



المشكلات السلوكية للأطفال





منشورات جامعة دمشق

كلية التربية

المشكلات السلوكية للأطفال

إعداد الدكتورة

رغداء نعيمة

الأستاذة المساعدة في قسم الإرشاد النفسي

1433-1434هـ

2012-2013م

جامعة دمشق



فهرس المحتويات	
الصفحة	الموضوع
11	الفصل الأول: السلوك السوي والسلوك الشاذ.
13	مراحل الطفولة واحتياجاتها.
15	معنى السلوك.
16	كيف يتكون السلوك.
17	السلوك السوي.
19	تشخيص الاضطراب السلوكي.
23	السلوك الشاذ.
25	معايير الشذوذ.
34	الشذوذ وسوء التكيف.
37	الطفل المشكل.
39	الأسباب والعوامل المؤثرة في مشكلات الطفولة.
44	النظريات المفسرة لمشكلات الأطفال السلوكية.
53	الفصل الثاني: الأسرة ومشكلات الأطفال.
57	تمهيد.
57	سمات الأسرة العامة.
58	مراحل تكوين الأسرة.
60	دور الأسرة في حياة الطفل.
72	آثار التفكك الأسري.

75	الفصل الثالث: المعلم ومشكلات الأطفال.
79	تمهيد.
79	دور المدرسة في تحقيق الصحة النفسية.
82	الصحة النفسية للمعلم.
84	العلاقة بين المعلم والطفل.
89	دور المعلم في منع وتفادي المشكلات السلوكية.
92	فنيات يستعين بها المعلم في أثناء معالجته للمشكلات السلوكية.
94	تعامل المعلم مع مشكلات التلاميذ.
97	خطوات تعديل السلوك.
98	دور المعلم في علاج المشكلات السلوكية للتلاميذ.
101	علاقة اضطرابات السلوك بالتعلم.
107	الفصل الرابع: المشكلات السلوكية للأطفال.
111	. بعض المشكلات السلوكية للأطفال:
111	أولاً: فرط النشاط الحركي.
132	ثانياً: العدوان.
145	ثالثاً: الكذب.
156	رابعاً: الانسحاب الاجتماعي.
188	خامساً: السرقة.
199	سادساً: العناد.
206	سابعاً: مص الأصابع.

214	ثامناً: قضم الأظافر.
221	بعض المشكلات الانفعالية عند الأطفال:
221	أولاً: الخجل.
231	ثانياً: الغيرة.
237	ثالثاً: التبول اللاإرادي (السلس الليلي).
240	رابعاً: مشكلات التغذية.
254	خامساً: الخوف.
270	سادساً: الاكتئاب.
287	الفصل الخامس: العلاج السلوكي للطفل.
291	تعريف العلاج السلوكي.
292	خصائص العلاج السلوكي.
294	العلاج السلوكي للطفل.
296	أنواع الاضطرابات التي يعاني منها الطفل.
298	إجراءات العلاج السلوكي للطفل.
305	الأساليب والفنيات.
339	المراجع.



• الفصل الأول

• السلوك المشكل

• Behavior problem



الفصل الأول

السلوك المشكل

Behavior problem

- ☆ مراحل الطفولة واحتياجاتها.
- ☆ معنى السلوك.
- ☆ كيف يتكون السلوك.
- ☆ السلوك السوي.
- ☆ تشخيص الاضطراب السلوكي.
- ☆ السلوك الشاذ.
- ☆ معايير الشذوذ.
- ☆ سلوك الطفل المشكل.
- ☆ الأسباب والعوامل المؤثرة في مشكلات الطفولة.
- ☆ النظريات المفسرة لمشكلات الأطفال السلوكية.



❶ مراحل الطفولة واحتياجاتها:

1) الطفولة المبكرة:

تغطي هذه المرحلة الفترة العمرية الممتدة ما بين (3-6) سنوات، وقد اختلفت التسميات التي أطلقت على هذه المرحلة، وذلك لاختلاف الأسس التي اعتمدت في تقسيم مراحل حياة الإنسان، فقد عرفت بمرحلة الطفولة المبكرة وفقاً للأساس البيولوجي، أما وفقاً للأساس التربوي فعرفت باسم مرحلة ما قبل المدرسة، غير أنَّ هذه التسمية بدأت بالتراجع لأنَّ معظم الأطفال وبدءاً من السنة الثالثة يلتحقون بشكل أو بآخر ببعض أنواع المؤسسات التربوية والتعليمية كدور الحضانة ورياض الأطفال وغيرها من مراكز رعاية الأطفال. أما بيرجر (Berger, 1988) فتطلق على هذه المرحلة اسم سنوات اللعب، للتأكيد على أهمية اللعب، فبالرغم من أنَّ اللعب يحدث في مختلف مراحل حياة الإنسان، إلا أنَّ هذه المرحلة هي الأكثر تميزاً في هذا المجال، إذ إنَّ الأطفال يقضون معظم وقتهم في اللعب.

ويميل آخرون إلى إطلاق مسميات أخرى وفقاً لمرحلة التطور المعرفي أو الجنسي أو الأخلاقي التي يمر بها الطفل في هذه المرحلة، لذلك سميت بمرحلة ما قبل العمليات وفق التصنيف الذي وضعه بياجيه، وبالمرحلة القضيبيية وفق التصنيف الذي اقترحه فرويد، كما عرفت باسم المصلحية والفردية وفقاً لأساس التطور الأخلاقي الذي اقترحه كولبرج، إلا أننا نستخدم في هذا المؤلف اسم مرحلة الطفولة المبكرة نظراً لشيوع استخدامه في معظم المؤلفات، مع التأكيد على أهمية البعد التربوي في هذه المرحلة.

١. احتياجات مرحلة الطفولة المبكرة:

تشير الدراسات البحثية إلى أنَّ السنوات الخمس الأولى ذات أهمية كبيرة في اكتساب الأطفال القدرة على التعلم والإبداع والحب والثقة وتطوير إحساس قوي بالذات. وقد تبيَّن أنَّ المستخدمة في رعاية الأطفال تترك أثراً عميقاً في هؤلاء الأطفال في مراحل لاحقة من حياتهم وخاصة عندما يصبحون في مرحلة الرشد من حيث القدرة على الإنتاج والتعاطف مع الآخرين والثقة بالنفس. إنَّ الأطفال الذين يحظون بالتشجيع عندما يحاولون القيام بأشياء جديدة أو يتعلمون خبرات أو معلومات جديدة سوف يعالجون المعلومات الجديدة بشكل أكثر سهولة وسوف يكونون أكثر ثقة عندما يواجهون تحديات جديدة. وفي الوقت نفسه فإنَّ الأطفال الذين لا يتمتعون بالعناية الكافية أو يتعرضون للإهمال المستمر، أو سوء المعاملة، يكونون عرضة للاضطرابات الانفعالية والاجتماعية والسلوكية، وربما يستمر هذا الأمر معهم بقية حياتهم.

من المعروف أنَّ الأطفال يودون بشكل أفضل عندما تتم العناية بهم من حيث التغذية وتقديم الاستشارة المناسبة من قبل الوالدين أو غيرهم من الجهات التي تتولى رعايتهم، والذين يحرصون على توفير الفرص المناسبة ويعززون مفهوم الذات لديهم ويجعلون من أنفسهم نماذج يتعلمون منها الكثير من القيم والاتجاهات والأنماط السلوكية. ولا تعتمد إقامة العلاقات الإيجابية مع أطفالنا الصغار فقط على من يقدم لهم الرعاية، ولكن بشكل أكبر على الطريقة التي تقدم بها هذه الرعاية (جادو، 2007، 278).

2) الطفولة المتوسطة والمتأخرة:

يعتبر التطور خلال هذه المرحلة التي تغطي الفترة ما بين (6- 11) سنة، من الظواهر المثيرة للاهتمام، وتتزامن هذه المرحلة عادة مع دخول الطفل إلى المدرسة، وتنتهي مع وصول الفرد إلى مرحلة البلوغ التي تعلن عن انتقال الطفل إلى مرحلة المراهقة، ويكون الطفل في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة عرضة للتغيرات المثيرة للاهتمام التي يمكن أن تكون دراماتيكية وحادة في بعض الأحيان، ومع دخول الطفل المدرسة النظامية يكون المسرح قد تمَّ إعداده وتجهيزه لتطور الطفل في العديد من الجوانب، كما هو الحال في الطريقة التي يفكر فيها الطفل، أو الطريقة التي يتعامل فيها مع الآخرين وينظم بها سلوكه أو يتعلم بها بشكل عام.

وعلى أية حال فإنَّ المدرسة والصداقات تعتبران على درجة كبيرة من الأهمية في هذه المرحلة، الأمر الذي يشير إلى أنَّ هناك حدثين بارزين تكون لهما آثار مدمرة على حياة الطفل هي: الفشل في المدرسة والرفض أو عدم القبول من الأقران. ولحسن الحظ فإنَّ بعض الأطفال يتمكنون من

تجنب هذه المشكلات، وبعضهم الآخر يتمتع بالثقة الكافية بالنفس أو بالدعم الأسري للتعاطي مع هذه المشكلات عند ظهورها، وفي الوقت نفسه فإن بعض الأطفال يتركون هذه المرحلة وقد علقت في أذهانهم ذكريات مؤلمة ومشاعر غير كفوة وإحساس بالدونية قد يرافقهم طوال حياتهم (Berger, 1988).

واختلفت التسميات التي أطلقت على الفترة الزمنية التي تغطي عمر الطفل في الفترة ما بين (6-11) سنة من باحث ومؤلف إلى آخر، حيث تجد في بعض المؤلفات استخدام اسم مرحلة الطفولة المتوسطة، دون الإشارة إلى مرحلة الطفولة المتأخرة، وتجد أيضاً بعض المؤلفين اعتمدوا الاسمين معاً حيث قسموا الفترة ما بين (6-12) سنة إلى مرحلتين فرعيتين أطلقوا على الأولى (6-9) سنوات مرحلة الطفولة المتوسطة، فيما أطلقوا على الثانية ما بين (9-12) سنة مرحلة الطفولة المتأخرة، وللتوفيق بين وجهتي النظر السابقتين ارتأينا أن نطلق على هذه الفترة الزمنية من عمر الطفل مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة.

وعموماً فإن شخصية الطفل في هذه المرحلة تتطور تحت تأثير عدد كبير من العوامل الرئيسة والفرعية، ويمكن وضع هذه العوامل في ثلاث فئات رئيسة، لعل من أكثرها قوة وتأثيراً التاريخ الاجتماعي (Social History) للطفل، إذ إن معظم ما يتعلمه الطفل يأتي من خلال الخبرات الاجتماعية، وبالرغم من أن هذه الخبرات يتم الإشراف عليها في بعض الأحيان من قبل الآباء والمعلمين، إلا أنها غالباً ما تحدث في مواقف تلقائية في محيط العائلة، ويمكن القول بطبيعة الحال أن لكل طفل تاريخه الاجتماعي الخاص به، ولا يمكن لأي طفلين أن يكون لهما نفس التاريخ الاجتماعي تماماً، حتى ولو كانا توأمين يقومان بنفس الأشياء معاً.

أما النوع الثاني من العوامل التي تؤثر في شخصية الطفل فهي العوامل الثقافية، وتتضمن كل شيء يتعرض له الطفل كالموسيقى، والتلفزيون، بالإضافة إلى أعمال النمذجة والتدريب المختلفة التي تشجع الطفل على تجسيد الشخصية النمذجية أو المثالية في الثقافة التي يعيش فيها الطفل، وأخيراً فهناك العوامل المتضمنة في التركيب البيولوجي كالطول، ونسبة النمو، والمزاج، والمظهر (جادو، 2007، 344).

☆ معنى السلوك:

يعرّف علم النفس عادة بأنه الدراسة العلمية للسلوك Behavior وهذا هو التعريف الذي نكاد نصادفه في الصفحات الأولى من كل كتاب في علم النفس العام. فالظلم شكل من أشكال السلوك، وكذلك الإدراك Perception، والتخيل Imagine، والمحاكمة Trial، والانفعالات Emotions

في أشكالها المختلفة، فإذا سأل سائل: هل تقف حدود السلوك عند ما هو ظاهر من أفعال الإنسان وأقواله؟ قلنا إن كلمة السلوك شاملة، فهي تعني التخيل الذي يجري لدينا داخلياً، كما تعني ما نخطه على الورقة من كلمات أو رسم فني، إنها تشمل كل استجابات العضوية أكانت في حالة التهيج والتوتر أم كانت في حالة تكوين المعارف وتركيبها، أكانت ظاهرة لعين الملاحظ الواقف أمامها أم لم تكن ذلك، هذا مع العلم بأننا نلجأ أحياناً إلى الدراسة المباشرة لما هو غير ظاهر وذلك عن طريق ملاحظة الفرد حوادثه النفسية، ولكن يقل الآن من يأخذ بهذا الطريق من الدراسات النفسية.

