يعانون من صعوبات في التعلم، بل يعني أن هؤلاء يحتاجون إلى برامج تعليمية وعلاجية تتناسب وإعاقتهم الأساسية.

### 3 – محك التربية الخاصة Special Education Criterion:

يعتمد هذا المحك على فكرة أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يصعب عليهم الاستفادة من البرامج العادية التي تقدم للأطفال العاديين في المدارس، مما يستدعي توفير خدمات خاصة لهم (أساليب تعلم، برامج، معلمين متخصصين...) لمواجهة مشكلاتهم التعليمية التي يعانون منها والتي تختلف عن مشكلات التلاميذ العاديين.

عند تشخيص صعوبات التعلم لدى التلاميذ، لا بد لاختصاصي التشخيص من أن يختار بطارية اختبارات متنوعة، تتيح للطالب الاستجابة بطرق مختلفة، بحيث يتمكن من استخدام اللغة، والإشارة، ووضع خط تحت الإجابة المطلوبة. ويؤدي الفشل في اختيار بطارية الاختبار إلى التأثير الشديد على نتيجة الطالب. فالطالب الذي يعاني من مشكلة تعبيرية، وصعوبات في بناء الجمل، قد يكون أداؤه ضعيفاً على اختبار المفردات الفرعي في اختبار وكسلر الذي يتطلب إعطاء معاني الكلمات بشكل لفظي، وقد يكون الطالب بنفسه عالياً جداً في الاختبار الذي يتطلب الاستجابة عليه بعملية الإشارة بدلاً من اللفظ (كيرك و كالفنت، 1988).

#### أدوات قياس وتشخيص صعوبات التعلم:

توجد أدوات كثيرة لقياس وتشخيص صعوبات التعلم عند التلاميذ منها:

#### آ – دراسة الحالة:

تعد دراسة الحالة من الأدوات المهمة في تزويد الاختصاصي بمعلومات مفيدة عن نمو الطفل وخاصة في السنة الأولى من حياته، كالجلوس، والوقوف، والأمراض التي أصيب بها، والأنشطة التي يمارسها، والنمو الاجتماعي والنفسي. وتذكر بنش (2000، آ: 990)، أن الأسئلة المتعلقة بدراسة الحالة يمكن تصنيفها وفقاً للآتي:

– الأسئلة المتعلقة بحالة الطفل الصحية.

– الأسئلة المتعلقة بنمو الطفل الجسدي.

— الأسئلة المتعلقة بالنمو الاجتماعي والشخصي للطفل.

— الأسئلة المتعلقة بالنمو التربوي للطفل.

ب — الملاحظة:

تعد الملاحظة وخاصة الملاحظة الاكلينيكية وسيلة ضرورية للتعرف على مظاهر صعوبات التعلم عند الطفل، وما يعانيه من مشكلات لغوية، وخاصة اللغة المنطوقة، والقدرة على تذكر الكلمات، والقدرة على ربط الأفكار مع بعضها، والقدرة على توليد الأفكار، وكذلك ما يعانيه من مشكلات في الإدراك السمعي من حيث القدرة على اتباع التعليمات اللفظية، واستيعاب النقاش الصفي، والتذكر السمعي، والقدرة على فهم المعنى الكلي. كذلك ما يعانيه الطفل من صعوبات في التعرف على ما يحيط به، والاستفادة من الظروف البيئية، والقدرة على إدراك العلاقات بين الأشياء، والقدرة على اتباع التعليمات. كما لا بد من التعرف على ما يعانيه الطفل من مشكلات سلوكية في مدى القدرة على التعاون، وتحمل المسؤولية، والتفاعل مع المواقف الجديدة، والتوافق الاجتماعي، والإدراك، والانتباه، وإنجاز ما يسند إليه من مهمات.

فضلاً عن ذلك لا بد من التعرف على مشكلات النمو الحركي التي يعاني منها الطفل، وخاصة ما يتعلق منها بالتأزر الحركي العام، والقدرة على التعامل مع الأشياء المحيطة حركياً.

ج — الاختبارات:

من أهم الاختبارات التي تستخدم في الكشف عن صعوبات التعلم عند الأطفال الآتي:

1 — اختبار القراءة غير الرسمي: Informal Reading Test وتضم الاختبارات التي

يصممها معلم الصف ويطبقها في مادة القراءة، حيث تتضمن فقرات مكتوبة متدرجة الصعوبة، يطلب من الطفل قراءتها بصوت مسموع، ومن خلال ذلك يتم التعرف على مستوى مهارته في القراءة، والأخطاء التي يقع فيها مثل حذف أو إبدال حرف، أو صعوبة في الفهم، أو صعوبة في التمييز بين بعض المفردات، وبناء على ذلك يتم اختيار المواد التي تلائمها حسب مستواه.

من أجل ذلك طور «ماريو مونرو» اختباراً لتشخيص القراءة، حيث استخدمه لاختبار القراءة الشفهية، ومعرفة الكلمات، والتمييز بين الكلمات، والقراءة الصامتة، وذلك لتحديد مستوى القراءة والأخطاء التي يرتكبها الأطفال في هذا المجال. كما طور «دورل» اختباره الخاص بتحليل صعوبة القراءة، وتبعه «آرثر جيتس» الذي طور في الثلاثينات من القرن العشرين سلسلة من اختبارات القراءة التشخيصية (كيرك وكالفنت، 1988: 43).

2 — اختبار العمليات النفسية — اللغوية (السيكولغوية): Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA): ظهر هذا المقياس في عام (1961)، وروجع في عام (1968) من قبل كيرك ومكارثي (Kirk & McCarthy, 1968)، ويتكون من (12) اختباراً فرعياً لقياس طرائق الاتصال اللغوية، والقدرة على التعامل مع الرموز اللغوية وفهم دلالاتها، والقدرة على تذكر المثيرات السمعية، والقدرة على التعبير عن الأفكار بالحركات، والقدرة على إعادة الأشكال المرئية بفهم، والقدرة على التعرف على الأشكال غير المكتملة، والقدرة على ملء الفراغات أو المحذوف من مدركات سمعية، والقدرة على تركيب الأجزاء من كلمة مسموعة للوصول إلى الكلمة ككل (جابر و كفاقي، 1991: 1670).

يعد هذا الاختبار من الاختبارات الفردية المقننة الذي يطبق بكثرة في مجال صعوبات التعلم (الروسان، 1996، ب: 274 — 287؛ سليمان، 1999: 267).

3 — اختبار فروستج لتطور الإدراك البصري Frostig Developmental Test Visual Perception: طور فروستج وآخرون في عام (1964) أول اختبار في مجال الإدراك البصري، حيث يقيس المهارات الإدراكية البصرية اللازمة لتعلم مهارة القراءة. يشتمل هذا الاختبار على (15) اختباراً فرعياً لتحديد نمط الصعوبة الإدراكية التي يعاني منها الطفل وهي: اختبار التأزر بين العين والحركة، واختبار التمييز بين الشكل والخلفية، واختبار اتساق الشكل، واختبار ثبات الإدراك، واختبار تحديد الموقع في المكان، واختبار العلاقات المكانية.

4 — اختبار مايكلبوست للتعرف المبدي على الطلبة ذوي صعوبات التعلم (The Pupil Rating scale, screening for Learning Disabilities, by Myklebust,

Helmer, 1969): يتكون هذا الاختبار من (24) فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي:

أ — اختبار الاستيعاب: ويتضمن فهم معاني الكلمات، واتباع التعليمات، والمحادثة، والتذكر.

ب — اختبار اللغة: وقيس المفردات، والقواعد، وتذكر المفردات، وسرد القصص، وبناء الأفكار.

ج — اختبار المعلومات العامة: وقيس إدراك الوقت، وإدراك المكان، وإدراك العلاقات، ومعرفة الاتجاهات.

د — اختبار التناسق الحركي: وقيس التناسق الحركي العام، والتوازن، والدقة في استخدام اليدين.

هـ — الاختبار الشخصي والاجتماعي: وقيس التعاون، والانتباه، والتركيز، والتصرفات في المواقف الجديدة، والتقبل الاجتماعي، والمسؤولية، وإنجاز الواجب، والإحساس مع الآخرين.

يتكون كل اختبار فردي من مجموعة من الفقرات، وتقدر درجة المفحوص على الفقرة من خلال سلم درجات مكون من (5 نقاط). وقد قام سالم (1988) بتطوير المقياس في المملكة الأردنية الهاشمية على تلاميذ المرحلة الابتدائية، وتوفر له دلالات صدق وثبات مقبولة في البيئة الأردنية (الروسان، 1996، ب: 300).

5 — اختبارات القدرة العقلية: تهدف اختبارات القدرة العقلية (مثل: مقياس ستانفورد — بينه، ومقياس وكسلر،... وغيرها) إلى تحديد مدى الكفاءة العقلية للطفل من أجل تشخيص مظاهر صعوبات التعلم عنده. فإذا حصل الطفل في مثل هذه الاختبارات على نسبة ذكاء تتراوح ما بين 85 و 115 درجة، أي وقع ضمن حدود الاعتدال، وكان تحصيله الدراسي منخفضاً بشكل واضح، فإن ذلك يعد دلالة أولية على وجود حالة من حالات صعوبات التعلم عنده.

6 — اختبارات التكيف الاجتماعي: ومن أمثلة هذه الاختبارات: اختبار فينلاندر للنضج الاجتماعي Vineland Maturity Scale واختبار الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (اختبار السلوك

The American Association of Mental Retardation, The (التكيفي)  
.Adaptive Behavior Scale, 1977

وتهدف هذه الاختبارات إلى الكشف عن مظاهر التكيف الاجتماعي عند الفرد.

7 — الاختبار الشخصي والاجتماعي: يقيس هذا الاختبار التعاون، والانتباه، والتركيز، والسلوك في المواقف الجديدة، والتقبل الاجتماعي، وتحمل المسؤولية، والمشاركة العاطفية للآخرين. يتألف هذا المقياس من عدد من الاختبارات الفرعية، حيث يتكون كل اختبار فرعي من مجموعة من الفقرات، وتقدر درجة المفحوص على الفقرة وفق سلم درجات مكون من (5 نقاط)، وهو يتمتع بدرجة صدق وثبات عالية، كما يتمتع بسهولة التطبيق وسهولة التصحيح واستخراج النتائج، فضلاً عن قدرته على الكشف عن الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم، ولكنه أداة للكشف الأولي عن من يعانون من صعوبات تعلم.

لكن الكشف الدقيق عن ذوي صعوبات التعلم، يتطلب عملية تقييم شاملة يتم فيها تعاون فريق من المتخصصين، واستخدام أدوات متعددة للكشف عن جوانب شخصية الطفل، ومدى الصعوبة التي يعاني منها في التعلم.

### خطوات تشخيص صعوبات التعلم:

يذكر الزراد (1991: 133 – 135) سبع خطوات أساسية في تشخيص صعوبات التعلم عند

التلاميذ وهي:

1 — تحديد التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في التعلم، ومن ضعف في مستوى التحصيل الدراسي في مواد القراءة، والكتابة، والحساب، ومن بعض المشكلات الأكاديمية. ويمكن الاعتماد في ذلك على ملاحظات المعلمين، والاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين، حيث يتم ملاحظة التلاميذ ذوي الأداء المنخفض، وملاحظة ووصف سلوكهم من حيث النشاط الصفي واللاصفي، والتفاعل الصفي، والقدرة على الانتباه، والفهم، والاستيعاب، وكذلك البطء في عملية التعلم، وإهمال الواجبات،

- وضعف الدافعية للتعلم.
- 2 — الأخذ بعين الاعتبار (محك الاستبعاد)، من أجل استبعاد الحالات التي لا تدخل في إطار صعوبات التعلم.
- 3 — تطبيق اختبار قدرات عقلية (عام أو خاص) مقنن ومناسب، وذلك لتحديد مستوى القدرة العقلية لدى التلميذ، حيث تتم مقارنة مستوى تحصيله بقدراته العقلية، واختبار التلاميذ الذين يكون مستوى تحصيلهم الدراسي أقل من مستوى قدراتهم العقلية (محك التباعد).
- 4 — تحديد مستوى التلميذ التحصيلي العام، أو في المادة التي قصر فيها (قراءة، كتابة، حساب... إلخ)، حيث يكون مستوى تحصيل التلميذ أقل من المتوسط بالمقارنة مع أقرانه التلاميذ ممن هم في الصف والعمر نفسه تقريباً.
- 5 — تطبيق مجموعة من الاختبارات النمائية المختلفة، لتحديد الصعوبات النمائية الحسية، والحركية، واللغوية، والإدراكية، والمعرفية. كما يمكن الكشف عن التاريخ النمائي للتلميذ بمساعدة الأهل، والوقوف على بعض الدلالات في اضطرابات النمو.
- 6 — التشخيص الفردي لتحديد ما إذا كانت المشكلة حادة تتطلب علاجاً مبكراً، أو تتطلب إجراءات وقائية، وتتعلق بجانب تخصصي عميق مثل: نمو اللغة والكلام، أو النمو الحركي، أو العصبي... إلخ.
- 7 — كتابة نتائج التشخيص في تقرير يشتمل العوامل التي أدت إلى صعوبة التعلم، مع توضيح العلاقة بين النواحي الإنمائية والأكاديمية.

### الخدمات التربوية للطلاب ذوي صعوبات التعلم:

بدأ العمل في تطوير برامج خاصة للأطفال ذوي صعوبات التعلم منذ أكثر من (200) عاماً، وكانت البدايات الأولى على أيدي أطباء الأعصاب الذين قاموا بدراسة الأطفال الذين فقدوا القدرة على القراءة، والكتابة، والتعبير، أو استخدام اللغة بسبب الإصابات الدماغية (كبيرك وكالفنت،

1988).

كما تعد مراكز التربية الخاصة للأطفال ذوي صعوبات من أقدم التنظيمات التربوية لبرامج الأطفال ذوي صعوبات التعلم. أما الصفوف الخاصة الملحقه بالمدارس العادية فهي من أحدث التنظيمات التربوية. ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للأطفال ذوي صعوبات التعلم، فإن إعداد البرامج التربوية الفردية هي الأساس الأول في تلك البرامج، وخاصة إذا ما بنيت تلك البرامج على أساس ما يسمى بالتدريس العلاجي (Remedial Teaching)، الذي يشير إلى نوعية البرامج التربوية لحالات صعوبات التعلم. وقد تكون واحدة من المهمات الرئيسة لمدرس الأطفال ذوي صعوبات التعلم، قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها عند هؤلاء الأطفال، بهدف إعداد خطة تربوية فردية. تشير ليرنر (Lerner, 1976) إلى خمس خطوات رئيسة في البرنامج التربوية للأطفال ذوي صعوبات التعلم وهي:

آ — قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها.

ب — تخطيط البرنامج التربوي (صياغة الأهداف وطرائق تنظيمها).

ج — تطبيق البرنامج التربوي.

د — تقييم البرنامج التربوي.

هـ — تعديل البرنامج التربوي في ضوء نتائج عملية التقييم. (الروسان، 1996، آ).

يؤكد كيرك وكالفنت (Kirk & Chalfant, 1984) على الاتجاه النفسي التربوي الذي يهدف إلى التغلب على مظاهر صعوبات التعلم عن طريق التعديل في أساليب التعليم واستراتيجياته، حيث يشتمل على ثلاث طرائق هي:

أولاً — طريقة التدريب على تحليل العمليات Process Training:

في هذه الطريقة يتم تدريب التلاميذ على العمليات النفسية الأساسية مثل: القراءة، والكتابة، والتوازن الحركي. وتعتمد هذه الطريقة على تصميم أنشطة تهدف إلى التغلب على المشكلات الوظيفية

التي تعاني منها مثل هذه العمليات النفسية، لأن مثل هذا التدريب يساعد في نمو الأداء الوظيفي لتلك العمليات، وتحسينه، وتسهيل عملية التعلم لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم. ومن أهم الأنشطة التدريبية على مهارات الإدراك البصري للأشكال: الإدراك البصري للشكل والخلفية، والتمييز البصري، والتكامل البصري والحركي، والإغلاق البصري، وإدراك العلاقات المكانية، والذاكرة البصرية، والتمييز السمعي، والذاكرة السمعية.

من خلال هذه الطريقة يتم تحديد المشكلات الإدراكية المسؤولة عن صعوبات التعلم، ثم يتم تصميم التدريبات المناسبة للعمليات الإدراكية. ومن أهم البرامج التربوية في التدريب العلاجي للأطفال ذوي صعوبات التعلم:

#### آ — برنامج التدريب على العمليات النفسية — اللغوية: Psycholinguistic Training

حسب هذا البرنامج يتم تدريب الأطفال على التأزر البصري — الحركي، حيث يستخدم هذا الأسلوب في علاج صعوبات الكتابة والقراءة بشكل خاص. وقد طور كيرك وزملاؤه (Kirk, et. al) برنامجاً خاصاً لذلك، يستخدم بالإضافة إلى اختبار (كيرك) المعروف في مجال تشخيص العمليات النفسية.

كما طور فروستج (Frostig) برنامجاً آخر لهذا الغرض، حيث يتضمن تدريبات لرسم الخطوط بين نقاط مختلفة، على أن يصل بعض هذه الخطوط بين نقاط على خط مستقيم، وبعضها خطوط منحنية بأشكال مختلفة. وكل هذه التمارين تفيد في مجال التأزر البصري — الحركي (حركة اليد مع العين)، والانتقال في اتجاه معين. وهذه التدريبات تفيد في تحسين القدرة على القراءة والكتابة.

#### ب — برنامج التدريب باستخدام عدد من الحواس: Multisensory Training

يعتمد هذا البرنامج على تدريب حواس الطفل (سمع، بصر، شمس، لمس، الحاسة المكانية) على العمليات الإدراكية وربطها مع بعضها البعض. والافتراض الذي يعتمد عليه هذا المجال هو أن الطفل يتعلم بشكل أفضل إذا استخدم أكثر من حاسة في عملية التعلم.

تؤكد العديد من الدراسات على أهمية التعليم الحسي المعرفي للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم، وفي هذا الصدد قام تيسير صبحي (1988) بدراسة ميدانية بهدف المقارنة بين طريقة التعليم بالحاسوب (الكمبيوتر) والطريقة التقليدية في تعليم الأطفال ذوي صعوبات تعلم المهارات العددية. ومن أجل تحقيق ذلك قارن الباحث بين مجموعتين من الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مستوى الصف الثالث الابتدائي، عدد كل مجموعة (20 طالباً)، استخدم مع المجموعة الأولى طريقة التعليم الصفي التقليدية، في حين استخدم مع المجموعة الثانية طريقة التعليم بواسطة الحاسوب. وأظهرت النتائج تفوق الأطفال الذين تعلموا بطريقة الحاسوب على الأطفال الذين تعلموا بالطريقة التقليدية بفارق ذي دلالة  $(\alpha = 0.05)$  (الروسان، 1996، آ).

#### ج — برنامج تدريب الأطفال ذوي النشاط الزائد:

يعتمد هذا البرنامج على تخفيض عدد المثيرات الخارجية للأطفال ذوي النشاط الزائد، وتوفير الفرصة أمامهم لتوجيه هذا النشاط (بخش، 2000، آ: 110).

#### د — برنامج التدريب المعرفي: Cognitive Training

يعتمد هذا البرنامج على تقديم نماذج تعليمية حسية للطفل الذي يعاني من مظهر أو أكثر من مظاهر صعوبات التعلم. كما يسعى إلى تحسين استراتيجيات التلميذ في فهم عمليات التفكير المختلفة وتنظيمها على اعتبار أن استراتيجياته السابقة غير مناسبة لعملية التعلم. ويتضمن هذا الأسلوب إجراءات مختلفة أهمها، التعلم الذاتي، والضبط الذاتي. وتشمل إجراءات التعلم الذاتي الخطوات التالية:

— يقوم المعلم بأداء المهمة المطلوب تعلمها في ضوء تعليمات يصدرها المعلم لنفسه، في حين يقوم التلميذ بالملاحظة (دور النموذج).

— يقوم التلميذ بأداء المهمة السابقة وفقاً لتعليمات المعلم وتوجيهاته، وهي التوجيهات ذاتها التي استخدمها عندما قام بدور النموذج.

— يقوم التلميذ بإعادة أداء المهمة وفقاً لتعليمات المعلم حسب الخطوة السابقة، لكنه في هذه المرة يقوم

بالمهوس بهذه التعليمات وترديدها بعد المعلم، بينما يقوم هو بالأداء. — يقوم التلميذ بإعادة أداء المهمة وإصدار التعليمات لنفسه في الوقت ذاته. أي أن تعليمات المعلم تقل تدريجياً لتحل محلها تعليمات ذاتية. أما إجراءات الضبط الذاتي فتتمثل في قيام التلميذ بملاحظة نفسه، وتقييم انتباهه، بهدف تحسين درجة مشاركته في النشاط التعليمي. ومثال ذلك: البرنامج الذي وضعه «هالاهان ورفاقه»، الذي يتضمن تعريف التلميذ معنى الانتباه، ومن ثم قيام المعلم بتمثيل دور الطالب المنتبه، ودور الطالب غير المنتبه، ليلاحظ التلميذ الفرق بين الحالتين. بعد ذلك يعطي التلميذ جهاز تسجيل يصدر إشارة منبهة كل فترة زمنية محددة، وعند سماع الإشارة يسأل التلميذ نفسه هل كنت منتبهاً؟ ويضع الجواب (نعم، أو لا) في المكان المناسب على نموذج أعد خصيصاً لذلك الغرض. ويمكن استخدام هذا الأسلوب سواء أثناء أداء الواجبات الصفية أم المترلية. ويمكن أن تقترن الإجراءات السابقة ببرنامج تعزيز مناسب.

### ثانياً — طريقة التدريب على المهارات: Skills Training

تركز هذه الطريقة على التدريب المباشر على المهارات التي يظهر فيها التلميذ قصوراً أو عجزاً. وتقوم هذه الطريقة على افتراض أن القصور أو العجز في أداء المهارات لا يعود إلى خلل في العمليات الإدراكية وإنما إلى حرمان من فرص التعلم المناسبة. وتشمل هذه الطريقة الإجراءات التالية:

— التحديد الإجرائي الدقيق للسلوك المطلوب تعلمه (تحديد المهمة التعليمية).

— تحليل المهمة التعليمية.

— التعليم المباشر على المهمة التعليمية.

— التقييم المستمر لمعرفة درجة إتقان التلميذ للمهمة التعليمية.

### ثالثاً — طريقة الجمع بين التدريب على العمليات والتدريب على المهارات:

إنها الطريقة الأكثر حداثة وقبولاً بين أوساط المتخصصين في الوقت الحاضر. ومن المؤكد فإن التدريب على العمليات يعد الأسلوب الأكثر مناسبة لصغار الأطفال. أما التدريب على المهارات فهو الأسلوب

الأكثر مناسبة واستجابة لحاجات الشباب واليا فعين من ذوي صعوبات التعلم.



## الفصل الثاني عشر مشكلة الإدمان على المخدرات

- أهمية دراسة مشكلة الإدمان على المخدرات.
- تعريف الإدمان على المخدرات.
- أصناف المخدرات.
- الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات.
- الأسباب المفسرة لتعاطي المخدرات.
- أعراض تعاطي المخدرات.
- الوقاية من تعاطي المخدرات.
- علاج تعاطي المخدرات.



## الفصل الثاني عشر

### مشكلة الإدمان على المخدرات\*

#### أهمية دراسة مشكلة الإدمان على المخدرات:

يعدُّ إدمان المخدرات من المشكلات الاجتماعية الأساسية التي كثر انتشارها وبات يهدد كيان المجتمعات الحديثة على المستوى العالمي، ودخلت حتى إلى المجتمعات الإسلامية، وذلك بسبب توافرها على نطاق واسع، ونتيجة إمكانات التصنيع والنقل والتوزيع التي وفرتها التقنيات الحديثة. فهي تحتل المشكلة الأولى في البلدان الغربية، حيث يعتقد (98%) من الشعب الأمريكي أنها المشكلة الأولى التي يعاني منه المجتمع، كما يوجد على مستوى العالم أكثر من (50) مليون مدمن مخدرات (طاش، 1991). هذه المشكلة يزداد احتمال انتشارها بين المراهقين بالمقارنة مع غيرهم من الأفراد في الفئات العمرية المختلفة، وذلك بسبب نزعة المراهق إلى التجريب والاستطلاع والمغامرة وميله للإذعان إلى جماعة الرفاق (داود، وحمدي، 2004).

يذكر حمدي في دراسته أن حوالي 90% من المدمنين قد بدؤوا التعاطي وهم مراهقون، فالصغار عرضة لسوء استخدام المخدرات، لأن عدواه تنتشر بسهولة بينهم. كما أن الإدمان على العقاقير يمكن أن يكون المنطلق لكافة أشكال الجرائم والسلوك المضاد للمجتمع.

كما يذكر سوين (1988) أن إدمان الخمر يحتل المركز الرابع من بين المشكلات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، إذ لا يسبقه إلا مرض القلب، والسرطان، وبعض أشكال المرض

## الصحة النفسية

العقلي. كما وُجد أيضاً أن حوالي (60%) من بين أبناء المجتمع الأمريكي الذين يبلغون من العمر (15) عاماً وأكثر

\* للتوسع في هذا الفصل انظر الزعيبي، أحمد محمد (2008).

يتعاطون الخمر، حيث يقدر عدد الأفراد المدمنين على الكحول (6-10) ملايين، ويضاف إلى هذا العدد مليون مدمن من المراهقين ممن لا يتجاوز أعمارهم (21) سنة (الحجار، 1992). كما تشير تقارير منظمة الصحة العالمية أيضاً أن مشكلة تعاطي المخدرات تزداد تعقيداً وخاصة في ظل وجود رغبة قهرية في الاستمرار بتعاطيها على اختلاف أشكالها وأنواعها، مع ميل إلى زيادة الجرعة تدريجياً، مما يسبب اعتماداً نفسياً وجسدياً عليها، وهذا ما يؤثر على الشباب والمراهقين وعلى المجتمع الذي يعيشون فيه (الزعيبي، 2006).

تشير الإحصائيات أنه في عام 2000 بلغ عدد الشباب الذين يتعاطون المخدرات في بريطانيا (350) ألفاً من إجمالي عدد السكان البالغ عددهم (55) مليوناً. أما في الولايات المتحدة الأمريكية فتشير التقديرات إلى وجود (6) ملايين متعاط، أما الإحصاءات الرسمية فتشير إلى وجود (800) ألف متعاط من الشباب. ولكن العدد الحقيقي للشباب المتعاطين للمخدرات يصعب حصره في ظل وجود العقاقير التي تباع في الشارع ويزداد الإقبال عليها يومياً. أما حجم هذه الظاهرة في البلدان العربية، فلا تتوفر إحصاءات رسمية دقيقة عنها في معظم هذه البلدان (الأقصري، 2002).

كما تشير إحصاءات مكتب المخدرات في الأمم المتحدة إلى أن حجم تجارة المخدرات بلغت عام 2006 إلى 450 مليار دولار سنوياً، واعتبر يوم 25 يونيو من كل عام يوماً عالمياً للتوعية بأضرار المخدرات والمؤثرات العقلية (الغريب، 2008: 18).

ويذكر الحجار (1992) أن الإدمان على المخدرات يؤثر تأثيراً سيئاً على حياة المدمنين وحياة الآخرين الذين يعيشون معهم، مما يجعل حوالي (70) مليون من الأمريكيين يعانون من مشكلات

اجتماعية وشخصية مهمة تعزى إلى الإدمان على المواد المبدلة للمزاج (Franks, 1985). من جانب آخر فإن انتشار تعاطي المخدرات بين المراهقين قد أثر على حياتهم الاجتماعية والنفسية والدراسية وأدى إلى تسربهم من المدارس الثانوية. وتشير الإحصاءات أن نسبة تسرب طلاب المرحلة الثانوية في الولايات المتحدة الأمريكية قد بلغت على النطاق القومي (25%) رغم آثارها الضارة، كما أصبح حوالي (1, 0). من طلاب الصفوف النهائية في المدارس الثانوية الأمريكية يدخنون الماريجوانا (من فصيلة الحشيش) يومياً بالرغم من تأثيرها السليبي على القدرة المعرفية وعلى الذاكرة (الزعي، 2001؛ الحجار، 2007).

فضلاً عن ذلك فإن تعاطي الخمر والمخدرات من العوامل التي تسبب السلوك الإجرامي، والسيكوباتية (السلوك المضاد للمجتمع)، حيث يعد علماء النفس أن الإدمان عليها وسيلة شاذة للهروب من الحقيقة، وتكسب من يتعاطاها روح العنف والمغامرة واللامبالاة. من جهة أخرى يؤدي تعاطي الخمر والمخدرات إلى ازدياد الضغط الاقتصادي على المتعاطين المدمنين، فالمدمن على الخمر يصب دخله في كأسه، كما ينقطع المدمن عن العمل أو عدم الانتظام فيه، مما يسبب له سوء توافق مهني وأسري وشخصي، ويؤدي به في النهاية إلى البطالة وإلى التشرذم.

### تعريف الإدمان على المخدرات: Addiction

تعني كلمة مخدّر في اللغة العربية من الخدر، بكسر الخاء، أي أنها تستر العقل وتحجبه. أو تكون مشتقة من الخدر بفتح الخاء والبدال وتعني في هذه الحالة الاسترخاء والفتور. وتعريف المخدرات من الناحية الاجتماعية بأنها "تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتداو لها إلى السلوك الجانح، وهي أيضاً تلك المواد المذهبة للعقل فيأتي مستعملها سلوكاً منحرفاً" (الغريب، 2007: 31).

وقد عرّف الإدمان على المخدرات تعريفات عديدة، حيث عرّفه النابلسي (1991) بأنه: "عادة نفسية أو فسيولوجية قوية تستبد بالفرد وتسيطر عليه حيث يعجز عن التخلص منها. إنه فرار وهمي من الواقع التمثل أمام أنظارتنا، وذلك لعدم قدرة الشخص على تحمل الواقع الذي يود الإنسان أن يزيله عن

طريق الإدمان. إنه اغتصاب للذات والوجود معاً".

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرّفت الإدمان بأنه:"حالة من التخدير المؤقتة التي تنشأ عن تكرار التعاطي لمادة مخدرة طبيعية أو مصنعة أو تخليقية (غويدي،1989: 9، في الغريب،2007: 30).  
أما سويف (1996) فيعرّف الإدمان على المخدرات بأنه: "التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد مخدرة أخرى لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض لانقطاع أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي".

### أصناف المخدرات:

توجد أصناف عديدة من المخدرات يمكن تحديدها وفقاً لتأثيرها الناتج عن تعاطيها، ولذلك يمكن تصنيفها إلى الفئات التالية:

#### 1- المثبطات:

هي التي تثبط الجهاز العصبي، وتشعر الفرد بالفتور والاسترخاء، ويستعمل بعضها في المجال الطبي لتخفيف الآلام الحادة أثناء العمليات الجراحية، مثل:الهروين، والمورفين، والكودئين، والكحول. ويعد مدمنو الهروين من حاملي مرض التهاب الكبد الفيروس، وغالباً ما يصابون أيضاً بالجراثيم التي من المحتمل أن تجلب العدوى لصمامات القلب أو الأغشية المبطنة له، كما أن جهاز المناعة لديهم يكون ضعيفاً. أما النساء المدمنات فيضعن أطفالاً أقل وزناً من الوزن الطبيعي، وتكون نسبة الوفيات بينهم مرتفعة.

#### 2- المهدئات:

يعدُّ الديازيبام أو الفاليوم المهدئ الأكثر شيوعاً، حيث يخفف من حالة القلق، كما يتسبب في التوهان والنعاس واللامبالاة. وهذه المهدئات لا تسبب الوفاة بسبب الجرعة المفرطة. كما يؤدي الإقلاع المفاجئ عن تعاطيها في حدوث تشنجات عديدة وقد تكون مميتة في بعض الأحيان.

#### 3- الميثاكوالون:

يعدُّ من أشد المسكنات خطراً وتسبباً في الإدمان، وهو شائع بين المراهقين، حيث تتطور القدرة على تحمله سريعاً، وقد يؤدي التعاطي التكرّر لهذا العقار ولاسيما عند خلطه بالكحول إلى الوفاة المفاجئة، كما تؤدي الجرعات المفرطة منه إلى الانتحار وارتكاب جرائم القتل.

#### 4- المنشطات:

تؤدي المخدرات المنشطة إلى استثارة الجهاز العصبي، وإلى نشاط غير حقيقي عند المتعاطي، مثل الكوكايين، والأمفيتامين. ويعدُّ عقار الكوكايين من أكثر عقاقير الإدمان خطراً، وهو متوفر في شكلين: الأول الكوكايين القاعد، وهو قابل للذوبان في الدهون، ويتم تحويله إلى أبنجرة في درجة حرارة السجارة، ويتم امتصاصه عن طريق الرئة. أما الشكل الثاني للكوكايين فهو عبارة عن أملاح هيدروكلورايد الكوكايين، وهو أكثر استقراراً من الكوكايين القاعدي، وقابل للذوبان في الماء إلا إنه يتلف بالحرارة. ويستخدم الشكل الثاني للكوكايين كمخدر موضعي للأغشية المخاطية للأنف.

#### 5- المهلوسات:

يؤدي تناول جرعة كبيرة من المهلوسات إلى التشويه الحسي-البصري، وظهور هلاوس وتخيلات لدى متعاطيها، كما تؤثر أيضاً على المزاج والتفكير وتؤدي إلى اضطراب إدراك الزمان والمكان لدى الشخص المتعاطي والنموذج النمطي للمهلوسات هو عقار (L.S.D.)، حيث إن تعاطيه بمقادير صغيرة جداً يؤدي إلى اضطراب وظيفة الحواس بدرجة كبيرة لساعات عديدة.

#### 6- المواد الطيارة:

عبارة عن مواد كيميائية تستعمل للاستنشاق، وتشبه في تأثيرها تأثير المخدرات، ومن الأمثلة على ذلك: الأثير، وأكسيد النيترون (غاز الضحك)، ونترات الأميل، وهي تحدث حالة من الإحساس بالغبطة. وهناك أنواع الأخرى الأكثر حداثة فهي البترين، والتنر، والصمغ، وهي مواد على درجة عالية من السمية، وتحدث أضراراً كبيرة بالرئة والقلب والمخ.

الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات:

لتعاطي المخدرات تأثيرات عديدة على جوانب الحياة المختلفة، ويمكن إيجاز أهم هذه التأثيرات بما

يلي:

### • الآثار الجسدية:

تؤثر المخدرات بشكل كبير على الحواس، كما أنها أكثر إحداثاً للتعود والإدمان. فالمخدرات تتداخل مع الذاكرة والإحساس والإدراك وتشوه الخبرات، وتؤدي إلى فقدان سيطرة الشخص المدمن على نفسه، مما يعرضه لخطر إيذاء نفسه وإيذاء الآخرين.

كما يؤدي تعاطي المخدرات إلى اضطرابات عقلية شديدة، حسب كمية الجرعات المتناولة، وطول مدة التعاطي، وقابلية الشخص المتعاطي للتأثر. من جانب آخر فإن تعاطي المخدرات يؤدي إلى ظهور هلوسات سمعية، حيث يسمع المتعاطي أصوات أشخاص تهدده أو تحقره فتثير عنده الخوف والقلق.

كما تضطرب ذاكرة المدمن على المخدرات وخاصة تذكر الأحداث القريبة، حيث يخفق في تذكر الوجوه والصور والأماكن (كما هو في زهان كورساكوف)، حيث يحدث تدهور وانحلال في القشرة المخية والأعصاب المحيطية، ولا يستطيع التعرف إلى الناس، وتضطرب عنده الاتجاهات الزمنية والمكانية، إذ لا يعرف المدمن أين هو. كما يؤدي الكوكايين إلى تسمم القلب، وقد يتسبب في أزمات قلبية مميتة.

### • الآثار النفسية:

تتمثل الآثار النفسية لتعاطي المخدرات بالقلق الشديد، والاضطراب النفسي، والهلوسة، وتؤدي بعض هذه الاضطرابات إلى إدخال المدمن إلى مستشفى الأمراض النفسية.

### • الآثار على الأداء المعرفي والقدرة الإنتاجية:

أظهرت نتائج البحوث التي أجريت على متعاطي المخدرات أنها تؤدي إلى انخفاض واضح في الأداء الدراسي، وقد كان ذلك واضحاً بالنسبة للطلاب الذين كانوا متفوقين في دراستهم قبل تعاطي المخدرات. ووفقاً لما جاء في إحدى الدراسات، فقد كان احتمال حصول الطلاب الذين يتعاطون الماريجوانا على درجات متدنية في المتوسط أكبر منه بين الطلاب الآخرين بمقدار الضعف، ويصل

احتمال غياب طلاب الصفوف العليا بالمدارس الثانوية الذين يفرطون في تعاطي المخدرات عن مدارسهم إلى ما يزيد عن ثلاثة أمثال غير المتعاطين، كما ينقطع خمس المفرطين في التعاطي عن مدارسهم ثلاثة أيام أو أكثر في كل شهر. ففي إحدى الدراسات التي أجريت في ولاية فيلادلفيا في الولايات المتحدة الأمريكية، تبين أن أربعة من بين كل خمسة طلاب منقطعين عن الدراسة كانوا ممن يتعاطون المخدرات.

كما توصلت دراسة الباز (1999) حول الأداء المهني للمدمنين على المخدرات، إلى أن أدائهم المهني منخفض، وأن أقل أداء للمدمن يكون في الجوانب التالية:

- 1- الانتظام في العمل 2- الجزاءات 3- أداء الدور المهني 4- الاستقرار في العمل.
- بناء على ذلك فإن تعاطي المخدرات والإدمان عليها يعدُّ تعطيلاً لقدرات جزء من القوى البشرية المنتجة في المجتمع وهدرًا لموارده المالية، خصوصاً وأن عدداً من الدراسات قد أظهرت أن غالبية متعاطي المخدرات هم من فئة الشباب دون سن الثلاثين من العمر (درباس والحداد، 2001، القشعان والكنيدري، 2003، حسين، 2003).
- فضلاً عن ذلك تزداد حالات سرقة ممتلكات المدرسة عند متعاطي المخدرات من طلاب الصفوف الثانوية العليا، وذلك لتأمين شراء هذه المخدرات، كما أن نسبة (64%) من المراهقين المتعاطين للمخدرات يميلون إلى السرقة من أسرهم أو أصدقائهم (نافع، 1991).

### • الآثار الصحية:

قد يؤدي تعاطي المخدرات إلى إصابة الإنسان بأضرار صحية عديدة منه:

#### 1- أضرار تصيب الجهاز الهضمي:

يؤدي تعاطي المخدرات إلى حدوث التهاب مزمن لغشاء البطن والفم والبلعوم، واضطراب في إفراز العصارة المعدية، وحدوث تقرحات في الغشاء المخاطي، وبعض أنواع سرطانات المعدة، وإلتهام الخلايا الكبدية وإصابتها بقصور وظيفي ينتج عنه اضطراب في الهضم، واحتقانات وتليفات كبدية.

2- أضرار تصيب الجهاز العصبي:

يؤدي تعاطي المخدرات إلى تخريب عضوي في المخ والتهاب الأعصاب.

3- أضرار تصيب الجهاز التنفسي:

إن تعاطي المخدرات يؤدي إلى الإصابة بالتهابات رئوية مختلفة، ويعطل الأوعية الدموية الرئوية، ويضعف مرونة الحنجرة، ويهيج الشعب التنفسية، ويحدث بحّة في الصوت والسعال المتكرر.

4- أضرار تصيب الجهاز الدوري:

كما يؤدي تعاطي المخدرات إلى الإصابة باضطرابات في ضربات القلب وضغط الدم.

5- أضرار حسية:

يؤدي تعاطي المخدرات إلى ضعف الإحساس بشكل عام، والشعور بآلام حادة بسبب التهابات الأعصاب، وحدوث اضطرابات حركية قد تؤدي إلى الشلل.

6- اضطرابات نفسية:

يشعر مدمن المخدرات باليأس والقنوط دون سبب مبرر، كما يشعر بالقلق وعدم الاستقرار والخوف، وتخيّل أشباح مخيفة، وقد يؤدي بالمدمن إلى الانتحار.

7- الإصابة بمرض الإيدز:

دلت الإحصاءات الأمريكية أن حوالي (70%) من مرضى الإيدز من الشواذ جنسياً، وأن (20%) منهم من متعاطي المخدرات بالحقن الوريدي. فمدمنو المخدرات يعد كل منهم الآخر بالتشارك في الحقنة ذاتها، وقد أصبح مدمن المخدرات بالحقن الوريدي مهدداً بالموت مرتين في الوقت الحاضر، إما عن طريق الجرعة المفرطة، أو عن طريق الإصابة بالإيدز (نافع، 1991).

• الآثار الاقتصادية:

تستهلك المخدرات جزءاً كبيراً من دخل المتعاطي، كما تكلف الدولة مبالغ كبيرة في

عملية المكافحة والوقاية والعلاج. ففي جمهورية مصر العربية تكلف عملية مكافحة المخدرات أكثر من (200) مليون جنيه سنوياً، بالإضافة إلى ما تنفقه الدولة في علاج المدمنين. وفي اليمن أظهرت إحدى الدراسات التي أجرت من قبل برونشتين (Bronstein)، أن القات يستقطع حوالي (13%) من ميزانية الأسرة، حيث يأتي في المرتبة الثانية بعد الحبوب الغذائية من حيث الإنفاق. وفي دراسة أخرى أجريت في اليمن وجد أن متوسط ما ينفقه الفرد المتعاطي للقات يصل إلى حوالي (44) ريالاً يومياً (أي حوالي ستة دولارات أمريكية في ذلك الوقت)، كما أن متوسط الوقت الذي يستغرقه متعاطي القات يبلغ حوالي أربع ساعات يومياً (مصيفر، 1985: 112).

### الأسباب المفسرة لتعاطي المخدرات:

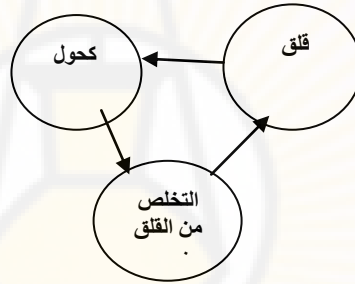
تتعدد أسباب تعاطي المخدرات، حيث يعيدها بعضهم إلى أسباب فسيولوجية خاصة بالمدمن، في حين يريدها بعضهم الآخر إلى أسباب اجتماعية، أما بعضهم فيردوها إلى أسباب نفسية، في حين أن آخرين يفسرونها استناداً إلى اهتزاز القيم الدينية عند المتعاطين. وفيما يلي سنوضح أهم الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها:

### أولاً- الأسباب الفسيولوجية:

قد يحدث الإدمان على المخدرات بسبب بعض التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ على الجسم نتيجة التعاطي؛ فقد تستجيب أنسجة الجسم كيميائياً إلى تغير معين نتيجة وجود مادة معينة في الدم، فإذا نقصت هذه المادة اضطر الإنسان إلى الإكثار منها ليشبع الكمية المطلوبة في الدم. من جانب آخر فإن المخدرات تحمل نسبة من المورفين ذات التأثير على الجهاز العصبي المركزي، وتستمر فإن المخدرات وما تحمله من خصائص فارماكولوجية على جسم الإنسان ذات فاعلية في تنمية التحمل ومن ثم تنشأ الحاجة إلى زيادة الجرعة بشكل مستمر.

### ثانياً- الأسباب النفسية:

يرى أنصار النظرية السلوكية أن تعاطي المخدرات ليس إلا عادة شرطية تنمو عن طريق التعلم، وتستمر عن طريق التدعيم الإيجابي القادر على تقوية العادة نفسها. وتؤيد الكثير من الملاحظات الإكلينيكية العلاقة بين نموذج التعليم عن طريق الارتباط الشرطي وبين نشأة الاعتماد على المخدرات. فالنموذج هو: قلق- ثم كحول- فالتخلص من القلق، ثم قلق، وهكذا دواليك، حيث يمارس ويكرر ويصبح مدعماً تدعيماً شديداً، والتدعيم هنا هو التخلص المباشر من القلق. ولما كان الفعل المنعكس الشرطي بتعاطي المخدرات فعلاً غير تكيفي، فإنه بالتالي يسهم في استمرار القلق الذي يستثير الاستجابة المنعكسة- كتعاطي المخدر- وهكذا يستمر الشخص المتعاطي في دائرة مفرغة بين القلق والمخدر، ويمكن تمثيل ذلك وفقاً للشكل التالي:



وهكذا تدعم المادة تدعيماً إيجابياً، حيث إذا حاول الفرد الامتناع عن المخدر، فإنه يعاني من القلق، والقلق لا يزول إلا بتناول المخدر، وهكذا تستمر حلقة الاعتماد المفرغة. أما أصحاب سيكولوجية الذات فيرون أن الذات حينما تتعرض للضعف، فإنها تلجأ إلى تعاطي المخدرات كوسيلة دفاعية ضد الإحساس بالقلق والفشل والعجز، أو تعويضاً عن النقص وعدم الكفاية.

كما توجد علاقة وثيقة بين عدم الشعور بالأمن وبعض مظاهر السلوك الشاذ كالانطواء والعدوان، وهذا العدوان قد يوجه إلى الذات أو إلى العالم الخارجي. ففي تعاطي المخدرات يكون هذا التعاطي بمثابة عدوان موجه نحو الذات لفقدان الشعور بالأمن. إنه قد يكون موجهاً نحو الآخرين عن طريق

ترويج أو الاتجار بالمخدرات، وفي الغالب يكون التعاطي وسيلة للشعور بالأمن من خلال اتصال التعاطي بغيره من المتعاطين، لأنه قد فقد الشعور بالأمن في المنزل، إما لغياب الوالد عن المنزل لفترة طويلة، أو لأن العلاقات بين الوالدين لا يسودها التفاهم والوفاق.

كما أن الأفراد الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية كالإكتئاب والقلق هم أكثر عرضة من غيرهم للوقوع في تعاطي المخدرات؛ لأن الشعور بالألم النفسي لديهم يجعلهم يسعون للتخلص منه بأي ثمن، كما أن هذه الاضطرابات تجعلهم أيضاً غير قادرين على ضبط أنفسهم (المفدى، 2002).

### ثالثاً- الأسباب الاجتماعية:

من الأسباب الاجتماعية ذات الصلة الوثيقة بتعاطي المخدرات عند الشباب والمراهقين ما يلي:

#### 1- رفاق السوء:

تتابعت الاهتمامات العلمية في دراسة أثر سلوك جماعة الرفاق على الفرد، حيث يذكر العالم إدوين سوثرلاند (Edwin Sutherland) في نظريته الاقتران الفارقة أن إدمان المخدرات تكون عادة نتيجة الاتصال بجماعات مختلفة يتحد معها، فإذا اتحد مع جماعة لها الخبرة نفسها، فمن المحتمل أن تتوافق ممارسته مع معيار الجماعة في هذا الخصوص. ويضيف ألفرد ليند سميث (Alfred Lind Smith) أن هذا الاقتران يسبب الإدمان وخاصة عندما يرتبط التعاطي في البداية بالتجريب، ثم تبدأ دورة الإدمان حينما يختبر الفرد تجربة الانسحاب من المخدر وما يصاحبها من قلق ليكون الاقتران مع الجماعة مرة أخرى هو السبيل الوحيد للتخلص من هذا القلق (الزعي، 2006).

هذا يعني أن جماعة الرفاق لا يقتصر أثرها على تشجيع الفرد على التعاطي، بل يمتد هذا الأثر لكي تغرس فيه هذه العادة، لدرجة أنه لا يستطيع أن يتخلى عن المخدر. فرفاق السوء يشكلون أحد المتغيرات المترابطة بانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات، وإن هناك علاقة ارتباطية إيجابية مباشرة بين تعاطي المخدرات ورفاق السوء بصرف النظر عن نسبة هذه العلاقة ودرجة تأثيرها من حالة لأخرى (السعد، 1993: 155).

كما أثبتت بحوث شيفر وزملائه (2006)، أن جماعة الأقران والأصدقاء تهيئ الشخص لعملية التعاطي والإدمان من خلال حب الاستطلاع والانضمام لتلك الجماعة، فتأثير الأقران أقوى من تأثير الإدمان في عملية التعاطي (مخيمر، 2000: 212).

توصلت عدد من الدراسات التي أجريت في بلدان عربية إلى أن رفاق السوء يشكلون المرتبة الأولى في دفع الأفراد إلى تعاطي المخدرات. فقد دلت إحدى الدراسات في أحد السجون في مدينة، الرياض على أن تأثير الرفاق كان العامل الأول في ترتيب العوامل التي دفعت للوقوع في المخدرات في مرحلتي المراهقة والشباب (المفدى، 2002: 391).

وأكدت بحوث سويف وتلاميذه في مصر (1995، 1992) أن الأصدقاء يلعبون دوراً مهماً في عملية التعاطي والتشجيع عليها، فالبناء الاجتماعي لهؤلاء الأصدقاء يكون مشحوناً بعوامل نفسية متعددة تشجع على التعاطي مع توفر الخبرة الأولى، وأيضاً المادة المخدرة دون ثمن، بالإضافة إلى الربط الشرطي أي ما يرتبط بالتعاطي من نشوة تساعد على استمرار التعاطي في المخدرات (سويف، 1996).

كما أجرى السعد (1993) دراسة في الأردن عن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية على عينة مكونة من (135) نزيلاً متعاطياً من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل و(135) نزيلاً متعاطياً من الوافدين من جنسيات عربية مختلفة، تبين من خلالها أن (35,2%) من إجمالي العينة أفادوا أن سبب تعاطيهم للمواد المخدرة مجارة الأصدقاء.

كما أجرى عدلي السمرى (1990) دراسة على عيّنتين بلغ مجموعهما (400) فرداً، أن (55%) العينة الأولى تجريبية وعددهم (200) فرداً من نزلاء قسم علاج المدمنين في مستشفى الصحة النفسية بالمعمورة في الإسكندرية، والعينة الثانية ضابطة من غير المتعاطين وبلغ مجموعها (200) فرداً، وقد توصلت الدراسة إلى أن الأفراد الذين اعتبروا صحة الأصدقاء تشكل الدافع الأساس لتعاطي المخدرات بلغت نسبتهم (54,4%) (شكري وآخرون، 1993).

كما اتضح من دراسة الكردي وزملائه (1990) في قطر على عينة من المتعاطين، أن (55%) منهم كانوا مرتبطين بأصدقاء من المتعاطين قبل معرفتهم المخدر لأول مرة وتعاطيهم له. وفي دراسة إحصائية لسمات الشخصية عند مجموعة من متعاطي الأفيون بلغ عددهم (218) متعاطياً يترددون للعلاج في عيادتي العتبة وألي العزم بالقاهرة، تبين أن (61%) منهم أفادوا أن الأصدقاء هم الذين قدموا لهم المخدر للمرة الأولى (أبو العزائم، 1989: 212).

تفسر نظرية التعلم الاجتماعي الإدمان بأنه سلوك متعلم ناتج عن مخالطة المدمن للجماعات المرجعية له، بحيث يستمر الفرد في التعاطي لشعوره بالانتماء إلى الجماعة، كما أن الجماعة تدعم هذا السلوك ليشعر المدمن بأنه أحد أعضائها الذين تربطهم رابطة خاصة وهي السلوك المشترك لتعاطي المخدرات.

## 2- الفشل في عملية التنشئة الاجتماعية:

يعد أسلوب التنشئة الاجتماعية في الأسرة من الحصون الأولى الذي يختبره الإنسان ليتعلم كيف يتصرف في مواقف التحدي أو الألم. فمدمنو المخدرات لم يتعلموا جيداً كيف يتصرفون أثناء مواقف الأزمة، حيث يأتي المدمنون من تنشئة ذات إحساس بالنقص أو إحساس بضعف الثقة بالنفس في مواجهة الأزمات، أي إحساس بعدم القدرة على مواجهة المشكلات.

لذلك يمكن اعتبار المشاعر والاتجاهات السلبية التي توفرها التنشئة الاجتماعية السيئة، وكذلك التفكك الأسري بما يحمله من هجر أو طلاق أو خصام مستمر، بمثابة التربة الخصبة لنمو ظاهرة تعاطي المخدرات عند الشباب والمراهقين.

تذكر حسون (1995: 179) من خلال دراستها الميدانية التي أجرتها في عام (1993) حول انحراف الأحداث الذكور في الوطن العربي أن طبيعة العلاقات السائدة بين الآباء والمراهقين تعاني مأزقاً علائقياً مهماً، سببه الأساسي عدم وجود خطوط واضحة ترسم العلاقة بين الطرفين؛ وتقوم على أسس سهلة الفهم والتطبيق تخدم الطرفين. فقد تبين أن غالبية الآباء لم يخططوا لبناء علاقات سليمة

تهدف إلى مساعدة أبنائهم في مرحلة المراهقة كي يمارسوا حياة سليمة خالية من الانحرافات والإدمان والمشاكل وفي مقدمتها تعاطي المخدرات.

### 3- المعايير والقيم:

المتعاطون للمخدرات يعد سلوكهم غير متوافق مع المعايير الاجتماعية السليمة السائدة في المجتمع الذي يعيشون فيه. كما أن التحولات والتغيرات السريعة في المجتمع (من المجتمعات الشعبية إلى المجتمعات الحديثة، أو من المجتمعات الريفية إلى المجتمعات الحضرية)، مما يؤدي إلى اهتزاز القيم وانحرافها لعدم القدرة على مسايرة هذه التحولات ويؤدي إلى انتشار تعاطي المخدرات. كما ترى نظرية التفكك الاجتماعي أن الإدمان سلوك منحرف، يعبر عن مشكلة اجتماعية سببها البعد عن المعايير والقيم التي أقرها المجتمع (الغريب، 2007).

### 4- الظروف الضاغطة:

عندما يتعرض المراهق والشباب إلى ظروف قاسية كالفشل الدراسي، أو الخسارة المالية الكبيرة، أو الطلاق، أو غير ذلك من ظروف قاسية، فإنه يصبح في وضع نفسي صعب قد يجعله عرضة للوقوع في المخدرات إذا توفرت له الظروف المواتية. ويزداد تأثير هذا العامل قوة إذا ترافق ذلك مع ضعف الوازع الديني، وعدم وجود المساندة الاجتماعية اللازمة.

### رابعاً- وسائل الإعلام:

يذكر سويف (1996) أن وسائل الإعلام بأشكالها المختلفة تأتي في المرتبة الثانية بعد الأصدقاء كمصدر يقدم للشباب المعلومات عن تعاطي المخدرات. كما أن المعلومات الخاطئة التي تقدمها وسائل الإعلام عن المخدرات، وما تحدثه للمتعاظمين من تأثير يساعد على نسيان المشكلات أو تساعد على النشوة والراحة... إلخ، كل ذلك يدفع بعض المراهقين والشباب إلى الإقدام على تجريب تعاطيها، وخاصة في غياب التوجيه الصحيح لهم من قبل الأهل والمدرسة.

فضلاً عن ذلك فإن وسائل الإعلام تستخدم في بعض الأحيان أداة للدعاية لأنواع من المخدرات، ويكون لتلك الدعاية تأثير أكبر لأنه يتم بطريقة غير مباشرة (كعرض المواقف الغرامية، أو تعاطي المخدرات من قبل بعض الممثلين المشهورين). إن تكرار تلك المشاهد يجعل المشاهد (وخاصة المراهق والشباب) لاشعورياً يربط بين تلك المواقف السارة وتناول المخدرات، وتوحي له بطريقة غير مباشرة بأن المتعة والسرور لا يكتملان إلا بتعاطي المخدرات (المفدى، 2002).

### خامساً-أوقات الفراغ:

يعد الفراغ أوسع أبواب دخول المراهقين والشباب إلى عالم تعاطي المخدرات والإدمان عليها، حيث يلجأ المراهقون والشباب إلى ملء أوقات فراغهم في نوادي الإنترنت، من أجل تصفح المواقع التي لا تتناسب مع أخلاقيات المجتمع وقيمه وعاداته وتقاليده، وخاصة عندما يتوفر لديهم الاستعداد النفسي لذلك، وفي غياب التوجيه الأسري والمدرسي، وقلة البرامج والأماكن التي من خلالها يمكن تصريف طاقاتهم والاستفادة من استعداداتهم وقدراتهم وميولهم. فالعالم اليوم قد تحول بالنسبة إلى المراهقين والشباب إلى شاشة صغيرة يمكن مشاهدته من خلال جهاز كمبيوتر، أو جهاز هاتف محمول، أو جهاز تلفزيون، يقضي من خلالها المراهقون والشباب أكثر من ثلث أوقاتهم في التعامل مع هذه الأجهزة في مواضيع غير مفيدة. وهذا ما يجعل الأفضية مناسبة للانحراف وتعاطي المخدرات.

### سادساً- الأسباب الدينية:

يعد ضعف الوازع الديني أحد الأسباب المهمة التي تجعل المراهقين والشباب ينغمسون في تعاطي المخدرات، حيث يعد ذلك مظهراً من مظاهر الانحراف عن القيم الدينية التي يؤمن بها المجتمع. ففي إحدى الدراسات التي أجريت في المجتمع المصري، تبين أن (12%) من متعاطي الحشيش يعتقدون أن تعاطيه محرم دينياً، في حين يعتقد (61,5%) منهم أنه مكروه فقط، وصرح (26%) منهم أن تعاطيه غير محرم ولا مكروه، واعتبروا أن هذا الاعتقاد هو الذي دفعهم وشجعهم على تعاطيه (سوين، 1988).

### أعراض تعاطي المخدرات:

توجد بعض الأعراض والسلوكيات التي قد تدل على تعاطي المراهق أو الشاب للمخدرات، ومن هذه الأعراض:

- \* - الحمول والكسل والرغبة في النوم بكثرة دون سبب ظاهر.
- \* - النشاط الزائد، وقلة الاستقرار، وصعوبة القدرة على النوم الذي يكون بشكل مفاجئ

(هذه

الأعراض تكون نتيجة تعاطي منشطات).

\* - سهولة الاستثارة والعصبية الشديدة.

\* - ازدياد طلب المال واللجوء إلى السرقة لتأمينه (المفدى، 2002).

### الوقاية من تعاطي المخدرات:

تتمثل أولى الإجراءات الوقائية بالتحذير من تعاطي المخدرات، وكان أول اتفاق دولي يعقد من أجل الحد من تعاطي المخدرات، هو اتفاق شنغهاي في عام (1909)، ثم اتفاق لاهاي في عام (1912)، وفي عام (1972) وضعت لجنة المخدرات اللمسات الأخيرة على البروتوكول الذي وقع في العام نفسه.

من الإجراءات الوقائية الأخرى، محاربة المخدرات، حيث تضع السلطات في الدول العربية قوانين صارمة على تجارة المخدرات، وتعاقب الأشخاص الذين يروجون لها أو يتعاطونها بعقوبات شديدة وتشدد المراقبة في المطارات والموانئ البحرية والحدود البرية.

كما تعد عملية التوجيه والإرشاد المضادة للمخدرات في المدارس ووسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة من أهم الإجراءات الوقائية الفاعلة.

من جانب آخر تلعب الأسرة دوراً مهماً في وقاية المراهقين والشباب من الوقوع في آفة تعاطي

المخدرات. فالأسرة غالباً ما تكشف تعاطي الأبناء للمخدرات، ولهذا فإن ما تقوم به من إجراءات يمكن أن تكون مفتاح الوقاية لإبعادهم عن المخدرات. ولذلك فإن أهم ما تقوم به الأسرة هو إقامة علاقات جيدة مع الأبناء، علاقات تقوم على الحوار المريح البناء، بحيث يتمكن الآباء والأبناء الاستماع إلى بعضهم بعضاً، لأن تعطل الحوار بينهما يدل على أزمة في العلاقات الأسرية من شأنها أن تجر مشكلات كثيرة للأبناء والآباء ومن ضمنها تعاطي المخدرات.

حتى يتم الحوار البناء بين الآباء والأبناء، لا بد أن تكون الاتصالات في الاتجاهين سالكة، أما الاتصال من طرف واحد (من الآباء مثلاً) وإهمال الطرف الثاني (الأبناء) فإنه يؤدي إلى تفكك الأسرة، ويهيئ المناخ المناسب للانحراف وتعاطي المخدرات. فأول ما يطلبه الأبناء من الآباء هو أن يستمعوا لهم، وأن يهتموا بهم، وأن يحترموا آرائهم، وأن يتناقشوا معهم في أمورهم وأمر الأسرة، وأن يشتركوا في اتخاذ القرارات التي تم الأسرة، فإذا لم يجد الأبناء من يهتم بهم ويسمع لهم في الأسرة، وجدوا من يهتم بهم ويسمع لهم ويحترمهم خارجها، وهنا يكون الفخ الذي يؤدي إلى الانحراف وتعاطي المخدرات.

ولكن مطلب الآباء من الأبناء حسن التصرف والطاعة والاحترام والقيام بواجباتهم المدرسية والمتزلية، واحترام العادات والتقاليد والقانون والابتعاد عن أصدقاء السوء.

بناء على ذلك لا بد للآباء أن يفهموا ويقدرُوا طبيعة التغيرات التي تطرأ على جوانب شخصية الأبناء، وأنه من الضروري تعديل أساليب معاملاتهم لهم بما يتفق والعمر الذي وصلوا إليه، وبما يتفق أيضاً مع طبيعة التغيرات التي طرأت على المجتمع، حتى يتم التوافق معهم ويحقق لهم السعادة مع أنفسهم ومع الآخرين.

### علاج تعاطي المخدرات:

لا توجد طريقة واحدة يمكن أن تتبع من قبل المجتمعات كلها، لأن ما يصلح في مجتمع قد لا يصلح في مجتمع آخر، لأن الظروف الاجتماعية والثقافية والدينية والشخصية هي التي تحدد الطريقة الأفضل لعلاج الإدمان على المخدرات. وبشكل عام لا بد من التشاور مع الشخص المدمن، إذ لا جدوى من

علاج المدمن ما لم يشعر أنه بحاجة إلى علاج، ويرغب في التخلص من الإدمان. ولذلك يمكن أن يتخذ علاج المدمن على المخدرات ثلاثة أنواع للعلاج هي:

### 1- العلاج الطبي:

يهدف العلاج الطبي إلى تحرير متعاطي المخدرات من الاعتماد الكيميائي، ويختلف تأثيره من فرد إلى فرد آخر باختلاف نوع المخدر ودرجة قوته، وباختلاف درجة التعاطي، وعدد مرات التعاطي، والكمية المستعملة. فهو يهدف إلى تهدئة المدمن، والقضاء على الأمراض التي أصابت المدمن نتيجة الإدمان، والوقاية المسبقة من الأمراض المحتمل أن يصاب بها، والإقلال التدريجي من اعتماد الجسم على المخدر، بالإضافة إلى تقوية الجسم وزيادة المناعة الطبيعية ضد الأمراض.

### 2- العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي إلى إعادة ثقة المدمن بنفسه، وإلى إعادة تقديره لذاته وإقناعه بذلك. وعلى المدمن أن يشعر بأنه يشارك في وضع العلاج المناسب له، وأنه طرف أساسي في العملية العلاجية، وأن العلاج ليس مفروضاً عليه بل هو نتيجة رغبته في العلاج.

كما يهدف العلاج النفسي إلى محاولة تغيير سلوك المدمن السابق تدريجياً، وجعله ينبذ السلوك المرتبط بالإدمان، ومحاولة دفعه إلى تغيير نظرتة للحياة والمجتمع المحيط به، بالإضافة إلى محاولة استعادة إرادته المسلوبة من طرف المخدر، وجعله يقرر مصيره بنفسه من خلال إعادة المبادرة له، وجعله يتخذ القرارات التي تخصه أو تخص أسرته، ومساعدته في مواصلة الحياة بصورة سوية دون الاعتماد على الآخرين.

ويعد العلاج السلوكي المعرفي من أهم طرائق العلاج النفسي في معالجة الإدمان على المخدرات من خلال ما يسمى التدريب الذاتي أو العون الذاتي (Self-Help)، حيث يقوم المدمن بتعلم مهارات علاجية من خلال التدريبات التي ينفذها لتبديل سلوكه الإدماني. وهذا يعني أنه يساعد نفسه بنفسه في

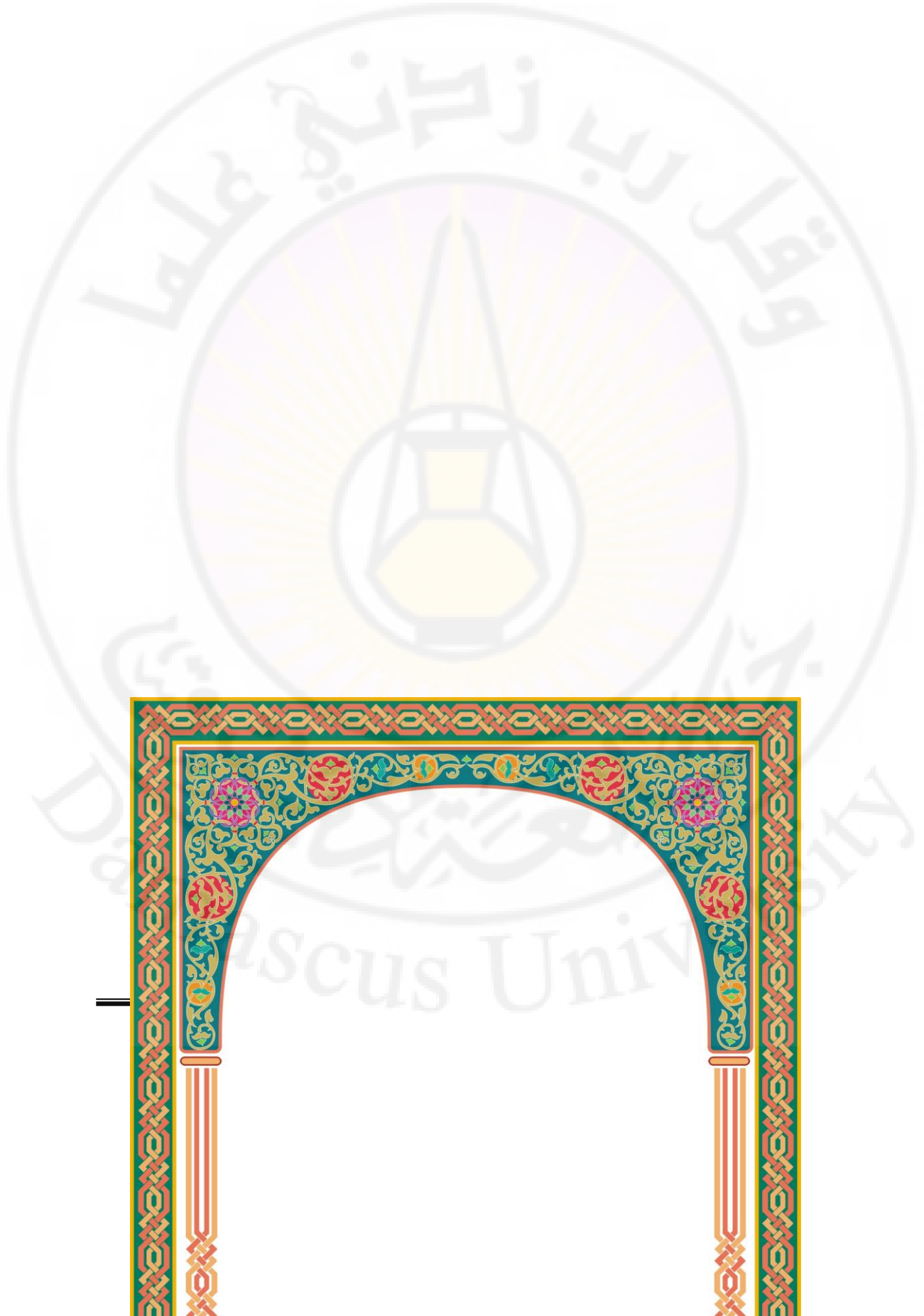
الشفاء من الإدمان على المخدر. وهذا ينعكس عليه من خلال ما يتلقاه من تغذية راجعة، في إعادة الثقة بالنفس، والقدرة على السيطرة على الذات. فالعلاج السلوكي المعرفي يكشف للمدمن عن قدراته الكامنة، ويسعى إلى تنميتها من أجل تبديل السلوك الإدماني والسيطرة على نزعاته. من الطرائق النفسية الأخرى في علاج المدمنين على المخدرات، العلاج بالتنفير وذلك من خلال استخدام صدمة كهربائية خفيفة عند لجوء المدمن لتناول المخدر، إذ يوجد جهاز خفيف يسهل حمله في اليد يقوم بتوليد صدمة كهربائية غير سارة كلما شعر المدمن بالرغبة في تعاطي المخدر. كما استخدم لازاروس (Lazarus, 1965) مزيجاً من الصدمة الكهربائية مع العلاج السلوكي من خلال إزالة الحساسية من أحد المرضى، وكتب لهذا العلاج النجاح بعد حوالي شهرين فقط. وبشكل عام فإن نسبة نجاح العلاج السلوكي - المعرفي هي أعلى من أي نوع من أنواع العلاجات الأخرى، ونسبة الانتكاس فيه أقل ومدته أقصر من غيره، وخاصة العلاج النفسي الدينامي الذي أخفق أمام العلاج السلوكي في مجاراته (الحجار، 1994).