❁ كيف يتكون السلوك:

لنقف في حديثنا عند حدود الإنسان وسلوكه ولنسأل: كيف يتم تكوّن السلوك وكيف يأخذ مجراه؟ إننا نذكر أولاً أن الإنسان عضوية حية مزودة بالقدرة على الحركة والاندفاع، ومزودة بوسائل تلزم في معرفة ما حولها. فإذا أخذنا الطفل في شهره الثاني مثلاً فإننا نجده يحرك أطرافه، ويكي ساعة الجوع، ويندفع نحو الثدي من أجل الطعام حين يقترب منه الثدي، ويستعمل أذنيه وعينه في التعرف على المحيط حوله، ويستعمل يديه وأصابعه في الكثير من الحركات.

إن قدرات الإنسان ودوافعه تنمو مع الأيام وتعمل في ذلك عوامل من بينها قدرة العضوية على التطور والنمو وما عندها من دوافع أولية، ومن بينها المؤثرات الطبيعية والاجتماعية المحيطة بالطفل. فإذا أخذناه في عمر الخامسة مثلاً فإن في جملة ما نرى لديه ما يلي: إن جسمه قد نما نمواً ظاهراً، وهو يمشي وحده، ويركض، ويلعب أشكالاً من اللعب، ويمارس أشكالاً متعددة من الحركات، إنه يغضب ويثور أحياناً، ويتلذذ ويفرح أحياناً أخرى، إنه يندفع وراء الكثير من المثيرات الخارجية External stimuli ويتأثر بالكثير من الدوافع الداخلية Interior Motives، إنه يحمل قدراً من الذكاء يظهر في أشكال أفعاله وأقواله. إنه يؤخذ بالموسيقى، ويهتم بالرسم، ويحاول التنغيم ورسم الحيوانات والأشخاص، ويحمل ما يدل على قدرته على العد، إنه يحمل زاداً كبيراً من المفردات اللغوية والجمل، وهنا نقول إن قدراته قد نمت، وأن خبرات واسعة قد تكونت لديه.

فإذا مر طفلاً في لحظة من لحظات يومه على مناسبة فيها يناديه أبوه ويطلب منه أن يحمل إليه الكتاب الموضوع على الطاولة في غرفة الجلوس، رأيناه يستجيب لأبيه ويحمل الكتاب. اللهم إلا إذا أحاط به مانع. إننا هنا أمام سلوك بصدر عن الطفل وفيه يمر الطفل بموقف، والموقف نفسه ينطوي على عدة قوى، إن خبرة الطفل السابقة، وفيها معارفه، وفهمه للغة، ومعرفة صوت أبيه، تكون كلها مجموعة من القوى داخل الموقف، وطلب الأب من حيث هو مثير قوة أو مجموعة قوى، ومثل ذلك يقال في مشاغل الطفل ساعة سماع طلب أبيه، ووضع الكتاب ووجوده في غرفة ثانية،

وكل الشروط الطبيعية المحيطة به . إنها كلها مجموعة من القوى داخل الموقف. إن هذه القوى تتفاعل بسرعة داخل الموقف لتنتج إجراء ما مثل اندفاع الطفل نحو غرفة الجلوس لحمل الكتاب إلى أبيه، إن هذا الإجراء الذي يمثل طرفاً من سلوك الطفل ضمن هذا الموقف هو محصلة تفاعل هذه القوى، قد يتركك الطفل في تلبية النداء: ونستطيع تفسير فعله عندئذ على أساس أن قوة انشغاله بما يلعب به قد تغلبت على قوة المثير أي نداء الابن ولو مؤقتاً، أو على أساس أنه لم يدرك النداء الإدراك الكافي، أو أنه في وضع انفعالي دفعه إلى ذلك الإجراء وعن تلبية النداء، وليست هذه الإمكانيات إلا حالات قليلة من حالات ممكنة كثيرة. فالسلوك إذن يتكون من تفاعل مجموعة كبيرة من القوى، بعضها داخلي، وبعضها خارجي وذلك حين يحيط الموقف بمؤثرات خارجية. فإذا ظهر لنا على شكل إجراء بسيط، فإنه في واقعه ليس كذلك. إنه معقد، كثير الجوانب، وهو ينطوي على الكثير من تفاعل القوى داخل الموقف.

❁ السلوك السوي Appropriate behavior :

يظهر السلوك السوي في حياتنا اليومية على شكل السلوك «العادي» أو «المألوف» أو «المعتدل» الغالب على الناس. فإذا رغبتنا في التحديد قلنا إن السلوك السوي إنه السلوك الذي يواجه الموقف بما يقتضيه في حدود ما يغلب على الناس، فإذا كان الموقف يدعو إلى الحزن واجهناه بالحزن. وحين يظهر أحدنا الضحك بدل الحزن في مثل هذا الموقف «نستغرب» ذلك «ونستهجنه»، فإذا تكرّر ذلك زدنا في الاستغراب واعتبرنا العمل «عيباً» و«شذوذاً» Homosexuality، هذا هو اتجاها السائد في تحديد السلوك السوي.

إلا أن هذا التحديد للسلوك السوي لا يزال مع ذلك قريباً من السطح في بحث المشكلة: ذلك لأن مواجهة الموقف بما يقتضيه أمر متصل بالشخص وخبرته من جهة، وبشروط الموقف المحيطة من جهة أخرى، ومن بين هذه الشروط صفة ما يغلب على الناس. ثم إن الموقف متصل كذلك بالطريقة أو الوسائل المستعملة من جهة ثالثة. ويجب في تحديد السلوك السوي أن نأخذ كل هذه الجهات بعين الاعتبار في حدود المكانة التي لها. فالطفل الذي لا يزال في الخامسة من عمره لا يستطيع أن يواجه موقف الحزن بما يقتضيه لأن فهمه للحزن لم يصل بعد إلى فهم الراشد. وابن المدينة الشرقية المحافظة لا يستطيع دائماً أن يواجه المواقف الاجتماعية في المدينة الغربية بسلوك مماثل ما يغلب على الناس هناك. والطرائق التي يسلكها الناس هنا وهناك من أجل التعبير عن عطفهم على الآخرين مختلفة ومتنوعة.

لنأخذ الانجذاب الجنسي Sexual attraction مثالاً نوضح به تعقد المشكلة. إنه يظهر ضعيفاً في مرحلة من العمر وقوياً في أخرى، ويظهر قوياً عند بعضهم، ومعتدلاً أو ضعيفاً عند آخرين. فإذا ظهر قوياً لدى طفل في الثامنة بدا للملاحظ شاذاً لا من حيث وجود الدافع، ولكن من حيث درجته في عمر معين وضمن خبرة معينة. كذلك يظهر الانجذاب الجنسي Sexual attraction عند الراشد نحو الجنس الآخر ويبدو للملاحظ مألوفاً من الناحية، ولكن النظر إلى الانجذاب الجنسي يتبدل حين يبدو متجهاً نحو «نفس الجنس». كذلك يتبدل النظر إليه حين يبدو سائراً في طريق «التلذذ بتعذيب المحبوب»، وتحل هنا كلمة «الشذوذ» Homosexuality محل كلمة «الاستواء» Equator في الحكم على هذا النوع من الانجذاب.

وواقع الأمر أن النظر إلى السلوك على أنه غير سوي يواجه الكثير من الصعوبات والاختلاف بين الباحثين، وما ذلك إلا لكثرة تداخل العناصر داخل السلوك ولقرب بعض درجات الاستواء من بعض درجات الشذوذ. ثم إن تمييزه يقتضي البحث عن معيار في نهاية الأمر، كما يقتضي الاعتراف بوجود سلم للاستواء ينطوي على عدة درجات.

أما المعيار المناسب فيجب أن يأخذ بعين الاعتبار جوانب الموقف الثلاثة التي ذكرناها. وهنا قد نلجأ إلى المنحنى الإيجابي أو نعتمد السلبي. أما السلبي فيكون بتحديد معيار للشذوذ باعتباره مقابل الاستواء، والنظر إلى السلوك السوي بعد ذلك على أنه السلوك الذي لا يكون شاذاً، وسوف يبين القسم التالي من هذا البحث معيار السلوك الشاذ. وأما المنحنى الإيجابي فيقتضي الرجوع إلى قواعد إيجابية. وهنا يمكن الرجوع إلى معيار الصحة النفسية، ونقول عندئذ بأن السلوك السوي هو ما ينطوي على قيام الوظائف النفسية بعملها بشكل متناسق ضمن وحدة الشخصية، أو نقول إن السلوك السوي هو ذلك السلوك المعبر عن تكيف مناسب يكون فيه التفاعل بين الفرد ومحيطه وبينه وبين نفسه تفاعلاً مثمراً، ولكن هذا القول لا يكفي وحده لتحديد أين يبدأ الشذوذ، ولا بد من البحث عن سلم نؤكد فيه وجود عدد من الدرجات لأن هناك درجات متعددة لجودة قيام الوظائف النفسية بعملها أو لمستوى التكيف عند الفرد، إن تكيف الفرد مع الجماعة قد يكون من مستوى عال، وقد يكون أدنى من ذلك بقليل، وقد تكون من مستوى متوسط، ويبقى السلوك سوياً في كل هذه الحالات. ثم إن الاضطراب في التكيف ليس من درجة واحدة، بل هو كذلك على درجات من حيث شدته وآثاره وأعراضه. ولا بد إذن من طرح المشكلة هنا لنرى كيف يكون التمييز بين ما هو في درجات الاستواء وما هو في درجات الشذوذ.

❖ تشخيص الاضطراب السلوكي:

تعتمد المعلومات التي تتعلق بكيفية حدوث اضطراب السلوك، وما يجب أن نقوم به في سبيل العلاج، والمضمار المحتمل طويل المدى الذي يسلكه الاضطراب في تحديد الحالات وتعيينها أي تعتمد على الأفراد الذين يظهرون اختلالاً في الأداء الوظيفي. ومن الممكن أن يتباين الأفراد بشكل كبير في كل من حدة ونمط اختلال الأداء الوظيفي لدرجة أن وجود أو عدم وجود الاضطراب السلوكي بأي شكل لا يكون دائماً واضحاً. ومع ذلك فبسبب التقدم العلمي يصبح من الضروري تحديد وتخصيص محكات معينة يتحدد في ضوئها اختلال الأداء الوظيفي من الناحية الإكلينيكية، كما تتحدد أيضاً في هذا الإطار أنماط الأعراض المختلفة. وتمثل هذه الأهداف خطوياً متشابهة في سبيل تشخيص وتقييم الاضطراب السلوكي.

. المحكات التشخيصية للاضطراب السلوكي:

يتمثل الهدف من تطوير محكات تشخيصية للاضطراب السلوكي في فهم أنماط اختلال الأداء الوظيفي، وكيفية ظهورها، ومضمار تطورها، وكيفية علاجها، والوقاية منها. وحتى يمكننا أن نحقق هذه الأهداف فإننا نأمل في تطوير أساليب يمكننا بمقتضاها تحديد تلك الأنماط حتى نتمكن من علاجها بالشكل المرغوب فيه. ويعتبر تشخيص المشكلات الانفعالية والسلوكية أصعب من تشخيص العديد من المشكلات الجسمية على الرغم من أن المشكلات الجسمية هي الأخرى تثير العديد من الأمور المحيرة أيضاً، وإن كان الأمر في النهاية يتضح من خلاله سهولة تشخيص المشكلات الجسمية قياساً بنظيراتها الانفعالية والسلوكية يمكن من خلاله تحديدها على غرار ما يحدث في حالة المشكلات الجسمية إذ يوجد العديد من تلك الاختبارات الموضوعية كسلاسل فحوص الدم على سبيل المثال، كما لا يوجد أيضاً بالنسبة للمشكلات الانفعالية والسلوكية أي تتابع محدد للأحداث على غرار ما يحدث حال حدوث مشكلة جسمية، ومن ثم فمنذ بداية ذلك التتابع يظهر جلياً أن هناك اضطراباً معيناً.