### 3- العلاج الاجتماعي:

يعرّف العلاج الاجتماعي بأنه "طريقة لمساعدة الأسرة والأفراد على التغلب على ما يواجههم من مشاكل، وذلك عن طريق رفع مستوى أدائهم لوظائفهم الاجتماعية". فالعلاج الاجتماعي يبدأ عادة عندما ينتهي العلاج الطبي والعلاج النفسي. إنه ضمان اجتماعي للفرد المدمن لعدم تعاطي المخدر، والاقتناع بتركه نهائياً، ويتم ذلك عن طريق مساعدة أفراد الأسرة والأصدقاء والأقارب وكذلك المؤسسات الاجتماعية المختصة. الهدف من العلاج الاجتماعي جعل المدمن يصل إلى حالة من الاستقرار الاجتماعي، وتوجيه جهوده إلى الأشياء المفيدة، بالإضافة إلى نبذ السلوكيات الشاذة والاقتناع بضرورة تجنبها والتخلي عنها، والدخول في حياة اجتماعية سوية، وإعادة دمجها اجتماعياً ومهنيّاً تدريجياً. لذلك يمكن القول إن علاج المدمن على المخدرات لا يتم في معزل عن محيطه الاجتماعي، فالإدمان

## الصحة النفسية

ذاته قد يكون نتيجة التعامل السلبي مع المحيط الأسري، فالمعالج لابد أن يرى امتداد مشكلة المدمن في زوجته وأولاده، ولذلك لابد أن يشمل العلاج أفراد أسرة المدمن كاملة لإعادة تأهيله ضمن بيئته الاجتماعية والأسرية (الحجار، 1994: 211).



الباب الثالث

الإرشاد النفسي





## الفصل الثالث عشر

### الإرشاد النفسي

- مفهوم الإرشاد النفسي.
- أهداف الإرشاد والعلاج النفسي.
- الحاجة إلى الإرشاد النفسي.



## الفصل الثالث عشر

### الإرشاد النفسي

#### مفهوم الإرشاد النفسي:

تناول عدد من الكتاب والباحثين مفهوم الإرشاد النفسي بتعاريف عديدة يعبر كل منها عن وجهة نظر كاتبها ومجال تخصصه، وميدان خبرته. فالإرشاد النفسي كما عرّفه عمر (1992: 46) عملية تعليمية تساعد الفرد على أن يفهم نفسه، بالتعرف على الجوانب الكلية المشكلة لشخصيته حتى يتمكن من اتخاذ قراراته بنفسه، وحل مشكلاته بموضوعية مما يسهم في نموه الشخصي، وتطوره الاجتماعي، والتربوي، والمهني، ويتم ذلك من خلال إقامة علاقة إنسانية بينه وبين المرشد النفسي الذي يتولى دفع العملية الإرشادية نحو تحقيق الغاية منها بخبرته المهنية.

أما زهران (1998: 12 ، 13) فيلخص تعريف الإرشاد النفسي بقوله: "الإرشاد النفسي عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته، ويدرس شخصيته، ويعرف خبراته، ويحدد مشكلاته، وينمي إمكاناته، ويحل مشكلاته، في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه، وتدريبه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرياً".

في حين يرى عقل (2000: 15) أن الإرشاد بمعناه الواسع "عملية تتضمن مجموع الخدمات التي تقدم للأفراد من خلال برامج وقائية وإنمائية وعلاجية لتحقيق أهداف التوافق الذاتي والاجتماعي وزيادة الفاعلية الإنتاجية للأفراد في المجالات كافة".

استناداً إلى وجهات النظر المختلفة التي عرفت الإرشاد النفسي نصل إلى تعريف يغطي وجهات النظر هذه. فالإرشاد النفسي علاقة دينامية تفاعلية مهنية واعية بين المرشد والمسترشد، تهدف إلى

مساعدة المسترشد لكي يعرف نفسه، ويفهم ذاته، من خلال نظرة كلية لجوانب شخصيته، ليتمكن من تحديد أهدافه بدقة، واتخاذ قراراته، ويحل مشكلاته بشكل موضوعي، بما يساعده على النمو الشخصي والمهني، والتربوي، والاجتماعي، وتحقيق التوافق والصحة النفسية (الزغبي، 2000، أ: 19).

### أهداف الإرشاد النفسي:

تتباين أهداف الإرشاد والعلاج النفسي تبايناً واسعاً نتيجة تعدد التخصصات فيه، فهناك الإرشاد التربوي، والإرشاد والعلاج السلوكي، والإرشاد والعلاج الأسري، والإرشاد والعلاج المعرفي، وإرشاد الفئات الخاصة، وإرشاد الأطفال، وإرشاد الشباب والمراهقين، وإرشاد كبار السن... إلخ. ولكننا نفضل الحديث عن هذه الأهداف كوحدة، وأهم هذه الأهداف:

#### 1- المحافظة على صحة الفرد النفسية في أحسن وضع ممكن:

تتأثر الصحة النفسية للإنسان بصحته الجسمية والعقلية، والاجتماعية، كما تتأثر بعادات المجتمع وتقاليد، وبالتغيرات التي يتعرض لها المجتمع. والإرشاد والعلاج النفسي يعملان على مساعدة الفرد على تحمل مسؤولياته لينمو نمواً سليماً ليتمكن من الوفاء بحاجاته ومتطلباته، وأن يعيش حياة نفسية سليمة بعيدة عن التهديد، وما يشوبها من اضطرابات ناجمة عن سوء التوافق أو عن كليهما.

في هذا الصدد ترى "كارن هورني" (الطبيبة الألمانية ومن الفرويديين الجدد)، أن الصحة النفسية مثل أعلى قل أن نصل إليها في ساعات حياتنا كلها. والتوجيه والإرشاد يسعيان إلى مساعدة الفرد في الوصول إلى مرحلة يشعر فيها بأنه ليس من الضروري أن يكون سعيداً أو راضياً طوال الوقت، وأن عليه أن يتقبل مستوى معيناً من عدم الشعور بالسعادة كجانب طبيعي من جوانب الحياة الواقعية بدلاً من التمسك بمطلب قد يكون تحقيقه مستحيلًا في بعض الأحيان .

**2- مساعد المسترشد على توجيه نموه وتنمية طاقاته:**

الإرشاد والعلاج النفسي يهدفان إلى مساعدة الفرد (المسترشد) على توجيه نموه نحو المسارات الصحيحة، سواء عن طريق إزالة العقبات التي تقف في طريق النمو، أم عن طريق مساعدته على اكتشاف طرائق جديدة للنمو والإبداع. كما يسعى كل من الإرشاد والعلاج النفسي إلى توفير الفرص المناسبة للمسترشدين لتنمية طاقاتهم وإمكاناتهم إلى أقصى حد ممكن مما يحسن من فاعليتهم الشخصية، ويتعلموا كيفية التغلب على السلوكيات غير المقبولة مثل: التدخين، والخجل، والقلق، والاكتئاب... وغيرها.

**1- مساعدة المسترشد على إحداث تغيير إيجابي في سلوكه :**

يهدف الإرشاد والعلاج النفسي إلى مساعدة المسترشد في إحداث تغيير إيجابي في سلوكه من دون إكراه. فالمسترشد يجب أن يشعر بمشاكلته وأن يسعى إلى طلب التغيير بنفسه، ويعمل ما بوسعه للتغلب على السلوك غير المرغوب، أو مواجهته بمساعدة المرشد الذي يعمل على تهيئة الظروف المناسبة للوصول إلى تغيير إيجابي في سلوك المسترشد، مما يمكنه من العيش في حياة أكثر إنتاجية، أو أكثر رضا، وفي مناخ نفسي بعيد عن القسر والتهديد.

**4 — زيادة مهارة المسترشد في التعامل مع المشكلات :**

يعمل الإرشاد والعلاج النفسي على مساعدة المسترشد الذي يعاني من مشكلات تربوية، أو نفسية، أو اجتماعية، أو مهنية... على زيادة مهارته في مواجهة المواقف الضاغطة والمشكلات التي تعترضه، حتى يتمكن من تحقيق التوافق السليم مع نفسه ومع الآخرين.

**5 — مساعدة المسترشد على تحسين علاقته مع الآخرين :**

قد تكون المشكلات التي يواجهها بعض المسترشدين ناتجة عن علاقاتهم بالآخرين، فقد تكون

صورة الذات عند المسترشد منخفضة، مما يجعله يتصرف بأسلوب دفاعي أثناء تفاعله مع الآخرين. كما أن مهارات المسترشد الاجتماعية قد تكون ضعيفة سواء أكانت في المدرسة أم في الأسرة، أم في العمل. ولذلك فإن واجب المرشد هو مساعدة المسترشد بجعله أكثر فاعلية في علاقاته الشخصية مع الآخرين.

#### 6 – تحقيق الذات لدى المسترشد:

يهدف الإرشاد والعلاج النفسي إلى مساعدة المسترشد على تحقيق ذاته، أي أن يكون ما يستطيع أن يكون، سواء أكان هذا الشخص عادياً، أم متخلفاً دراسياً، وذلك من أجل أن يرضى عن ذاته ويتقبلها بشكل صحيح.

يرى كارل روجرز (C. Rogers) صاحب نظرية الذات، أن لدى الإنسان دافعاً أساسياً يوجه سلوكه وهو دافع تحقيق الذات. ونتيجة لوجود هذا الدافع، فإن المسترشد لديه الاستعداد لتنمية فهم ذاته، ومعرفة نفسه وتحليلها، وفهم استعداداته وإمكاناته (زهران، 1998).

#### 7 – تحسين العملية التربوية :

تعد المدرسة من أكبر المؤسسات التربوية التي يمارس فيها الإرشاد النفسي حيث تكون مهمته في المدرسة هئية مناخ نفسي مناسب للطلاب بما يتيح لهم أفضل فرصة ممكنة لتحقيق التوافق الدراسي والنفسي وتحقيق ذواتهم ونمو شخصياتهم من جوانبها المختلفة، وتسهيل عملية تعلمهم. ومن أجل ذلك يسعى المرشد النفسي المدرسي إلى:

أ – إثارة الدافعية عند الطلاب لبذل أقصى ما تسمح به إمكاناتهم لتحقيق التحصيل الدراسي المناسب.

ب – مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب، والتعرف على المتفوقين والمتأخرين دراسياً، وتقديم

المساعدة الممكنة لهم.

ج - تزويد الطلاب بالمعلومات الكافية لتمكينهم من مهارة حل المشكلات التي تواجههم، وذلك لتحقيق أفضل درجة ممكنة من النجاح والتفوق.

### الحاجة إلى الإرشاد النفسي :

أكدت الأبحاث والدراسات الحديثة أن الإرشاد النفسي قد أصبح ضرورة ملحة اقتضتها التحديات الكبيرة التي ظهرت في القرن الماضي، وكذلك التحديات التي نواجهها في القرن الحالي (الحادي والعشرون) في مجالات الحياة جميعها. ومن أبرز هذه التحديات التي تؤكد وجود الحاجة إلى الإرشاد النفسي ما يلي :

#### 1- ضغوطات الحياة في العصر الحاضر:

كثرت في الآونة الأخيرة ضغوطات الحياة اليومية، و الصراعات النفسية، ومشاكل المدينة، مما جعل بعضهم يسمي العصر الذي نعيش فيه عصر القلق والضغط النفسية. فالإنسان يعيش تحت ضغط في سعيه نحو تحقيق أهدافه ومطامحه ، سواء أكان هذا الضغط ناجماً عن الأسرة ، أم عن بيئة العمل ، أم عن الأنظمة الإدارية المعمول بها، أم عن المدرسة .. إلخ. ففي بيئة العمل يواجه الإنسان ضغوطات نفسية كثيرة نتيجة التحول السريع إلى عصر التقنية والمعرفة المتزيدة في مجالات العلوم المختلفة، مما أدى إلى ضغوط نفسية شديدة نتيجة محاولة اللحاق بركب الحضارة والتنافس الشديد بين الأفراد في مجالات الحياة المختلفة. وهذا ما أدى إلى انخفاض قدرة الفرد على التحمل، وإلى الاحتراق النفسي، والسأم أحياناً من العمل ومواصلة الجهد، وقد يؤدي ببعضهم إلى التوقف عن العمل وترك المهنة، أو يصاب ببعض الأمراض النفس - جسمية (السيكوسوماتية)، مما يجعله يلجأ إلى تعاطي المهدئات، أو الوقوع في براثن المسكرات، والمخدرات، مما يزيد المشكلة تعقيداً.

في هذا الصدد أصدر توفلر (Toffler 1970) كتاباً بعنوان صدمة المستقبل (Future Shock)، أوضح فيه ثلاث صور أساسية للإثارة الزائدة Over Stimulation، والتي تؤثر على المجتمع الأمريكي وهي: **تدمير الحواس Bombardment of the Senses**. فنحن نعيش في هذا العصر مع عدد كبير من المثيرات الحسية مثل: الأضواء والألوان والضجيج، والتي تصل إلى حواسنا باستمرار، في حين أن حواسنا وجهازنا العصبي ليسا مستعدين للتعامل مع هذا العدد الهائل من المثيرات.

أما الصورة الأخرى للإثارة الزائدة فهي **زيادة عبء المعلومات Over Load Information**، فتزاحم المعلومات وكثرتها بل وتناقضها أحياناً، واختلافها أحياناً أخرى، يمكن أن تؤدي إلى عجز واضح في أداء الفرد وقدرته على مواصلة العمل.

في حين تتمثل الصورة الثالثة للإثارة الزائدة في **ضغط القرار Decision Stress** فالتحديات التقنية في المجتمع المعاصر كثيرة، فكل زيادة في الخيارات تؤدي إلى حاجة لمزيد من القرارات والمزيد من المعلومات لاتخاذ القرارات.

لذلك يوصي "توفلر" بالحاجة إلى ما يسمى إرشاد الأزمات Crisis Counseling، حيث نحتاج إلى مرشدي أزمات لمساعدة الناس أثناء أزمات الطلاق والمراحل الانتقالية المختلفة (الشناوي، والتويجري، 1996).

## 2 — سوء استخدام أوقات الفراغ عند الشباب :

تزداد مشكلة أوقات الفراغ صعوبة عند الشباب يوماً بعد آخر، سواء نتيجة تركهم للمدرسة، أم نتيجة عجز نظام التعليم عن تلبية حاجات الشباب لتصريف طاقاتهم في أنشطة مفيدة، كالأندية الرياضية والثقافية والنوادي العلمية (الانترنت) والبرامج المفيدة، أم نتيجة إنهاء الدراسة وقلة ما يشغلون به أنفسهم، مما يولد لديهم الفراغ الكثير واللجوء أحياناً إلى ممارسة نشاطات غير مفيدة، كمشاهدة القنوات الفضائية التي تبث ما يثير غرائز الشباب (الأفلام الجنسية)، ويدفعهم إلى ارتكاب جرائم

الاغتنصاب، والوقوع في الانحراف والرذيلة .

في هذا الصدد يرى أرنولد وبرنجارت (Arnold&Brnngardt,1983) أن الإخفاق في الاستفادة من أوقات الفراغ بطريقة صحيحة، والبحث بدلاً من ذلك عن تحقيق المتعة من خلال مؤسسات أو جماعات الترويح غير الرسمية يؤدي إلى زيادة فرص التفاعل مع الأشخاص من ذوي القيم المناهضة لقيم المجتمع. وهذا ما أوجد تحدياً جديداً أمام التوجيه والإرشاد النفسي يسمى بإرشاد أوقات الفراغ. فأوقات الفراغ تمثل تحدياً جديداً أمام المرشدين النفسيين في المدرسة والجامعة ومؤسسات الشباب ومؤسسات التدريب المهني والمؤسسات الإنتاجية، ومؤسسات رعاية الأحداث للقيام بواجبهم من أجل توجيه هؤلاء الشباب إلى أنشطة مفيدة تساعدهم في الوصول إلى التوافق والصحة النفسية وتحقيق أعلى إنتاجية في المدرسة، والعمل في مجالات الحياة المختلفة.

### 3 – التطور في مجال التعليم:

تطور التعليم وتعددت أساليبه، وتنوعت مناهجه. فقد كان المعلم سابقاً يتعامل مع أعداد قليلة من الطلاب وكان اهتمامه منصباً على نقل المعرفة إليهم، والآن يتعامل مع أعداد كبيرة من الطلاب، ومهمته لم تعد قاصرة على نقل المعرفة بل بشخصية الطالب من جوانبها المختلفة. كما أن المشكلات التي يعاني منها الطلاب قد ازدادت وتنوعت، وتفاعل هذه المشكلات مع مشكلات أخرى للمجتمع، والأسرة والإعلام، والاقتصاد ظهرت مشكلات جديدة في حياة الطالب، وقل دور الأسرة في الإشراف على الأبناء. ويرى الطبيب النفسي الألماني لمب (Lempp,1970) أن الأطفال لايصبحون مرضى من المدرسة، ولكنهم يعانون منها دون شك، فقد كان يأتي لعيادتي في السابق طفل من كل (12) طفلاً واليوم يأتي طفل من كل ثلاثة أطفال .

كما يرى بروفيسور آخر في الصحة النفسية، أن من بين كل ألف طفل يراجعونه، يكون نصفهم ممن يعانون من مشاكل مدرسية مثل: الرسوب ، الصداع، آلام البطن، قضم الأظافر، والحركات

الزائدة، وتشوش الإدراك، والاضطرابات السمعية والبصرية، والاضطرابات اللغوية، وغيرها والتي تزول أثناء الإجازات الدراسية (الزعيبي، 2000 ب : 59).

كما يذكر زهران (1998م) أن حوالي (5% - 10%) من تلاميذ المدارس لديهم مشكلات انفعالية تعوق عملية تعلمهم. ومع تزايد أعداد التلاميذ في جميع مراحل التعليم، وازدياد مشاكلهم، وازدياد نسبة التسرب من المدارس، ووجود عدد من الطلاب المتفوقين والمتأخرين دراسياً وعدد آخر من الطلاب من ذوي الاحتياجات الخاصة والجانحين في المدارس، فإن الحاجة أصبحت ماسة إلى المرشد النفسي الطلابي أكثر من أي وقت مضى، كما ازدادت الحاجة إلى تطوير برامج للتوجيه والإرشاد للوفاء بحاجات الطلاب في مدرسة اليوم (الشناوي، والتو يجري، 1996).

فضلا عن ذلك أجريت العديد من الدراسات في هذا الصدد وأظهرت الحاجة الماسة إلى التوجه والإرشاد نتيجة تطور التعليم، وازدياد المشكلات التي يعاني منها الطلاب في المدارس والجامعات. فقد أجرى الدوسرى (1981) دراسة عن العادات والاتجاهات الدراسية لدى عينة من الطلاب في المرحلة الثانوية و الجامعة، تبين من خلال وجود عدد من العادات والاتجاهات الدراسية التي تؤثر سلباً على تحصيل الطلاب مما حدا بالباحث إلى بناء برنامج إرشادي من أجل تشكيل عادات واتجاهات دراسية إيجابية (عقل 2000 : 15).

كما أجرت بمادر (1980م) في الكويت دراسة على طلاب المرحلة الثانوية، تبين من خلالها وجود مشكلات نفسية وتربوية يعاني منها هؤلاء الطلاب مثل انخفاض الدافعية للدراسة، والعناد، وعدم الطاعة، والثرثرة داخل الصف، وعدم اللباقة في التعامل مع الآخرين.

كما أجرى عمر (1983م) دراسة عن حاجات التوجيه والإرشاد النفسي للمراهقين والمراهقات في دولة الكويت تبين من خلالها أن المراهقين في أمس الحاجة إلى أن يفهموا أنفسهم وقدراتهم وأنهم بحاجة إلى من يساعدهم في حلها.

فضلا عن ذلك أجرت أبو عيطة (1984م) دراسة عن حاجات طلاب جامعة الكويت الإرشادية، تبين من خلالها أن طلبة الجامعة (ذكوراً وإناثاً) بحاجة إلى الإرشاد المهني والأكاديمي بالدرجة الأولى أكثر من حاجتهم إلى الإرشاد النفسي والتوافق مع البيئة (عقل ، 2000 : ص 15). كما أظهرت دراسة حسين (1985م) عن العادات والاتجاهات الدراسية لدى طلاب المرحلة الثانوية والجامعية، أن عدداً من العادات والاتجاهات الدراسية السلبية السائدة عند الطلاب تؤثر سلباً على تحصيلهم الدراسي .

من جانب آخر فقد نجم عن التقدم العلمي والتكنولوجي دخول دراسات ومهن جديدة مثل المعلوماتية، وعلم الفضاء، أدى إلى الحصول على المعارف والمعلومات بسرعة كبيرة، مما جعل الحاجة إلى التوجيه والإرشاد أكثر إلحاحاً، لتوجيه الأفراد إلى كيفية الاستفادة من هذه المعلومات المتجددة بالشكل الصحيح.

علاوة على ذلك فإن التعليم لم يعد فردياً Individualized، بل أصبح جماعياً mass وقد يكون التعلم عن بعد Distance، ووسط عدد كبير من الطلاب وكم هائل من المعلومات. وبناء على ذلك ازدادت المشكلات التي يعاني منها الطلاب، وبتفاعل هذه المشكلات مع مشكلات أخرى للمجتمع والأسرة والإعلام والاقتصاد، ظهرت مشكلات جديدة في حياة الطلاب، وقل دور الأسرة في الإشراف على الأبناء، بالإضافة إلى ظهور متغيرات أخرى. وهذا ما جعل الحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد أكثر من أي وقت مضى، كما ازدادت الحاجة إلى تطوير برامج للوفاء بحاجات الطلاب في مدرسة اليوم (الشناوي ، والتويجري، 1996) .

#### 4 – التقدم العلمي والتكنولوجي:

يزداد التقدم العلمي والتقني يوماً بعد آخر، فقد حقق خلال الخمسين سنة الماضية ما حققه في مائتي سنة سابقة، والآن نعيش في عصر المعلوماتية، عصر أصبحت فيه المعلومات متوفرة في مجالات

العلوم المختلفة ولكل من يبحث عنها، ويمكن الحصول عليها من أنحاء العالم المختلفة. وقد ترتب على ذلك صراع في كثير من الأحيان بين ما نحمله من قيم وأخلاقيات وعادات ومثل وأساليب حياة وبين ما نشاهده عبر وسائل الإعلام والاتصال الحديثة، مما أدى إلى ازدياد القلق والخوف من المستقبل، وانتشار الانحراف الاجتماعي والأخلاقي وبخاصة في صفوف الشباب من أبنائنا .

هذا ما دعى إلى وجود حاجة ماسة إلى تقديم خدمات التوجيه والإرشاد عبر برامج وقائية وتمائية وعلاجية للطلاب في المدارس بمراحلها المختلفة، والجامعات من أجل مواجهة هذا الغزو الفكري والإعلامي والثقافي الذي دخل عقولنا وبيوتنا رغماً عنا، وذلك بهدف اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة المشكلات النفسية والدراسية والاجتماعية المحتملة .

## الفصل الرابع عشر

### وسائل الإرشاد النفسي

أولاً: الملاحظة.

ثانياً: المقابلة.

ثالثاً: دراسة الحالة.

رابعاً: الاختبارات النفسية.

خامساً: السجل المجمع أو السجل الشامل.



## الفصل الرابع عشر

### وسائل الإرشاد النفسي

#### مقدمة:

تعد المعلومات التي يتم الحصول عليها عن المسترشد مهمة جداً لعملية الإرشاد النفسي، فهي مهمة للمرشد النفسي، إذ تجعله على بينة فيما يقوم به من إجراءات في عملية الإرشاد النفسي. كما أنها مهمة للمسترشد، حيث يتعرف من خلالها على جوانب القوة والضعف في شخصيته. فالمعلومات التي يتم الحصول عليها عن المسترشد في عملية الإرشاد تساعد على تحديد المشكلة، والتعرف على ما يعانيه بشكل دقيق، وما هي الإجراءات الممكن اتخاذها مع المسترشد ومدى استمرار عملية الإرشاد.

تتعدد وسائل جمع المعلومات في الوقت الحاضر نتيجة تطور التقنيات الحديثة، وأصبحت على درجة عالية من الدقة والموضوعية والسهولة في الاستخدام، ويتوقف اختيارنا لإحدى وسائل جمع المعلومات في العملية الإرشادية على مدى مناسبتها لطبيعة الموقف الإرشادي، ومدى مساهمتها في تحقيق أهداف العملية الإرشادية.

فقد يتطلب الموقف الإرشادي استخدام وسائل عديدة وذلك لقياس أكثر من جانب من جوانب الشخصية، كما أن استخدام أكثر من وسيلة يجعلها تكمل بعضها بعضاً، ويجعل المعلومات التي تحصل عليها أكثر دقة وأكثر موضوعية وثباتاً.

أهم وسائل جمع المعلومات عن المسترشد ما يلي:

أولاً - الملاحظة: Observation

تُعرف الملاحظة العلمية بأنها أداة علمية منظمة لدراسة سلوك المسترشد في المواقف التي يصعب

على المرشد استخدام أدوات علمية أخرى، وذلك بهدف مقارنة هذا السلوك مع سلوكياته في مواقف أخرى مختلفة، أو مع سلوك أشخاص آخرين خلال فترة زمنية معينة، بشرط أن يتم ذلك بدقة علمية، وتسجيل ما يُلاحظ، وتحليل ما يتم التوصل إليه من معلومات ومقارنتها مع ما تم التوصل إليه من معلومات بواسطة أدوات أخرى، وتفسير ما يلاحظ وذلك من أجل اتخاذ القرار المناسب في ضوء هذه المعلومات. ويمكن للمرشد أن يقوم بالملاحظة في مواقف الحياة اليومية الطبيعية، أو في مواقف التفاعل الاجتماعي المختلفة (في اللعب، في المناسبات الاجتماعية في المدرسة أو في الرحلات، أو في مواقف الإحباط، أو أوقات الراحة، أو مواقف القيادة أو التبعية..).

استخدمت الملاحظة في علم النفس لدراسة كثير من الظواهر مثل طرائق تنشئة الأطفال في الحضارة كما فعلت مارجريت ميد (M. Mead)، وكذلك دراسة تطور النمو العقلي - المعرفي كما فعل جان بياجيه (J. Piaget)، كما استخدمت في التمييز بين العصبيين والأسوياء كما فعل آيزنك (Eysenck) وذلك لمراقبة سلوكهم أثناء مواقف تجريبية محددة.

ولأهمية الملاحظة لا بد أن تتصف بالموضوعية والصدق والوضوح. وهذا يعني أنه من الضروري أن تكون الملاحظة مجردة من ذاتية الملاحظ، وأن يرى الملاحظ أداء المرشد السلوكي في موقف الملاحظة كما هو في الواقع، وأن يتمكن الملاحظ من صياغة السلوك الملاحظ بعبارات يمكن أن تقرأ بسهولة.

### أنواع الملاحظة:

تعدد أنواع الملاحظة نظراً لاختلاف الأهداف من عملية الملاحظة في أثناء العمل الإرشادي، واختلاف السلوك المطلوب ملاحظته ومدى إمكانية ملاحظته.

لذلك يمكن تحديد أهم أنواع الملاحظة المستخدمة في التوجيه والإرشاد كما يلي:

1. الملاحظة المباشرة:

يكون المرشد في هذا النوع من الملاحظة وجهاً لوجه مع المرشد، كملاحظة المرشد أثناء أدائه سلوكاً معيناً وهو يحدث في موقف طبيعي دون حدوث أي مقاطعة (كملاحظة المرشد للطفل وهو يلعب مع زملائه في المدرسة).

2. الملاحظة غير المباشرة:

وتتم دون أن يدرك المرشد أنه موضع ملاحظة من قبل المرشد. فقد يكون السلوك المطلوب ملاحظته غير مقبول اجتماعياً أو أخلاقياً (كالغش والسرقة والعدوان..)، مما يستدعي ملاحظته بصورة غير مباشرة من وراء ستار، أو في غرفة مخصصة لذلك.

3. الملاحظة بالمشاركة:

تقوم هذه الملاحظة على الاندماج الفعلي للملاحظ في الأنشطة المراد ملاحظتها، حيث يخلط أعضاء الجماعة بينه وبين باقي الأعضاء في الجماعة. ففي إحدى الدراسات سلّم المرشد نفسه لمؤسسات مختلفة للصحة النفسية مدعياً أنه يسمع بعض الأصوات (دافيد وف، 1983). تتميز هذه الملاحظة بأنها تتيح للملاحظ الاحتكاك المباشر بالمرشدين دون أن يعرفوا أنهم موضع ملاحظة وتسمى أحياناً الملاحظة غير المباشرة.

4. الملاحظة المنظمة الخارجية:

تُسمى أيضاً بالملاحظة العلمية المنظمة، حيث يقوم المرشد بملاحظة جوانب سلوكية معينة وفقاً لخطة موضوعية، حيث يضع النماذج الخاصة بتسجيل النتائج ومحكات تفسير ملاحظاته، ومثال ذلك عندما يلاحظ المرشد سلوك المرشد في حصة النشاط وهو يتبادل الأدوار مع زملائه، فهو يسجل ما يلاحظه في النماذج الخاصة التي يكون قد أعدها مسبقاً ويحكم على سلوك المرشد في ضوء المحكات

المعدة مسبقاً من قبل المرشد. فالملاحظة الخارجية يقوم بها شخص مدرب يسجل بدقة ما يلاحظه وفق خطوات معينة ووفقاً لخطة موضوعية محددة.

#### 5. الملاحظة المنظمة الداخلية:

يقصد بهذا النوع من الملاحظة، ملاحظة الشخص نفسه لنفسه (الاستبطان)، فهو يلاحظ مشاعره وأحاسيسه ورغباته... ثم يصفها بعبارات محددة. وهذه الملاحظة مهمة؛ لأنه لا يوجد أقدر من الشخص ذاته على معرفة نفسه. وهذه الملاحظة لا تصلح مع الأطفال الصغار والمعاقين عقلياً الذين لا يحسنون التعبير عن أنفسهم ومشاعرهم، كما تعد غير موضوعية عندما تستخدم مع الكبار لتدخل الذاتية بشكل كبير.

#### 6. الملاحظة العابرة (العرضية):

ملاحظة تتم بالصدفة وتأتي عرضاً دون أن يكون لها أهداف مسبقة ولا يتم الإعداد لها مسبقاً وتكون نتائجها غير دقيقة. ومثال ذلك ما يحدث من ملاحظة المعلم لسلوك الطالب في المدرسة وهو يلعب مع زملائه دون أن يعد مسبقاً لهذه الملاحظة. ولكن يمكن لهذه الملاحظة أن تعطي المرشد معلومات أولية عن المسترشد وتستثير عنده بعض التساؤلات من أجل أن يستعد لاحقاً للقيام بملاحظة السلوك المقصود بشكل أكثر تنظيماً.

#### 7. الملاحظة الدورية:

يتم هذا النوع من الملاحظة في فترات زمنية محددة، وتسجل حسب تسلسلها الزمني كل أسبوع أو كل شهر، ومثال ذلك ملاحظة المرشد أو المعلم لسلوك الغش عند التلميذ أثناء أدائه الامتحانات، أو ملاحظة ما يلاحظ ومدى التحسن الذي يظهر عند هذا التلميذ.

#### 8. الملاحظة المقيدة:

تكون هذه الملاحظة مقيدة بموضوع محدد أو بجوانب معينة من السلوك، حيث تفتقر الملاحظة على ما يراد ملاحظته، مثل ملاحظة المرشد للتلاميذ أثناء اللعب، أو أثناء الرحلات، أو ملاحظة سلوك المعلم وهو مع التلاميذ أثناء الحصة الدراسية.