وتتضح المزايا التي يمكن أن نحققها من خلال التشخيص من تلك الخبرة التي نكتسبها والمعلومات التي نحصل عليها من معرفتنا بالاضطرابات المختلفة في الحياة اليومية. فنحن نعرف على سبيل المثال بالنسبة للعديد من الأعراض التي لنا خبرة عامة بها كاحتقان الحلق، وارتفاع درجة الحرارة، والآلام المختلفة على سبيل المثال أن التشخيص يتضمن دلالات هامة للعلاج كإعطاء المضادات الحيوية مثلاً. وفوق كل ذلك فإن فهم طبيعة اضطراب معين وجذور أو أصول ذلك الاضطراب يمكن أن يؤدي إلى الوقاية منه.

وهناك اتجاهان تشخيصيان في تشخيص المشكلات الانفعالية والسلوكية، يتمثل أحدهما في الاتجاه التصنيفي الفئوي، بينما يتمثل الآخر في الاتجاه التصنيفي البُعدي وهو الاتجاه المخصص لتحديد وتقييم درجة أو مدى ظهور سمات معينة لدى الأفراد مثل: الأعراض الفردية أو أنماط الأعراض. ويعمل التشخيص التصنيفي الفئوي على تعيين وتحديد مجموعات مستقلة من الأنماط السلوكية. ويتوقف وجود اضطراب معين (أي تشخيصه) على العديد من الظروف التي تتضمن مدى ظهور أعراض مختلفة، ومدى وجود أعراض كافية تتطابق مع المحكات الخاصة بذلك الاضطراب، وكذلك مدى استمرار تلك الأعراض لفترة زمنية كافية، ومدى تعطيلها للأداء الوظيفي اليومي أو تسببها في اختلاله. ويصبح التشخيص تصنيفياً لأن الشخص تنطبق عليه أو لا تنطبق عليه المحكات الخاصة بهذا الاضطراب أو ذاك.

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من الأنساق التصنيفية، إلا أن أكثر نسقين يتم استخدامهما في هذا الصدد هما دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) والذي يعرف اختصاراً (DSM) والصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (APA)، أما النسق الثاني فيتمثل في التصنيف الدولي للأمراض (International Classification of Diseases) والمعروف اختصاراً (ICD) والصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) وكانت آخر طبعة منه قد صدرت عام (1992) وهي الطبعة العاشرة (ICD-10). ويتشابه كلا هذين النسقين في تركيزهما على الاضطرابات المختلفة وفي تحديدهما للعديد من هذه الاضطرابات، إلا أنه مع هذا هناك فروق تظهر بينهما وذلك من خلال التطور الذي شهده كل منهما، وكذا من خلال الاختلاف في كيفية استخدامهما.

ويعتبر دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية هو أكثر الأنساق التصنيفية استخداماً على مستوى العالم، وقد تمت مراجعته عدة مرات، وآخرها الطبعة الرابعة عام (1949)، وتعكس كل طبعة من تلك الطبعات تغيرات يشهدها المجتمع حول التفكير في الانحراف، وما يجب أن نطلق عليه المرض العقلي.

وفيما يلي توضيح للأعراض المتضمنة في الاضطراب السلوكي:

1- أولاً. العدوان على الأفراد والحيوانات:

1- غالباً ما يتنمر على الآخرين، ويهددهم، ويسبب الخوف والرعب لهم.

2- يبدأ في الغالب بالعراك مع الآخرين.

3- يستخدم سلاحاً قد يسبب ضرراً جسيماً خطيراً للآخرين كأن يستخدم على سبيل المثال عصا غليظة، أو زجاج مكسور.

4- يتسم بالقسوة على الآخرين من الناحية الجسدية.

5- يقسو على الحيوانات بدنياً.

6- يقوم عند مواجهة أحد الضحايا بمهاجمته من الخلف بقصد السلب، أو يقوم بخطف أكياس النقود، أو الابتزاز.

7- يقوم بإجبار الغير على ممارسة الجنس.

. ثانياً . تدمير الممتلكات:

8- يقوم عن عمد بإشعال الحرائق بنية إحداث أضرار خطيرة.

9- يعتمد تدمير ممتلكات الآخرين وذلك بطريقة أخرى غير إشعال الحرائق.

. ثالثاً . الخداع أو السرقة:

10- يتسلل إلى منزل شخص آخر، أو المبنى الخاص به، ويقوم بالسرقة.

11- غالباً ما يكذب حتى يحصل على الأغراض التي يبتغيها، أو يحصل على خدمات، أو حتى يتجنب تعهدات والتزامات معينة يكون قد قطعها على نفسه.

12- يقوم بسرقة أشياء ذات قيمة دون أن يتعرض لضحية معينة كأن يقوم بسرقة المحلات ولكن دون اقتحام أو تعرض لأحد، أو يقوم بالتزيف على سبيل المثال.

. رابعاً . عدم الامتثال للقواعد وخرقها:

13- غالباً ما يتأخر ليلاً خارج المنزل قبل أن يصل عمره إلى ثلاث عشرة سنة على الرغم من التنبيهات المتكررة من جانب الوالدين حول ذلك.

14- يهرب من البيت في أثناء الليل مرتين على الأقل، أو يهرب مرة واحدة ولا يرجع لمدة طويلة.

15- غالباً ما يهرب من المدرسة قبل أن يصل إلى سن الثالثة عشرة.

ويلاحظ أنّ هذه القائمة مأخوذة من (DSM - IV) وأنّ عدد الأعراض المطلوب كي ينطبق على المحكات اللازمة لتشخيص الاضطراب السلوكي هو ثلاثة أعراض على الأقل تحدث خلال الاثني عشر السابقة، ويشترط أن يكون أحدها على الأقل قد حدث خلال الشهور الستة السابقة.

ويعتبر الاضطراب السلوكي أهم تصنيف تشخيصي في (DSM -IV) فيما يتعلق بالسلوك المضاد للمجتمع حيث يعد تحديد أو تعيين الاضطراب أحد المهام الأساسية للتشخيص استناداً إلى (DSM) وخاصة في طبعته الرابعة (1994) والتي يتعرض خلالها لتشخيص يعتمد على تحدد المحاور أو الأبعاد على النحو التالي:

(1) اضطرابات المحور الأول (axis I) وتتضمن وجود اضطرابات إكلينيكية ترجع إلى اضطراب الانتباه.

(2) اضطرابات المحور الثاني (axis II) وتتضمن وجود الاضطرابات الشخصية والتخلف العقلي.

(3) اضطرابات المحور الثالث (axis III) وتتضمن تلك الاضطرابات التي ترجع إلى ظروف صحية.

(4) اضطرابات المحور الرابع (axis IV) وتتضمن المشكلات البيئية أو النفس اجتماعية.

(5) اضطرابات المحور الخامس (axis V) وتتضمن تلك الاضطرابات إكلينيكية التي ترجع إلى الاختلال الكلي في الأداء الوظيفي اليومي.

وتتمثل الملامح الرئيسة لاضطراب السلوك في نمط السلوك الذي يقوم الطفل من خلاله بتجاهل حقوق الآخرين، أو لا يتمثل للمعايير والأدوار التي ترتبط بالعمر الزمني. وحتى يتم القيام بتشخيص معين لا بد أن تظهر مجموعة من السلوكيات المشككة، ويجب أيضاً أن تستمر لعدة شهور على أن يكون لها مجموعة من الأعراض المتضمنة كتلك التي تعرضنا لها للتو. وطبقاً لما هو وارد في (DSM-IV) يتم تشخيص الاضطراب على أنه اضطراب سلوكي في الحالات التالية:

- إذا ظهرت على الشخص ثلاثة أعراض على الأقل من تلك التي تتضمنها القائمة.
- إذا ظهرت تلك الأعراض خلال الاثني عشر شهراً السابقة.
- إذا كان أحد هذه الأعراض على الأقل قد ظهر خلال الشهور الستة السابقة (كازدين، 2003، 53-57).

هذا وقد تتضح السمات المميزة للاضطراب السلوكي في فئات تصنيفية أخرى إذ إن هناك عدداً من هذه التشخيصات التي قد تتضح من خلالها أيضاً سلوكيات مشابهة، كما أن هناك عدداً من المتغيرات أو السمات تختلف في كل من هذه التشخيصات المرتبطة بالاضطراب السلوكي مثل: عمر الطفل عند بداية الاضطراب أو مدى حدة الاضطراب ومدة دوام السلوك. ومن بين هذه التشخيصات يبرز اضطراب العناد والتحدي، ويتطلب مزيداً من التركيز والاهتمام نظراً لأنَّ

السلوكيات النمطية المتضمنة في تشخيصه يحتمل ظهورها في الاضطراب السلوكي، ومع ذلك فإن الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من ذلك الاضطراب لا يتضح لديهم بصفة أساسية عدم الامتثال للقانون أو القواعد، ولا يبدون تلك السلوكيات الخطيرة المضادة للمجتمع والتي تعد جلية أو تظهر بوضوح تام لدى أولئك الذين يتم تشخيصهم على أن لديهم اضطراباً سلوكياً.

❖ السلوك الشاذ:

يبدو لنا سلوك الآخرين مقبولاً أحياناً، ويبدو غير مقبول أحياناً أخرى، في الحالة الأولى نظهر الارتياح، أو نطلق حكم الاستحسان Rule approval، أو نمر بالسلوك من غير أن نطلق أي حكم خاص باعتباره السلوك «العادي» الذي تقتضيه المناسبة. أما في الحالة الثانية فأكثر ما يحدث هو أن نقف موقف المستغرب، أو المستهجن، أو الناقد، ونطلق أحكاماً على ذلك السلوك «غير العادي» أحياناً. وهو في حالات أخرى «غريب» أو «غير مألوف» أو «مستهجن» أو «فظيع» أو «منحرف» أو «خطر» أو «شاذ».. الخ. وقد نقع أحياناً بهذا الحكم العام. وقد نتجه منه، أحياناً أخرى، إلى بعض المبادئ الاجتماعية أو الأخلاقية لتبني عليها حكم «الاستهجان» Boos و«الاستغراب» Surprising الذي أطلقناه.

إن غرضنا الأساس من هذا الفصل هو الحديث عن ذلك النوع من السلوك الذي يكون شاذاً. ولكن تحقيق هذا الغرض يقتضي منا أولاً التحدث عن السلوك السوي باعتبار أن الشاذ إنما يكون في الأصل شذوذاً عن خط سير السوي. ونحن لا ننطلق في هذا الحديث عن الشذوذ من ناحية الأخلاق، بل يهمننا الشذوذ من حيث هو ظاهرة نفسية، ولا يكون ما نسوقه من أمثلة يرفدنا بها كل من علم الاجتماع والأخلاق Sociology and Ethics إلا أشكالاً من السلوك الإنساني الذي ينظر إليه من ناحيته النفسية.

❖ معنى الشذوذ والسلوك الشاذ:

معنى الشذوذ Homosexuality :

م.ح شاب في مقتبل العمر، تجاوز مرحلة الدراسة الإعدادية، ولكنه لا يزال في مرحلة الدراسة الثانوية. جاء يوماً إلى المتخصص بالعلاج النفسي برفقة أبيه يطلب العون في فحص حالته وعلاجه. إنه لا يشكو من ضعف في قوته الجسدية، فهو من هذه الناحية مزود بجسم رياضي قوي وصحة ممتازة، ولا يشكو ضعفاً في مادة دراسية معينة، ولا يذكر أنه سمع أية شارة من مدرسيه في السابق تدل على ضعف في محاكمته أو دراسته. ولكنه يشكو منذ سنتين من تشتت سريع في

انتباهه، كما يشعر بالخوف من الناس. إنه يلجأ إلى البيت ليبعد عن الناس. فإذا خرج وحده، قدر أن كل من في الشارع ينظر إليه ويراقبه، وشعر بالخوف، ثم بالميل إلى الإغماء، ولا ينجيه من حاله إلا رجوعه سريعاً إلى البيت، وإذا خرج مع أبيه أو أحد أقربائه، كان حاله أقل صعوبة في البدء، ولكنه لا يلبث أن يسير في الشارع حيث يكثر تجمع الناس حتى يعتريه الخوف. يبقى لاصفاً بأبيه أو صديقه وهو الشاب القوي، ثم ينتحل كتلة من الأعداء ليرجع بسرعة إلى البيت.

إن حالة من هذا النوع ليست مألوفة بالنسبة لشباب في العشرين من عمره، وهي حالة قد دفعت به إلى البقاء في البيت أياماً طويلة، قال أبوه عنه أنه مريض، وعبر للمعالج سراً عما يلاقيه وأسرته من ضيق بسبب وضع ابنهم. وقال الابن عن نفسه إنه شاذ بالنسبة لمن يعرف من الشباب. ومع ذلك فهو لا يشكو من إزعاج إلا من هذه الناحية وما يتصل بها. تبدو هذه الحالة شاذة للملاحظ العادي، وهي حالة اضطراب تستدعي العناية بالنسبة للمتخصص، ولكننا نسأل مع ذلك عما يجعلها شاذة!... إن الخوف من الناس حادثة تتكرر في مناسبات متعددة، في حياة الأطفال وحياة الراشدين، وليست حالة الامتحانات الشفهية والقاء الخطب أمام الجموع إلا أمثلة على ذلك. فهل تكون كل حالات الخوف من الناس شذوذاً، أم إن الكلمة تنطبق على بعضها فحسب؟

إننا نلاحظ قضم الأظافر Nail biting عند بعض الأطفال في المرحلة المتأخرة من طفولتهم، ولا نلاحظ هذه الحالة عندهم جميعاً؛ فهل نحن أمام سلوك شاذ عند تلك الفئة؟ إننا نلاحظ طفلة في السادسة من عمرها تمص إبهامها قبل النوم، وقبل الطعام وبعده، وفي الكثير من فرص حياتها اليومية، ونلاحظ الضيق الذي يشعر به أهلها حين يراها الآخرون، ونلاحظ كذلك الأسئلة المختلفة التي يطرحونها على من يجتمعون بهم من العاملين في ميدان تربية الأطفال، وهي أسئلة تنصب على البحث عن الطريقة للخلاص مما يسمونه «هذه العادة الشاذة» Usually abnormal، فهل العادة هذه شاذة فعلاً؟ إننا نقرأ عن الحب، ونقدره من حيث هو عاطفة إنسانية عميقة وخيرة. فإذا تحدثنا عنه أشرنا إلى الملذات التي يوفرها للمحب، وإلى كل ما يرافقه من عطف وحنان. ولكننا مع ذلك نسمي «الحب المتجه نحو نفس الجنس» شذوذاً، وبالصفة نفسها نسمي «التلذذ بتعذيب المحبوب». فلماذا يكون هذا النوع من اللذة شذوذاً بينما نحن نقدر اللذة التي يوفرها الحب الإنساني الخير لصاحبه. ثم إننا كثيراً ما نمتنع عن الإمساك بشيء ما بعداً عن قذارته، أو عما فيه من جراثيم، ونحن نقدر هذا الوضع الذي نمر به على أنه لازم. ولكننا مع ذلك نستعمل عدداً كبيراً من المفردات الدالة على الشذوذ في وصف إنسان نراه يسعى وراء الماء والصابون لغسل يديه كلما لمس شيئاً، أو صافح يد أحد ما، رغماً عن أن تفسيره الشخصي للأمر هو خوفه من الجراثيم. فلماذا يكون سلوكنا سوياً وسلوكه شاذاً؟

الواقع أننا عندما نسأل عن الشذوذ Aberration نجد أنفسنا أمام عدد من الإجابات، فالشذوذ هو تارة ما يخالف الاستواء Equator ، والاستواء ليس واضحاً دائماً، وهو تارة أخرى الاضطراب النفسي Psychological Disorder الشديد، وهو ثالثاً السلوك الذي يعبر عن درجة غير مألوفة من ضعف التناسق consistency Weak داخل الشخصية. وهو أحياناً السلوك غير المألوف، أو السلوك المتطرف Extreme behavior ... إلى آخر ما هنالك من إجابات. عرف وايت (white, 1956) في مطلع كتابه عن الشخصية الشاذة قائلاً: «إن علم الشذوذ النفسي يمكن أن يوصف عامة بأنه دراسة ردود الفعل الشخصية المضطربة تجاه الحياة ومناسباتها» (white, 1956) (p:38). وحين يحاول تفسير معنى كلمة «المضطربة» يقول إنه يعني الأشخاص الذين تضطرب حياتهم بحيث يجدون أنفسهم قلقين، مرتبكين، غير سعداء، معطلين في مجتمعهم... الخ، إن هذا التعريف لعلم السلوك الشاذ، ومعه التعاريف المختلفة، إنما تدل كلها في الواقع على وجود أسس أو معايير نعتمدها في تسمية حالة نفسية ما حالة شاذة، إن كلمة الاعتدال التي يستعملها بعضهم في تحديد الحالات السوية، وكلمة التطرف التي يستعملونها في تحديد منطقة الحالات الشاذة، تحتاجان معاً إلى معيار نتأكد به من وجود الاعتدال أو التطرف. فالتطرف تطرف بالنسبة لميزان، أو نموذج، أو هو انحراف عن الاعتدال في درجة أو مستوى من مستويات السلوك، فما هو الأساس الذي نعتمده في تحديد ذلك السلوك؟

❖ معيار الشذوذ Standard deviation :

لقد ذكرنا في مطلع هذا الفصل أن السلوك يشمل التصرف الذي نقوم به ضمن ظروف محيطية، كما يشمل حالتنا النفسية الداخلية والطريقة التي نعتمدها في تنفيذ تصرفنا. فهل تكون الحالة شاذة بناء على شذوذ في واحد من هذه الجوانب أو فيها جميعها؟ وفي كل من الحالتين نسأل: ما هو معيارنا في الحكم على السلوك على أنه شاذ؟

إن هناك عدداً من الإجابات عن هذا السؤال، وهي تتصل بالموقف الذي ينتهجه المجيب عن الصحة النفسية والحالات السوية، لقد عبرت سكوت (Scott) في بحثها حول تعاريف الصحة النفسية عن أن الدراسة الاستقصائية لهذه التعاريف تقود إلى الكشف عن وجود تنوع واسع بينهما وتفاوت غير قليل. وهو يشير إلى هذا التنوع والتفاوت بعد أن يضع التعاريف ضمن ست فئات تصنيفية (Scott, 1958). وفي دراسة وايل (wile) حول مدلول الشذوذ دليل على وجود عدد من الإجابات تتصل بهذا المدلول تظهر بينها اختلافات متعددة الأشكال ومن قيم متفاوتة (wile, 1962). فالمواقف متعددة إذن، وبينها شيء شير قليل من الاختلاف، وإذا كان المكان هنا غير

مناسب لا يراد كل الإجابات المختلفة التي ذهب إليها المشتغلون في موضوع الشذوذ النفسي فلا أقل من الوقوف عند الهام منها مما يعبر عن اتجاه واضح المعالم.

1 . الاتجاه الذاتي في تحديد الشذوذ:

يعرض هذا التحديد موس (Moss) وهانت (Hunt) في كتابهما عن أسس علم الشذوذ النفسي حين يذهبان في تحليل البناء الشخصي Building Profile لكل منا إلى الآراء التي نعلنها عن هو الشاذ ومن هو السوي. فنحن، كما بقولان، ننظر إلى الناس، ونلاحظ ظروفهم وتصرفاتهم، وكثيراً ما نقول عنها أنها «سوية» حين تتسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، كما نقول إنها «غير سوية» حين تختلف عن هذه الأفكار والآراء. وهكذا فإننا إنما نحكم ذاتنا وكيانها الشخصي الفردي حين نتحدث عما هو سوي أو غير سوي، ونحكمها معتمدين على كل ما قبلته وألفته في خبراتها السابقة. وأكثر ما يكون السوي في نظرنا هو ما يتلاءم مع ما نرغب فيه، أو ما هو مرغوب فيه من وجهة نظرنا الشخصية، بينما يكون الشاذ نقيضه.

إن هذا التحديد الذي يذهب إليه موس وهانت، كما يذهب إليه عدد غير قليل من الناس في حياتهم اليومية، لا يترك مجالاً للكشف عن معيار عام وغير شخصي يميز به بين ما هو سوي وما هو شاذ. وهذا يعني إغلاق الباب عملياً أمام كل بحث علمي في دراسة التكيف حين تكون غاية البحث العلمي الوصول إلى التعميم والقوانين. ونحن، وإن كنا نتفق مع موس وهانت، في أن الناس كثيراً ما يكونون ذاتيين في أحكامهم، إلا أننا لا نرى مسوغاً لتعميم هذا الوضع على البحث العلمي حين يكون البحث ساعياً وراء الأسس المشتركة بين الحالات المتماثلة أو المتشابهة بغية وضع تلك الأسس على شكل معيار عام. ولنا في اتجاهنا هذا ما يؤيدنا من ذاتية أحكام الناس في شؤون الطبيعة، مثل هطول المطر، وحدوث البرق والرعد، والهزات الأرضية، وما يصيب الناس من هذا كله، وما يصيب معرفتنا العلمية بشأن هذه الحوادث كلها من أحكامنا الذاتية هذه، من غير أن يمنع ذلك كله سعينا العلمي وراء قانون الحادثة الطبيعية.

2 . الاتجاه الطبيعي في تحديد الشذوذ Normal direction in determining behavior:

الاتجاه الطبيعي واحد من أقدم الاتجاهات في تحديد الشذوذ ومن أكثرها تنوعاً في الأشكال التي أخذه. وكثيراً ما كان هذا الاتجاه نقطة الاعتماد في القضاء وأحكامه وتنفيذ القانون وخاصة ما يتصل منه بقضايا العلاقات الجنسية بين الأشخاص وأشكال السلوك الجنسي. يرى القائلون بهذا الاتجاه أن في الطبيعة كمالاً من حيث الأصل، وأن الانحراف عن النظام فيها، وعن أشكال السلوك

الظاهرة في الطبيعة الأصلية لأنواع الحيوان، إنما يعبر هو نفسه عن الشذوذ، فلدى كل حيوان أنواع من الدوافع (أو الغرائز) Instincts قد زود بها، وارتبطت بقضائها أنماط أساسية من السلوك لديه، وفق خط الطبيعة. فإذا وقفنا عند دافع الجنس . على سبيل المثال . قلنا إن له مرحلة خاصة من العمر لظهور نشاطه، وإن هناك أشكالاً من السلوك لتلبيته من أجل أغراض عميقة للطبيعة لا تقف عند اللذة الآتية بل تمتد إلى استمرار الحياة في أشكال الأحياء المتنوعة. واللذة نفسها، ومعها ما يصدر عن عدد من أنواع الحيوانات من روائح خاصة للاستثارة، ليست إلا بعضاً من الشروط الموضوعية لياخذ هذا الدافع طريقه إلى تحقيق الأغراض العميقة للطبيعة في الحيوان والإنسان واستمرار الحياة. ومثل هذا الشيء يقال في السعي وراء الطعام والشراب والجني والنشاط والحركة. والاستواء Equator أو «النظامية» بهذا المعنى هو إذن في العمل وفق ما تقتضيه الطبيعة. أما الشذوذ فيكون، عند الإنسان، بعمل ما يكون ضد الطبيعة يقوم به بمحض إرادته. أو نقول، بكلمة عامة، إن الشذوذ هو في العمل المناقض للطبيعة، أو هو انحراف بالغ في سلوك ما عن طبيعته الأصلية.

الاتجاه الطبيعي: أي السلوك السوي هو الموافق للطبيعة وسلوك الحيوان الغريزي الطبيعي وكل ما هو مخالف لذلك هو شاذ.

ولكن هذا الاتجاه على الرغم من القوة التي يستمدّها من حياة أشكال من الحيوان فإننا نرى غموضاً في الأساس الذي يرتكز عليه وصعوبة توفير الأسس الموضوعية لمعيار إنساني للشذوذ لأننا نجد غرابة في سلوك الحيوان.

ينطوي مثل هذا الاتجاه على أشكال من القوة تأتية أحياناً من أمثلة عن الدقة في الأعمال الغريزية لدى الحيوانات، وتأتي، أحياناً أخرى، عن ربطه بقوى غيبية. وواقع الحال أننا نجد نظاماً عميقاً في الطبيعة. ولكننا حين نأتي إلى حياة الإنسان، وحياة الكثير من أنواع الحيوانات التي وصلت إلى مستوى عال من التطور، نجد أنها كثيرة التعقيد، وأن فهم أغراض الطبيعة The purposes of nature فيها ينطوي على الكثير من تفسير الإنسان الشخصي وتأويله. ثم إننا نجد في حالات غير قليلة خطأ لدى الحيوان أو انحرافاً في سلوكه، يقبله هو، ونعتبره نحن مخالفاً للطبيعة ومعاكساً لأغراضها، أكان ظهور ذلك لديه على شكل . مثال: (أكل الأم أولادها على شكل ممارسات جنسية غريبة). يضاف إلى ذلك أن عقل الإنسان الساعي إلى التحكم بشروط الطبيعة يدعوه إلى إجراءات تكون مخالفة للطبيعة في الظاهر وأساسية لبقائه في الأعماق (مثل إجراءات: منع الحمل): فهل

نسميها شذوذاً وهي التي يقال عنها إنها تحميه في حاضره من الشرور، وتوفر له بقاء أفضل في مستقبله، أم نسميها استواء على الرغم من مخالفتها ما يقال عن «أغراض الطبيعة»؟ وإذن، وعلى الرغم من القوة التي يستمدّها هذا الاتجاه من حياة أشكال من الحيوان، فإننا نرى فيه غموضاً في الأساس يركز عليه. ونعني أغراض الطبيعة. وصعوبة في توفير الأسس الموضوعية لمعيار إنساني للشذوذ.