#### خطوات إجراء الملاحظة العلمية:

يتم تنفيذ الملاحظة العلمية المنظمة ضمن خطوات أهمها:

##### أ- الإعداد للملاحظة:

يكون ذلك من خلال تجهيز الأدوات اللازمة للملاحظة (أداة التسجيل، أدوات التصوير...)، وتحديد أهداف إجراء الملاحظة، وتحديد السلوك المطلوب ملاحظته في موقف معين أو مواقف مختلفة، وتحديد المعلومات اللازمة التي سيتم جمعها من خلال الملاحظة.

##### ب- تحديد زمن إجراء الملاحظة:

لا بد من تحديد وقت إجراء الملاحظة، بحيث يكون مناسباً لكل من المرشد والمسترشد، وأن يكون زمن إجراء الملاحظة كافياً لملاحظة جوانب السلوك المراد ملاحظتها.

##### ج- تحديد مكان إجراء الملاحظة:

لا بد من تحديد مكان إجراء الملاحظة، كأن يكون في غرفة الصف، أو أثناء الرحلة، أو في غرفة خاصة للملاحظة مجهزة بأدوات التصوير والتسجيل اللازمة، أو في مكان يستطيع المرشد أن يلاحظ المسترشد دون أن يتمكن المسترشد من ملاحظته (من زجاج عازل)، حتى يكون سلوك المسترشد تلقائياً وعفويًا.

##### د- إعداد دليل الملاحظة:

## الصحة النفسية

لا بد من إعداد دليل الملاحظة من قبل المرشد ليتسنى له تحديد عينات السلوك المراد ملاحظتها، بحيث يتضمن المعلومات الخاصة عن حالته الجسمية والعقلية والنفسية والدراسية، وعن مواطن القوة والضعف عنده، وكذلك معلومات حول أسرته وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين.

### هـ - تحديد السلوك المراد ملاحظته:

لابد للمرشد من تحديد السلوك الذي سيلاحظه وتمييزه عن السلوكيات الأخرى والتي تحدث في مواقف معينة أو أوقات أخرى. فالمرشد مثلاً يلاحظ سلوك الخجل في أثناء الإجابة عن أسئلة المعلم في غرفة الصف لأن التلميذ قد يكون خجولاً في غرفة الصف، وجريئاً أثناء اللعب أو في الرحلات أو في المنزل.. إلخ.

### و- تنفيذ الملاحظة:

يتم البدء بإجراء الملاحظة من حيث تسجيل ما يلاحظه المرشد في الوقت المناسب بشكل دقيق، ثم يقوم بدراسة هذه الملاحظات وتحليلها والربط بينها وبين المعلومات المستقاة من أدوات أخرى (عقل، 2000:51).

### ز- تفسير السلوك الملاحظ:

يتم تفسير السلوك الملاحظ من قبل كل من المرشد والمسترشد في ضوء الخلفية الثقافية والاجتماعية والتربوية للمسترشد، وأن يكون هذا التفسير في ضوء الإطار المرجعي للمسترشد ذاته.

### ثانياً: المقابلة: Interview

#### ● مفهوم المقابلة:

يمكن تعريف المقابلة بأنها علاقة مهنية اجتماعية دينامية تفاعلية بين المرشد والمسترشد في جو

نفسى آمن يسودها الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف الحصول على معلومات عن المسترشد وذلك لشرح حالته وتفسيرها وتحليلها من أجل مساعدته على حل مشكلته.

فالمقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي تختلف عن المقابلة العادية التي تحدث عادة بين شخصين أو أكثر. فالمقابلة الإرشادية هي علاقة اجتماعية تتم وفق أسلوب علمي دقيق، وهي متطورة يزداد فيها التواصل بين المرشد والمسترشد، كما أنها محكومة بقواعد مهنية أخلاقية وقانونية تسودها السرية، كما يجب أن يسود المقابلة الجو النفسي الآمن والعلاقة الودية بين الطرفين ليتمكن المرشد من الحصول على المعلومات الصحيحة والدقيقة عن المسترشد والتي في ضوئها يتم توجيه العملية الإرشادية.

فالمقابلة هي الوسيلة الأولى الأساسية التي تستخدم في الإرشاد والعلاج النفسي، وهي من أساليب جمع المعلومات، يتم فيها التفاعل الاجتماعي بحرية تامة، حيث يعد هذا التفاعل والانسجام بين المرشد والمسترشد أساس العملية الإرشادية.

### أهمية المقابلة:

تعد المقابلة مهمة جداً في الإرشاد والعلاج النفسي لكثرة الاعتماد عليها وزيادة اهتمام المرشدين والمعالجين النفسيين بهذه الوسيلة. وتزداد أهمية المقابلة وقيمتها إذا قام بها مرشدون يتميزون بمهارات فنية عالية.

فالمقابلة الإرشادية مرحلة لا غنى عنها في الإرشاد والعلاج النفسي، إذ توفر الفرصة للمرشد لطرح ما يراه مناسباً من أسئلة على المسترشد، وكذلك ملاحظة انفعالاته وما يظهر عليه من حركات وأفعال أو غير ذلك. كما تتيح المقابلة الإرشادية أو العلاجية الفرصة للمسترشد ليتحدث مع المرشد أو المعالج النفسي ويستفسر عما يعانیه، والاستفسار عما ينتظره في المستقبل. فهي وسيلة مهمة، تتيح للمسترشد التبصر بذاته وبما يعانیه، وكذلك التعبير عن مشاعره بحرية، وتسهم في تطوير تفاعلاته الاجتماعية بما يحقق في النهاية الهدف العام من المقابلة، وهو إعادة بناء شخصية المسترشد

وتنميتها بحيث يمكن تعديل سلوكه أو تغييره (رفاعي، 1992، عمر، 1992).

ففي المقابلة الإرشادية أو العلاجية لا يصغي المرشد للمسترشد أو يستجيب له فحسب، بل يلاحظ بوعي تفاعله، فهو يعمل بوصفه ملاحظاً مشاركاً، ومن خلال ملاحظاته يتمكن من صياغة افتراضات توجه استجاباته وأسلوبه في المشاركة مما يجعل للمقابلة أهمية مضاعفة. كما تساعد المقابلة الإرشادية أو العلاجية في بناء شخصية المسترشد وتنظيمها، والحصول على معلومات عن تاريخه الشخصي وتمكن المرشد من تفحص الناحية العقلية عند المسترشد.

### أنواع المقابلة:

للمقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي أنواع عديدة تختلف باختلاف الهدف الذي تجري من أجله المقابلة، وهذا ما جعل العلماء يختلفون في تحديدهم لأنواع المقابلة، ومع ذلك يمكن تحديد أهم أنواع المقابلة كما يلي:

#### 1. المقابلة المبدئية:

هي أول لقاء بين المرشد أو المعالج النفسي والمسترشد، وتسمى بالمقابلة التمهيديّة، حيث يتم فيها التمهيد للمقابلات اللاحقة، وتحديد ما يتوقعه كل من المرشد والمسترشد من بعضهما بعض، وتحديد زمان إجراء المقابلات التالية ومكانها والاتفاق على ما سيتم اتخاذه من إجراءات في المقابلات اللاحقة.

#### 2. المقابلة الفردية:

تتم بين المرشد أو المعالج النفسي والمسترشد فقط.

#### 3. المقابلة الجماعية:

تتم بين المرشد أو المعالج النفسي وبين جماعة من المسترشدين الذين غالباً ما تتشابه مشكلاتهم.

ومثال ذلك ما يحدث بين المرشد الطلابي وبين مجموعة من الطلاب، أو مجموعة من الأحداث الجانحين.. إلخ.

#### 4. المقابلة التشخيصية:

تستخدم عادة لإجراء الاختبارات للكشف عن العوامل الكامنة وراء سلوك المسترشد، وكذلك للتأكد من وجود الأعراض التي تظهر عند المسترشد أو بعضها، وذلك بهدف تشخيص دقيق للحالة من أجل وضع خطة للإرشاد. كما يستخدم المرشد في هذه المقابلة الأسئلة والأجوبة، ويطلع على نتائج الاختبارات التي استخدمها للوقوف بشكل دقيق على معالم سلوك المسترشد.

#### 5. المقابلة الشخصية:

تسمى أيضاً مقابلة التوظيف، حيث تهدف إلى تحديد مدى مناسبة شخص ما لدراسة أو مهنة ما، إذ يتم من خلالها تحديد خصائص الشخص (الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية واللغوية)، ومدى مناسبتها للدراسة أو المهنة.

#### 6. المقابلة الإرشادية:

يستخدم كل من المرشد أو المعالج النفسي المقابلة الإرشادية بعد أن يتوصل إلى تشخيص حالة المسترشد، وهذه المقابلة تعد المحور الأساسي الذي تدور حوله عملية الإرشاد والعلاج النفسي ككل، حيث يمارس المرشد أو المعالج النفسي مع المسترشد الإرشاد أو العلاج النفسي وفق خطة معينة ليتمكن من مساعدة المسترشد في فهم ذاته، واتخاذ القرار السليم للتخلص من مشكلته. ومن خلال هذه المقابلة تدور المناقشات بين المرشد أو المعالج النفسي والمسترشد حول الأفكار الخاطئة التي يتبناها المسترشد حول مشكلته وحول العملية الإرشادية أو العلاجية، وذلك من أجل استثارة دافعيته لقبول الإرشاد أو العلاج النفسي.

من أجل ضمان نجاح هذه المقابلة لا بد للمرشد أو المعالج النفسي من مراعاة السرية التامة والموضوعية والبعد عن التأثير على المسترشد، وأن يكون من مستوى تأهيل وتدريب جيدين، وأن تكون سماته الشخصية مناسبة، مثل قدرته على تكوين علاقات إنسانية اجتماعية متبادلة، وسعة الاطلاع على الموضوعات ذات الصلة بالإرشاد النفسي.

### إجراءات المقابلة الإرشادية:

يتم إجراء المقابلة الإرشادية أو العلاجية وفق خطوات مرنة لا بد من مراعاتها حتى تسير سيراً ناجحاً، وأهم هذه الخطوات:

#### 1- الإعداد للمقابلة:

لا بد للمقابلة من تخطيط مسبق مرن يتضمن إعداد المرشد أو المعالج النفسي للخطوط الرئيسية للمقابلة وأسلوب بدء المقابلة، والأسئلة الأساسية في المقابلة، والأدوات اللازمة التي ستستخدم في المقابلة (أدوات تسجيل، اختبارات.. إلخ).

#### 2- تحديد زمان المقابلة:

لا بد من تحديد زمن كاف للمقابلة، حيث يختلف باختلاف حالة المسترشد بشرط أن يكون هذا الزمان كافياً لعرض الموضوعات التي يطرحها المسترشد، وأن يكون مناسباً لكل من المرشد أو المعالج النفسي والمسترشد. ويمكن لزمن المقابلة أن يتراوح ما بين 30-45 دقيقة. كما لا بد من تحديد موعد المقابلة خلال الأسبوع ويسعى المرشد جهده للمحافظة عليه، ويشجع المسترشد على التقيد به، وفي حال عدم التزامه بمواعيد المقابلة الإرشادية، يسعى المرشد إلى معرفة العوامل الكامنة وراء ذلك ويعمل على التغلب عليها.

#### 3- مكان المقابلة:

لا بد أن يكون مكان المقابلة في غرفة خاصة هادئة بعيدة عن الضوضاء وعن تدخل الآخرين، حيث يتم ضمان السرية والخصوصية، ويوفر للمرشد جواً يساعده على الراحة والطمأنينة والاسترخاء. ولا بد أن يكون في غرفة الإرشاد أثاث مريح ومناسب مع بعض الزهور المناسبة حتى يشعر المسترشد بالراحة.

#### 4- البدء المناسب:

إن البدء المناسب في المقابلة الإرشادية أو العلاجية يوفر الشرط الأساسي لحسن سيرها واستمرارها. ولهذا لا بد أن تبدأ المقابلة بالترحيب بالمسترشد ثم حديث عام (عن الطقس، أو عن صحة المسترشد،..) دون الإكثار منها حتى لا يشعر المسترشد بالضيق. ويشمل البدء أيضاً ابتسامة المرشد أو المعالج النفسي المريحة نفسياً للمسترشد، وكذلك المشاعر الودية المتسمة بالصدق والتعاطف الوجداني.

#### 5- تكوين علاقة تتسم بالألفة:

إن تكوين الألفة بين المرشد أو المعالج النفسي والمسترشد نقطة مهمة في المقابلة الإرشادية أو العلاجية حيث تتضمن الألفة الاحترام والفهم والثقة المتبادلة بين الطرفين، وكذلك حسن اختيار موضوعات المحادثة بما يسمح بحسن الانطلاق في الحديث والحوار الحسن، وذلك من خلال تهيئة مناخ يحتوي على الدفء والقبول الذي يشعر المسترشد بدافع قوي لتقبل العمل الإرشادي دون خوف أو تردد، و المرشد أو المعالج النفسي الخبير يتفادى الإطالة في الحديث أو طرح الأسئلة التي تمس المسترشد بأذى أو تثير حساسيته.

#### 6- الطرح السليم للأسئلة ولوضوعات المناقشة:

لا بد للمرشد أو المعالج النفسي من أن يحسن طرح الموضوعات أثناء المقابلة الإرشادية أو

العلاجية وذلك من خلال حسن صياغة الأسئلة وتوجيهها حيث يشعر المرشد بأهمية الإجابة عليها بصدق. وهذه الأسئلة يجب ألا تكون قليلة تؤدي إلى تجاوز جوانب لابد من تناولها، ولا كثيرة تشتت انتباه المرشد. كما يفضل عدم الإكثار من الأسئلة التي تكون إجاباتها بنعم أو بلا، لأنها غير كافية وتنتهي بالمرشد إلى السكوت. ولذلك يمكن للمرشد أن يسأل: ما رأيك في دروس قواعد اللغة العربية؟ بدلا من القول: هل تحب دروس اللغة العربية؟

كما يجب أن تطرح الأسئلة بصورة محددة، حيث تكون مباشرة وواضحة، وألا يطرح المرشد الأسئلة التي تُكره المرشد على الإجابة عليه. كما يجب على المرشد ألا يستخدم الأسئلة العشوائية، وأن يحسن توقيت طرح الأسئلة التي تتعلق بالمشكلة، بحيث لا تطرح الأسئلة في بداية المقابلة حتى لا يفاجأ المرشد بها وتؤدي إلى خوفه أو خجله أو مقاومته في إعطاء المعلومات المهمة. من جهة أخرى لا بد للمرشد أو المعالج النفسي أن يطرح أسئلته بصراحة مهما كانت حساسة ودون تردد حتى يشجع المرشد الإجابة عليها بصراحة أيضاً دون خجل أو خوف. كما يجب ألا تكون أسئلة المرشد منفرة للمرشد، بحيث تجعله أحياناً ينسحب من المقابلة لا يعود إليها ثانية.

### 7- المواجهة المناسبة لأسئلة المرشد:

قد يطرح المرشد أثناء المقابلة سؤالاً أو أكثر يدور حول مشكلته ومستقبلها، مما يوجب على المرشد أو المعالج النفسي الإجابة عليها بما يلزم، لأن الامتناع عن الإجابة على هذه الأسئلة يكون فيه إيذاء للمرشد. كما أن الجواب الصادق إذا قدم بشكل فج أو مبالغ فيه قد يسيء للمرشد. ولهذا لا بد للمرشد أو المعالج النفسي أن يقدم الإجابة على أسئلة المرشد بما يخدم التشخيص والإرشاد، وأن يقدم الإجابات الصادقة بوضوح بعد تهيئة المرشد لذلك تدريجياً.

### 8- الصمت والإنصات:

لا بد في المقابلة الإرشادية أو العلاجية أن يكون صمت المرشد أكثر من كلامه، وأن يكون هذا الصمت بعقل واع واهتمام كبير، وأن يعبر عن مشاركة انفعالية مناسبة بما يمكن المرشد من الحديث بحرية ودون مقاطعة لما يطرحه من آراء وأفكار. كما يتحقق الإنصات الإيجابي عن طريق التواصل البصري بين المرشد والمرشد أو هز الرأس من قبل المرشد إشعاراً بالإيجاب للمتحدث.

### 9- عكس المشاعر الانفعالية للمرشد وأقواله:

يقصد بعكس المشاعر الانفعالية أن يقوم المرشد أو المعالج النفسي بعكس ما يصدر عن المرشد من انفعالات وذلك استجابة له، حيث تتضمن عبارات المرشد أو المعالج النفسي المعنى نفسه الذي تتضمنه عبارات المرشد بصورة مباشرة أو غير مباشرة، لفظية أو غير لفظية، وذلك بهدف إظهار فهم المرشد لما يقوله ويفعله المرشد أثناء المقابلة، وكذلك إشعار المرشد بأنه يشاركه مشاعره وأحاسيسه من وجهة نظر المرشد ومن خلال إطاره المرجعي. ومثال ذلك عندما يشعر المرشد أو المعالج النفسي أن المرشد حزين ويعاني نتيجة ذلك من آلام نفسية، فإنه يعكس له هذه المشاعر بقوله: ألا ترى أن هذا الموضوع هو سبب حزنك؟ إن مثل هذا الانعكاس يجعل المرشد أكثر استعداداً لمناقشة الخبرات الحزينة ويحثه على الاستمرار في الحديث عنها.

من جانب آخر فإن الانعكاس في المقابلة يكون بعكس محتوى الموضوع الذي يتحدث عنه المرشد وذلك عندما يشعر المرشد أن المرشد يسهب في الحديث عنه، أو يحاول الابتعاد عن الموضوع الأساسي للمشكلة، أو يردد بعض الكلمات بصورة بيغواوية. مثلاً عندما يسهب في وصف تصرفاته وتصرفات الآخرين في المدرسة، يتدخل المرشد من خلال عكس محتوى ما يتحدث عنه المرشد قائلاً: إنك لا تستطع العودة إلى المدرسة بعد الشجار الذي حدث مع زملائك..، وهذا الانعكاس يسمح بإعادة التركيز على الفكرة الرئيسة أو على موضوع الحديث الذي كان يتحدث عنه المرشد مع المرشد أو المعالج النفسي. كما يمكن للمرشد أو المعالج النفسي أن يذكر بعض

الكلمات أو كلمة تشجع المسترشد على الاستمرار في الحديث مثل قوله: "نعم، صحيح، وماذا بعد ذلك؟، أو آه..". وهذا من شأنه أن يساعد المسترشد ويشجعه على الاستمرار في الحديث بارتياح وجدية واطمئنان.

إن عكس المرشد أو المعالج النفسي للمشاعر الانفعالية للمسترشد يساعده على رؤية نفسه بصورة أفضل، ويتعرف على مشاعره الحقيقية واتجاهاته المضطربة، كما يمكنه من المحافظة على أفكاره والاستمرار في الحديث عن المشكلة أثناء المقابلة ومساعدته على ترجمتها إلى سلوك مقبول. كما أن عكس المشاعر الانفعالية للمسترشد يؤدي إلى اكتشاف ما هو صحيح وما هو خاطئ في جوانب شخصية المسترشد وسلوكه، مما يمكنه من تصحيح مسار الجوانب السليمة، وتعزيز الجوانب الإيجابية (جميل الليل، 1998).

ولا بد للمرشد أو المعالج النفسي أن يكون متنبهاً إلى أن العبارات التي يعكسها للمسترشد لاتؤدي إلى مبالغته في الحديث، أو تعيقه عن الحديث عن الجوانب الأخرى للمشكلة، أو لا تثير التهديد أو الخوف عنده، حيث تمنعه من التفاعل والتعاون أثناء المقابلة.

#### 10- تخفيف قلق المسترشد:

قد يشعر المسترشد بالقلق أثناء المقابلة الإرشادية وذلك نتيجة خوفه من نتائج حديثه عن مشكلته، لخوفه من نتائج الاختبارات النفسية التي طبقت عليه؛ حيث يظهر القلق على شكل تعرق أو تعثر في الحديث أو عدم الارتياح أو التملل أثناء المقابلة. ولذلك فإن واجب المرشد أو المعالج النفسي عند شعوره بظهور القلق عند المسترشد أن يعمل على تشجيع المسترشد على الحديث عن أسباب قلقه، وذلك بسؤاله عما يقلقه ومناقشته في هذه الأسباب، وأن يسعى إلى التخفيف من حدة قلقه لكي يستمر في إكمال المقابلة بفعالية، وأن يشجعه على التعاون معاً مع توضيح النتائج الإيجابية المترتبة على ذلك التعاون.

**11- توضيح ما يصدر عن المسترشد من كلمات وعبارات:**

من أجل المحافظة على حسن سير المقابلة، يجب أن تكون الكلمات والعبارات التي تطرح مفهومة لكل من المرشد أو المعالج النفسي و المسترشد، ويتوجب على المرشد أن يعرف ما تعنيه كلمات وعبارات المسترشد من وجهة نظر المسترشد ذاته ومن خلال إطاره المرجعي. ومثال ذلك أن يذكر المسترشد أنه يعاني من مشكلة نفسية، أو أنه معقد، أو أنه متوتر، أو أنه ينام قليلاً، أو يذكر كثيراً دون جدوى... وهنا يجب على المرشد أو المعالج النفسي أن يستوضح من المسترشد ما تعنيه هذه المصطلحات؛ لأن فهمها نسبي ويختلف من شخص إلى آخر.

**12- الانتقال من موضوع إلى آخر:**

على المرشد أو المعالج النفسي أن يكون ماهراً عند الانتقال من موضوع إلى آخر أثناء المقابلة الإرشادية، وأن يتأكد من أن المسترشد مستعد لهذا الانتقال، إذ إن الانتقال المتسرع أو المفاجئ من موضوع إلى آخر يولد بعض الشكوك لدى المسترشدين وذلك فيما يتعلق بالموضوع الأول، وبعضهم الآخر يشعر بالضيق جراء ذلك. ولذلك لا بد للمرشد أو المعالج النفسي من العمل بمهارة على إزالة شكوك المسترشد عند وجودها ليبعد الأذى الذي يمكن أن يلحق بالمسترشد، ويبعده عن زعزعة ثقته بالمرشد.

لهذا على المرشد أو المعالج النفسي ألا يكون متسرعاً، وأن يتأكد من أن الموضوع الذي يرغب في الانتقال منه قد استكمل نقاشه، وأن الأسئلة التي طرحت حوله قد كانت كافية ومناسبة.

من العبارات التي يمكن للمرشد أو المعالج النفسي استخدامها عند الانتقال من موضوع إلى آخر مثلاً: "والآن يمكننا أن نتحدث عن موضوع آخر إذا لم يكن لديك مانع من ذلك".

**13- تحليل المعلومات التي يقدمها المسترشد أثناء المقابلة:**

لا بد للمرشد أو للمعالج النفسي من تحليل المعلومات التي يدي بها المسترشد أثناء المقابلة، إذ من المفروض أن تكون معلومات المسترشد منظمة ومفهومة ومقبولة ومنسجمة مع سلوكه. أما إذا حدث أن كانت أقوال المسترشد متناقضة مع سلوكه، فإن على المرشد أن ينيهه بأسلوب لبق إلى ذلك، ويجاوب مع المسترشد البحث عن أسباب هذا التناقض، وما هي المشاعر الانفعالية للمسترشد الكامنة وراء ذلك بأسلوب خال من التهديد أو النقد اللاذع.

#### 14- عدم مبالغة المرشد أثناء حديثه عن نفسه وخبراته:

يلجأ بعض المرشدين أو المعالجين النفسيين إلى الحديث عن خبراتهم ومعاناتهم، وتصرفهم إزاء ذلك، وخاصة إذا كانت هذه الخبرات مشابهة لما يعانيه المسترشد، وذلك ظناً منه أن في ذلك تخفيفاً لمعاناة المسترشد، وحثه على التفاعل اللازم أثناء المقابلة. ويجذب بعض المهتمين بالإرشاد والعلاج النفسي هذا الأسلوب، إلا أن البعض الآخر لا يجذب ذلك، لأن لكل شخص ظروفه وله قدراته في مواجهة مشكلاته. وفي حالة حديث المرشد أو المعالج النفسي عن خبراته ومعاناته، لا بد أن يكون ذلك في الحدود التي تسهل عملية المقابلة دون أن تتحول المقابلة إلى حديث المرشد أو المعالج النفسي وصمت المسترشد.

#### 15- مساعدة المسترشد على اتخاذ القرارات المناسبة:

إن الهدف الأساسي للعمل الإرشادي هو مساعدة المسترشد ليصبح قادراً على فهم نفسه وقدراته والتعبير عن مشاعره بجرية والتوصل إلى قرار بشأن مشكلته. لذلك فإن اتخاذ القرار النهائي بشأن المشكلة هو قرار المسترشد، وعلى المرشد النفسي ألا يتسرع في تقديم الحلول الجاهزة للمسترشد.

#### 16- إنهاء المقابلة:

يمهد المرشد أو المعالج النفسي للمسترشد تدريجياً بقرب انتهاء المقابلة الإرشادية، حيث يعمل على تلخيص المهم من أقوال المسترشد، حيث يقول: لقد وصلنا في هذه الجلسة إلى.. وفي الجلسة القادمة سنكمل... ويتم الاتفاق مع المسترشد على موعد للمقابلة القادمة، ثم يقوم بتوديعه على أمل اللقاء به ثانية.

### ثالثاً- دراسة الحالة: Case Study

#### مفهوم دراسة الحالة:

تعد دراسة الحالة من أكثر الوسائل استخداماً في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، فهي تمد المرشد أو المعالج النفسي بمعلومات مهمة عن حياة المسترشد وتاريخه النمائي والأسري والاجتماعي، والصعوبات التي يمر بها. فدراسة الحالة أسلوب منظم لجمع المعلومات عن المسترشد من خلال وسائل جمع المعلومات الأخرى كالملاحظة والمقابلة والاختبارات وغيرها.

لذلك يمكن تعريف دراسة الحالة بأنها: أسلوب منظم لجمع المعلومات عن المسترشد في ماضيه وحاضره والتي يتم الحصول عليها من خلال وسائل جمع المعلومات الأخرى كالملاحظة والمقابلة والاختبارات... وغير ذلك من وسائل، بهدف دراسة شخصية المسترشد من جوانبها كلها، وتحديد مشكلاته وتشخيصها ومعرفة أسبابها، والتوصل إلى القرار المناسب بشأنها.

لذلك فإن المرشد أو المعالج النفسي بالإضافة إلى جمعه للمعلومات عن المسترشد من خلال أسلوب دراسة الحالة، فإنه يقوم بتسجيلها وتحليلها وتفسيرها، بهدف تشخيص دقيق لمشكلته والوصول إلى خطة إرشادية بالاتفاق مع المسترشد لمساعدته الوصول إلى حل مناسب لمشكلته قدر الإمكان.

أهمية دراسة الحالة:

يمكن تلخيص أهمية دراسة حالة المرشد في الآتي:

- 1- تعطي فكرة شاملة وواضحة عن المرشد، حيث تتيح فهماً أفضل لحالته.
- 2- تمكن المرشد أو المعالج النفسي من تلخيص المعلومات التي جمعها حول المرشد وتكاملها.
- 3- تساعد المرشد أو المعالج النفسي في تشخيص حالة المرشد، ووضع إستراتيجية إرشادية مناسبة من أجل معالجتها.
- 4- تساعد المرشد أو المعالج النفسي على وضع خطة مناسبة بشأن الخطوات التي يمكن اتباعها.
- 5- تستخدم مع المرشد لتدريب المرشدين والمعالجين النفسيين المبتدئين، لأنها وسيلة سهلة الاستعمال وواضحة الخطوات.

#### مهارات المرشد في دراسة الحالة:

نظراً لأهمية دراسة الحالة وأهمية المعلومات التي يتم الحصول عليها عن المرشد، لا بد للمرشد من أن يتمتع بمهارات معينة تمكنه من الوصول إلى هدفه بشكل صحيح، وأهم هذه المهارات:

أ- **مهارة الحصول على المعلومات وتسجيلها:** على المرشد أو المعالج النفسي أن يسعى من أجل الحصول على المعلومات عن مشكلة المرشد من مصادرها المختلفة، ثم يقوم بتسجيلها في عبارات إجرائية واضحة، بعيدة عن الاختصار المخل أو الإسهاب الممل، وأن يتعد عن المصطلحات الفنية المعقدة.

ب- **مهارة تحليل المعلومات:** لا بد للمرشد أو المعالج النفسي بعد جمع المعلومات وتسجيلها أن ينظر إليها نظرة متفحصية، محاولاً فهم ما تتضمنه هذه المعلومات وعلاقة هذه المعلومات بمشكلة المرشد، والنظر إليها نظرة تكاملية.

ج- مهارة تفسير المعلومات: يجب على المرشد أو المعالج النفسي عدم التسرع في تفسير حالة المسترشد ومحاولة جمع الأدلة الكافية التي تمكنه من الوصول إلى تفسير موضوعي لمشكلة المسترشد.

د- مهارة التنبؤ بمآل الحالة: على المرشد أو المعالج النفسي أن تكون عنده القدرة الكافية على التنبؤ بما ستؤول إليه حالة المسترشد، وما هي العقبات التي ستعترض المسترشد والإجراءات التي يمكن اتخاذها بشأن ذلك.

#### المعلومات التي تتضمنها استمارة دراسة الحالة:

تتضمن استمارة دراسة الحالة جميع المعلومات عن حالة المسترشد من جوانبها كلها، حيث تنظم هذه المعلومات على شكل خطوط عريضة مثلة على المرشد أو المعالج النفسي أن يتقيد بها مع الانتباه إلى ما يطرأ على حالة المسترشد من تطورات. وأهم الجوانب التي تشتمل عليها استمارة دراسة الحالة والتي يمكن استخدامها مع الطلاب في المدارس والجامعات ما يلي:

#### استمارة دراسة حالة

• الهوية الشخصية:

الاسم: العمر(تاريخ الميلاد): الجنس:  
الحالة الاجتماعية: المستوى التعليمي: مكان السكن:  
الترتيب الميلادي في الأسرة: رقم الهاتف:

• المشكلة الأساسية للمسترشد:

-الأعراض النفسية:

-الأعراض الجسمية:

-تاريخ المشكلة أو الاضطراب النفسي:

-الظروف التي رافقت ظهور المشكلة أو الاضطراب النفسي:

• التاريخ الصحي للمسترشد:

-الفحص الطبي الشامل (حواس، غدد، أعصاب، قلب، جهاز هضم...):

-الأمراض أو المشكلات النفسية التي أصيب بها سابقاً:

-الأمراض الجسمية التي أصيب بها المسترشد سابقاً:

-حالة الحواس عند المسترشد:

-المخاوف التي عانى منها أو يعانى منها المسترشد:

• -التاريخ الصحي للأسرة:

-الأمراض النفسية أو العقلية في الأسرة أو في الأصول أو الفروع:

-الأمراض الجسمية في الأسرة (سابقاً وحالياً):

• الخلفية الأسرية للمسترشد:

## الصحة النفسية

- عمر الوالد: –عمر الوالدة: –مستوي تعليم الوالد:
- مستوي تعليم الوالدة: –العلاقات بين الوالدين:
- عمل الوالد: –عمل الوالدة: –العادات الرئيسية للوالد:
- العادات الرئيسية للوالدة: –عدد الأخوة والأخوات في الأسرة:
- الدخل الشهري للأسرة: –العلاقات بين الوالدين والمسترشد:
- نوع سكن الأسرة: – ملك
- العلاقات بين الوالدين والأخوة: –موقف المسترشد من والديه:
- موقف الوالدين من المسترشد:
- علاقة المسترشد بإخوته:
- أسلوب تعامل الوالد مع المسترشد:
- أسلوب تعامل الوالدة مع المسترشد:
- التاريخ الدراسي:
- مستوى التحصيل الدراسي للمسترشد:
- سنوات الرسوب عند المسترشد خلال دراسته:

-موقف المرشد من زملائه في المدرسة والجامعة:

-موقف المرشد من أساتذته:

-مستوى توافق المرشد مع زملائه:

-مستوى توافق المرشد مع أساتذته:

-مستوى الطموح عند المرشد:

-النشاطات التي شارك فيها المرشد أو يشارك فيها حتى الآن:

• علاقات المرشد الاجتماعية:

هل يشارك في نشاطات اجتماعية معينة (زيارات، لقاءات، حفلات...)?

• قدرات المرشد العقلية:

-الاختبارات العقلية المستخدمة:

-مستوى ذكاء المرشد:

-مستوى انتباه المرشد وتركيزه:

-مستوى ذاكرة المرشد:

• عادات المرشد الرئيسية وهواياته:

-أهم العادات التي يتمسك بها المرشد (تدخين، مشروبات، قهوة...إلخ):

- أهم الهوايات التي يمارسها المسترشد (رياضة، فنية، اجتماعية... إلخ):

• السلوك العام للمسترشد:

- مدى اهتمام المسترشد بمظهره:

- حالة المسترشد الانفعالية أو المزاجية (خجول، حساس، متسرع... إلخ):

- تعبيرات الوجه عند المسترشد:

- نشاط المسترشد العام:

- النوم والأحلام عند المسترشد (كثير النوم، يتكلم أثناء النوم، يحلم أحلاما مزعجة، يمشي أثناء النوم، يصعب عليه

الدخول في النوم... إلخ):

• تشخيص الحالة:

يتم من خلالها الربط بين الأسباب والأعراض بما يفيد تفهم المشكلة لمساعدة المسترشد في تقديم الخدمات الإرشادية اللازمة

وأهم جوانب التشخيص:

• حجم المشكلة:

- الظروف والمواقف التي تتكرر فيها المشكلة:

- أسباب المشكلة:

- العوامل التي تساعد علي استمرار المشكلة:

● الخطة الإرشادية المقترحة:

يضعها المرشد بهدف مساعدة المسترشد في التغلب على مشكلته من خلال الاستفادة مما يملكه من طاقات وإمكانات بالتعاون مع الجهات المحيطة ذات العلاقة (والدين، مدرسين، إدارة..).

● متابعة الحالة:

التاريخ	الخطوات التنفيذية المتخذة

ويري عمر (1992) أنه لا بد للمرشد أو المعالج النفسي عند تسجيله للمعلومات المتعلقة بدراسة الحالة من مراعاة الاعتبارات التالية:

أ- تجنب استخدام ضمير المتكلم، وكذلك ضمير المخاطب، واستبدالها بضمير الغائب ليبدل على كل من المرشد والمسترشد.

ب- تجنب استخدام الجمل الطويلة والصياغة الإنشائية حتى لا تسبب اضطراباً لمن يقرأ تقرير دراسة الحالة.

ج- تجنب تسجيل مشاعر المرشد أو المعالج النفسي وأحاسيسه وظنونه حول المسترشد ومشكلته على زعم أنها حقائق تم الحصول عليها من المعلومات المتاحة بين يديه، بل يجب الإشارة دائماً إلى أن ما يسجل عن المسترشد وعن مشكلته مستمد من تلك المعلومات.

د- تجنب التنبؤ بما سيكون عليه المسترشد بناءً على معلومات متشابهة تخص مسترشداً آخر، وأن

يكون التنبؤ بناء على معلومات تخص المرشد الذي تسجل لدراسة حالته.

هـ- تجنب تسجيل البدائل والخيارات المتاحة للمرشد على أنها خيارات إلزامية تجبره على قبولها، وليكن التسجيل في صورة عرض البدائل والخيارات دون إلزام.

#### رابعاً- الاختبارات النفسية: Psychological Test

تعد الاختبارات النفسية من أهم وسائل جمع المعلومات وأدقها عن المرشد ودراسة سلوكه، وبخاصة إذا توفرت فيها شروط الاختبارات الجيدة كالصدق والثبات والموضوعية والشمول، إذ عن طريق الاختبارات النفسية يتمكن المرشد من دراسة بعض الخصائص عند المرشد كالقدرات والاستعدادات والميول والاتجاهات والقيم وغيرها. ولقد استخدمت الاختبارات النفسية في ميادين كثيرة، وخاصة في مجال التربية والتعليم، إذ استخدمت للكشف عن قدرات التلاميذ، والتعرف على خصائصهم النفسية والاجتماعية، كما استخدمت في الإرشاد النفسي لأغراض تشخيصية وتنبؤية وعلاجية، واستخدمت في مجال العلاج النفسي من أجل تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية، واستخدمت في مجال الإدارة لتقييم إنتاج العاملين والمساعدة في تطوير أدائها، كما استخدمت الاختبارات النفسية في مجال الصناعة والتجارة والمهن الأخرى لاختيار الأفراد المناسبين للمهن المناسبة لهم.

هذا يمكن تعريف الاختبار بأنه: أداة علمية تتكون من مجموعة من المواقف المقننة وفق معايير مناسبة للبيئة التي يطبق فيها الاختبار، وذلك بهدف قياس جوانب محددة في شخصية المرشد بصورة أقرب إلى الموضوعية يعبر عنها قولاً أو بالكتابة أو بالعمل.

إن استخدام الاختبارات النفسية المقننة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي يزداد استخدامها يوماً بعد آخر، وخاصة في مجال الإرشاد المدرسي، ولكن لا بد من الانتباه إلى ضرورة عدم الإكثار من

استخدامها بسبب أو من دون سبب، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج عكسية ويفقد الاختبارات قيمتها. ولهذا ينصح بعدم استخدام الاختبارات النفسية إلا إذا دعت الحاجة إلى ذلك.

### أهمية الاختبارات النفسية في التوجيه والإرشاد:

يؤكد معظم علماء النفس أن للاختبارات النفسية أهمية كبرى في عمليات التشخيص **Diagnosis**، والعلاج **Therapy**، والتقييم **Evaluation**، والتنبؤ **Prediction**، إذا استخدمت بصورة صحيحة، ويمكن تلخيص أهمية هذه الاختبارات في مجال الإرشاد والعلاج النفسي في الآتي:

- 1- تستخدم من أجل الحصول على معلومات مهمة ودقيقة عن شخصية المسترشد: فالطالب الذي يشكو من ضعف في الرياضيات، قد تكون شكواه نتيجة ذكائه المحدود، أو ضعف استعداده في الرياضيات، أو لأنه لم يكتسب المهارات الأساسية في الرياضيات التي تمكنه من استيعاب منهج الرياضيات جيداً.
- 2- تستخدم في مساعدة المسترشد من أجل الاختيار السليم للدراسة أو المهنة معينة بما يتناسب مع استعداداته وقدراته وميوله.
- 3- تستخدم في معرفة المتفوقين والموهوبين مبكراً، مما يساعدهم في رسم الخطط المناسبة التي تهدف إلى رعايتهم وإزالة العوائق التي تعرقل نموهم العقلي والنفسي والاجتماعي والتربوي... لتتمكن من الاستفادة من مواهبهم إلى أقصى حد ممكن.
- 4- يمكن أن تكون الاختبارات النفسية نقطة البداية أثناء المقابلة الإرشادية، حيث تتيح للمسترشد الكشف عن الأسباب الخفية الكامنة وراء سوء توافقه الدراسي (كالعدوان المكبوت، أو لضعف في القدرات، أو لضعف في الميول...).

5- تعد وسيلة مهمة من وسائل العلاج النفسي، حيث يتمكن من التنفيس عن انفعالاته المكبوتة من خلال إجاباته عن عبارات الاختبار الغامضة في الاختبارات الإسقاطية (اختبار رورشاخ، اختبار تفهم الموضوع...).

6- تساعد في الحصول على معلومات عن المسترشد بصورة أقرب إلى الموضوعية.

7- تعد أداة مهمة تساعد في تقييم عمل المرشد أو المعالج النفسي، وتقييم البرامج الإرشادية والعلاجية المستخدمة، مما يتيح للمرشد أو للمعالج النفسي فرصة تعديل أساليب الإرشاد أو العلاج النفسي وتعديل البرامج المستخدمة من أجل الوصول إلى الأهداف المنشودة.

#### بعض الاعتبارات المهمة في تطبيق الاختبار النفسي:

عند تطبيق الاختبار النفسي من قبل المرشد أو المعالج النفسي، لا بد له من مراعاة الاعتبارات

التالية:

1- الاختيار الدقيق للاختبار الذي يساعد في تحقيق الهدف الذي يرمي إليه المرشد أو المعالج النفسي.

2- أن يشرح المرشد أو المعالج النفسي للمسترشد الهدف من تطبيق الاختبار، وأهمية النتائج التي سيتوصل إليها في جو من الألفة والثقة والتفاهم والسرية.

3- أن يشرح المرشد أو المعالج النفسي للمسترشد كيفية إجراء الاختبار، ويحدد الزمن اللازم لتنفيذه.

4- أن يلاحظ المرشد أو المعالج النفسي ما يعترى المسترشد من انفعالات أثناء إجابته على بنود الاختبار (اضطراب، قلق، عدم اهتمام...).

5- أن يكتب المرشد أو المعالج النفسي تقريراً خاصاً عن نتائج الاختبار الذي تم تنفيذه من قبل

المسترشد بعبارات سهلة وواضحة حتى تتم الاستفادة منه لأغراض إرشادية أو تشخيصية.  
6- أن يتقيد المرشد أو المعالج النفسي بالمبادئ الأخلاقية النازمة لتطبيق الاختبارات النفسية وتفسيرها.

### بعض الاختبارات والمقاييس النفسية المستخدمة في الإرشاد:

#### أولاً- اختبارات القدرات العقلية ومنها:

أ- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء: وضع هذا المقياس العالم الفرنسي بينيه عام (1905) ثم طوره العالمان تيرمان وميريل من جامعة ستانفورد في ولاية كاليفورنيا، وعمل له مراجعات عديدة كان آخرها عام (1986). يستخدم مقياس ستانفورد-بينيه للكشف عن الذكاء والاستعداد الدراسي، كما يستخدم أيضاً لأغراض تربوية وإرشادية.

ب - مقياس وكسلر لذكاء الراشدين: وضع هذا المقياس العالم وكسلر Weckler، ونشر لأول مرة عام 1939، وله عدة مراجعات كان آخرها مراجعة عام (1981). يستخدم هذا المقياس لقياس الذكاء، ولتشخيص الاضطرابات النفسية وتدهور الوظائف العقلية.

ج- اختبار تورانس للتفكير الابتكاري: نشر تورانس Torrance هذا الاختبار عام (1966)، وله مراجعات عديدة كان آخرها عام 1973. يستخدم هذا الاختبار للكشف عن الأفراد الذين يمتلكون قدرات إبداعية.

د- اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن (R.P.M.): أعد العالم الإنجليزي (رافن) هذا الاختبار في إنجلترا، حيث يتكون من (60) مصفوفة للكبار والمراهقين، و (36) مصفوفة ملونة للصغار (C.P.M.). يستخدم اختبار (رافن) للكشف عن القدرة العقلية العامة، ولتشخيص من يعانون من صعوبات في القراءة، إذ تستخدم المصفوفات المتقدمة من أجل انتقاء الأفراد من ذوي القدرات العقلية

المرتفعة والذين يمتازون بقدر أكبر من الدقة.

### ثانياً- اختبارات الشخصية:

من أهم اختبارات الشخصية ما يلي:

#### أ- اختبار الشخصية المتعدد (M.M.P.I.) :

ألف هذا الاختبار هاثوي وماكنلي عام (1943)، وله مراجعات عديدة آخرها كان عام (1970)، ويستخدم مع الأفراد من سن 16-55 سنة. يساعد هذا الاختبار في الكشف عن شخصية المسترشد مثل توهم المرض والهستيريا والسيكاثينيا والهوس الخفيف والانقباض والانحراف السيكوباتي والبارانويا والفصام والانطواء الاجتماعي والذكورة والأنوثة.

#### ب- قائمة آيزنك للشخصية (E.P.Q.) :

ألف هذه القائمة العالم الإنجليزي آيزنك Eysenck عام (1959) وعمل لها مراجعات عديدة منها عام (1964)، وعدلت عباراتها بصورة نهائياً؛ حيث أصبحت (90) عبارة، وتستخدم من سن 16 سنة فما فوق لتشخيص الاضطرابات السلوكية مثل الميول الذهانية والميول العصابية والانبساط مقابل الانطواء والعدوانية والكذب.

#### ج- اختبار بيك للاكتئاب (B.D.I.) :

ألف هذا الاختبار الطبيب النفسي بيك (Beck)، حيث يتكون هذا الاختبار من (21) عبارة يطبق على المراهقين والشباب فما فوق، وهو يفيد في تشخيص حالات الاكتئاب عند الأفراد. هناك مقاييس كثيرة للشخصية مثل: مقياس الصحة النفسية الأمان- عدم الأمان لأبرهام ماسلو، ومقياس الشعور بالوحدة النفسية لراسل Russell، ومقياس قلق الامتحان لسيلبيرجر

Spilberger، وغير ذلك من مقاييس.

### خامساً- السجل المجمع أو السجل الشامل: Cumulative Record

يطلق على السجل المجمع عادة اسم السجل الشامل، وهو من الوسائل المهمة في مجال التوجيه والإرشاد الطلابي، لأنه يتضمن معلومات شاملة عن التلميذ من بداية حياته المدرسية وحتى لهايتها. ولهذا فإن لكل تلميذ في المدرسة سجلاً خاصاً به ( بطاقة مدرسية) تسجل فيها كل المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال وسائل جمع المعلومات الأخرى، وينتقل معه من مرحلة دراسية إلى مرحلة دراسية أخرى.

فالسجل المجمع عبارة عن سجل تراكمي تباعي منظم (يمكن حفظه بالحاسب الآلي) لنمو التلميذ في جوانب شخصيته كلها: الجسمية والعقلية والمعرفية، والنفسية والاجتماعية، وفق ترتيب زمني معين ، يستمر طيلة سنوات الدراسة، ويمكن استخدامه كأداة تشخيصية وإرشادية وقائية ومثالية.

#### أهمية السجل المجمع في التوجيه والإرشاد:

نظراً لما يتضمنه السجل المجمع من معلومات شاملة عن التلميذ في جوانب شخصيته جميعها، والتي تم الحصول عليها في أوقات ومواقف مختلفة لذلك يكون لهذه الوسيلة أهمية خاصة في التوجيه والإرشاد أهمها:

- 1- يستخدم لأغراض التشخيص والإرشاد.
- 2- وسيلة مهمة للكشف عن الموهوبين والمتفوقين، وذلك من أجل رعايتهم وتنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن.
- 3- يساعد في الكشف المبكر عن المشكلات والاضطرابات السلوكية عند التلاميذ بما يمكن من

## الصحة النفسية

وضع البرامج الوقائية والعلاجية اللازمة.

- 4- يمكن المرشد أو المعالج النفسي الطلابي من الكشف المبكر عن حالات التأخر الدراسي، أو من يعانون من صعوبات في التعليم، أو صعوبات في الفهم، أو بطء في الكلام.. الخ.
- 5- يعد وسيلة مهمة في توجيه الطلاب إلى نوع الدراسة التي تناسب مع استعداداتهم وقدراتهم وميولهم.

## الفصل الخامس عشر

### مجالات الإرشاد النفسي

- أولاً – الإرشاد التربوي.
- ثانياً – الإرشاد المهني.
- ثالثاً – الإرشاد الأسري.
- رابعاً – إرشاد الأطفال.
- خامساً – إرشاد الشباب والمراهقين.
- سادساً – إرشاد الفئات الخاصة.
- إرشاد ذوي الحاجات الخاصة
- إرشاد الموهوبين والمنتفوقين.



## الفصل الخامس عشر

### مجالات الإرشاد النفسي

تعددت مجالات الإرشاد النفسي لتشمل الكثير من جوانب حياة الإنسان في جميع مراحل نموه (الطفولة، والمراهقة، والرشد، والشيخوخة)، ولتغطي أماكن تواجده وعمله (في المدرسة والعمل والمزل)، وكذلك حياة الإنسان في سوائه وانحرافه. ومن أهم مجالات الإرشاد ذات الصلة بحياة الناس ونشاطاتهم:

#### أولاً - الإرشاد التربوي: Educational Counseling

حظي الإرشاد التربوي منذ الربع الأول من القرن العشرين باهتمام كبير من قبل عدد من الدول المتقدمة، وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، وبريطانيا، وألمانيا، والنمسا. أما في البلدان العربية فلم يحظ بمثل هذا الاهتمام حتى الآن؛ فقد كانت البدايات الأولى في بعض البلدان العربية في النصف الثاني من القرن العشرين، بالرغم من المشكلات الكثيرة التي يعاني منها تلاميذنا في المدارس وطلابنا في الجامعات التي تستدعي اهتماماً أكبر.

وتعد المدارس والجامعات من المؤسسات التربوية التي تضطلع بعملية التربية ونقل الثقافة المتجددة، وتوفر الظروف المناسبة لنمو الطلاب جسدياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً... كما تعد مجالاً حيويًا للإرشاد التربوي للطلاب الذين هم محور العملية الإرشادية؛ وذلك لتوفر لهم النمو السوي من خلال تقديم الرعاية

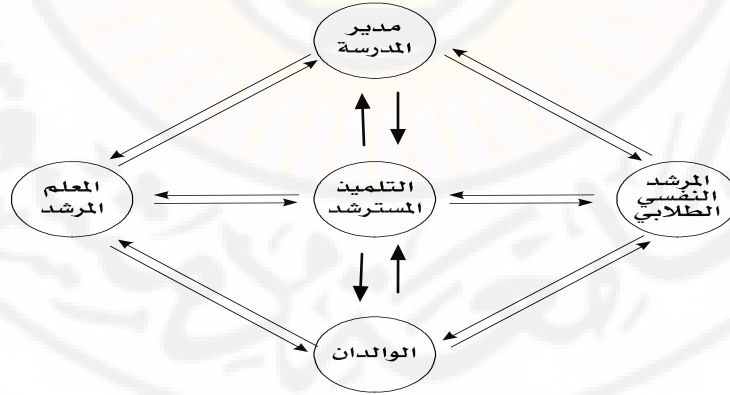
النفسية لهم من أجل المحافظة على صحتهم النفسية، وتأمين سبل التوافق النفسي والاجتماعي.

### تعريف الإرشاد التربوي:

الإرشاد التربوي عملية مساعدة الطلاب على معرفة إمكاناتهم وقدراتهم حتى يتم استخدامها بما يتناسب مع اختيار الدراسة المناسبة لهم، والالتحاق بها، والنجاح فيها، والتغلب على الصعوبات الدراسية التي تعترضهم في حياتهم الدراسية لتحقيق التوافق مع الذات ومع الآخرين في الأسرة والمدرسة والمجتمع، وذلك من أجل تحقيق أفضل إنتاجية أكاديمية ممكنة.

### فريق العمل في الإرشاد التربوي:

يُعدُّ الإرشاد التربوي من العمليات الواسعة والمتنوعة، إذ يشترك فيها عدد كبير من الأشخاص من داخل المدرسة وخارجها، ولذلك لا بد من التنسيق فيما بينهم حتى لا يحدث تداخل في المسؤوليات الملقاة على عاتقهم من جهة، أو إهمال لبعض المسؤوليات من جهة أخرى من أجل تحقيق أهداف العملية الإرشادية. ويمكن توضيح الأطراف الأساسية التي يمكن لها المساهمة في عملية التوجيه والإرشاد التربوي من خلال الشكل رقم (2) التالي ولمزيد من الإيضاح انظر الفصل الثامن (المسؤولون عن عملية التوجيه والإرشاد النفسي):



شكل (4) يوضح الأطراف المساهمة في عملية التوجيه والإرشاد التربوي

### أهداف الإرشاد التربوي:

يهدف الإرشاد التربوي إلى تحقيق عدد من الأهداف العامة، والأهداف العملية التربوية. أما الهدف الرئيس الخاص بالإرشاد التربوي فهو تحقيق النجاح تربوياً، ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال ما يلي:

1 — مساعدة التلاميذ والطلاب على اكتشاف قدراتهم وميولهم ليتمكنوا من اتخاذ القرارات المناسبة بشأن المشكلات التي تواجههم.

2 — مساعدة الطلاب على الاختيار السليم لنوع الدراسة بما يتناسب مع ما لديهم من استعدادات وقدرات وميول.

3 — مساعدة الطلاب على الاستمرار في الدراسة والنجاح فيها: من أجل ضمان استمرار الطلاب في الدراسة والنجاح فيها لا بد من مساعدتهم ليتمكنوا من التوافق الحسن مع دراستهم، ومساعدتهم في حل المشكلات التي تعترضهم أثناء دراستهم، سواء أكانت مشكلات تتعلق بالتحصيل الدراسي، أم بعادات الاستذكار وتنظيم الوقت، أم بالإفراط أو التفريط في التحصيل الدراسي والتي تنجم في الغالب عن أسباب نفسية، أم تتعلق بالتكيف مع الجو الدراسي من الناحية النفسية (علاقة الطالب بزملائه، علاقته بمدرسيه..)، أم مشكلات تتعلق بالانضباط المدرسي (التأخر الصباحي، التغيب عن المدرسة، الهروب من المدرسة)، وكذلك المشكلات ذات العلاقة بالناحية المالية والصحية والتي من شأنها التأثير في توافق الطالب في المدرسة، والاستمرار في الدراسة والنجاح فيها.

4 — مساعدة الطلاب غير العاديين: لا بد من العناية الجادة بالموهوبين والمتميزين، والعمل على تنمية مواهبهم وقدراتهم وتوجيه طاقاتهم الكامنة توجيهاً سليماً. كما لا بد من الاهتمام بالأفراد المعوقين (أي كانت إعاقاتهم)، وتوجيههم إلى الدراسة التي تتناسب معهم، مما يساعدهم في بناء حياة سعيدة ومنتجة

تناسب مع ما لديهم من استعدادات وقدرات.

### مستويات الإرشاد التربوي:

بممارسة الإرشاد التربوي في إطار ثلاثة مستويات هي:

**المستوى الأول:** عبارة عن عملية توجيه، ومعظم القائمين على أدائه من المدرسين الذين يمارسون مهنة التدريس، ويعملون بالتوجيه والإرشاد ويطلق عليهم لقب مشرف (Advisor).

**المستوى الثاني:** بممارسة الإرشاد من قبل مرشدين بعد حصولهم على تدريب مكثف لمدة سنة أو أكثر أثناء الخدمة. ويكون عملهم بتقديم المساعدة للطلاب لمواجهة ما يعترضهم من مشكلات تربوية أو انفعالية أو اجتماعية، ويعرفون باسم المرشد المدرسي أو الطلابي.

**المستوى الثالث:** بممارسة الإرشاد في هذا المستوى من قبل مرشدين ومعالجين نفسيين من حملة شهادة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، ويعملون في الجامعات لتأهيل المرشدين الذين يعملون في المستويين الأول والثاني، كما يقومون بإعداد الخطط للتوجيه والإرشاد، ويشرفون على تنفيذ البرامج الإرشادية، ويقدمون الخدمات الإرشادية للطلاب من ذوي المشكلات النفسية الشديدة التي لا يتمكن عن حلها المرشدون العاملون في المستوى الثاني (حسين، 2004).

### مميزات الإرشاد التربوي:

يتميز الإرشاد التربوي بعدة مميزات منها:

- 1- الاهتمام بشخصية التلميذ في جوانبها كلها؛ الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والأخلاقية.
- 2- تقديم المساعدة للطلاب الذين هم بحاجة إلى مساعدة في المشكلات التي يعانون منها سواء أكانت مشكلات دراسية أم نفسية أم اجتماعية.
- 3- تأكيد الإرشاد على تنمية روح العمل الجماعي -التعاوني بين العاملين في المدرسة، حيث يتعاون

المدرس والمرشد المدرسي ومدير المدرسة والاختصاصي النفسي في تقديم خدمات الإرشاد للطلاب.

### خدمات الإرشاد التربوي:

حظي الإرشاد التربوي في السنوات الأخيرة باهتمام كبير من قبل علماء النفس والتربية، ومثال ذلك ما تقوم به المؤسسات القومية للبحوث التربوية في (إنجلترا وويلز) من تقديم الخدمات المتخصصة والمستمرة في مجال نشر اختبارات مقننة لاستخدامها في مجال الإرشاد التربوي (لقياس الذكاء، والقدرات، والتحصيل الدراسي). وكذلك ما تقوم به المؤسسات التربوية في البلدان المتقدمة، وعدد من البلدان النامية من تأهيل المرشدين التربويين وتعيينهم في المدارس والجامعات ومراكز التوجيه والإرشاد، وكذلك ما نلاحظه من كتب ومجلات وبحوث في مجال الإرشاد التربوي، ومن عدد الأساتذة المتخصصين في هذا المجال. ومن أهم الخدمات التي يقدمها الإرشاد التربوي ما يلي:

آ — **الخدمات النمائية والوقائية:** من أهم الخدمات التي يقدمها التوجيه والإرشاد التربوي في المدرسة، ويمكن تقديمها عن طريق البرامج التربوية، وهنا لا بد من الاهتمام بتدريس العلوم السلوكية (النفسية) كأساس لخدمة التوجيه والإرشاد في المدارس.

ب — **الخدمات الجماعية:** تقدم هذه الخدمات على المستوى النمائي والوقائي. فالطلاب الذي سينتقلون إلى المرحلة الثانوية، وطلاب الصف الأول الثانوي الذين سيختارون القسم العلمي أو الأدبي في الصف الثاني الثانوي، وكذلك الطلاب الذين سيحصلون على الثانوية وسيتوجهون إلى الجامعات ليجتازوا أحد التخصصات في الجامعة من بين عدد كبير من التخصصات، لا بد في هذه الحالات من تقديم التوجيه والإرشاد الجماعي عن طريق المحاضرات والمناقشات الجماعية أو عن طريق إعداد كتيبات ونشرات توضح أفضل سبل الاختيار، والأسس التي يجب أن يبنى عليها الاختيار الصحيح للتخصص أو الدراسة.

ج — الخدمات الفردية: وهذه الخدمات تكون خاصة بكل طالب يحتاج إلى خدمات فردية خاصة، مثل الطالب المتفوق دراسياً أو المتأخر دراسياً، أو السيئ التوافق في المدرسة أو الطالب الذي يكرر الغياب أو التأخر عن المدرسة أو الطالب الذي ينوي ترك المدرسة... وهنا تقدم خدمات الإرشاد الفردي لمساعدة مثل هؤلاء الطلاب من أجل الكشف عن قدراتهم، وجوانب القوة والضعف لديهم، ومساعدتهم في اتخاذ القرار المناسب مع حالاتهم.

د — خدمات الإرشاد للطلاب المتأخرين دراسياً: من الضروري التعرف المبكر على حالات التأخر الدراسي عند الطلاب، ومساعدتهم في تحسين مستوى تحصيلهم الدراسي بما يتناسب وحالاتهم. فقد يكون التأخر الدراسي عاماً (في كل المواد الدراسية) أو خاصاً (في مادة دراسية محددة). ولا يشترط أن يكون الطالب غيباً حتى يصبح متأخراً دراسياً، فقد يعاني الطالب المتفوق عقلياً من التأخر الدراسي، لأن هناك مشكلات صحية أو نفسية أو اجتماعية كثيرة تكمن وراء حالات التأخر الدراسي.

هناك حالات من التأخر الدراسي ترتبط بنقص الذكاء، مما يؤدي إلى ضعف في التركيز والتذكر. ولهذا لا بد من التشخيص الصحيح والدقيق للطلاب الذين يعانون من حالات التأخر الدراسي، حتى تتمكن من مساعدتهم وتوجيههم وإرشادهم بشكل مناسب.

هـ — الخدمات الإرشادية للموهوبين والتميزين: يتميز بعض الطلاب بمواهب خاصة، وارتفاع في مستوى ذكائهم، وفي مستوى تحصيلهم. ولذلك لا بد من تقديم خدمات التوجيه والإرشاد التربوي لمثل هؤلاء الطلاب، لتحديد مستوى قدراتهم ومواهبهم الخاصة من أجل تقديم الرعاية المناسبة لهم وذلك من خلال تقديم برامج خاصة لهم تتناسب مع مستوى قدراتهم ومواهبهم. أما إهمال مثل هؤلاء الطلاب، فيؤدي إلى خنق مواهبهم، ويزيد من المشكلات السلوكية لديهم سواء داخل المدرسة أم خارجها، كالعزلة والقلق والجنوح ومشاكسة المدرسين...إلخ.

و — الخدمات الإرشادية لضعاف العقول: قد يدخل المدرسة تلاميذ تقل نسبة ذكائهم عن (70)

درجة ذكاء، وذلك في غياب استخدام اختبارات الذكاء عند دخول التلاميذ إلى المدرسة مما ينجم عن ذلك سوء في التوافق النفسي والاجتماعي لديهم، وضعف واضح في التحصيل الدراسي. ولذلك لا بد للمرشد التربوي الطلابي من العمل على توجيههم إلى مدارس خاصة تقدم لهم برامج تتفق مع قدراتهم واستعداداتهم؛ لأنه إذا تمت رعايتهم بشكل صحيح، فإنهم يصبحون قادرين على اكتساب بعض المهارات في القراءة والكتابة والحساب، مما يمكنهم من تنظيم وتيسير شؤون حياتهم.

ز - الخدمات الإرشادية للمعوقين جسدياً: يوجد من بين طلاب المدارس من يعاني من إعاقة حركية أو حسية دون أن يكونوا معوقين عقلياً أو دراسياً، ولكن بسبب وجود مثل هذه الإعاقات لديهم قد يعانون من بعض المشكلات في التوافق مع الذات ومع الآخرين، مما ينعكس سلباً على تحصيلهم الدراسي.

لهذا لا بد من تقديم خدمات التوجيه والإرشاد التربوي المناسبة لمثل هؤلاء المعوقين، لمساعدتهم في مواجهة ما يعترضهم من مشكلات نفسية أو اجتماعية لينموا نمواً صحيحاً، ويشاركوا في بناء المجتمع الذي يعيشون فيه.

ح - الخدمات الإرشادية لذوي الإعاقات اللغوية: يوجد من بين تلاميذ المدارس من يعاني من صعوبات في النطق، وأمراض الكلام مثل: التأتأة أو استبدال الحروف أو اللغته.. أو غير ذلك من اضطرابات لغوية، مما ينجم عن ذلك سوء في التوافق النفسي والاجتماعي لديهم، و ينعكس سلباً على تحصيلهم الدراسي، وقد يؤدي إلى انقطاعهم عن الدراسة أو الفشل فيها. ولذلك لا بد للمرشد التربوي الطلابي بالتعاون مع المدرسين ومدير المدرسة أن يعملوا على مساعدة هؤلاء الطلاب لحل مشكلاتهم سواء أكانت تتعلق بصعوباتهم في النطق، أم تتعلق بالمشاكل النفسية والاجتماعية الناجمة عن ذلك.

ثانياً - الإرشاد المهني: Vocational Counseling

### مفهوم الإرشاد المهني:

يعد الإرشاد المهني من أقدم مجالات الإرشاد، حيث يهدف إلى مساعدة المسترشد لاختيار المهنة التي تناسبه، والإعداد لها، وممارستها والنجاح والترقي فيها، وذلك بما يتناسب مع استعداداته وقدراته وميوله وطموحاته.

ولذلك يمكن القول إن الإرشاد المهني هو "عملية مساعدة الفرد في اختيار المهنة التي تناسب مع استعداداته وقدراته وميوله واهتماماته وقيمه، والعمل على إعداده وتأهيله لهذه المهنة والنمو والترقي فيها، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق المهني والتوافق النفسي والاجتماعي والكفاية الإنتاجية".

في الوقت الحاضر أصبح التفكير في العمل أو المهنة يشغل حيزاً كبيراً من اهتمامات الناس وتفكيرهم ولا بد من العمل الجاد من أجل تقديم الخدمات الضرورية اللازمة لهم، حتى يتخذوا القرار المناسب في اختيار المهنة التي تناسب مع قدراتهم وميولهم، وخاصة في عالم مهن الغد الأكثر عدداً والأكثر اختلافاً عن مهن اليوم نتيجة ما نشهده من تقدم علمي وتقني متسارع. ومن أشهر الرواد الأوائل في مجال الإرشاد المهني، العالم "فرانك بارسونز" الذي يعد أباً للتوجيه المهني.

### أهداف التوجيه والإرشاد المهني:

تتمثل أهداف الإرشاد المهني في الآتي:

- 1 — مساعدة المسترشد في الحصول على المعلومات اللازمة عن المهن المتاحة المختلفة، وما تتطلبه من مهارات وقدرات واستعدادات، وميزات كل مهنة، حتى يتمكنون من اختيار المهنة التي تناسبهم. ويمكن التعرف على الأعمال المختلفة والحصول على معلومات عنها من خلال:  
آ — استخدام المعلومات المكتوبة أو المطبوعة التي يمكن الحصول عليها من المؤسسات الصناعية، والإدارات المختصة على شكل نشرات أو كتيبات أو غير ذلك.

- ب — عرض الأفلام المسجلة عن المهن الموجودة في المجتمع.
- ج — دعوة بعض المسؤولين من مختلف القطاعات الإنتاجية والمهن المختلفة للتحدث إلى الطلبة عن طبيعة الأعمال التي يمارسونها، والإجابة عن تساؤلاتهم (القذافي، 1992).
- 2 — تدريب المسترشدين وإعدادهم نظرياً وعملياً، حتى يكتسبوا المهارات المهنية اللازمة، لتحقيق أعلى كفاية إنتاجية.
- 3 — مساعدة المسترشدين في التغلب على المشكلات التي تعترضهم أثناء التأهيل أو ممارسة المهنة، سواء أكانت مشكلات تتعلق بالتوافق مع المهنة أو مشكلات شخصية أو مشكلات اجتماعية، وذلك من أجل تحقيق التوافق المهني، والتوافق النفسي والاجتماعي، وتحقيق أعلى درجات الكفاية الإنتاجية.

### الحاجة إلى الإرشاد المهني:

توجد مبررات كثيرة تستدعي وجود حاجة إلى الإرشاد المهني منها:

#### 1) تنوع الفروق الفردية:

توجد فروق واسعة بين الأفراد بما يمتلكونه من استعدادات وقدرات وميول وخصائص شخصية. كما توجد فروق فردية واسعة بين أصحاب المهنة الواحدة، فمثلاً في مهنة التعليم نجد أن معلم المرحلة الابتدائية يختلف في قدراته واستعداداته ومؤهلاته عن معلم المرحلة الإعدادية (المتوسطة) أو الثانوية أو معلم ذوي الاحتياجات الخاصة. كما يعمل أفراد المهنة الواحدة في أجواء مختلفة قد تناسب بعضهم ولا تناسب بعضهم الآخر.

#### 2) تنوع فرص الحصول على المهن:

توجد في المجتمع مهن وتخصصات كثيرة ومتنوعة قد تناسب بعض الأفراد ولا تناسب بعضهم

الأخر، ومن الضروري أن يتعرف كل فرد على هذه المهن وما تتطلبه من استعدادات وقدرات. وهذا ما يجعل الإرشاد المهني أمراً ضرورياً، حتى يتسنى وضع الفرد المناسب في المهنة المناسبة.

### 3) وجود عدد من الأفراد يعملون في مهن لا تناسبهم:

إن عمل الفرد في مهنة لا تتناسب مع ما يمتلكه من استعدادات وقدرات وميول، يعد هدراً لطاقاته ووقته وجهده، حيث يقضي حياته في مهنة لا يرضى عنها وغير سعيد بممارستها، مما ينعكس على أدائه المهني وإنتاجيته، كما ينعكس ذلك على علاقاته بزملائه في العمل، وعلى توافقه النفسي والاجتماعي.