3. الاتجاه الاجتماعي في تحديد الشذوذ the direction of social

يذهب إلى الأخذ بهذا التحديد المعنيون بالأمور الاجتماعية والمنادون بضرورة إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية، فالمجتمع، كما يرونه، يضم مجموعة من العادات، والتقاليد، والآراء، والأفكار، التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم، فإذا ما خرج الأفراد على هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذاً. وهكذا يكون التوافق بين سلوك الأفراد وقيم المجتمع استواء، ويكون عدم التوافق شذوذاً.

وحين تأتي الدراسات الأنثروبولوجية Anthropological studies وتضع كل هذه العادات والتقاليد والآراء التي تسود المجتمع ضمن كلمة (الثقافة) Culture، وتشير بها إلى كل ذلك التراث العام من الأفكار والعادات التي ينقلها المجتمع إلى الأجيال الجديدة فيه، فإن هذه الدراسات الأنثروبولوجية ترى الشذوذ، بعد ذلك، في عدم تطابق سلوك الفرد مع نمط ثقافة مجتمعه (Slotkins, 1952) وكذلك (Opler, 1960).

يأخذ هذا الاتجاه أدلته من دراسة المجتمعات المتعددة وبخاصة الابتدائية، والاختلافات التي توجد بينها في تقدير السلوك الشاذ والسلوك السوي المقبول، وهي أدلة كثيرة ومتنوعة، فقبائل زوني (Zoni) مثلاً تنتظر من الأفراد ألا يظهروا الكثير من الطموح، وأن يكظموا انفعالاتهم، وأن يميلوا عن القسوة، وأن يتعاونوا. بينما تقوم المفاضلة بين أفراد قبائل كواكيوت (Kwakiut) على التبرجع بالأطماع، وعلى جمع الثروة، وعلى الخلاص من الآخرين وحرهم، وعلى القسوة والقتل. كذلك نجد عند عدد من القبائل التي ما تزال تعيش حياة ابتدائية في أستراليا الكثير من الاختلاف بينها في العادات المتصلة بما تراه جيداً أو مناسباً وما تراه منكراً أو غير مقبول.

هذه الأدلة، وكثير غيرها تؤخذ من حياة المجتمعات المختلفة، تؤكد أثر الجماعة في سلوك الفرد، وتبين نوع حكم الجماعة على سلوك الفرد حين يخالفها، وعلى اتهامه بالشذوذ أحياناً في مثل هذه الحالات، ولكنها في الوقت نفسه تشير إلى أن ما هو «حرام» في مكان قد يكون «حلالاً» في

آخر، وأن «العيب» في السلوك لدى جماعة يمكن أن يكون «المستحسن» في السلوك لدى أخرى. وأن الشذوذ ليس دائماً في عمل واحد معين عند كل هذه الجماعات، ولكنه قد يكون في عمل عند جماعة وفي خلافه عند أخرى.

ويصدق هذا القول على الجماعة الواحدة إذا أخذناها في تطورها التاريخي، فالآراء التي يحملها العالم الآن عن الكرة الأرضية كانت في يوم من الأيام شذوذاً، وسلوك عدد كبير منا اليوم في مجتمعنا العربي، في ملبسه أو في التعامل بين الرجل والمرأة، كان قبل ربع قرن من الزمن شذوذاً لا تقبل به الجماعة، وكثيراً ما كانت تعاقب صاحبه بقسوة.

- لذلك يُعد السلوك السوي والشاذ وفق هذا المعيار الاجتماعي Standard social:

1. السلوك السوي هو ما اتفق مع عادات المجتمع وقيمه.
2. السلوك الشاذ هو ما خالف.
3. الجماعة هي التي تحكم على سلوك أفرادها بالشذوذ أو الاعتدال.
4. السلوك الشاذ يتغير من جماعة لأخرى ومن زمن لآخر بنفس الجماعة.
5. المعيار الاجتماعي غير كافٍ لتحديد السلوك الشاذ.

ويعني ذلك كله أن «المعيار الاجتماعي» Standard social قائم في البلد الواحد: ولكنه ليس ثابتاً، من جهة، وليس عاماً في المجتمعات المختلفة، من جهة أخرى، فإذا وقفنا عند المعايير المختلفة للمجتمعات المتعددة، وعند أشكال السلوك السائدة هنا وهناك، وعند أشكال الحكم عليها، خلصنا إلى ما يلي:

1. هناك أولاً أشكال من السلوك تعد شاذة في بيئة اجتماعية ولا تكون كذلك في بيئة اجتماعية أخرى.
2. وهناك ثانياً أشكال من الشذوذ لا توجد إلا في بعض المجتمعات.

وبناءً على ذلك نجد أن المعيار الاجتماعي، رغم أهميته، غير كافٍ وحده كأساس في تحديد الشذوذ، وأن من اللازم البحث عن معيار داخل الأسس النفسية التي يقوم عليها الاضطراب الظاهر في حالات الشذوذ.

4 . الاتجاه الإحصائي في تحديد الشذوذ - خير الأمور أوسطها - Trend specialist :

تذهب فكرة «التوزع الطبيعي» إلى القول إن الطبيعة تميل بصورة عامة إلى الاعتدال والتوسط فيما تتطوي عليه من الحوادث ومظاهرها الكمية، وأن أكثر الحالات تقع عادة حول المتوسط بينما لا يقع في حقل التطرف إلا القليل منها. فإذا أخذنا مثلاً فترة حياة الإنسان في بلد ما، وحسبنا متوسط الأعمار، وكان مثلاً خمسين سنة، فإننا نجد أن الأكثرية تعيش لتصل إلى ذلك المتوسط، بينما يقل نسبياً من يموت صغيراً ويقل نسبياً من يعمر طويلاً. وإذا أخذنا وزن الأشخاص في بلد ما في مرحلة من مراحل العمر، وحسبنا متوسطة، فإننا نجد أن الأكثرية الغالبة تكون في المتوسط أو حوله بينما كثيراً نسبة البعيدين جداً عنه نحو الوزن الخفيف أو نحو الوزن الثقيل. إن هذه الفكرة تعالج إحصائياً وتمثل عادة بناقوس غوس (Gauss) وتعطى فيها مكانة كمية لنسب التوسط ونسب التطرف. وينظر إلى التوسط عادة على أنه الاستواء والاعتدال، وإلى التطرف في شدة الانحراف عن المتوسط على أنه الشذوذ.

لنأخذ ذكاء الأفراد مثلاً نلاحظ فيه الاعتدال والشذوذ، يدور متوسط حاصل الذكاء عادة حول 100، ويكون ذكاء أكثرية الناس حول هذا المتوسط، تبدأ حالات الضعف العقلي غالباً نزولاً بعد حاصل ذكاء مقدراً حوالي 130، فإذا لجأنا إلى لغة النسب المئوية قلنا بصورة عامة ما يلي: يقع حول المتوسط وضمن بعد عنه لا يزيد عن 30 نحو اليمين أو نحو اليسار 95.4% من الأفراد في روائز للذكاء يكون المتوسط فيه 100، أما الذين ينحرفون عن المتوسط بأكثر من ذلك يمتد إلى يسرة فنسبتهم المئوية لا تزيد عادة على ما يقرب من 4.6%. وعلى هؤلاء ينطبق مفهوم التطرف الشديد، وهؤلاء هم الذين نستطيع وصفهم إحصائياً بالشذوذ. والظاهر في هذا التحديد الإحصائي للشذوذ أنه يبقى صحيحاً في الاستعمال ما دمنا نأخذ الأرقام المجردة. أما إذا اتجهنا إلى الذكاء، أو التكيف الاجتماعي، أو ما هو في بابهما من الظواهر النفسية، فإن الاهتمام يبدو لنا عندئذ منصّباً على الضعيف: فلا نسمي العبقري شاذاً عادة، بل تلحق هذه الكلمة بالضعيف عقلياً، ولا نسمي الممتاز في تكيفه الاجتماعي شاذاً بل نسمي مثال: من يقع في طرف الضعف الشديد من هذه الناحية. أما إذا أخذنا ظاهرة نفسية أخرى مثل الحساسية الانفعالية Emotional sensitivity فإننا نجد الأمر مختلفاً إذ نرى فيها إمكان استعمال الشذوذ لحالي الضعف والشدة.

فإذا جئنا الآن إلى تفصيل الاتجاه الإحصائي في تحديد الشذوذ الجنسي قلنا ما يلي: إن سعي الإنسان وراء ما يلذ له أمر غالب على الإنسان، والغارقون جداً في السعي وراء ملذاتهم مهما كانت العواقب قلائل نسبياً، والمنكرون لما يجلب لهم اللذة قلائل نسبياً، فإذا أخذنا ما يسعى إلى اللذة عن

طريق تعذيب المحبوب رأينا نسبة وجوده قليلة وواقعة ضمن حدود التطرف التي ذكرناها. ومن هذه الناحية يكون هذا النوع من السلوك شاذاً. ومثل ذلك يقال عن الإجرام، والوسواس، والعته، والصرع، والإدمان على المخدرات. إننا نسميها حالات شاذة من حيث النسبة المئوية لتكرارها أو حدوثها. إنها بأجمعها حالات نفسية ناجمة عن فاعلية داخلية خاصة تعمل فيها عدة عوامل وتحقق أغراضاً خاصة. ولكنها نادرة الوقوع، ونادرة وقوعها تحسب إحصائياً وتكون هي الأساس في حكمنا عليها بأنها حالات شاذة.

إننا نلاحظ في هذا التحديد الإحصائي اتجاه علمياً مناسباً، ولكننا نسأل مع ذلك عما إذا كان كافياً. فهل نسمي السلوك شاذاً لأنه نادر الوقوع، أم هو في الواقع نادر الوقوع لأنه شاذ؟ هل يكون الشذوذ الجنسي في مرحلة الرشد شاذاً لأنه قل إن يحدث في مجتمعاتنا الإنسانية المتطورة، أم أنه يندر أن يحدث لأنه شاذ وظيفياً؟ وهل يكون الوسواس المتسلط - Obsessive-authoritarian شاذاً لأنه يندر أن يحدث، أم أنه يندر أن يشاهد لأنه شاذ من حيث هو فعالية نفسية خاصة؟

إن عدداً من الأخذين بالاتجاه الإحصائي لا يضايقهم هذا السؤال لأنهم يقبلون منه نتيجته. فالأمر النادر الحدوث شاذ في نظرهم مهما كانت العوامل فيه، ويهمهم أخذه على هذا الأساس الواضح لبحث جوانبه الموضوعية فيما بعد.

نرى في هذا السؤال صعوبة تواجه التحديد الإحصائي للشذوذ، كما نرى أن مقدار البعد اللازم عن المتوسط لنصل إلى درجة ندرة الحدث، أي إلى الشذوذ، ليس دائماً واضحاً في مركبات نفسية تواجه تطبيق وسائل القياس والكم بالكثير من الصعوبات والعراقيل. كذلك نجد أن المتوسط الذي يسهل حسابه يغدو صعب المنال حيث ننقل إلى تحديده على أساس أنه سلوك في بيئة اجتماعية ما، وأن الشذوذ الذي تسمى به حالة ما حين تكون منخفضة إلى حد عظيم التدني يصعب إطلاقه على حالة من النوع نفسه حين تكون هذه الحالة من جودة عالية قل أن توجد.