### 4) التقدم العلمي والتكنولوجي:

صاحب التقدم العلمي والتكنولوجي ظهور مهن جديدة تتطلب من الفرد متابعة التطورات التي حصلت في سوق المهن، والعمل على تأهيل نفسه حتى ينمو في مهنته ويتطور بتطورها، ويمكن أن يكون ذلك من خلال الدورات التدريبية في كل مهنة، لتزويد المتدربين بأخر المستجدات العلمية والتقنية في مجال هذه المهن. وأمام هذه التحديات تكون الحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد المهني.

### المشكلات المهنية التي تحتاج إلى إرشاد:

من أبرز المشكلات التي تنشأ في المجال المهني وتحتاج إلى إرشاد مهني ما يلي:

#### 1 - مشكلة الاختيار المهني:

يهتم الإرشاد المهني بمساعدة الشخص في اتخاذ القرار المناسب لاختيار مهنة المستقبل، وذلك من خلال الدراسة الدقيقة لشخصيته من جهة، ومن خلال دراسة المهنة وما تحتاجه من متطلبات من جهة أخرى، وذلك لبيان مدى ملاءمة الشخص للمهنة التي سيختارها؛ لأن ذلك يعود بفوائد كبيرة على الشخص من حيث الرضا والسعادة في العمل وزيادة الإنتاج.

#### 2 - مشكلة الإعداد أو التأهيل المهني:

إن الإعداد المهني المتخصص للشخص، يحتاج إلى وقت طويل نسبياً، حيث إن هذا الإعداد يتطلب جانبين: الإعداد النفسي والتربوي من جهة، والتدريب المهني من جهة أخرى. وأثناء الإعداد النفسي والتربوي، قد يتم التركيز على الإعداد التربوي ويهمل الإعداد النفسي للشخص. كما أن التدريب المهني قد يكون غير كافٍ أو كميّاً أو كيفيّاً، كما قد يهمل الإعداد المهني لذوي الفئات الخاصة (المعوقين) (Satcher, 1995).

ولهذا لا بد أن يتم الإعداد المهني في معاهد وكليات متخصصة، تتوفر فيها الإمكانات والمعدات للتدريب والتأهيل، بالإضافة إلى توافر المختصين في الإعداد والتدريب والتوجيه والإرشاد.

### 3 - مشكلة سوء التوافق المهني:

قد يظهر سوء التكيف المهني عند الأشخاص العاملين نتيجة سوء الاختيار المهني، أو نتيجة أن العمل يتطلب التواجد مع الجماعة في معظم الأوقات، أو غير ذلك من الأسباب، مما يجعل الشخص يتكرر غياباً عن العمل، أو تكثّر أخطاؤه المهنية، وتكثر مشاكله مع زملائه في العمل، مما يعكس سلباً على إنتاجيته وعلى صحته النفسية.

### 4 - مشكلة البطالة:

لقد كثرت البطالة في الوقت الحاضر نتيجة قلة فرص العمل المتاحة أمام الأشخاص المؤهلين بسبب التقدم التقني الذي وصلت إليه الحضارة الحديثة من جهة، وسوء توزيع العاملين على المهن المختلفة من جهة أخرى. وهذا ما أوجد مشكلة كبيرة لدى عدد من الدول الصناعية والنامية، وانعكس سلباً على اقتصاد تلك البلدان، وعلى الصحة النفسية عند أبنائه. فقد أظهرت الدراسات أن نسبة الإحباط قد ازدادت مع زيادة البطالة في المجتمعات، لأن البطالة تعد مصدراً من مصادر الفراغ النفسي والاجتماعي الذي يشعر به الشخص، ومصدراً للفساد والرذيلة. فالشخص إذا لم يشغل نفسه بعمل مفيد له وللمجتمع، شغلته أعباء الحياة بمشكلات قد تجره إلى الانحراف.

### ثالثاً – الإرشاد الأسري: Family Counseling

نشأ في بداية الستينات من القرن العشرين اتجاه في الإرشاد النفسي يسمى الإرشاد الأسري Family Counseling، وهو اتجاه ينطلق من الأسرة في أسسه الإرشادية، ويعمل على توظيف ما ينطوي عليه نظام الأسرة كله لمساعدة الفرد في التخلص من مشكلاته، انطلاقاً من أن الأسرة هي أقوى الجماعات تأثيراً في شخصية الفرد وتوجيه سلوكه. كما أصبح ينظر إلى الاضطراب النفسي عند الفرد من خلال علاقاته مع الأسرة (والديه وأخوته)، وبيان مدى صلة الأسرة بالمشاكل والاضطرابات التي يعاني منها المسترشد. فضلاً عن ذلك أصبح ينظر إلى المسترشد على أنه الممثل للأسرة والمعبر عما لديه من علاقات مضطربة بدلاً من النظر إلى المسترشد على أنه هو الضحية. يذكر ضمرة (2008) أنه يمكن النظر إلى مشكلات الفرد على أنها انعكاس لأحد المتغيرات

التالية:

- عدم القدرة على التوافق مع أهداف الأسرة وفلسفتها في الحياة.
  - عدم القدرة على تطوير أنماط سلوكية تحدم أهداف الأسرة.
  - صعوبة معرفة دور كل فرد من أفراد الأسرة، مما يحدث تعارضاً بين الأدوار المختلفة.
- لذلك فإن المشكلة أو الاضطراب النفسي الذي يواجه الفرد له علاقة قوية بالمشكلة أو الاضطراب النفسي الذي تعاني منه الأسرة، وأصبح ينظر إلى الصحة النفسية للأسرة بمقدار سلامة أفراد الأسرة من الاضطرابات والمشكلات النفسية. فالصحة النفسية السليمة (لل فرد أو للأسرة) تكون بمقدار قدرتها على مواجهة المشكلات أو الضغوط النفسية التي يتعرضون لها وقدرتهم على حلها وتصريفها بشكل سليم (الزعي، 2001، آ).

### مفهوم الإرشاد الأسري:

عرّف الهاشمي (1986: 21) الإرشاد الأسري بأنه: « عملية مساعدة جميع أفراد الأسرة فرادى أو جماعة، لفهم متطلبات الحياة الأسرية وما يتصل بها من حقوق وواجبات متبادلة».

كما يعرف الكاتب الإرشاد الأسري بأنه «عملية مساعدة أفراد الأسرة على فهم الحياة الأسرية وحاجاتها بشكل دقيق، والتعرف على مشكلاتها وأسباب هذه المشكلات، والمعوقات التي تحول دون حلها، والعمل على حلها بمساعدة المرشد الأسري وذلك من أجل تحقيق التوافق والصحة النفسية لجميع أفراد الأسرة».

### أهداف الإرشاد الأسري:

من أبرز أهداف الإرشاد الأسري ما يلي:

- 1 \_ المحافظة على وحدة الأسرة وتماسكها: فكل فرد في الأسرة هو شخصية مستقلة، وهو عضو فعال داخل الأسرة، ويمثل مع بقية أفراد الأسرة وحدة اجتماعية متكاملة.
- 2 \_ تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة: ويتم ذلك من خلال فتح قنوات الاتصال والتفاهم بينهم ليتمكنوا من طرح آرائهم ومشكلاتهم بوضوح وصراحة، وذلك من أجل التعرف على الأسباب التي أدت إلى اضطراب العلاقات الأسرية.
- 3 \_ مساعدة أعضاء الأسرة في تنمية علاقات إيجابية فاعلة مع الآخرين داخل الأسرة وخارجها.
- 4 \_ مساعدة أعضاء الأسرة على مزيد من النمو الشخصي وعلى مزيد من تأكيد الذات، وعلى مزيد من الفاعلية في أداء المهمات الاجتماعية، وعلى مزيد من التوافق النفسي في جو أسري مشبع بالأمن والاستقرار.
- 5 \_ مساعدة أعضاء الأسرة في تنمية القيم الأسرية الإيجابية وإضعاف القيم السلبية لديهم.
- 6- تجنب المشكلات الأسرية قبل وقوعها من خلال إصلاح الأسباب المؤدية إلى اضطراب الأسرة وتوتر العلاقات بين أفرادها.
- 7- تعليم الأبناء كيفية المشاركة وتحمل مسؤولية اتخاذ القرارات داخل الأسرة.
- 8- مساعدة الأسرة في التعرف على نواحي الخلل الوظيفي في العلاقات الأسرية (ملحم، 2007).

9 — مساعدة الأسرة في حل المشكلات التي تواجهها من خلال فتح قنوات الاتصال بين أعضائها بكل صراحة ووضوح.

10 — مساعدة أعضاء الأسرة في تحديد السلوك الجديد الذي يرونه مناسباً للتخلص من مشاكلهم، وتدريبهم على كيفية القيام به (سلامة، 1991).

### المشكلات الأسرية التي تحتاج إلى إرشاد:

من المشكلات الأسرية التي تحتاج إلى تدخل إرشادي ما يلي:

#### 1 — الخلافات بين الوالدين:

قد تنشأ الخلافات بين الوالدين نتيجة عدم قدرتهما على التوافق. وهذه الخلافات قد تجلب للأسرة المشكلات النفسية والتعاسة الزوجية والسلوك الشاذ من قبل أحد الزوجين أو من كليهما، التي من شأنها تهديد كيان الأسرة.

#### 2 — الخلافات المستمرة بين الآباء والأبناء:

قد تضطرب العلاقات بين الآباء والأبناء نتيجة أوضاع مادية أو اجتماعية أو فكرية معينة، مما يؤدي إلى اضطرابات سلوكية لدى الأبناء أو لدى الوالدين أو لكليهما معاً، وتظهر هذه الاضطرابات السلوكية في خلافات مستمرة واختلاف في الآراء والاتجاهات بين الآباء والأبناء، وقد تؤدي إلى التمرد من قبل الأبناء والخروج على طاعة الآباء والهروب من المنزل والالتحاق بشلة الأصدقاء.

#### 3 — الخلافات المستمرة بين الأخوة:

قد تصبح ظاهرة الخلافات بين الأخوة ظاهرة مستمرة في الأسرة، وذلك بسبب تمييز الوالدين في معاملة الأبناء أو لقسوة الأخ الأكبر على الأخوة الصغار، أو لقسوة الذكور على الإناث. وهذه الخلافات قد تستدعي تدخل التوجيه والإرشاد الأسري لحماية أفراد الأسرة من الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تصيب بعض أفراد الأسرة.

4 – تدخل الأقارب:

يؤدي تدخل الأقارب بين الزوجين (والد أو والدة الزوج أو الزوجة، الأخوة والأخوات) إلى كثير من المشاكل الأسرية وإلى ردود فعل سلبية من قبل الزوجين ويكون الزوج أو الزوجة الضحية. فقد يطالب أهل الزوج بمنع الزوجة من زيارة أهلها أو أخوتها أو أقاربها أو الاتصال بهم، أو يبالح أهل الزوج بمكانة الزوج (ابنهم) وأن الزوجة ليست أهلاً له، ويستمررون في نقدهم وتحقيرهم للزوجة، مما يترتب على ذلك الكثير من المشاكل النفسية لكلا الزوجين وخاصة عندما تربطهما علاقة حب وتفاهم طيبة.

5 – التنشئة الاجتماعية الخاطئة للأبناء:

قد يستخدم الآباء أساليب تربوية غير سليمة في تنشئة أبنائهم، فقد يسود التسلط والقسوة في أسلوب تربية الوالدين للأبناء، أو قد يسود الإهمال أو التذبذب في المعاملة، أو التمييز بين الأخوة أو التمييز بين الذكور والإناث في المعاملة وغير ذلك من أساليب غير سليمة في التربية من شأنها أن تؤدي إلى اضطرابات نفسية لدى الأبناء.

6 – عمل الأم خارج المنزل:

إن خروج الأم للعمل خارج المنزل، قد يؤدي إلى بعض المشكلات داخل الأسرة مثل: إهمال الزوج، أو إهمال تربية الأبناء، أو ترك أمر تربية الأبناء للخدم أو للأجداد أو غير ذلك، مما يوقع الزوجين في خلافات مستمرة قد تنتهي أحياناً بالطلاق أو إلى مشاكل واضطرابات نفسية تحتاج إلى تدخل إرشادي.

7 – الإدمان على المسكرات أو المخدرات:

إن إدمان أحد الزوجين على المسكرات أو المخدرات، قد يؤدي إلى تصدع الأسرة وتفككها، حيث يهمل المدمن شؤون منزله ويتغيب عنه كثيراً، أو ينفق أمواله في غير صالح الأسرة، وتتدهور

صحته ويفقد عمله، مما يوقع الأسرة في إحراجات اجتماعية ويسيء إلى توافقها النفسي والاجتماعي.

### أسس الإرشاد الأسري:

لا بد في الإرشاد الأسري من مراعاة الأسس التالية:

#### أ – استخدام العقلانية والمرونة في التفكير:

إن مرونة التفكير وعدم الوقوف عند المشكلات التي تعترض الأسرة والتفكير بعقلانية، يتيح لكل عضو من أعضاء الأسرة التعبير عن آرائه بصراحة وموضوعية وذلك بحثاً عن الأسباب الكامنة وراء المشكلات وللمساعدة في حلها.

#### ب – العمل على ضبط النفس والتحكم في الانفعالات:

إن ضبط النفس وعدم العصبية والتهور أثناء مناقشة بعض المسائل داخل الأسرة من قبل الوالدين أو من قبل الأبناء، يؤدي إلى سيادة النقاش الموضوعي بين أفراد الأسرة والوصول إلى حل منطقي بشأن المشكلات العالقة.

#### ج – تحمل المسؤولية:

يجب أن يتحمل كل عضو من أعضاء الأسرة المسؤولية كاملة بشأن الأخطاء التي تحصل أو المشكلات التي تنشأ داخل الأسرة؛ لأن الاعتراف بالخطأ يحرص المسؤولية ويؤدي إلى عدم اتهام أي طرف من أطراف الأسرة للآخر بأنه هو السبب في المشكلة ويخلق جواً من التسامح بين الأطراف.

#### د – الترويح عن النفس:

عندما يشعر الزوجان بأن المشكلات داخل الأسرة تمر في مرحلة صعبة وتتفاقم يوماً بعد آخر، فإنه من الضروري لأفراد الأسرة إيقاف النقاش في هذه المشكلات إلى وقت آخر، وأن يبحثوا عن وسيلة للترفيه والراحة والابتعاد مؤقتاً عن المشكلات وذلك من خلال زيارة بعض الأقارب أو الأصدقاء

أو الخروج في نزهة إلى بعض الأماكن المحيية. فإذا لم يتمكنوا بعد ذلك من حل المشكلات التي تواجههم، يمكنهم استشارة بعض الأقارب من ذوي الحكمة والمعرفة، فإذا لم يفلحوا يتم اللجوء إلى المختصين في التوجيه والإرشاد الأسري لمساعدتهم في حل المشكلات العالقة والتخلص من بعض الاضطرابات النفسية الناجمة عنها.

### أساليب الإرشاد الأسري:

لا بد من استخدام الأسلوب الإرشادي الذي يتناسب مع طبيعة الأسرة وتنظيمها ونوع المشكلة التي تعاني منها. فكل أسرة تختلف عن الأخرى في أسلوب التواصل والتفاعل بين أعضاء الأسرة، كما تختلف في خصائصها ومعتقداتها وقيمها والارتباطات والانقسامات الداخلية بينها. ومن أهم الأساليب المتبعة في الإرشاد الأسري ما يلي:

#### \* أسلوب الملاحظة:

لا بد أن يتم في الإرشاد الأسري ملاحظة الأسرة بجميع أعضائها في مواقف تفاعلية طبيعية مختلفة، وخاصة ما يتم من تفاعل بين الآباء والأبناء، أو بين الأبناء فيما بينهم. وضمن هذا الإطار، استخدم أيضاً أسلوب كشف التناقضات وإثارتها بين أعضاء الأسرة في المواقف التجريبية والتي استخدمها ستوردت بك (stordt Beck, 1951)، حيث كان يطلب أحياناً من الوالدين أن يقارنا بين أسرتين أو ثلاث أسر من معارفهم، من حيث درجة السعادة والنجاح والطموح وغير ذلك من المسائل التي تثير الجدل والنقاش والخلاف. وقد تبين عدم جدوى هذا الأسلوب في الكشف عن طبيعة التفاعل الأسري عندما يستخدم مع الأسر الطبيعية في مواقف الملاحظة المباشرة في المنزل، إذ إن الأسرة تحاول دائماً أن تظهر نفسها بمظهر التماسك والتعاون والترابط أمام الغرباء (الفقي، 1984).

#### \* التدريب على التواصل بين أعضاء الأسرة:

حسب هذا الأسلوب يؤكد المرشد النفسي الأسري على ضرورة استخدام كل عضو من أعضاء

الأسرة المشاركين في الإرشاد (المسترشدين) ضمير المتكلم (أنا) بدلاً من ضمائر المخاطب (أنت، أنتم،...)، أو ضمائر الغائب (هو، هي، هم، هن)، وتشجيعهم على الحديث عن أنفسهم بدلاً من الحديث عن الآخرين. فاستخدام ضمير المتكلم (أنا) يساعد المسترشد في اعترافه بمسؤوليته عما يقول أو يفعل، بدلاً من إلقاء اللوم على الآخرين، مما يزيد من التوتر، ويخل بنظام التفاعل بين أعضاء الأسرة. ومن أجل تحسين التفاعل بين أعضاء الأسرة، يدرّب المرشد أفراد الأسرة على طرائق جديدة في التفكير وإعادة صياغة أفكارهم المتعلقة بموقف أو مشكلة ما. ففي حالة عدم استجابة الابن لطلب والده، يمكن تفسير ذلك على أنه توكيد لذاته وليس عقوقاً لوالده، أو أنه كان مشغولاً بأمر مهم جداً. بالإضافة إلى ذلك يسأل المرشد أعضاء الأسرة بعض الأسئلة التي تهدف إلى مساعدتهم في التعرف على ما يعتقدونه أنه يتعلق بأسلوب تفاعلهم مع بعضهم بعضاً، وهذه الأسئلة كما تذكرها سلامة (1991) هي:

- ما الذي له أهمية بالنسبة لك فيما ترى أو تسمع؟
- ما الذي تقوله لنفسك حين تقوم بتفسير ما تسمع أو ترى؟
- ما الذي تشعر به في أثناء تفسيرك لما ترى أو تسمع؟
- هل حاولت أن ترى الموقف من زاوية جديدة؟
- هل حاولت أن تجرب أسلوباً جديداً للسلوك في هذا الموقف؟

### الإرشاد الجماعي للأسرة:

يتم وفقاً لهذا الأسلوب الجمع بين الأطراف المعنية في الأسرة (الوالدان، الأولاد،...) مع فريق الإرشاد الذي يضم عادة المرشد النفسي الأسري والاختصاصي الاجتماعي، والطبيب، حيث يتناول كل منهم المشكلة الأسرية من زاوية تخصصه. وقد تضم جلسة الإرشاد الجماعي الأسري أكثر من أسرة (3-4 أسر)، ويمكن في هذا الأسلوب الإرشادي استخدام لعب الأدوار، وعكس الأدوار، والتغذية الراجعة. وفي هذه الجلسات الإرشادية يشجع المرشد المسترشدين على مناقشة المشكلات الفعلية،

وتحديد أنواع السلوك المرغوب فيه لمواجهة المشكلة. كما يطلب المرشد من المشاركين توضيح ما يريدونه بالضبط من الآخرين المشاركين في الجلسة الإرشادية بعبارات إيجابية واضحة مثل: لا أريدك أن تهزأ مني أثناء وجود الآخرين معنا، وينصت للطرف الآخر، مما يسهل الاتصال بين الأعضاء المشاركين.

في الإرشاد الأسري الجماعي لا بد للمرشد النفسي الإقلال من التدخل أثناء عملية الإرشاد، لأن ذلك يعيق عملية الإرشاد. وهناك حالات يمكن للمرشد أن يتدخل فيها وهي كما ذكرها صالح (1985):

— عندما يحاول أحد أفراد الأسرة التحدث عن الفرد الآخر. وهنا يوضح المرشد أن على كل عضو من أعضاء الأسرة التحدث عن نفسه فقط.

— عندما يتفق أفراد الأسرة على أن شخصاً معيناً من أفراد الأسرة هو السبب في المشكلة. هنا يوضح المرشد أن السبب يعود إلى سلوك كل عضو من أعضاء الأسرة وليس إلى فرد واحد بعينه.

— عندما يتبادل أعضاء الأسرة الشتائم والالتقائم. هنا يتدخل المرشد لإيقاف هذه الشتائم ليحقق الانسجام بين الأعضاء.

— عندما يحاول أعضاء الأسرة رد سبب المشكلة إلى عوامل خارج إطار الأسرة. هنا يؤكد المرشد أن الأسرة لم تبذل الجهد الكافي لمقاومة هذه العوامل التي سببت المشكلة.

في الإرشاد الأسري الجماعي يكون للوالدين دور مزدوج، فهما يتلقيان خدمات الإرشاد من جهة، ويقدمان خدمات إرشادية للأبناء أو لبعضهما من جهة أخرى.

#### رابعاً – إرشاد الأطفال: Child Counseling

في النصف الثاني من القرن العشرين بدأ الاهتمام واضحاً بتوجيه وإرشاد الأطفال، وتزايد عدد العاملين في الإرشاد النفسي والصحة النفسية. فالطفولة تمثل حجر الأساس في بناء الإنسان، حيث تتشكل في هذه المرحلة ملامح شخصية الطفل ويتحدد مسار نموه الجسمي، والعقلي،

والانفعالي، والاجتماعي، وتشكل قدراته، وتتحدد اتجاهاته النفسية والاجتماعية. فهي تعد الأساس في عملية التنشئة الاجتماعية والتي من خلالها يمكن تحديد السواء والانحراف. كما أن الأطفال هم مفتاح عملية التنمية، حيث يشكلون القوى التي تحركها نحو تحقيق الأهداف المرجوة.

### تعريف إرشاد الأطفال:

يعرف بلاكهام (Blackham, 1997) إرشاد الأطفال بأنه: "علاقة فريدة وقريبة مبنية على التقبل بين المرشد والطفل، حيث تركز هذه العلاقة على دراسة اتجاهات الطفل وحاجاته ودوافعه وتوجهاته، بهدف تعزيز نموه وتكيفه النفسي والاجتماعي، وحل مشكلاته، وتتم عملية إرشاد الأطفال، إما ب فردياً أو جماعياً، للطفل أو لوالديه أو لهم جميعاً" (أبو عباة ونيازي، 2001: 199).

بناء على ذلك يمكن تعريف توجيه وإرشاد الأطفال بأنه "مساعدة الأطفال عبر برامج وقائية وثمانية وعلاجية، لرعاية نموهم السوي نفسياً وعقلياً وتربوياً واجتماعياً، وتحقيق التوازن بين خصائص النمو ومتطلباته، ومساعدتهم على التعرف على إمكاناتهم وقدراتهم، وحل مشكلاتهم التي يواجهونها في كل مرحلة ثمانية، من أجل تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، وتحقيق الصحة النفسية".

### حاجة الأطفال إلى الإرشاد:

للطفولة حاجاتها البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي يجب أن تشبع حتى يتحقق النمو السوي، ولها متطلباتها التي يجب أن تتوافر، ولها مشكلاتها التي تعوق عملية النمو، ولذلك فإن تقديم الخدمات النفسية للأطفال في هذه المرحلة المهمة شيء ضروري، فمعظم مشكلات الأطفال تكون قابلة للحل، كما إنها لا تمتد في جذورها إلى ماضٍ طويل، ولا زالت أمام الطفل سنوات عديدة من النمو، فإذا تمت مساعدته في حل مشكلاته، واستطاع فهم حاجاته ومتطلباته من البيئة، وتعلم كيفية التوفيق بينها، تمكن في المستقبل من حل ما يواجهه من مشكلات بشكل مقبول ومعقول.

لذلك فإن توجيه الأطفال وإرشادهم أمر ضروري لتسهيل عملية نموهم، وتنمية استعداداتهم وقدراتهم، وتشكيل اتجاهاتهم وقيمهم. كما يتعامل توجيه الأطفال وإرشادهم مع عدد من المشكلات والاضطرابات التي تعوق نموهم، وتؤكد الحاجة إلى توجيههم وإرشادهم.

## مشكلات الأطفال التي تحتاج إلى إرشاد:

### 1 - مشكلات جسمية منها:

- اضطرابات التغذية: وتشمل فقدان الشهية للطعام، والشراهة، والتقيؤ العصبي، ومشكلة البيكا (وتعني تناول القهري لمواد أو أطعمة غير صالحة للاستخدام، مثل تناول البراز، والرمل، والتراب، ومعجون الأسنان، ومسحوق الغسيل... (محمود، 1998).
- اضطرابات الإخراج: مثل التبول اللا إرادي أثناء اليقظة أو أثناء النوم، والتبرز اللاإرادي، والإسهال العصبي، وغير ذلك من اضطرابات قد تؤدي إلى شعور بالخل والانطواء والنقص.
- اضطرابات الكلام: وتشمل اضطرابات النطق، كالتأتأة، واللحجة، والسرعة الزائدة في الكلام، والحبسة اللغوية، وتأخر الكلام. وكذلك اضطرابات الصوت مثل شدة الصوت أو انخفاضه وما يصاحب ذلك من أعراض نفسية، كالقلق وعدم الثقة بالنفس، والخل، والانطواء، وسوء التوافق في المدرسة أو في المنزل.

### 2 - مشكلات انفعالية:

- مثل الخوف من الحيوانات أو من الكلام أو من الحشرات، والخوف من أشياء غير مخيفة (مخاوف مرضية Phobia) مثل الخوف من الماء، والخوف من الأماكن المرتفعة، أو من الأماكن المغلقة.. إلخ. ومن المشكلات الانفعالية الأخرى الغير من أحد الأخوة، أو من ولادة مولود جديد، وكذلك نوبات الغضب الشديدة، والبكاء المستمر، والخل، والعدوان على الذات وعلى الآخرين.

**3 – مشكلات تربوية:**

مثل حالات التأخر الدراسي في مادة ما أو أكثر، وحالات الضعف العقلي، والهروب من المدرسة، والتأخر المتكرر عن المدرسة، وحالات الغياب عن المدرسة، وسوء التوافق المدرسي، واضطراب العلاقات مع الزملاء... وغير ذلك من مشكلات.

**4 – مشكلات أسرية:**

مثل اضطراب العلاقات مع الوالدين، أو مع الأخوة، وسوء التوافق الأسري... وهذه المشكلات أياً كان نوعها، تستدعي تدخل المرشد النفسي لمساعدة الأطفال الذين يعانون منها، وتعديل سلوكياتهم نحو الأفضل، واكتساب سلوكيات جديدة أكثر توافقاً.

**أساليب الإرشاد النفسي للأطفال:**

توجد مجموعة من الأساليب الفنية التي يستخدمها المرشد النفسي في إرشاد الأطفال أهمها:

**1 – الإرشاد باللعب: Play Counseling**

**مفهوم الإرشاد باللعب:**

يعد اللعب من الأشياء المهمة في حياة الطفل، فهو ضرورة بيولوجية لبناء شخصيته ونموها، كما يعبر من خلاله عن حاجته إلى الاستمتاع والسرور، وإشباع ميله إلى النشاط والترويح، وهو وسيلة الكبار في الكشف عن عالم الصغار، ووسيلة الطفل للتعرف على ذاته وعالمه. فاللعب هو اللغة الطبيعية للأطفال من عمر 2 – 9 سنوات، إنهم يعبرون من خلاله عن مشاعرهم وانفعالاتهم.

فالإرشاد باللعب كما يرى الخطيب (2003: 203) " طريقة منظمة للحصول على التبصر والوعي بعالم الطفل أو صورته الداخلية من خلال اللعب، الذي يعد وسيلة الأطفال الأساسية في الاتصال، وطريقتهم المفضلى في التعبير عن مشاعرهم".

أهمية الإرشاد باللعب:

ازدادت قناعة المربين في القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر أمثال فروبل وروسو وبستالوزي بضرورة أن يُدخل التعليم في حسابه اهتمامات الطفل الطبيعية ومراحل نموه، ويؤكدون أهمية اللعب في التعليم، إذ إن اللعب سواء أكان فردياً أم جماعياً، داخل البيت أم خارجه، يفسح المجال للطفل لكي يتعلم ويحقق ذاته، ويكتشف قدراته، ويمكنه من التمييز بين ما يستطيع فعله وما لا يستطيع فعله، مما يزيد من ثقته بنفسه.

فالأطفال يتعلمون من خلال اللعب المشاركة والتعاون، والتدريب على مهارات الأخذ والعطاء والتواصل مع الآخرين، ويكسبهم مكانة مهمة بين رفاقهم، ويساعدهم في إحداث تفاعل مع عناصر البيئة، مما يجعلهم أكثر قدرة على التوافق مع المحيط الذي يعيشون فيه. فضلاً عن ذلك يتخلص الأطفال عن طريق اللعب من التوتر الانفعالي والقلق والكبت الذي ينشأ من الضغوط النفسية والقيود الاجتماعية التي تفرض عليهم. فهو أداة فعالة في تشخيص مشكلاتهم الانفعالية وصراعاتهم، ويعكس معاناتهم ومشكلاتهم، لأن الأطفال أثناء اللعب يكونون على سجيتهم.

كما أن اللعب إذا أحسن تنظيمه وتوجيهه تربوياً، يساعد الطفل في نمو ذاكرته وتفكيره وتخيلاته وانفعالاته وإدراكه للعالم من حوله. كما يساعد اللعب الأطفال في تنمية أجسامهم، ومهاراتهم الحركية من خلال ممارسة القفز والجري والتسلق، ويتعلم استخدام حواسه المختلفة لمعرفة الأشياء والأصوات، مما يجعل اللعب بالنسبة لهم متعة.

أهداف الإرشاد باللعب:

يمكن للألعاب الإرشادية أن تحقق ثلاثة أهداف شأنها شأن أي برنامج إرشادي (أبو عبيطة،

1997: 300 – 301)، وهذه الأهداف هي:

1 – هدف نمائي:

يشبع الطفل من خلال اللعب حاجاته الجسمية – الحركية والعقلية والمعرفية والنفسية والاجتماعية. فاللعب يتيح الفرصة للطفل للتعبير عن حاجاته، وتجريب قدراته وكيفية الاستفادة منها، كما تزداد خبراته ومفاهيمه عن العالم الخارجي، ويتمكن من تعلم بعض المبادئ الاجتماعية مثل الأخذ والعطاء والملكية والمشاركة والاستقلالية، ويفضل هنا استخدام اللعب الحر أو غير الموجه.

## 2 – هدف وقائي:

يتم تقديم اللعب للأطفال حسب خطة مسبقة وذلك لتطوير سلوك معين لديهم أو لوقايتهم من الوقوع في مشكلة ما. ولهذا لا بد من تقديم الألعاب بما يتناسب مع كل مرحلة عمرية لتلافي المشكلات التي يمكن أن يتعرض لها الأطفال قبل وقوعها، مثل ولادة مولود جديد. وفي هذه الحالة يفضل استخدام اللعب الموجه لتحقيق أهداف محددة مسبقاً، وتدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل وتفهم حالته النفسية.

## 3 – هدف إرشادي – علاجي:

حسب هذا الهدف، لا بد من تقديم الألعاب لمساعدة الطفل على التخلص من التوتر الانفعالي والضغط النفسية التي يعاني منها. وبناء على ذلك تقدم الألعاب للطفل بعد دراسة مشكلته، وتحديد سببها، ثم تقديم التوجيه والإرشاد أو العلاج المناسب للتخلص منها. وهنا يتم أسلوب التحكم بالسلوك، وتعزيز السلوك الصحيح ومكافأته.

لهذا فإن الهدف من استخدام اللعب في توجيه وإرشاد الأطفال هو ضبط سلوكهم وتوجيهه وتصحيحه، إذ إن اللعب يمكنهم من التبصر بمشكلاتهم وصراعاتهم، ويساعدهم في تعلم سلوكيات أكثر فاعلية في مواجهتها، ويحقق لهم قبولاً أفضل لذاتهم.

## أساليب إرشاد الأطفال باللعب:

تعدّ المرشدة النفسية فرجينيا أكزلين (Virginia Axline)، والمرشدة جيرى لاندرث

(Gerry Landrith) في الولايات المتحدة الأمريكية، أول من طور طريقة الإرشاد باللعب للأطفال. ومن أجل إرشاد الأطفال من خلال اللعب لابد من تهيئة غرفة خاصة للألعاب حيث لا تقل مساحتها عن (6 م × 6م)، وأن تزود برفوف على جدرانها، حيث يوضع عليها كل ما يمكن أن يكون موضوع لعب للأطفال من علب فارغة، وسيارات وأسلاك وخيطان وأدوات بلاستيكية مثل: المجرفة والمعول وأدوات الطبخ. كما يوضع فيها رمل ناعم وطاولة وسبورة خشبية وطباشير ومرسم وأقلام ملونة وفراشٍ ودهانات ومكعبات وكرات بلاستيكية وسكين بلاستيكي أو خشبي وعدة نجارة ومسرح عرايس وبنادق وجنود وأقنعة.. إلخ.