5 . الاتجاه النفسي الموضوعي في تحديد الشذوذ Trend psychological :objective

إن السؤال الذي طرحناه في القسم الأخير من شرح الاتجاه الإحصائي في تحديد الشذوذ هو نقطة الانطلاق لدى الاتجاه النفسي الموضوعي في التمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ. إن السلوك في كل أشكاله عملية فعالة نشطة تحركها الدوافع الكامنة وراءها من أجل غرض أو مجموعة أغراض. ومن هذه الناحية يكون كل سلوك ذا مظهر وظيفي. فإذا قبلنا أن السلوك السوي

هو الأصل، باعتباره الغالب، وقبلنا نقطة انطلاق التحديد الإحصائي هنا، فإننا نعتبر الشذوذ انحرافاً. ولكن بعض الانحراف مقبول لأن منطقة التوسط واسعة، ويجب إذن أن ننظر إلى الشذوذ على أنه الانحراف الشديد. فإذا رجعنا إلى الوظيفة في العملية المعقدة التي ينطوي عليها السلوك، قلنا إن الشذوذ إنما يكمن في الاضطراب الشديد الذي تظهر آثاره في السلوك ووظيفته. ومن هنا يبقى من المقبول تذكر قول جاسترو (Jastraw) في حديثه عن الشاذ والسوي وفيه:

«إن الشذوذ ليس في الحادث العجيب... ولا هو في مجرد الاختلاف عن الغير، وإنما يكون الشذوذ في تلك الحالة التي تختلف عن غيرها والتي يقودنا تحليلنا لها إلى معرفة حول طبيعتها تكشف لنا هي نفسها عن المعنى الحقيقي للشذوذ» (Jastraw, 1928, 128). إن كل حالة نفسية عملية نشطة تؤدي وظيفة وتظهر في عدد من المظاهر يمكن للملاحظ أن يحيط بها. فلا يكفي في هذه المظاهر أن تكون نادرة الوقوع وعجيبة لنسبي الحالة شذوذاً. ولا يكفي فيها أن تكون مختلفة عن المؤلف لسميها شذوذاً. بل إنها توصف بالشذوذ حين يقودنا التحليل العلمي لها إلى التأكد من وجود الاضطراب الوظيفي الشديد فيها. إن هذا المنطلق في تحديد الشذوذ هو الأساس الذي نعتّمه. ويعني ذلك أننا نعتّم الفحص والتحليل في الحكم على الحالة وننطلق في ذلك من ظهورها على أنها قليلة الحدوث. من حيث نسبة وقوعها بين الناس. وأنها مختلفة في أعراضها عما يبدو عند الناس عادة. أي أنها مخالفة لما عليه الجماعة، والفحص هو الذي يكشف في النهاية وجود الاضطراب من درجة شديدة تسمح بتسمية الحالة حالة شاذة، أو يبرهن على خلاف ذلك. والفحص نفسه يعتمد على ما عندنا من معارف علمية حول الحالات الشاذة وما تؤدي إليه من اضطراب في الوظائف، وهي معارف في تزايد مستمر.

إن تحليل الحالة النفسية أمر ممكن، وفيه اتجاهان غالبان ينتهيان إلى نتائج متماثلة من حيث تحديد ما هو شاذ. ينطلق الاتجاه الأول من تحليل الحالة النفسية في وظائفها، ونوع نشاطها، وأعراضها، والآثار التي تخلفها في سلوك الفرد من حيث أنه محصلة لعمل مجموعة من الوظائف. وقد تذهب إحدى المدارس ضمن هذا الاتجاه إلى أبعد من ذلك لتتري الجذور في هذه الوظائف والأعراض. أما الاتجاه الثاني الذي بدأ يبرز من خلال الدراسات العلمية الحديثة في فهم الطبيعة والإنسان معاً فينطلق من نظرية النظم في تكون السلوك. هنا ينظر إلى الشخصية على أنها منظومة معقدة تنطوي على عدد من النظم الفاعلة النشطة والمتداخلة، والاضطراب الذي يحدث في السلوك ليس إلا أدى لحق بعنصر قابل للتغير ضمن نظام من الأنظمة وأثر في عمل ذلك النظام، ونتج عن تغير في عمل ذلك النظام أدى بدوره إلى التأثير في أنظمة أخرى. من هذه الزاوية يكون

النظر إلى الشذوذ على أنه تغير حدث ضمن نظام ما باتجاه ما هو مضطرب أدى إلى تغير كذلك في أكثر من نظام آخر ضمن منظومة الشخصية (W. Gray et al, 1968).

وفي الحالتين يكون الاعتماد في تحديد الشذوذ على الدراسة المباشرة لمجموعة من المظاهر والأعراض ولحركية السلوك في نشاطه وتنوع فعالياته، وعلى موازنة ما يتم الحصول عليه هنا من وقائع مع معلومات علمية تم الحصول عليها سابقاً في دراسات متنوعة. والفحص والموازنة بسمكان في النهاية بتكوين حكم عن الحالة التي نحن بصدد فحصها وعما إذا كانت من نوع من أنواع الشذوذ أو من درجة من درجات ما هو سوي.

«قد نعتمد في الفحص الملاحظة وتقرير الفرد عن نفسه، وقد نعتمد عدداً من الروايات التشخيصية، وقد نجمع بين أكثر من طريقة واحدة في محاولة تحديد وجود الاضطراب. ولكننا نعود، في كل الحالات، إلى النتائج الكثيرة التي وصلت إليها الدراسات النفسية السابقة المتصلة بأشكال مختلفة من الاضطرابات النفسية. ويحدث، في حالات، أن نرفد السابق من المعلومات بمعلومات جديدة تأتي عن ملاحظتنا الحالية ودراساتنا، وبذلك يكون إغناء التراث العلمي في مجال الدراسات النفسية.

إن عدداً غير قليل من الناس يمرون بفترات تضايقهم فيها فكرة ملحة تظهر وكأنها وسواس يسيطر عليهم، ولكن الفكرة تمر وتزول خلال أيام من دون أن تخلف وراءها أثراً يذكر في سير الحياة النفسية لهؤلاء الناس. أما حين يتسلط الوسواس، ويوجه الفعالية النفسية ويؤذيها في جانب أو أكثر من العمليات الداخلية وفي الأساليب التي تستعملها في السلوك اليومي، وحين يستمر بقاء ذلك الوسواس فترة طويلة من الزمن، ويتكرر ظهوره، فالاضطراب يكون عندئذٍ من شدة كافية تسمح بالحكم على الحالة بأنها حالة شذوذ.

إن الأساس الإحصائي في عملية التحليل، ومعه مقارنة المظاهر موضوع البحث مع المظاهر النفسية Manifestations of psychological المعروفة من قبل على أنها مظاهر سوية، أساس قوي نعتمده في سعيينا وراء الكشف عن الشذوذ. وهو أساس عظيم الخدمات في تحديد شدة الاضطراب من حيث فهمنا لمقدار تكراره. ومثل ذلك يقال في اختلاف السلوك عما ألفته الجماعة. ولكن تحليل الحادث الشاذ، والبحث عن آثاره الوظيفية من حيث هو عملية، ومن حيث وسائله، ومن حيث اعتباره للشروط المحيطة. إن هذه بأجمعها تبقى العمل الأول في تحديد الشذوذ. وإذا كان البحث عن الوظائف أمراً شائكاً وصعباً بسبب من تعقد جوانب الحالة النفسية، فإن كثرة

الدراسات العلمية، وتراكم النتائج، وتراكم ما يأتي من العيادات النفسية . إن كل هذه تجعل الأمر أكثر يسراً ودقة.

❖ الشذوذ وسوء التكيف Homosexuality and III-adjustment

تحدثنا سابقاً عن التكيف، وذكرنا أنه قد يكون حسناً وقد يكون سيئاً، وقلنا عن الحالة الثانية أنها تضم استجابة أو استجابات تتطوي على اضطراب نفسي لدى الشخص في الموقف الذي يكون فيه. وقد عدنا في هذا الفصل إلى ذكر الاضطراب مجدداً في حديثنا عن الشذوذ. فهل نحن في «الشذوذ» Homosexuality و«سوء التكيف» III-adjustment أمام مفهومين متعادلين شمولاً ومضموناً؟

لنأخذ وضع طفل في العاشرة وجد نفسه فجأة من غير أم ترعاه بعد أن اختلطتها يد الموت القاسية. أبوه موجود، وله أخ أكبر منه بقليل، وثلاثة أخوة دونه في العمر. فما هي بعض أشكال سلوكه الممكنة التي تعبر عن الاضطراب الذي يحتمل وقوعه عنده. إنه يتألم، ويشعر بالوحشة، ويمر بحالة من الضيق والقلق. إن المشاعر المؤلمة الناجمة عن فقدان أمه التي يحبها قاسية عليه. إنه يبكي ليلاً بكاء مرأً. إنه يجد صعوبة في البقاء مع إخوته في البيت. إنه لا يستطيع تحمل صراخ أخيه الصغير، وهو يمضي وقتاً طويلاً خارج البيت، إنه يهرب من المدرسة، ويكرر ذلك ولا يتأثر بكلام أبيه أو حديث مدير المدرسة. كان له صديق في مثل عمره، ولم يعد يلعب معه كالمعتاد، ثم أصبح ينظر إليه بعين الحاقد. تكثر مراقبته للطفل الآخر، وتكثر حالات عدوانه. يشتد عدوانه ويظهر طفلاً يوماً وبيده سكين يحاول استعمالها في الاعتداء على الآخر. يغدو وكأنه يكره كل طفل. وينزوي ثم يعاشر عصابة من الأشرار. تكثر حالات جنوحه، ثم تبدأ حياته الجديدة تحت الملاحظة في مركز رعاية الأحداث. فما هو الاسم الذي نطلقه على حالة هذا الطفل؟

إن وضع الاضطراب النفسي الذي مر به هذا الطفل لم يكن من درجة واحدة من حيث الشدة. إنه لم يستطع في البدء الوصول إلى تكيف مناسب مع شروطه الجديدة. ولكن انحرافه عن السوي أصبح واضحاً مع تكرار عدوانه على الطفل الآخر، واستعمال السكين، ومع جنوحه برفقة عصابة الأشرار، ونحن نتأثر بدرجة شدة الاضطراب النفسي عندما ننظر إلى الحالة النفسية على أنها انحراف. ولكن أين تكون حدود ميادين الاصطلاحات المختلفة.

الواقع أن مفهوم السلوك الشاذ واسع من حيث الشمول وأن الكلمات التي تستعمل في الدلالة عليه متعددة، وليست كلمات الشذوذ النفسي، والاضطرابات النفسية، وحالات سوء التكيف، والاضطرابات السلوكية، إلا أمثلة من عدد واسع من المصطلحات التي تستعمل في مجال الحديث عن السلوك

المنحرف عن السوي. ويلحق بهذه المصطلحات المتعددة أن تشير إلى بعض التداخل في الإشارة إلى حدود الاضطرابات النفسية. وليس في هذا التداخل ما هو مستغرب إذا عدنا إلى المثال الذي سقناه في الفقرة السابقة عن الطفل وتطور الاضطراب لديه وتتبع مظاهره، وإذا تذكرنا أن السلوك الموصوف بأنه سوي يكون على درجات، وأن السلوك المنحرف أو الشاذ على درجات كذلك، وأن آخر الدرجات في السوي متداخلة أو متصلة بأولى درجات المضطرب.

كذلك يجب أن نتذكر أن بعض أشكال السلوك الشاذ يكون العامل الغائب فيها عاملاً فيزيولوجياً له جذوره العميقة في العناصر الوراثية أو في أذى لحق بالمراكز العصبية، وأن تدخل شروط الحياة اليومية لا يكون قوياً في تكون مثل هذه الأشكال.

«المقارنة»

1. لهذا كله يمكن السير في استعمال مصطلحي «الشذوذ النفسي» و«سوء التكيف»، في الحديث عن الاضطرابات النفسية، اعتماداً على ما هو غالب في عملية التكون، ومن دون مبالغة أو تشدد في ذلك. من هذا المنطلق، يمكن 2. استعمال مصطلح «سوء التكيف» في الحديث عن الاضطرابات النفسية المختلفة ما كان منها ضعيف الشدة وما كان عظيمها 3 بينما يكون استعمال «الشذوذ النفسي» في الحديث عن الاضطرابات النفسية التي تميل إلى الشدة. 4 كذلك يغلب استعمال «سوء التكيف» حين يكون العامل النفسي المنطلق من تفاعل الفرد مع شروط الحياة اليومية هو الأصل والأساس في نشوء الاضطراب النفسي، 5. إذا اتجه الحديث إلى الاضطراب النفسي الذي تكون جذوره الفيزيولوجية قوية وبالعلة غلب استعمال كلمة «الشذوذ» 6 وإذا كانت نقطة الانطلاق الحديث عن الاضطراب تميل إلى تأكيد التفاعل بين الفرد ومحيطه، وفعل كل منهما في الآخر، كان الغالب استعمال «سوء التكيف». أما إذا كانت نقطة الانطلاق تتجه نحو الإلحاح على الانحراف وأخطاره، والنظر إليه من حيث هو مرض نفسي، فالميل يكون أكثر عندئذ نحو استعمال (الشذوذ) وأخيراً فإن الدراسات التي تهتم بالوقاية والمعالجة النفسية التربوية للاضطرابات تميل إلى استعمال «سوء التكيف» أكثر من ميلها إلى استعمال «الشذوذ» وبخاصة حين نتحدث عن الاضطرابات النفسية التي لا تبلغ درجة عالية من الشدة.

الخلاصة: يظهر سلوك الأفراد مقبولاً أحياناً، ويظهر «غريباً» وغير مقبول أحياناً أخرى. إنه في كل من الحالتين معقد، وكثير الجوانب، ويضم تفاعلاً بين عدد من القوى. ولكنه عادة لا ينطوي على اضطراب شديد في الحالة الأولى بينما يظهر فيه الاضطراب والانحراف في الحالة الثانية. إن مسألة الانحراف تعني وجود حد في السلوك يكون الاضطراب انحرافاً عنه. فإذا قلنا بالشذوذ في

الحالة النفسية حين تكون منحرفة، فإن المشكلة الهامة تصبح البحث عن المعيار الذي به نعرف الشذوذ من غيره. قال بعضهم إن المعيار كائن في شخص الفرد الذي يحكم: فالسلوك الذي يقبله يكون سوياً والسلوك الذي لا يقبله يكون شاذاً. وقال آخرون إن الانحراف هو البعد عن خط الطبيعة وأغراضها. وذهب غيرهم إلى القوة أن المعيار هو في قبول الجماعة لا في قبول الفرد: فما وافق ما تكون عليه الجماعة كان سوياً وما انحراف عنها كان شذوذاً. وقال المخلصون لمبادئ الإحصاء إن ندرة وجود الحادثة هي مقياس الشذوذ فيها.

- ملخص الاتجاه النفسي الموضوعي في تحديد الشذوذ:

يؤثر المهتمون بالاضطراب النفسي وتعبده وأعراضه رؤية الشذوذ في تلك الحالة التي تصيب الوظائف أو النظم النفسية باضطراب يحرفها عن سيرها الأصلي ويمكن أن يكشفها الفحص. فإذا أخذنا الاتجاه الأخير في فهم الأعراض كان اتجاهنا أقرب إلى الوضوح والدقة في فهم السلوك الشاذ. وإذا كان يغلب علينا استعمال كلمة «سوء التوافق Maladjustment» في الحديث عن الانحراف بصورة عامة ضمن اتجاهنا النفسي في البحث الحالي، فإن استعمال كلمتي الشاذ والشذوذ وارد في حديثنا من آن لآخر حين نشير إلى الانحراف الشديد.

❁ سلوك الطفل المشكل:

عبارة عن سلسلة من المظاهر المزعجة تتراوح بين التمرد ونوبات الغضب والسعي لجذب الانتباه واضطرابات النوم وتبلييل الفراش، وبين الخوف والشعور بالنقص ورفض المدرسة، وإن المشكلات السلوكية والانفعالية هي مشكلات ناجمة عن التعامل مع صعوبات الحياة فهي نتائج غير ملائمة وغير ناجحة للطفل، أو أنها هزيمة ذاتية.

تبين دراسة طويلة في أمريكا حول نمو الأطفال الأسوياء أن السلوك المشكل يتغير مع مرور الزمن، وقد ظهرت بعض المشكلات عند معظم الأطفال لأمد قصير في فترات معينة ثم أصبحت في أدنى درجاتها أو اختفت نهائياً، وتبين أن أكثر المشكلات دواماً هي عدم ثبات المزاج والاعتماد على الآخرين والكآبة وسرعة الاستثارة، ومن المشكلات التي تزول مع التقدم بالسن المشكلات الخاصة بالتبول والتبرز والنطق والخوف ومص الإبهام، أما المشكلات التي تزول في سن متأخرة نسبياً وبمعدل أبطأ فهي المشكلات الخاصة بالنشاط الزائد والتخريب والمزاج. وتصل مشكلات فقدان الشهية للطعام والكذب ذروتها في سن مبكرة ومن ثم تأخذ بالتراجع لتعود إلى الظهور من جديد في سن البلوغ، ومن بين هذه المشكلات النوم المضطرب والأحلام المزعجة والخوف وسرعة التهيج وجلب الانتباه والاعتماد الزائد على الآخرين والكآبة والغيرة. بالإضافة إلى المشكلات الناجمة

عن عدم الرضا بأنواع الطعام وذلك عند الصبيان فقط، أما مشكلة قضم الأظافر فهي المشكلة الوحيدة التي تأخذ بالتزايد بانتظام مع التقدم بالسن حيث تصل ذروتها في نهاية المراهقة تقريباً ثم تأخذ بالزوال، والمشكلة الوحيدة التي بينت هذه الدراسة ضعف أو عدم ارتباطها بالسن هي مشكلة الحساسية الزائدة (نشواتي، 1980، 202).

❁ الطفل المشكل:

هو الطفل الذي يصبح مشكلة سلوكية دائمة في روضته أو في مدرسته، والذي يتصرف أو يتكلم بشكل مختلف جداً عن باقي الأطفال وبطريقة غريبة، قد يشخص على أنه طفل مشكل.

الطفل الشاذ: هو الذي يسلك سلوكاً مختلفاً عن الآخرين، أو بمعنى أدق مختلفاً عما هم في مثل سنه، وكلما زاد تباينه سلوكياً زاد اعتبارنا له أنه شاذ أو مشكل أو مضطرب (الشربيني، 2001، 9).

أما كوفمان (Kuffman) فعرف الطفل المشكل: أنهم الأطفال ذوو المشاكل السلوكية هم يظهرون سلوكيات غير مناسبة عما يتوقعه الآخرون منهم وما يتوقعونه هم أنفسهم. أما بور فيعرفه: الأطفال المشكلون هم الذين يبدو عليهم واحدة أو أكثر من الخصائص غير المرغوب فيها بصفة مستمرة.

أما أندري (Andrey): الأطفال المشكلون يعانون من شعور عميق بأنهم غير محبوبين وغير مرغوب فيهم وهذا يرسم اعتقاداً في الطفل مؤداه أنه محروم (يوسف، 1985، 30).

يختلف الأطفال بعضهم عن بعض في عدد المشكلات التي يعانون منها ونوعها ونمطها، وعلى الأقل هناك أربعة أبعاد تقويمية ضرورية لتقويم أي طفل مشكل من أجل تمييزه عن غيره ورسم خطة علاجية له، وهذه الأبعاد هي:

1. التواتر (Frequency): يشير إلى عدد المشكلات الملاحظة بالنسبة لطفل معين فكلما زاد عدد المشكلات المدونة كان الطفل مشكلاً أكثر من غيره، ويتم تقويم المدى بوساطة العد البسيط للمشكلات، أي أن زيادة عدد المشكلات يعني اتساع مداها.

2. الشدة (Intensity): وترتبط بعمق المشكلة فكلما زادت شدتها زادت حدتها، وتقويم الشدة يمكن أن يكون بشكل ذاتي أو من خلال الاتفاق بين جماعة التقويم، أو من خلال تطوير مقياس موضوعي بإحدى الطرق العامة المقبولة.

3. المدة: يمكن اعتبارها معياراً رئيسياً هاماً في إطلاق الأحكام على الحالة، حيث إنها تشير إلى طول الزمن الذي ظهرت فيه المشكلة، فمن المعلوم أن هناك بعض الافتراضات المقبولة على

نطاق واسع، وهي أنه كلما زادت فترة وجود المشكلة أصبحت أكثر صعوبة للحل ليس لأي سبب إلا أنها قد أصبحت جزءاً من التكيف العام للطفل.

4. **الضرورة والإلحاح:** وهذه تسمح للمسؤول التقويم بترتيب المشكلات حسب الأولوية التي تستحق التدخل، ويتضمن ذلك حكماً ذاتياً سواء من الفرد أو الجماعة فيما يتعلق بالنتائج الممكنة لعدم اتخاذ إجراءات محددة، ويمكنه أن يقوم برسم الترتيب الهرمي للمشكلات (أحمد وتاج السر، 1998، 30).

الضرورة والإلحاح	المدة	الشدة	المحى
• أولوية المشكلات	• الزمنية • طول • الفترة	• عمق المشكلة	• عدد المشكلات

5. الديمومة:

وإن السلوك الشاذ حالة مستديمة الحدوث ولا يمكن اعتبار ما يقوم به بعض الأطفال من أخطاء عابرة دليلاً على مشكلات نفسية لديهم، ولا شك أن طفلاً كهذا لا يمكن اعتباره طفلاً مشكلاً إذا تجنب الخطأ في سلوكه اليومي.

فالطفل المضطرب سلوكياً مثلاً هو من اتخذ السلوك الشاذ والتصرف الخاطئ أسلوباً متبعاً ثابتاً لا يتغير ولا يستجيب للتوجيه والنصح (الشربيني، 2001، 14).

وتتنوع مشكلات الطفولة بين: ضعف الشهية Poor appetite للطفل، اضطرابات الجهاز الهضمي، Disorder of the digestive system، سلس البول Incontinence سلس البراز Fecal incontinence، الخوف Fear، الكذب Lying، ضعف المستوى الدراسي وعدم التفوق، السرقة Theft، اضطرابات الكلام Speech disorders والتأخر في اللغة، التدمير والتخريب والسلوك العدواني Aggressive behavior، الغيرة Jealousy، العناد Stubbornness، والتمرد Insurgency، مص الأصابع Sucking fingers، قضم الأظافر Nail biting، أكل الطين والحجر، اضطرابات النوم Sleep Disorders وكثرة البكاء (النجار، 1997، 34).

كما أن بعضها سطحية عابرة تنتهي بتجاوز مرحلة النمو كالعدا والكذب والعدوان ومص الأصابع وقضم الأظافر، وبعضها مشكلات عميقة نتيجة لتوتر مثل السرقة والتبول اللاإرادي (يوسف، 1985، 201).

❖ الأسباب والعوامل المؤثرة في مشكلات الطفولة:

هناك العديد من التصنيفات للأسباب والعوامل المؤثرة في مشكلات الطفولة، فبعضهم قسمها إلى: أسباب نفسية، أسباب نفسية اجتماعية، أسباب فسيولوجية.

1- الأسباب النفسية من أهمها:

الإحباط Frustration: هو حالة تتضمن تهيج الحالة المزاجية أو الاستجابة للموقف بطريقة انفعالية، والإحباط هو حالة تنتج عن التأخير في الحصول على إثابة السلوك أو عن إعاقة تحقيق الأهداف كأن يعجز الشخص اتباع دوافعه. مثل: أن الطفل يريد أن يكون في مكانة أو سلوك معين ويفشل في تحقيق تلك المكانة، فيصاب بالإحباط وينحرف سلوكه يأخذ بشكل العدوان أو العنف أو أي سلوك شاذ.

2- الأسباب النفسية والاجتماعية:

تدرس بعض النظريات العوامل النفسية في محيط الأسرة، ومن خلال الخبرات المبكرة السارة وغير السارة والبحث في الخبرات المكبوتة والتي تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وقد تقوم علاقة الأم بالطفل بدور مهم وخاصةً إذا تعرضت إلى الانقطاع أو الفصل، أو تعرضت العلاقة الزوجية إلى صراعات، وبالتالي يؤدي إلى الانحرافات السلوكية، وكذلك المحيط الخارجي (رفاق السوء)، وخاصةً إذا لم يضبط ويوضع له نظام صارم كأن تتسامح الأم مع الطفل وتدله أو تترك لميوله العنان أو تشجعه على العدوان.

3- الأسباب الفيزيولوجية:

تتصل هذه الأسباب بالأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي كحالات التهيج أحياناً بالإضافة إلى عدم تقدم في التحصيل الدراسي. كذلك يعتقد البعض بأن العوامل الجينية قد تكون أسباباً في بعض الأمراض العقلية كالفصام مثلاً (خلف الله، 2004، 583).

- وهناك تصنيفات أخرى ترى أن أسباب المشكلات السلوكية ترجع إلى عوامل عدة، تأخذ مسارها إلى ما قبل الولادة بل غالباً قبل الحمل فيعود تاريخها إلى طفولة الأهل أنفسهم ونوعية شخصياتهم

وأساليب حياة العائلة (الوالدين مثلاً)، هل هي حياة مرحلة أم حياة تعيسة، وهل نالوا في طفولتهم قدرًا من الحنان أو أنواعاً من الحرمان أو أنواعاً من العقاب، فلربما يمارسون نفس الأسلوب مع أطفالهم، فطفل الأسر التي تتحلى بالصبر والمثابرة والوداعة نادراً ما يعاني من اضطرابات سلوكية، ومن العوامل التي تسبب المشاكل قبل الحمل والولادة أيضاً:

1. مرحلة العمر الذي رزق فيها الأبوان بطفلهم قد تكون فترة طويلة أي أنهم تأخروا في الإنجاب.