كما يجب أن تحتوي غرفة إرشاد الأطفال ألعاباً تمثل أفراد الأسرة جميعاً (الأب، الأم، الأخوة) بأحجام متناسبة مع أفراد الأسرة، وأن يكون عددها مطابقاً لعدد أفراد أسرة الطفل (المسترشد). بالإضافة إلى ذلك لابد أن يوجد في الغرفة ألعاب تمثل أطفاًلاً بمراحل عمرية مختلفة مع الأدوات التي تستخدم في رعايتهم (زجاجة حليب فارغة، مصاصات، وبعض أدوات اللعب). ويمكن للمرشد النفسي أن يتبع في إرشاد الأطفال باللعب أحد الأساليب التالية:

#### أ – اللعب الحر أو غير المباشر:

يدخل الطفل والمرشد إلى غرفة الألعاب، ويجلس المرشد في مكان معين، ويترك للطفل حريته باستكشاف الألعاب الموجودة في الغرفة حيث يتفحصها ويقرر في النهاية موضوع اللعبة التي سيلعب بها. أما دور المرشد فيتابع حركات الطفل، فإذا أمسك بلعبة ما وتركها فإنه يسأله: ماذا تعني لك هذه اللعبة؟ لماذا تركتها؟ وإذا ضرب مثلاً كيس الإسفنج المعلق يقول له: أراك غاضباً، لماذا تضرب هذه اللعبة؟ وقد يشارك المرشد الطفل في اللعب وقد لا يشاركه حسب رغبة الطفل، وهذا الأسلوب من الإرشاد يساعد في علاج الاضطرابات الوجدانية عند الأطفال (الزعي، 1998: 189).

#### ب – اللعب المباشر:

في هذا الأسلوب من الإرشاد يحدد المرشد النفسي مسرح اللعب، ويصمم اللعب وأدواته بما

يتناسب وعمر الطفل ومشكلاته وخصائصه، ثم يترك له حرية اللعب في جو آمن يسوده العطف والتقبل، وقد يشترك المرشد مع الطفل في اللعب ليعكس له مشاعره ويوضحها ليتمكن من إدراك ذاته، ويعرف إمكاناته (الزعي، 2000، أ).

### ج - الإرشاد السلوكي:

قد يستخدم المرشد النفسي اللعب بطريقة الإرشاد السلوكي كما هو في حالات الخوف (الخوف المرضي) من حيوانات معينة. يمكن تحصيل الطفل تدريجياً بتعويده على اللعب بدمى هذه الحيوانات في مواقف آمنة سارة متدرجة ومتكررة حتى تتكون لديه ألفة تساعد على إزالة الحساسية والخوف، يلي ذلك زيارة لحديقة الحيوان لمشاهدة هذه الحيوانات والطفل في حالة استرخاء دون خوف (زهرا، 1998: 386).

### شروط الإرشاد باللعب:

- هناك شروط لا بد للمرشد النفسي أن يتقيد بها أثناء الإرشاد باللعب منها:
- إعطاء الطفل الحرية في اختيار اللعبة التي يرغب بها.
- أن يتعامل مع الطفل كطفل وليس كراشد.
- أن يبني مع الطفل علاقة ودية تقوم على الحب والتقبل سواء نجح أم فشل.
- أن يترجم أفعال الطفل إلى تعليقات معينة.
- ألا يضرب الطفل عندما يخطئ.
- ألا يسمح للطفل بإيذاء الألعاب أو الممتلكات في غرفة الألعاب.
- الإقلال من عبارات المديح للطفل (ممتاز، جيد...).
- عدم محاولة توجيه الطفل، بل متابعة تحركاته.
- متابعة الطفل عند قيامه بسلوك غريب حتى لا يؤدي نفسه.

- الصمت الطويل لإتاحة الفرصة للطفل للتفاعل مع أعباءه بالشكل الأمثل.
- التزول إلى مستوى الطفل أثناء الحديث معه أو توجيهه.
- عدم ترك غرفة الألعاب إلا بعد إعادة الأشياء إلى أماكنها.
- التقيد بوقت معين للعبة دون تجاوز ذلك.
- السماح للطفل بالعيش مع أعباءه كطفل، والتفكير كطفل، والفهم كطفل دون إقحام خبرات المرشد في ذلك.

#### أدوات الإرشاد باللعب:

تعدُّ الألعاب وسيلة الاتصال بالطفل أثناء عملية الإرشاد، لذا فإن اختيارها يجب أن يتم بعناية كبيرة، إذ يفترض في هذه الألعاب أن تساهم في التنفيس عن انفعالات الأطفال، والتعبير عن مشاعرهم الحقيقية. فقد أشار لاندريث (Landreth, 1991) إلى وجود عدد من المعايير في اختيار ألعاب الأطفال منها:

- 1- أن تسهل عملية الإبداع عند الأطفال.
- 2- أن تكون جاذبة لانتباه الأطفال حتى يقبلوا عليها باهتمام.
- 3- أن تزودهم بخبرات تشعرهم بالنجاح.
- 4- أن تكون جيدة الصنع، وغير قابلة للكسر بسهولة، وألا تكون مؤذية لهم.

من أنواع الألعاب التي يمكن اختيارها لغرفة اللعب ما يلي:

#### أ- ألعاب الحياة الواقعية:

هي ألعاب تكون متوفرة عادة في المنزل مثل: ألعاب العرائس، وأدوات المطبخ، والتلفون ووسائل الاتصال الأخرى (الجوال). ودمى الأطفال، وملابس الأطفال، وعائلات من الحيوانات... وغيرها. وهذه الألعاب تساهم في بناء علاقة مع المرشد، واكتشاف مدى ارتباطهم بأسرهم.

ب- ألعاب العمل:

تمثل هذه الألعاب في : البنادق والسهام والألعاب العسكرية والسكاكين المطاطية ولوحة السهام... وغيرها. ويمكن أن يضاف إلى هذه الألعاب صناديق الرمل كنموذج لحديقة المنزل، واللعب بالصلصال لتشكيل بعض الحيوانات والطيور أو رسم إنسان، واللعب بالدمى المتحركة حتى تأخذ دور الأشخاص المؤثرين في حياة الطفل.

ج- الألعاب الإبداعية:

مثل: رسم الصور، والصلصال، والتلوين، والدمى المتحركة، وورق الصحف والتشكيل، أقلام ملونة، وكرتون، وغيرها.

2 - الإرشاد الجماعي للأطفال:

يعدُّ الإرشاد الجماعي للأطفال من الأساليب الإرشادية الحديثة نسبياً، حيث ظهر بشكل منظم في الثلاثينات من القرن العشرين، وأصبح استخدامه في المجتمعات الحديثة أكثر إلحاحاً؛ نظراً للتصدع الذي تعاني منه الكثير من الأسر، وما يعانيه الأطفال نتيجة لذلك من حرمان الوالدين، ومن العناية به في جو أسري آمن.

تضم جماعة الإرشاد في الإرشاد الجماعي للأطفال عدداً لا يتجاوز عشرة أطفال من أعمار متقاربة، ومن ذوي المشكلات المتشابهة، ويمكن أن تكون جماعة الأطفال من جنس واحد أو من الجنسين، حيث يتلاءم زمن الجلسة مع عمر الأطفال.

يستخدم هذا الأسلوب في حالة اضطراب علاقات الطفل بأقرانه، حيث يتاح للمرشد النفسي ملاحظة التفاعل الحاصل بين الطفل وأقرانه دون الاعتماد كلياً على ما يقوله الآخرون عن الطفل (المعلم، أحد الوالدين..)، مما يمكنه من ملاحظة ما يقوم به الطفل فعلاً من أعمال، أو أفعال، أو أقوال تؤدي إلى رفضه من قبل الآخرين. وهذا ما يساعد المرشد النفسي على تقديم العون للطفل المشكل بما يمكنه من تعديل سلوكه غير المرغوب فيه أو تغييره من خلال اتباع الطفل لعدد من الفنيات مثل: لعب

الأدوار، وتبادل لعب الأدوار، وتعزيز أنماط السلوك المرغوبة، وتعزيز سلوك الأطفال الآخرين عند قيامهم بسلوك مرغوب تجاه الطفل، ومن خلال تقديم النموذج الحسن للسلوك المرغوب فيه أثناء التفاعل مع الآخرين (سلامة، 1991).

يستخدم هذا الأسلوب بفاعلية في إرشاد الأطفال من عمر ما قبل المدرسة الابتدائية، وأطفال من عمر المدرسة الابتدائية، ومع المراهقين، حيث يتيح لهم فرص التفاعل فيما بينهم، وينمي عندهم المهارات الاجتماعية.

### 3 – الإرشاد الأسري للأطفال:

تقديم خدمات الإرشاد الأسري للأطفال وللوالدين وللأخوة... وغيرهم من المحيطين بالطفل في الأسرة. ويعد هذا الأسلوب في الإرشاد دعماً حقيقياً للأسرة، حيث يساعد على توجيه الوالدين نحو حياة أفضل يسودها الهدوء والسعادة، في جو من العلاقات الأسرية المتناغمة بين الآباء والأبناء، وبين الأبناء مع بعضهم بعضاً. كما يقدم هذا الأسلوب المساعدة للأسرة من خلال علاج ما قد يظهر فيها من مشكلات نتيجة الطلاق أو موت أحد الوالدين... وما يكون لذلك من أثر على الأبناء. وفي حل هذه المشكلات نضمن سعادة جميع أفراد الأسرة.

### الخطوات الإرشادية المتبعة مع الأطفال:

من أجل مساعدة المرشد النفسي للأطفال الذين يعانون من صعوبات ومشكلات سلوكية واجتماعية وتربوية، يمكنه السير وفقاً للخطوات التالية (أبو عباة، ونيازي، 2001: 201):

- 1 – تحديد المشكلة، من خلال تعريفها وتحديدها تحديداً دقيقاً، وربطها بوظيفة المرشد النفسي ودوره.
- 2 – تحديد العوامل ذات العلاقة بالمشكلة، وبيان الأسباب التي أدت إلى حدوثها واستمرارها.
- 3 – تحديد الأهداف، وذلك من خلال شرحها، وتحديد النتائج المراد الوصول إليها.

- 4 — تحديد الجوانب التي سيتم التعامل معها بهدف تعديلها أو تغييرها.
- 5 — تحديد أساليب التدخل الإرشادي، وذلك من خلال وضع خطة إرشادية توضح ماذا يريد المرشد بعمله؟ وكيف سيتم ذلك؟ ومن سيشارك فيه؟ بالإضافة إلى تحديد دور كل طرف ومسؤوليته في هذه العملية.
- 6 — التقييم: يحدد المرشد النفسي في هذه المرحلة أساليب التقييم التي سيتم استخدامها ومصادر المعلومات التي سيعتمد عليها للقيام بهذه العملية.

#### خامساً - إرشاد الشباب والمراهقين: Youth & adolescence Counseling

تعتبر مرحلة المراهقة عن فترة زمنية من حياة الإنسان تمتد ما بين نهاية الطفولة المتأخرة وبداية سن الرشد (12-18 أو 21 سنة)، وتتميز بوجود مجموعة من التغيرات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية (الزعبي، 2007، ب).

مرحلة المراهقة فترة تتذبذب فيها انفعالات المراهقين، إذ تحدث فيها تغيرات سريعة في جوانب النمو كافة، ويصبح المراهق نتيجة هذه التغيرات السريعة حساساً جداً، فهناك مواقف جديدة تحدث في حياته دون أن تكون لديه الخبرة الكافية لمواجهتها. كما أن التغيرات الجسمية التي تحدث في المراهقة تسبب للمراهق الحرج، وتزداد في هذه المرحلة أيضاً أحلام اليقظة، ويزداد القلق لديه، كما تتنوع اهتماماته، ويزداد تفكيره بمستقبله المهني والدراسي، وتزداد نوبات الغضب عنده، ويثور على عالم الكبار محاولاً الاستقلال عن أوامرهم ونواهيهم ليستقل بآرائه ويكون شخصية مستقلة بعيدة عن تسلط الآخرين. وقد أوضحت البحوث الحديثة أن الناس قد بالغوا كثيراً في مدى الاضطرابات والمشكلات التي تحدث عند المراهقين والشباب، فالمراهقة ليست مرحلة مثالية خالية من الأزمات والاضطرابات النفسية والاجتماعية، بل إن ما يوجد لدى الشباب من مشكلات يكمن أساسها في العلاقات التي تتم بينهم وبين أسرهم وأصدقائهم، وفي إطار مدارسهم، ومن خلال القيم والعادات والمعايير الثقافية السائدة في المجتمع الذي يعيشون فيه (الزعبي، 2007، ب)، وإذا توفر

للمراهقين والشباب التوجيه والإرشاد، فإنه يمكن التغلب على مشاكلهم واضطراباتهم.

### مفهوم إرشاد الشباب:

توجيه الشباب وإرشادهم هو "عملية مساعدة الشباب ورعايتهم نفسياً واجتماعياً وتربوياً ومهنياً وأسرياً، وذلك من خلال برامج إرشادية نمائية، ووقائية، وعلاجية وذلك بهدف فهم دوافعهم وحاجاتهم، وتوفير متطلباتهم، ومساعدتهم في حل مشكلاتهم، وذلك من أجل تحقيق نمو سليم متكامل في جوانب الشخصية كافة، والوصول بهم إلى أفضل مستوى ممكن من الصحة النفسية".

### أهداف الإرشاد النفسي للمراهقين والشباب:

يهدف الإرشاد النفسي إلى مساعدة المراهقين والشباب في تحقيق نموهم السليم المتكامل نفسياً وتربوياً ومهنياً واجتماعياً. ويمكن تحقيق ذلك من خلال:

- تكوين علاقات إيجابية ناضجة مع أفراد الجنسين: أي التعامل مع أفراد كل جنس على أنهم أفراد ناضجون، والتصرف معهم بحكمة من أجل تحقيق أهداف مشتركة.
- تقبل التغيرات الجسمية والجنسية على أنها مظهر طبيعي للنمو الإنساني.
- تحقيق الاستقلال النفسي عن الآخرين: ويكون ذلك من خلال التحرر من التعلق بالوالدين، والقدرة على اتخاذ المراهق لقراراته بنفسه.
- التخطيط لمستقبل مهني أو تعليمي يحقق للمراهق طموحاته بما يتناسب مع إمكاناته وقدراته.
- أن يتمكن المراهق من بناء نسق قيمي متكامل يوجه سلوكه، ويحتكم إليه في حل مشكلاته وصراعاته عند حدوثها.
- تنمية الولاء الاجتماعي عند المراهق لأسرته ومجتمعه، وإدراك واجباته كمواطن صالح.
- اكتساب المراهق شعوراً واضحاً بالهوية أو الذاتية: ويكون ذلك من خلال تكوين فكرة واضحة عن نفسه، أهدافه وطموحاته وقيمه واتجاهاته لتصبح فيما بعد هويته المميزة (ملحم، 2007).

## مشكلات الشباب والمراهقين:

يواجه الشباب والمراهقين بعض المشكلات الناجمة عن أنفسهم، ولكن بعض المشكلات الأخرى تعود إلى الوالدين والمدرسة والأسرة والمجتمع. ومن أكثر مشكلات الشباب والمراهقين وجوداً ما يلي:

### 1- المشكلات الصحية:

يقصد به تلك المشكلات التي تتعلق بالحالة الصحية للمراهقين والشباب، وما يتعرضون له من اضطرابات نتيجة التغيرات الجسمية التي تحدث في المراهقة. ومن أكثر المشكلات الصحية التي يتعرض لها المراهقون والشباب:

- التعب الشديد.
- آلام الرأس.
- ظهور حب الشباب نتيجة قلق المراهق واهتمامه الزائد بجسده.
- الاهتمام الزائد بتقوية عضلات جسمه.
- عدم فهم طبيعة التغيرات الجسمية والفسولوجية التي تحدث في المراهقة.

### 2- مشكلات التوافق:

يعد التوافق ضرورياً لكل فرد في أي مرحلة من مراحل حياته، ولكنه أكثر ضرورة في مرحلة الشباب والمراهقة، وذلك نتيجة لما يمر به المراهق من صراعات وتغيرات كبيرة. ومن أسباب سوء التوافق في مرحلة المراهقة والشباب:

- أ- البلوغ الجنسي، وما يرافق ذلك من تغيرات فسيولوجية تجعلهم في حالة من التوتر.
- ب- الحياة الغامضة التي يعيشها المراهقون والشباب، فلا هم بالأطفال الذين يتمتعون بحماية والديهم، ولا هم بالراشدين الذين يتمتعون بالحرية والاستقلال.
- ج- الصراع بين الآباء والأبناء،

بسبب الفجوة التي تفصل بينهما يدفع المراهقين إلى التمرد والعدوان.

### 3 – المشكلات النفسية:

تختلف المشكلات النفسية التي يعاني منها الشباب والمراهقون عن تلك التي يعاني منها الأطفال، سواء في نوع المثير، أم في شكل السلوك الذي تؤدي إليه. ومن ضمن هذه المشكلات: الغضب، والخوف، والقلق، وسهولة الاستثارة، والغيرة، وحالات الاكتئاب، والحجل، الشعور بالحزن والضيق دون سبب. فالشباب لا يتمكنون من إخفاء حقيقة انفعالهم، بل يعبرون عنها بصراحة، مما يوقعهم في مشكلات حقيقية مع الآخرين.

### 4 – المشكلات الاجتماعية:

من المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها الشباب والمراهقون في مجتمعنا المعاصر الاغتراب Alienation، وهو عبارة عن ظاهرة نفسية – اجتماعية تنقص الفرد مقومات تكامله، وتجعله أكثر وعياً بالصراع القائم بين ذاته وبين البيئة المحيطة به، مما يفقده القدرة على إنجاز أهدافه، ويجعل توافقه الشخصي والاجتماعي أكثر صعوبة (الزعيبي، 2000، ب).

من المشكلات الاجتماعية الأخرى الانحراف، والجنوح الذي يزداد يوماً بعد آخر، مثل الخروج على أوامر الأسرة، والشعور بالحجل عندما يكون في مجلس الكبار، والسرقه، والاعتصاب، وارتكاب جرائم القتل.

### 5 – المشكلات الدراسية:

تعد المشكلات الدراسية التي تواجه الشباب والمراهقين في المدرسة المتوسطة والثانوية في طبيعة المشكلات بالمقارنة مع المشكلات الأخرى، والسبب في ذلك يعود إلى طبيعة التغيرات البيولوجية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية التي تترافق مع مسيرة النمو عند المراهق، بالإضافة إلى التطورات العلمية والتقنية وما يتبعها من تغيرات في أساليب التفكير، وطرائق المعيشة، وتنوع الاهتمامات عند

المراهقين وتوجيهها نحو موضوعات قد تتجاوز حدود بيئاتهم المباشرة.  
من أبرز المشكلات الدراسية التي يعاني منها المراهقون والشباب العرب في ضوء ما تم التوصل إليه من خلال الدراسات التي أجريت في البيئات العربية:

- الخوف من الامتحانات.
- الخوف من الرسوب.
- الخوف من الفشل.
- الخوف من الرسوب.
- الخوف من إدارة المدرسة.
- ضعف القدرة على التركيز.
- الخوف من المستقبل التعليمي والمهني.
- عدم معرفة طرائق المذاكرة الصحيحة.
- قلة الوقت للمذاكرة.
- ضعف الميل للعمل المدرسي.
- صعوبة تنظيم الوقت للمذاكرة.
- الهروب من المدرسة.
- العناد وعدم الطاعة للأوامر المدرسية.

#### 6 - المشكلات الأسرية:

تتمثل المشكلات الأسرية عند المراهقين والشباب في اضطراب العلاقات مع الوالدين ومع الأخوة، وغياب أحد الوالدين عن الأسرة، وقلة تفهم الآباء لحاجات المراهقين، وتدخّل أحد الوالدين أو كليهما في شؤون المراهق وفي اختيار أصدقائه، وضعف قدرة المراهق على مناقشة أمور الأسرة مع الوالدين، والرقابة الشديدة على المراهق، وقلة إلفرص المتاحة أمامه لتحمل المسؤولية، والتمييز في المعاملة بين الأبناء من قبل الوالدين، والتزمت الشديد من قبل الوالدين أو أحدهما، وضعف الإحساس بالحب من قبل المراهق.

#### 7 - المشكلات المتعلقة بالمستقبل التعليمي والمهني:

تزداد المشكلات المتعلقة بالمستقبل التعليمي والمهني تعقيداً لدى الشباب والمراهقين اليوم مع تعقد المجتمع، وازدياد التخصصات المهنية فيه، وتوجهه نحو التكنولوجيا. ومن أبرز هذه المشكلات ما يلي:

\* تدخّل الآباء في اختيار مهن الأبناء، مما يؤدي إلى نشوب صراعات معهم، أو قد يؤدي إلى

- مشكلات تحصيلية أو مهنية إذا اختار المراهق مهنة غير مناسبة له.
- \* الأفكار المسيطرة على عقول كثير من الناس بأن الطريق الوحيد للنجاح هي الدراسات الأكاديمية والحصول على الشهادة الجامعية، واحتقارهم للعمل اليدوي أو الأعمال الحرة.
- \* حاجة الشباب والمراهقين إلى معلومات عن المهن الموجودة في المجتمع، ومزايا كل منها، ومدى مناسبتها لهم، مما يؤدي إلى الزج بالكثير من الشباب في مهن لا يميلون إليها.
- \* البطالة الاقتصادية والاعتماد على الآخرين، وصعوبة إيجاد عمل مناسب بعد التخرج.

## 8 - مشكلات أوقات الفراغ:

تعد مشكلات أوقات الفراغ وعدم قدرة المراهق على ملئه بما يفيد، نتيجة سوء التخطيط في كيفية قضاءه، وخاصة إذا ارتبط ذلك بقلّة الأندية المتاحة له لشغل أوقات فراغه بما يلبي حاجاته الجسمية والنفسية والاجتماعية، من المشكلات المهمة في مرحلة المراهقة، إذ إن أوقات الفراغ إذا لم تشغل بما هو خير، فإنها ستشغل المراهق بما هو ضار. فالشباب والفراغ والجدّة مفسدة للمرء أي مفسدة. ومن المعروف أن لكل إنسان دوافع وحاجات أساسية تلح عليه من أجل التعبير عنها وإشباعها، ولكن القيود الاجتماعية تجعل من الصعب التعبير عنها في كثير من الأحيان وخاصة عند المراهقين، فإذا لم يحسن المراهق شغل أوقات فراغه والاستفادة منها بشكل صحيح، فإنها ستؤدي به إلى الشعور بالنقص، والشعور بالملل والضيق، والشعور بالقلق والتوتر، وقد تؤدي بالمراهق إلى اتباع أساليب غير مناسبة للتغلب على ما يعاينه من سأم وملل وضجر.

## خدمات إرشاد الشباب والمراهقين:

إن تقديم خدمات الإرشاد النفسي للشباب في الأسرة والمدرسة والمؤسسات الاجتماعية، ومراكز التوجيه والإرشاد النفسي، من شأنه أن يحقق لهم أفضل مستوى ممكن من الرعاية النفسية

والنمو السليم في جوانب الشخصية كافة، وأن يحقق لهم الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي. ومن أهم خدمات توجيه وإرشاد الشباب والمراهقين:

أ — خدمات رعاية النمو: وتتضمن رعاية نمو الشباب في مظاهر الشخصية الجسمية والعقلية، والنفسية، والاجتماعية، وتوفير مراكز الرعاية المناسبة، وتأمين المرشدين النفسيين المختصين.

ب — الخدمات النفسية: وتتضمن مساعدة الشباب في إشباع حاجاتهم النفسية، كالحاجة إلى الأمن والحب، والقبول، والمكانة الاجتماعية، وتحقيق الذات. كما تتضمن مساعدتهم في حل المشكلات التي تواجههم من أجل تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والتربوي والأسري.

ج — الخدمات الاجتماعية: وتتضمن رعاية الشباب اجتماعياً في الأسرة والمدرسة والمجتمع والاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية، وتعلم المعايير والقيم الاجتماعية والخلقية والروحية، والدينية، وتنمية المسؤولية الاجتماعية بما يساعد على حل مشكلاتهم والوصول بهم إلى التوافق النفسي والاجتماعي.

د — الخدمات التربوية: للمدرسة والجامعة تأثير كبير ومهم في حياة الشباب والمراهقين، ومن خلال العلاقات الإنسانية السائدة في المجتمع المدرسي أو الجامعي، وكذلك من خلال الأنشطة المختلفة التي تبرزها، كل ذلك يساعد الشباب والمراهقين ويجنبهم كثيراً من المشكلات التي يمكن أن تعترضهم داخل المدرسة والجامعة وخارجها. كما يمكن للمدرسة والجامعة بالتعاون مع الأسرة أن يسهما في حل كثير من مشكلات الشباب والمراهقين.

هـ — خدمات توجيه وإرشاد أوقات الفراغ: إن تنظيم أوقات الفراغ عند الشباب والمراهقين مهم لصحة الفرد النفسية وكيانه عامة؛ فقد استعان المعالجون والأطباء النفسيون بالنشاط الترويحي في معالجة المصابين بالأمراض النفسية والعقلية. كما يساعد حسن الاستفادة من أوقات الفراغ في إشباع حاجات الشباب الجسمية، إذ يتخلصون من التوترات العضلية، وينشط عندهم الدورة الدموية من خلال ممارستهم للتمارين والتدريبات الرياضية بدلاً من بقائهم في حالة جلوس وركود لفترة طويلة. كما يشجع النشاط الذي يمارسه الشباب عندهم الحاجات الاجتماعية، حيث يشعر الفرد بالمتعة

والراحة من خلال تواجده مع الآخرين في عمل أو نشاط ترويجي، حيث تتاح له من خلال هذه النشاطات فرص الاتصال بزملائه، وكيفية التعامل معهم. وهذا ما يجعله يشعر بقيمة أكبر، وأهمية عظيمة عند الآخرين، مما يكسبه مزيداً من الثقة بالنفس وتقدير الذات.

كما يمكن للهوايات التي يمارسها الشباب أثناء وقت الفراغ أن تشبع عندهم الحاجة إلى المعرفة، حيث يكتسب الشخص من خلال ممارسته لهواية القراءة والمطالعة الكثير من المعلومات والمعارف الجديدة.

كما تشبع الهوايات عند الشباب حاجاتهم النفسية، كالحاجة إلى الحب والاهتمام والإبداع والتفوق، والإنجاز والشعور بالراحة والسرور، كما تعد متنفساً له تساعد في إعادة التوازن النفسي الضروري.

### سادساً: إرشاد الفئات الخاصة Exceptional Counseling

#### \* إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة:

يتمثل إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة في تقديم الخدمات المختلفة إلى هذه الفئة التي يعاني أفرادها من إعاقات عقلية مثل التخلف العقلي، أو حسية مثل الإعاقة البصرية الكلية أو الجزئية، أو الإعاقة الحركية مثل الشلل، وفقدان الأطراف السفلية، أو تعليمية مثل صعوبات التعلم، أو اضطرابات سلوكية، أو اضطرابات في التواصل، أو غير ذلك من إعاقات.

يعاني أفراد هذه الفئات من الإعاقات من مشكلات مختلفة. فهناك المشكلات النفسية، والاجتماعية مثل المفاهيم السلبية عن الذات، والشعور بالنقص والعزلة والشعور بأنهم عبء على الآخرين، ونظرة الآخرين السلبية لهم. وهناك المشكلات التربوية مثل التأخر الدراسي، ونقص مستوى الطموح، والتعرض للسخرية من قبل الزملاء.. ونظراً لهذه المشكلات التي يعاني منها المعوقون أيّاً كانت إعاقته، فإنهم يحتاجون إلى رعاية نفسية وتربوية واجتماعية من أجل مساعدتهم على التوافق النفسي

والاجتماعي والتربوي، والقدرة على الحياة بما تسمح به إمكاناتهم. لذلك من الواجب على المرشد النفسي التربوي أن يعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة لمساعدتهم على تقبل إعاقاتهم، وتبصيرهم بما لديهم من قدرات متبقية لديهم، وأن يحددوا أهدافهم ومطامحهم لتكون متناسبة مع قدراتهم، ليكونوا قادرين على استثمارها بالشكل الأمثل. ولذلك يحتاج المعوقون إلى التشجيع المستمر للاعتماد على الذات، وتحقيق الاستقلالية مع تنمية روح التحدي للإعاقة عندهم. كما لا بد من تدريب ذوي الاحتياجات الخاصة على المهارات الأساسية للتواصل مع الآخرين، ليتمكنوا من العيش وسط الجماعة، ويكون مقبولاً ومتقبلاً منها. كما لا بد من مساعدتهم في التعرف على مواطن القوة لديهم، وتعزيز هذه المواطن حين يستخدمونها. فضلاً عن ذلك يحتاج الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة إلى مساعدة عندما يواجهون مشكلات نفسية أو اجتماعية أو تربوية أو مهنية، لتمكينهم من حلها، وتحقيق التوافق والصحة النفسية. كما لا بد من توجيه والدي الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة وإرشادهم إلى كيفية التعامل مع أبنائهم، ومساعدتهم في التخفيف من الضغوط النفسية التي يعانون منها، حتى يقومون بدورهم في مساعدة أبنائهم على أفضل وجه ممكن، وذلك من خلال تفهم حاجاتهم النفسية والصحية والتعرف على السلوكيات التي يمارسونها. كما يجب على آباء ذوي الاحتياجات الخاصة أن يتقبلوا أبنائهم، والعمل على تنمية ميولهم ومهاراتهم، وأن يتفهموا باستمرار حاجاتهم، والعمل على إشباعها قدر الإمكان.

### أهداف إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة:

- تتمثل أهداف إرشاد الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة فيما يلي:
- 1 - الكشف المبكر عن ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة.
  - 2 - مساعدتهم على النمو نمواً متكاملًا في جوانب شخصياتهم الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية واستثمار ما لديهم من إمكانات.
  - 3 - إعداد البرامج التعليمية، والخطط التربوية المناسبة مع إمكانات كل فئة من الفئات الخاصة.

- 4 — تهيئة المدارس الخاصة للأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة ، وتزويدها بالوسائل التعليمية والتكنولوجية المناسبة لكل فئة (وسائل خاصة بالمعوقين سمعياً أو بصرياً، أو بدوي صعوبات التعلم، أو بالتوحيدين... إلخ).
- 5 — توفير الرعاية النفسية والاجتماعية لهم، بما يمكنهم من تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي بشكل سليم.
- 6 — العمل على نشر الوعي بين أفراد المجتمع، وتعديل الاتجاهات الخاطئة نحو الفئات الخاصة، والعمل على تقبلهم ضمن إطار المجتمع الذي يعيشون فيه.
- 7 — إعداد برامج التوجيه والإرشاد المناسبة لكل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يتم تنفيذها عبر برامج خاصة توجه للأسر من خلال وسائل الإعلام وتوجه إلى المدارس وإلى باقي الأفراد الآخرين.

#### \* إرشاد الموهوبين: Gifted Counseling

يتميز الموهوبون بأن لهم حاجات خاصة تميزهم عن باقي الأفراد الآخرين من العاديين مثل الحاجة إلى مزيد من التفوق والإنجاز، والحاجة إلى مزيد من الرعاية والاهتمام من قبل الأهل والمدرسين، والحاجة إلى برنامج دراسي خاص يتناسب مع إمكاناتهم وقدراتهم، والحاجة إلى مزيد من تقدير الآخرين، والحاجة إلى الاندماج الاجتماعي الذي يوفر لهم الأصدقاء المناسبين.

كما أن للموهوبين مشكلات ناجمة عن الأسرة نتيجة كثرة انتقاده للعلاقات الأسرية بسبب شعوره بالاختلاف عن الآخرين، وفرض نفسه كأب ثالث في الأسرة، ونتيجة المنافسة بين الطالب الموهوب وأخوته وطموحات الأهل المبالغ فيها، وضغط الأهل عليه لاختيار التخصص الدراسي الذي يرضي فضولهم.

هناك مشكلات ناجمة عن صفات خاصة بالموهوبين، مثل الشعور بالمثالية، والتميز، ونقد الذات العالي، والخوف من الفشل، والخوف من النجاح، والعزلة، وسوء التوافق، والكآبة،

والقلق من الرفض الاجتماعي، والاهتمام بالنشاطات غير المنهجية... الخ. كما أن ضعف التوازن بين النضج الانفعالي والنضج العقلي للموهوب، يؤدي به إلى مشكلات نفسية مثل الضغط النفسي. كما أن الميل الزائد للتنظيم، والالتزام الكبير بالأنظمة والقوانين يوقعهم في مشكلات مع أقرانهم.

لذلك فإن العناية ببيئة الموهوب، تساعد في الحد من ظهور هذه المشكلات، ويساعد في تلبية احتياجاته النفسية والاجتماعية. ومن هذه الأساليب في رعاية الموهوبين كما حددها حنورة (1998: ص 13 – 20) ما يلي:

- 1 — توفير الظروف الاجتماعية والثقافية المناسبة لنمو الموهبة.
- 2 — بناء المناخ الوجداني الفعال. فقد أظهرت دراسة بارون (Barron, 1997: 15 – 17) أن المبدعين يتمتعون بانفعالات مستقرة، وأهم أكثر قدرة على تحمل الضغوط، وأن القلق الموجود لديهم هو قلق مثير للتفوق والإبداع.
- 3 — تنمية الإحساس بالجمال والتذوق الفني. فالموهوبون يتمتعون بحساسية فائقة للتذوق الفني في المجالات العلمية والأدبية والفنية ولديهم خصائص متميزة في حب النظام والعمل من أجله.
- 4 — رعاية الجوانب المعرفية في الإبداع وذلك من خلال:
  - أ — تنمية الخيال بأبعاده المختلفة.
  - ب — تنمية القدرات الإبداعية مثل الطلاقة والمرونة والأصالة.
  - ج — تدريب مهارات التفكير الناقد مثل: التنبؤ، والاستقلال، والتصنيف، والتحليل، واتخاذ القرار في أي مجال.

من الضروري رعاية الموهوبين مبكراً لما لذلك من آثار وقائية. كما لا بد من توجيه وإرشاد آباء الموهوبين ليكونوا أكثر تفهماً لحاجات وقدرات الموهوبين من أبنائهم، وأن يعتمدوا أسلوب الإقناع والمحاورة مع أبنائهم، وعدم فرض القيود عليهم، والابتعاد عن العقاب الشديد، لأن أكثر ما

يُحَقِّق الموهبة هو وجود الشخص الموهوب وسط جماعة تسلطية تكثر من النقد، ولا تتسامح مع الخطأ. وعلى الأسر أن تشجع أبناءها الموهوبين على التميز وليس على الكمال، مما يساعدهم على الاستفادة من إمكاناتهم إلى أقصى حد ممكن. كما لا بد للآباء من توفير المناخ العاطفي المناسب لأبنائهم الموهوبين، لأن ذلك يساعدهم في التعامل مع مشاعر الإحباط والفشل ويشعرهم بالحب والتقبل. كما ينبغي للأهل أن يوفرُوا لأبنائهم الموهوبين البيئة المثيرة عقلياً وثقافياً، وكذلك توفير الأمن النفسي الذي يشعرهم بالقبول والتقبل.

أما فيما يخص رعاية المدرسة للموهوبين من طلابها، فإنه من الضروري لها أن توفر لهم المناخ المدرسي الذي يتسم بالتسامح والعدالة والحرية، لأن ذلك يساعد في تنمية مواهبهم، ويمنع من تكوين اتجاهات سلبية نحو المدرسة. كما ينبغي أيضاً العمل على تغيير مواقف واتجاهات المعلمين نحو التلاميذ الموهوبين والتميزين، وتطوير أساليبهم في التدريس داخل الصفوف العادية لتصبح أساليب متميزة. من الضروري أن تقوم استراتيجيات التعليم الخاصة بالموهوبين على تحفيز الذاكرة والانتباه والتركيز وتوظيف المعلومات في بناء خبرات جديدة، مما يساهم إيجاباً في تنمية الجوانب الانفعالية والاجتماعية لدى الموهوبين (السرور، 1998).

فضلاً عن ذلك لا بد للمدرسة من تأمين البرامج المناسبة للموهوبين، كالبرامج الإثرائية، وبرامج الإسراع. ولهذا لا بد من تقديم الإرشاد التربوي للموهوبين لمساعدتهم في رسم الخطط التربوية التي تتناسب مع إمكاناتهم وقدراتهم وميولهم، والمساعدة في حل مشكلاتهم التربوية من أجل تحقيق توافقتهم التربوي الذي يمكنهم من الاستمرار في الدراسة والنجاح فيها. كما لا بد من تقديم الإرشاد المهني للموهوبين لمساعدتهم في اختيار المهنة التي تتناسب مع قدراتهم وميولهم وظروفهم الاجتماعية وحاجات المجتمع الذي يعيشون فيه بما يحقق لهم التوافق المهني. كما لا بد من مساعدة الموهوبين في حل مشكلاتهم النفسية والاجتماعية، وبخاصة ما يتعرضون له من ضغوط نفسية، وحالات اكتئاب، ومثالية زائدة. وهذا ما يجعل الحاجة إلى الإرشاد

النفسية ضرورة كبيرة لتبصير الموهوب بأسباب مشكلته ومساعدته في اتخاذ قراراته، وتعديل سلوكه، ومعالجة مشكلاته النفسية التي تعوق توافقه، ومنعه من تحقيق الصحة النفسية (الشهري، 1998). فضلاً عن ذلك لا بد من تقديم المساعدة لأسر الموهوبين، ذلك لأن للموهوبين تأثيراً كبيراً على أسرهم، كما أنهم يتأثرون بها. ولذلك فإن التوجيه والإرشاد الأسري شيء مهم وضروري، وخاصة فيما يتعلق بأساليب تدخل الأسر في حياة الأبناء الموهوبين، أو إعطائهم أدوار الوالدية داخل تلك الأسر.

### خدمات الإرشاد النفسي للموهوبين والمتفوقين:

حدد الشهري (1998: ص 292-994) عدداً من الخدمات لرعاية الموهوبين والمتفوقين

يمكن إيجازها في الآتي:

- 1 — الكشف عن قدرات الموهوبين واهتماماتهم وميولهم ورغباتهم، حتى يتم تقديم الدعم والتوجيه المناسب لهم.
- 2 — نشر الوعي بين أفراد المجتمع بأهمية الموهبة، والحاجة إلى رعايتها، ويكون ذلك من خلال الكشف عن الأطفال الموهوبين والمتفوقين ورعايتهم تربوياً ونفسياً.
- 3 — توعية الآباء والأمهات والمدرسين بخصائص المتفوقين والموهوبين وسماتهم وكيفية التعامل معهم بما يوفر لهم الدفء والحنان والتقدير والاحترام.
- 4 — المساعدة في وضع وتخطيط البرامج التربوية والإرشادية من أجل إشباع حاجات الموهوبين ورغباتهم، وتحقيق توافقهم النفسي والأسري والاجتماعي.
- 5 — مساعدة المتفوقين والموهوبين على تقبل ذواتهم، والتعايش مع مجتمعهم بسلام.
- 6 — تقدير الطالب المتفوق وتشجيعه، وتعزيز تفوقه ونجاحه، وتذليل الصعوبات التي تقف في طريق تفوقه، وتنمية كل ما يقوم به، وتوعية المجتمع بأهمية التفوق.

- 7 — مساعدة الطالب المتفوق والموهوب في حل مشكلاته المدرسية، والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والأسرية.
- 8 — معالجة ما قد ينتج من آثار سلبية نتيجة تطبيق بعض استراتيجيات تعليم المتفوقين مثل استراتيجية الإسراع أو الإثراء.
- 9 — مساعدة المتفوقين والموهوبين من خلال التعرف على ميولهم الحقيقية وقدراتهم؛ لاختيار المهنة المناسبة لهم بما يحقق لهم النجاح والتوافق.
- 10 — إجراء الدراسات والبحوث التي تهدف إلى الكشف عن أسباب الاضطرابات والمشكلات التي يعاني منها الموهوبون والمتفوقون، ودراستها وتحليلها ووضع الحلول المناسبة لهم.
- 11 — مساعدة الموهوبين والمتفوقين في فهم اختلافهم عن غيرهم، والتعبير عن أفكارهم بحرية، والاعتراف بموهبتهم، وقدراتهم الخاصة، ومساعدة الآباء والآخرين في فهمهم ورعايتهم (القذافي، 1996).

## الفصل السادس عشر

### الصحة النفسية في المدرسة

• أهمية الصحة النفسية للمعلمين.

• العلاقات السائدة في المدرسة.

• ضغوط مهنة التعليم.

- الآثار الناجمة عن ضغوط مهنة التعليم.
- أساليب مواجهة ضغوط مهنة التعليم.



## الفصل الخامس عشر

### الصحة النفسية في المدرسة

#### أهمية الصحة النفسية للمدرسين:

يحتل المدرس مكانة مهمة في العملية التربوية نظراً إلى طبيعة العمل الذي يقوم به وهو تربية الطلاب وإعدادهم جسدياً، ونفسياً، وعقلياً، ومعرفياً، واجتماعياً، وخلقياً. وعندما يكون المدرس في سعادة ورضا عن عمله، فإننا نتوقع أن ينعكس ذلك بآثاره على الطلاب أولاً، وعلى علاقته بزملائه وأدائه المهني ثانياً. أما إذا كانت حياة المعلم غير مرضية وغير سعيدة فإننا لا نستغرب أن يحمل آثار ذلك إلى طلابه وأدائه. فإذا ظهرت على المدرس بعض أعراض سوء التوافق، فإنه يتوجب على إدارة المدرسة أن ترعاه رعاية خاصة نظراً للدور المهم الذي يضطلع به داخل المدرسة، ولأن الأذى الذي يمكن أن يلحق به، يمكن أن ينال آلاف الطلاب الذين يتعامل معهم من أعمار مختلفة ومستويات معرفية متباينة. وتذكر شريف (2012: 335) مؤشرات الصحة النفسية والمهنية للمعلم وفقاً لما يلي:

- 1- لديه توجه إيجابي تجاه مهنة التدريس.
- 2- لديه توجه إيجابي نحو الطلبة.
- 3- يمتلك ثقة بالنفس وقدرة على تأكيد الذات.
- 4- راض عن عمله ومتوافق معه.
- 5- لديه مؤشرات تكيفية مع إدارة المدرسة وإدارة التعليم بشكل عام.
- 6- راض عن دخله المادي الذي يوفر له العيش باحترام أمام طلابه وفي محيطه الاجتماعي

والشخصي.

7- لا يمتلك شخصية متسلطة في قيادة الصف، وليس متساهلاً بتسيب.

8- يمتلك ثقافة عامة واسعة في المجال التربوي وفي طرائق التدريس الحديثة والمتجددة دائماً.

9- استجاباته العملية ومواقفه تجاه طلابه موضوعية وليست ذاتية.

### العلاقات السائدة في المدرسة:

توفر المدرسة للمدرس جواً من العلاقات مع عدد من الأطراف، فهناك علاقة المدرس بالطلاب، حيث أكدت الدراسات المختلفة أن سلوك الطالب ليس تابعاً مزاجه فحسب، بل هو تابع كذلك للمعاملة التي يلقاها من المدرس والمدرسة. فالمعاملة القاسية والمتسلطة من قبل المدرس مع التلاميذ تنتج لديهم ميلاً إلى العدوان، وإلى انخفاض الشعور بالمسؤولية. أما إهمال المدرس لتلاميذه وعدم متابعتهم فيؤدي إلى تدني الجهد المبذول من قبلهم للاستفادة من الفرص التعليمية والاجتماعية المتاحة في المدرسة. أما أسلوب التعاون الذي يتبعه المدرس مع طلابه فيؤدي إلى بذل جهود كبيرة من قبل التلاميذ للتميز والاستفادة مما يقدمه المعلم والمدرسة، وتنمي شخصيات التلاميذ اجتماعياً وتجعلهم أكثر حباً وتعاوناً وإخلاصاً.

كما أن علاقة المدرس مع مدير المدرسة تنعكس بآثارها على أداء المدرس الأكاديمي وعلى سلوكه وعلاقاته مع تلاميذه وزملائه وأسرته.

لذلك كثيراً ما يواجه المدرس ضغوطاً نفسية ناتجة عن علاقته بإدارة المدرسة، وهذا ينعكس على أدائه أولاً؛ حيث نجده لا مبالياً في كثير من الأحيان ولا يهتم بطلابه وتحصيلهم الدراسي. بالإضافة إلى ذلك فإن سلوكه يتسم بالعدوانية مع زملائه وأسرته، وقد يصاب ببعض الأمراض الجسمية أو الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض الجسمية الناتجة عن عوامل نفسية). أما علاقة المدرس السليمة مع

الإدارة فتؤدي إلى صحة نفسية جيدة عند المدرس، حيث يصبح سعيداً وراضياً عن عمله، مما ينعكس بآثاره الطيبة على أدائه المهني وعلى حسن علاقاته بزملائه وتلاميذه.

لا تقتصر علاقة المدرس على العاملين في المدرسة والطلاب، بل تمتد لتشمل علاقته مع المشرفين التربويين وإدارة التعليم، وأولياء الأمور، فكلما كانت هذه العلاقات حسنة وتقوم على الاحترام والتقدير، كلما انعكس ذلك على صحة المدرس النفسية وعلى أدائه المهني وسلوكه نحو كل من يتعامل معهم.

### الإدارة الصفية الناجحة من قبل المدرس:

يرى عدد من الباحثين في المجال التربوي أن نجاح إدارة المدرسة للطلاب يعتمد على نشاط ومشاركة الطلاب الفعالة داخل الصف، وعلى إدارة المدرس الناجحة للنقاش والحوار، وليس تقديم حلول جاهزة (طربية، 2009).

كما أن التعلم الفعال يحتاج إلى أجواء منظمة، وحسن تفاعل بين أطراف الموقف التعليمي. كما أن التعلم في صف تسوده الفوضى أو تسيطر عليه أجواء القلق والتوتر لا يمكن أن يؤدي وظيفته. فإدارة الصف تعد كفاية أساسية ومهمة من الكفايات التعليمية التي يحتاجها المعلم المؤهل (شريف، 2012).

بناء على ذلك يمكن القول إن فاعلية الإدارة الصفية تعتمد في جزء كبير منها على المعلم، إذ بدون القدرة على إدارة الصف فإن المعلم يفقد جانباً مهماً من أهليته للتعليم، فهناك ترابط وثيق بين قدرة المدرس على إدارة الصف وبين ما يتمتع به من سمات شخصية. فالشخصية الهادئة المتزنة الموسومة باللباقة والحزم وحسن التصرف أقدر على إدارة الصف من المدرس الانفعالي والذي لا يستطيع التحكم بنفسه والسيطرة على انفعالاته (طربية، 2009). بناء على ذلك يتمثل دور المدرس الفعال بما

يلي:

- 1- توفير المناخ العاطفي والاجتماعي المناسب للمتعلمين.
- 2- تنظيم بيئة العمل حيث يشارك فيه كل من المدرس والمتعلمين.
- 3- توفير آخر المستجدات العلمية للمتعلمين.
- 4- استخدام الوسائل التعليمية الحديثة في تقديم مادة التعلم.
- 5- إدارة الصف بديمقراطية دون فرض أي تسلط على الطلاب.

#### ضغوط مهنة التعليم:

ينطوي عمل المدرس علي ضغوط عديدة، فهناك ضغوط العمل الكثيرة، والواجبات الملقاة على كاهله، واتصاله في كثير من الأوقات مع أطراف خارج المدرسة (أولياء الأمور، المشرفين، إدارة التعليم). كما يواجه المدرس تحيز الإدارة أحياناً، ويجد أشكالاً من التعالي والتعقيد أحياناً. كما قد يشعر بشيء من عدم الطمأنينة يأتيه من رأي المشرف الفني أو إدارة التربية والتعليم، وبالرغم من ذلك يكون من الواجب عليه تركيز انتباهه ساعات متعددة خلال النهار وأن يعنى بشؤون مدرسته ومشكلاتها ساعات كثيرة بعد خروجه منها (الرفاعي، 1987). لذلك فإن ضغوط مهنة التعليم على المعلم كثيرة، حيث تأتيه من مصادر عديدة أهمها:

- كثرة الأعباء الفنية والإدارية الملقاة على عاتق المدرس مع قلة الحوافز المادية والمعنوية.
- العلاقات الإنسانية الضعيفة بين المدرس وإدارة المدرسة والزملاء، والطلاب، وأولياء الأمور، والمشرفين التربويين.
- قلة العائد المادي الذي لا يتناسب ومتطلبات الحياة في الوقت الحاضر.

- الخوف من عدم المقدرة على مسايرة التقدم العلمي والتقني وما لحق مهنة التعليم من تطور.
- قلة الأماكن التي يستطيع المعلم قضاء أوقات الفراغ فيها وممارسة الاسترخاء والراحة والمتعة.
- تدني دافعية التلاميذ للتعلم، وضعف دور الأسرة في مشاركة المدرسة في التوجيه.
- ندرة توافر الظروف النفسية الاجتماعية المناسبة داخل المدرسة مما يزيد من توتر المدرسين وسوء توافقهم.
- قلة التقدير المناسب للمدرس من قبل المسؤولين وتجاهلهم لما يبذله من جهود ونشاطات ضمن الإمكانيات المتاحة في المدرسة.
- إحساس المدرس بعدم موضوعية التقويم، واعتماد التقويم في كثير من الأحيان على علاقات شخصية، وليس بناء على النجاح المهني ومستوى الطلاب وعلاقاته مع زملائه وإدارة المدرسة والمشرفين.

### الآثار الناجمة عن ضغوط مهنة التعليم:

سبق أن ذكرنا أن المدرس يتعرض لضغوط مهنية ونفسية واجتماعية عديدة أثناء ممارسته لمهنة التعليم، وهذه الضغوط تترك آثارها المباشرة على صحته الجسمية والنفسية والاجتماعية في آن معا ويمكن إيضاح هذه الآثار وفقاً للآتي:

#### 1- الآثار الجسمية:

تؤدي ضغوط مهنة التعليم إلى اضطراب صحة المدرس الجسمية ، حيث تتجلى هذه الاضطرابات في اضطراب الجهاز الهضمي (إمساك، إسهال، قرحة معدية أو اثني عشرية)، اضطراب في الجهاز التنفسي، واضطراب في جهاز الدوران (ارتفاع ضغط الدم، تسرع ضربات القلب، والصداع النصفي،

## الصحة النفسية

واضطرابات في إفرازات بعض الغدد الصماء ( الغدة الدرقية، الغدة الكظرية) واضطرابات جسمية أخرى.

### 2- الآثار النفسية:

تتأثر الحالة النفسية للمعلم نتيجة الضغوط المهنية التي يتعرض لها، حيث يشعر المعلم بالإحباط لضعف قدرته على تأكيد ذاته في عمله وعدم قدرته على التوافق مع الظروف المحيطية في المدرسة وخارجها. وهذا ما يجعله يشعر بالنقص وضعف الثقة بالنفس، ويلجأ إلى العزلة والحزن، وقد يصاب بالاكتئاب في الحالات الشديدة، كما يصبح أحياناً عدوانياً وعصبياً في المواقف الاجتماعية المختلفة داخل المدرسة وخارجها.

فضلاً عن ذلك فإن عمليتي التذكر والتفكير يتأثران سلباً نتيجة تزايد الضغوط النفسية التي يتعرض لها المعلم، مما يؤدي إلى كثرة النسيان وصعوبة الحفظ، وهذا ما يؤدي إلى ضعف أداء المعلم المهني، وضعف كفاءته وإنتاجه.

### 3- الآثار الاجتماعية:

ينتج عن الضغوط المهنية التي يتعرض لها المدرس آثار اجتماعية بالإضافة إلى الآثار الجسمية والنفسية. فعلاقات المعلم مع تلاميذه تسوء، وكذلك علاقته مع زملائه وإدارة المدرسة والمشرفين وأولياء الأمور، فقد يصبح المدرس عصبي المزاج سريع الاستتارة لأتفه الأسباب، لا يستطيع تحمل النقد أو التوجيه من أي شخص كان. وهذا ما يؤثر في النهاية على علاقته مع طلابه ومع أسرته، حيث تتدنى نظرتهم إلى ذاته، ويصبح عدوانياً في التعامل مع زوجته وأبنائه فيصبحون كبش فداء نتيجة هذه المعاناة والضغط.

#### • أساليب مواجهة ضغوط مهنة التعليم:

1- توجد أساليب متعددة لمواجهة الضغوط المهنية التي يتعرض لها المدرس، ومن أهم هذه

الأساليب ما يلي:

- 2- حسن اختيار المدرسين لمهنة التعليم، وذلك من خلال إعداد شروط دقيقة لهذا الاختيار للتأكد من توافر القدرات والميول والمهارات اللازمة لهذه المهنة، وكذلك مدى توافر السمات الشخصية الضرورية عنده.
- 3- الاهتمام بحسن إعداد طلاب كلية التربية وكليات المعلمين وتدريبهم على المهارات اللازمة لمهنة التعليم، وتوعيدهم على تحمل قدر من الضغوط والأعباء والمسؤوليات، وهذا ما يتم عبر برامج التربية العملية (كفاي، 2003، آ).
- 4- ضرورة التدريب المستمر للمدرس أثناء الخدمة، وذلك من خلال إقامة دورات تنشيطية متكررة بين الحين والآخر، لإطلاعه على كل جديد، وحتى لا يفاجأ بتطور المناهج وهو غير مستعد لتدريسها مما يوقعه في الإرباك.
- 5- ضرورة توجيه وإرشاد المدرسين بالمشكلات والضغوط التي يمكن مواجهتها أثناء التعليم، وهذا من شأنه أن يزيد من فهم المعلم لمهنة التعليم ويزيد من قدرته على التوافق مع الظروف والمتغيرات التي تطرأ.
- 6- العمل على تحسين الظروف الصحية والنفسية والاجتماعية للمدرس بما يتناسب مع دوره التربوي والاجتماعي الرائد.
- 7- ضرورة معالجة حالات سوء التوافق التي تحصل للمدرس في مراكز خاصة يتوافر فيها متخصصون في الإرشاد والعلاج النفسي، وذلك كلما استدعت الحاجة إلى ذلك.

8- العمل على تحسين صورة المدرس عبر وسائل الإعلام من خلال العدول عن النظر إليها على أنها مادة محل نقد ومساءلة إلى النظر بموضوعية إلى أهمية دوره التربوي والبنائي لعقول أبناء الأمة حاضرها ومستقبلها (كفاي، 2003، أ: 260).

• إجراءات دعم الصحة النفسية في المدرسة:

تتمثل إجراءات دعم الصحة النفسية في المدرسة كما يذكرها (الهابط، 2003: 242) كما يلي:

- 1- حسن اختيار المدرسين ليكونوا من ذوي الشخصيات المتكاملة، والقُدوة الحسنة.
- 2- تحسين صحة المدرسين النفسية عن طريق رفع أجورهم، ورفع ضغوط العمل عنهم.
- 3- اهتمام المدرس بمشكلات الطلاب، وعلاجها في وقت مبكر. وهنا يتضح مدى أهمية تعاون المدرسة مع البيت.
- 4- مراعاة احتياجات الطلاب وميولهم والفروق الفردية بينهم، وخصائص مراحل النمو المختلفة.
- 5- توفير المناخ الاجتماعي الديمقراطي الخالي من التعسف والتسلط واحترام حرية الرأي، وتنمية العلاقات السليمة بين المدرسين والطلاب.
- 6- تجنب المبالغة في قسوة الامتحانات أو كثرتها من دون فرصة كافية لاستعداد كافٍ لها من قبل الطلاب، فيتعرضون للإرهاق البدني والعقلي والنفسي.
- 7- توفير تربية دينية رشيدة عن طريق القدوة الحسنة، والممارسة السليمة لشعائر الدين...نعيسة

## المراجع

### أولاً- المراجع العربية

- إبراهيم، عبد الستار ؛ وآخرون (1993) . إجراءات العلاج السلوكي للطفل وخطوات تنفيذه . علم النفس. القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب: العدد 27 .
- إبراهيم، محمد أحمد (1997). فعالية الإرشاد الفردي والجماعي في تحسين عملية التذكر لدى طلاب الجامعة . المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي. القاهرة : جامعة عين شمس ، ص 249 – 251 .
- أبو جبل، فوزي محمد؛ شاذلي، محمد عبد الحميد(1997). الصحة النفسية . الإسكندرية : المكتب العلمي للنشر والتوزيع .
- أبو عيطة، سهام (1997) . مبادئ الإرشاد النفسي . عمان: دار الفكر.

- أحمد، هويدا؛ علام؛ محمود؛ حمدي شاكر (2003) الصحة النفسية والعلاج النفسي للمرشدين والمعلمين والمتعلمين : حائل : دار الأندلس بلان، كمال يوسف (2007).
- نظريات الإرشاد النفسي(1). دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- بحش، أميرة (2000، آ). مقدمة في التربية الخاصة. جدة: دار البلاد.
- بلان، كمال يوسف (2011). نظريات الإرشاد النفسي (2). دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- بلان، كمال يوسف (2009). دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية. م (25)، العددان (1+2)، ص (15-47).
- البهي السيد، فؤاد (1997). علم نفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة . القاهرة : دار الفكر العربي .
- جابر، عبد الحميد جابر، و كفاقي، علاء الدين (1991). معجم علم النفس والطب النفسي، ج4. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جميل الليل، محمد (1998). المساعدة الإرشادية. مكة المكرمة. جامعة أم القرى .
- حافظ، نبيل عبد الفتاح. (1998). صعوبات التعلم والتعلم العلاجي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- الحجار، محمد حمدي (1987). أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي . بيروت :

- دار العلم للملايين .
- حمام، فاديه كامل (1993). القلق لدى عينة من طلبة وطالبات الجامعات المصرية وعلاقته بسمات الشخصية وبعض المتغيرات الأخرى. رسالة دكتوراه. القاهرة: جامعة الأزهر. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- الكحيمي، وجدان؛ حمام، فاديه كامل؛ مصطفى، علي (2007). الصحة النفسية للطفل والمراهق. الرياض: مكتبة الرشد.
- الحياي، عاصم محمود (1989). الإرشاد التربوي والنفسي . جامعة الموصل : مديرية دار الكتب .
- دافيد وف، لندال (1983). مدخل علم النفس ، ط2 . ترجمة سيد الطواب وآخرون . الرياض : دار المريخ .
- الداھري، صالح حسن ؛ العبيدي ، ناظم هاشم (1999) . الشخصية والصحة النفسية . عمّان : دار الكندي للنشر والتوزيع .
- الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية الأمريكي، جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV-TR) (2004). ترجمة تيسير حسون. دمشق.
- رضوان، سامر جميل (2009). الصحة النفسية. عمّان: دار المسيرة.
- الرفاعي، نعيم (1987). الصحة النفسية : دراسة في سيكولوجية التكيف . دمشق . ابن

- حيان.
- الرفاعي، ناريمان محمد، و سالم، محمود عوض الله . (1993). دراسة لبعض خصائص الشخصية المميزة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم. مجلة معوقات الطفولة، ع2، مركز معوقات الطفولة: جامعة الأزهر، ص ص: 181 – 228.
  - الروسان، فاروق (1996، آ). سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.
  - الروسان، فاروق (1996، ب). أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة . عمان – دار الفكر .
  - رياض، سعد (2002) الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين التشخيص الوقاية والعلاج. المنصورة، دار الكلمة.
  - الزراد، فيصل محمد خير (1990). اللغة واضطرابات النطق والكلام . الرياض .
  - الزراد، فيصل محمد خير (1991). صعوبات التعلم لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة (دراسة مسحية – تربوية – نفسية). الرياض: رسالة الخليج العربي، ع38، السنة 11، ص ص: 121 – 178.
  - الزعبي، أحمد محمد (2000، آ) . الإرشاد النفسي : نظرياته ، اتجاهاته ، مجالاته . عمان : دار زهران .
  - الزعبي، أحمد محمد (2000، ب) . الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية

عند الأطفال . عمّان : دار زهران .

- الزعبي، أحمد محمد (2000، ج) . أسس علم النفس الاجتماعي . عمّان : دار زهران .
- الزعبي ، أحمد محمد (2005). علم نفس الفروق الفردية وتطبيقاتها التربوية . دمشق : دار الفكر .
- الزعبي، أحمد محمد (2006). الصحة النفسية والعلاج النفسي للمعلمين والمعلمات والمرشدين النفسيين.الرياض: مكتبة الرشد.
- الزعبي، أحمد محمد (2007) . علم نفس النمو : الطفولة والمراهقة دمشق: دار الفكر.
- الزعبي، أحمد محمد (2008).المشكلات النفسية والسلوكية والدراسية عند المراهقين والشباب. دمشق: دار الفكر.
- الزعبي، أحمد محمد (2011) . التوجيه والإرشاد النفسي والمدرسي . دمشق: دار الفكر.
- زهران، حامد عبد السلام (1997) . الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط3 . القاهرة : عالم الكتب .
- سعد، علي (1992) .علم الشذوذ النفسي . دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- سليمان، عبد الرحمن سيد (1999). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة،أساليب التعرف والتشخيص، ج2. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

- سيد، علي أحمد (2003). العزو السببي لبعض أنماط جرائم الأحداث وعلاقتها بالانتباه والذاكرة المباشرة . مجلة كلية التربية ، جامعة أسيوط ، عدد يناير .
- شحيمي، محمد أيوب (1994) . مشاكل الأطفال . . . كيف نفهمها ؟ المشكلات والانحرافات الطفولية وسبل علاجها . بيروت : دار الفكر اللبناني.
- الشربيني، زكريا (1994) . المشكلات النفسية عند الأطفال . القاهرة: دار الفكر العربي.
- شريف، ليلي ابراهيم (2012). الصحة النفسية والمدرسية. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- الشناوي، محمد محروس ؛ عبد الرحمن ، محمد السيد (1998). العلاج السلوكي الحديث : أسسه وتطبيقاته . القاهرة: دار قباء.
- شيفر، شارلز ؛ ميلمان ، هوارد (1989) . الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ترجمة نسيمه داوود ، ونزيه حمدي . عمّان . عالم المعرفة.
- — صابر، عبد الفتاح (1997). التربية الخاصة لمن؟ لماذا؟ كيف؟ القاهرة: الحفوة للطباعة.
- الطحان، محمد خالد (1992). مبادئ الصحة النفسية . دبي : دار القلم.
- طربية، محمد عصام(2009). استراتيجيات التعليم والتعلم الفعال. دمشق: دار حمورابي.
- عبد السلام، فاروق ؛ ظاهر ، ميسرة ؛ مهنا ، يحيى (1997) . مدخل إلى الإرشاد التربوي والنفسي، ط3. جدة: الدار السعودية للنشر.

- عبد الغني ، أشرف محمد (2001) المدخل إلى الصحة النفسية . الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث .
- عبد الله، عادل (1991) . سيكولوجية نمو الطفل والمراهق . القاهرة : الإنجلو المصرية .
- عقل، محمود عطا حسين (2000). الإرشاد النفسي والتربوي. الرياض: دار الخريجي.
- عمر، محمد ماهر محمود (1992) . المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي. الإسكندرية: دار المعارف الجامعية.
- عودة، محمد؛ مرسى، كمال إبراهيم (1986). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام . الكويت : دار القلم .
- العيسوي، عبد الرحمن (1990) . الإرشاد النفسي . الإسكندرية: دار الفكر.
- العيسوي، عبد الرحمن (1993) ، مشكلات الطفولة والمراهقة ، أسسها الفسيولوجية والنفسية بيروت : دار العلوم التربوية .
- القاضي، يوسف ؛ فطيم ، لطفي ؛ حسين ، محمود (1981) . الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي. الرياض: دار المريخ.
- القرشي، عبد الفتاح (1986). اتجاهات الوالدين والأمهات الكويتيين في تنشئة الأبناء وعلاقتها ببعض المتغيرات ، حولية كلية الآداب الخامسة . الكويت : الرسالة 35.
- القريطي، عبد المطلب أمين (1998) . في الصحة النفسية . القاهرة : دار الفكر العربي .

- — القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، و الصمادي، جميل (1995). المدخل إلى التربية الخاصة. دبي: دار القلم. الإمارات العربية المتحدة.
- كامل، عبد الوهاب (1993)، سيكولوجية التعلم والفروق الفردية. القاهرة: النهضة المصرية.
- الكحيمي، وجدان ؛ حمام ، فادية ؛ مصطفى ، علي (2003) . الصحة النفسية للطفل والمراهق) . الرياض : مكتبة الرشد .
- كفاقي، علاء الدين (2003) . الصحة النفسية والعلاج النفسي : القاهرة : عالم الكتب .
- كفاقي، علاء الدين (2005) . الصحة النفسية والإرشاد النفسي، ط2 : الرياض : دار النشر الدولية .
- كبرك، صموئيل ، و كالفنت، جيمس (1988). صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية. ترجمة زيدان السرطاوي، وعبد العزيز السرطاوي. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- المالح، حسان (1995). الخوف الاجتماعي ، ط2: دمشق : دار الإشرافات .
- محسن، كارولين(2011). المشكلات السلوكية للأطفال. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- المغربي، سعد (1992). حول مفهوم الصحة النفسية أو التوافق. مجلة علم النفس . القاهرة : الهيئة العامة للكتاب ، العدد 23 ، ص 6-17.
- نعيسة، رغداء علي(2012). الصحة النفسية. جامعة دمشق: منشورات جامعة دمشق.

- 
- 
- النبال، مایسة (1996) . الخجل وأبعاد الشخصية: دراسة ارتقائية وارتباطیه. دراسات نفسية . القاهرة: رابطة الأخصائین النفسيين المصرية، م6 ، ع2 ، ص 173-230 .
  - الهابط، محمد السيد (1989). حول صحتك النفسية . الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
  - وطفة، علي (1996) . الأسس الفیزیولوجية والنفسية للعنف والعدوانية :هل يمكن للعنف الإنساني أن یفسّر علی نحو فیزیولوجي ؟ المعرفة. دمشق: وزارة الثقافة، العدد 399، ك1، ص53-68.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Al-Owidha, S. M. (1996). Counseling and Psychotherapy, Perception of Saudi Arabia Students in Britain. **PHD**, University of Manchester.
- Baier, H. (1980). **Einführung in die Lernbehinderten Pädagogic**. Stuttgart.
- Corsini, R. (1987). Concise **Encyclopedia of Psychology**. New York. John Wiley & Sons.
- Eysenck, H. (1978). School Phobia: A study in communication of Anxiety. **Journal of Psychiatry**.

- <http://www.geocities.com/aoalharbi/bahoth/a/takhur.Htm>(2004)Jelseft Enterprises.
- Harris, A. (1986). **Child development**. New York. West Publishing Company.
- Krasner.I. (1990).History of Behavior modification. In A.S Belck, M. Hersen & A. Kazdin (eds.). **International Hand-book of behavior modification and therapy**. (2<sup>nd</sup>, Ed), New York: Plenum press.
- Mullan, T&Dickson. (1991) the effects of microcounselling program with social work students. **Counseling Psychology Owrterly**,412-3,169-176.
- Patterson, C. H. (1986). **Theories of counseling and Psychotherapy** (4<sup>th</sup> ed.), New York: Harper and ROW.
- Pilkons, P. & Zimbardo, P. (1979). **The personal and Social dynamics of Shyness**. In C. E. Izard (ed.) Emotions in personality and Psychopathology. New York: Plenum Press, 133-160.
- Roongpisuthipong, C. & Others (1995). Behavior

modification in the treatment of obesity. **J.of Med. Assoc.** Thai, 78 (9).

- Sue, D., etal. (1990). **Understanding abnormal behavior (3<sup>rd</sup>. Ed.)**. Boston: Houghton Mifflin.
- World Health organization (1990). **Manual of International Statistical,Classification of Disease Injuries**, (10ch, Rcv.).
- Zelman, D. I. (1979). **Hostility and Aggression**. New York: Elobum Associates.