2. مدى تفضيل جنس على آخر حيث بعض الوالدين يفضل الولد على البنت مثلاً.

3. التوتر النفسي في فترة الحمل قد تؤدي إلى تفاعلات غير مرغوب فيها.

ومن العوامل المسببة للمشاكل بعد الولادة:

1. الفترات الزمنية بين ولادة وأخرى.

2. عدد الأخوة. لأنه كلما قلت الفترة الزمنية بين ولادة وأخرى كلما زادت عوامل الغيرة بين الأخوة وذلك لأن الطفل الذي يولد في أسرة كثيرة الأولاد يحظى بطفولة أقل حظاً من السعادة والطفل الوحيد في الأسرة يحظى بطفولة أكثر سعادة.

كذلك الطفل الذي يولد في أسرة كثيرة العيال أي يسبقه إخوة كثيرون يكونون عرضة للإهمال لا من والده فحسب ولكن من إخوته أيضاً، وقد لوحظ أن الأطفال الذين يولدون في أسر كثيرة الإنجاب يكونون أكثر ذكاءً.

3. تجارب الأبوين في تربية الأطفال وخاصة الأولاد.

4. ثقافة الأبوين.

ثم بعد الولادة تتكون سلوكيات الطفل في العام الأول ولكن تتحدد صورها بدءاً من العام الثاني -- كما

يرجحها العلماء -- أثناء التطور العقلي للطفل وتفاعله مع محيطه والبيئة (خلف الله، 2004، 590).

وإن أهم العوامل التي تحدد مظاهر السلوكيات:

1. الاحتياج إلى الحب والحنان:

يحتاج الطفل إلى الحب والحنان بعد عامه الأول، ونلمسه في حاجته إلى الأهل ودائم الطلب لهم والبقاء معهم ويحتاج إلى الحب والحنان تأكيداً لذاته، وأن له كياناً مميزاً ومحددًا في المنزل بين

أشخاصه، ويزداد هذا الاحتياج كلما قل اهتمامهم به لذا يجب أن نعطي أطفالنا مزيداً من الحب والحنان ومزيداً من الثقة بالنفس.

وهناك فرق كبير بين إشعار الطفل بالحب والصدق وطريقة التعبير عنه (بالهدايا) ولا بد أن يكون الوسط الذي يعيش فيه الطفل مساعداً على إحاطة الطفل بالحب والحنان والأمان، فلا تتصور أن يكون هناك حناناً وأماناً في بيت يكثر فيه الاحتكاك بين الوالدين ويكثر فيه الانفصال وتلجأ فيه الأم أحياناً إلى تشويه صورة الأب أمام أطفاله، وإن الطفل يفقد الحنان والطمأنينة في ظروف معينة مثل فقد الأبرين أو أحدهما أو ابتعادهم عنه، أو ترك الأطفال للمربية والانشغال بأشياء أخرى، أو تغير المدينة أو نقله من دار إلى أخرى، أو ولادة أخ جديد ينافس به المحبة، أو الانتقاد والتوبيخ الدائمين.

ويجب أن يعلم الآباء والمربين أن التوبيخ الدائم واللوم القاسي يؤدي إلى الحقد والحسر وعدم الاطمئنان لدى الطفل (اضطرابات سلوكية).

2. الانفصال عن الطفل:

لا يجوز للأهل أن ينفصلوا عن طفلهم فترات طويلة لأن ذلك يؤدي إلى حرمانه من العاطفة، فكما طالبت فترة الانفصال أدى ذلك إلى تأثيرات سلوكية من الصعب إزالتها. وإذا أرادت الأم أن تنفصل عن طفلها لفترات قصيرة لا بد أن تتركه تحت رعاية أشخاص يحبونه مثال الجدة.

3. الرفض والتصرفات العكسية (الأنا):

من محددات السلوكيات أيضاً الرفض لدى الطفل لأنه يشعر بأنه هو محط اهتمام الجميع ومركز رعايتهم، ومن الخطأ الفادح أن يكبح الوالدان هذه الصفة لأنها تقوم بدور أساسي في صنع إرادة الإنسانية. فأسلوب الرفض والتصرفات المخالفة تظهر على أحد الملامح المميزة لشخصية الطفل، فالأطفال يتجهون في تلك السن إلى المعاكسة، فإذا طلب منهم فعل شيء يقومون بفعل عكسه.

4. الاختلافات الشخصية لدى الأطفال:

لكي نتفهم مشاكل الأطفال السلوكية لا بد من إدراك طبيعة تلك الاختلافات، بعض الأطفال يتميزون بالوداعة والهدوء والمسالمة، وبعضهم يتميز بالنشاط الزائد والحركة المستمرة، وبعضهم تحندم لديهم نزعات التفضيل والكراهية فلا يقبلون إلا ما يروق لهم ويحبونه، بعضهم يميل إلى أن يقود، وبعضهم يميل إلى أن يقاد.

وإن هذه السمات طبيعية جداً وتختلف من طفل إلى آخر حسب وراثته وحسب شخصيته، لذلك من الضروري بصورة عامة فهم طبيعة الطفل ومتطلباته، فهم تطور الطفل وعدم التدخل إلا عند الضرورة وبالمقدار اللازم حسب الحالة، ولا بد أن نعترف بأن المشكلات السلوكية موجودة عند جميع الأطفال بلا استثناء، وهي لا تدل على شذوذ الطفل أو اضطرابه وإنما يعتبر بعضها جزءاً متماً لتطوره ونتيجة لتفاعله مع وسطه الاجتماعي، وإنه لمن المهم أن تعالج تلك المشكلات فوراً وبحكمة فهي بعد ذلك تزول، أما إن بقيت بدون علاج فربما استفحلت وازدادت ثباتاً وأصبحت خلقاً ثابتاً وتكثر تلك المشكلات في السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل أي ما قبل المدرسة (خلف الله، 2004، 630).

- ويمكن تقسيم هذه العوامل بطريقة أخرى إلى قسمين:

1. العوامل الداخلية المرتبطة بالفرد نفسه:

فتكيف الفرد في البيئة يتحدد بتحقيق الدوافع الأولية Primary motivation والثانوية معاً. فالدوافع الأولية التي تضم إشباع دافع الجوع والعطش والنوم، وهي كلها عوامل مساعدة على الاستقرار النفسي، أيضاً العوامل الفيزيولوجية والمظاهر الجسدية لها الأثر الكبير في تكيف الفرد مع بيئته لما تحدثه من أثر في نظر الفرد إلى ذاته.

2. العوامل الخارجية:

1- الأسرة:

فالأسرة المتحابية Family Altabp التي توضح أدوار أعضائها وتتقبل بكل تفاهم مشكلاتهم هي تؤدي قطعاً إلى زيادة التكيف السوي عند الطفل سواء داخل الأسرة أم خارجها، والأسرة التي يسودها التفكك وتعرض إلى عوامل الإخلال الاجتماعي كالطلاق، والأسرة المتسلطة Family Almtzlvp التي تلجأ إلى التهديد والحرمان والعقاب تفقد هذا الطفل المتعة بالنفس والثقة بالآخرين وتولد العدوانية وعدم الاتزان.

2- الحاجات الثانوية Needs of secondary:

إن الطفل بحاجة إلى إشباع دوافعه الاجتماعية التي أيضاً تؤدي إلى إشباع الدوافع الأولية في التكيف مع البيئة والانسجام في التعامل وتأدية الدور بالشكل المطلوب، ونستطيع أن نعرض بعض هذه الحاجات:

- الحاجة إلى الحب والتقدير الاجتماعي Social recognition .

- الحاجة إلى الحب في كل المراحل العمرية.
- الحاجة إلى الانتماء الأسري.

3. العوامل الاجتماعية والاقتصادية:

تعدد الطبقات الاجتماعية تثير في نفوس الأطفال الحقد وعدم الثقة بالمجتمع وسوء التكيف -III adjustment للتطرف الاقتصادي والاجتماعي.

4. وسائل الإعلام.

5. العوامل المدرسية:

من حيث سعة المدرسة أي عدد الأطفال الموجودين، ومن حيث أعمار التلاميذ في المدرسة فهو عامل مهم من حيث زيادة العلاقات الاجتماعية بين الطلاب. وأخيراً من حيث الفوارق الاجتماعية بين التلاميذ فإن المستوى الاقتصادي والاجتماعي له أثر كبير في تكيف الطالب (يوسف، 1985، 203).

- وصنفت الأسباب العامة للاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال إلى ما يلي:

1. عدم إشباع الحاجات الفسيولوجية والنفسية عند الطفل.
2. الإحباط الناتج عن وجود عوائق مادية أو معنوية تحول دون إشباع الحاجات وتحقيقها.
3. سوء التوافق الأسري والجو الأسري غير الملائم وغير المستقر.
4. سوء التوافق في المدرسة.
5. الأثر السيء للرفاق والجماعة والأصدقاء.
6. العوامل البيئية والثقافية غير المواتية.
7. القلق والخوف وعدم الشعور بالأمن والطمأنينة.
8. فقدان الشعور بالحب والقبول من أفراد الأسرة أو من الأصدقاء والرفاق والإحساس بالرفض والإهمال.
9. عوامل التنشئة الاجتماعية والأساليب التربوية غير السوية التي يمارسها الوالدان. (النجار، 1997، 35).

حيث يسلك بعض الآباء مع أبنائهم أنماطاً من السلوك تدفعهم إلى الشعور بأنهم غير مرغوب فيهم، مثل إهمال الطفل من ناحية المأكل والملبس أو تهديده بالعقاب أو كثرة التحذيرات أو السخرية أو انفعالات الأم ومزاجها المتوتر مع الطفل، هذا كله يؤدي إلى ظهور مشكلات لدى الطفل، كما

أن الإفراط الزائد في التسامح والتساهل له آثار مماثلة. فهناك آباء صارمون في معاملتهم لأطفالهم مستخدمون الأمر والنهي والنقد والعقاب ومقاومة رغبات الأطفال لدرجة كبيرة بحيث تحرم الطفل من إشباع الكثير من حاجاته النفسية (الشرييني، 2001، 38).

10. عدم تعويد الطفل الاعتماد على نفسه أو تأجيل إشباع رغباته وحاجاته النفسية والبيولوجية.

11. التفرقة في المعاملة بين الأطفال وتفضيل طفل على آخر أو تمييزه بشكل أو بآخر.

12. إرهاق الطفل باستعجال النمو العقلي واللغوي والاجتماعي للطفل ومطالبته بما لا يستطيع.

13. تمتع بنشاط عصبي ضعيف وإمكانات مورثة أو بيئية غير متزنة تؤدي لتدهور نشاطه العصبي.

14. تعرض الطفل للضغوط الانفعالية كالحزن الشديد والانفعالات المضطربة والمفاجئة.

15. وجود نقص أو عجز أو إعاقات حسية أو جسمانية أو عقلية عند الطفل (النجار، 1997، 36).

❖ النظريات المفسرة لمشكلات الأطفال السلوكية:

إن المتمعن في كافة العلوم يرى أنها تنطلق من مجموعة من الفروض مكونة إطاراً نظرياً لهذا أو ذلك العلم، والنظرية عبارة عن إطار فكري يفسر مجموعة من الفروض العلمية ويضعها في نسق علمي مترابط، ويتم التوصل إلى تلك النظريات من خلال أساليب البحث العلمي الدقيقة المختلفة، والتي خرجت من خلال نتائج التجارب الدقيقة إلى الفرضيات التي تبني عليها، وليس معنى هذا أن النظرية هي نهاية المطاف وأن العلم ينتهي بمجرد الوصول إلى النظرية، ولكن حتى وبعد التوصل إلى النظرية تبقى الأبحاث مستمرة للتأكد من صحة فرضيتها أي أنها تخضع للبحث العلمي المستمر.

ومن هنا تكمن أهمية تناول دراسة الاتجاهات النظرية (النظريات) المفسرة للمشكلات السلوكية وذلك بهدف فهم وتفسير وتقييم السلوك المشكل، وكذلك التنبؤ بتلك المشكلات المتوقع حدوثها وصولاً إلى ضبطها والعمل على تعديلها في نهاية المطاف، هذا وبالإضافة إلى أن دراسة الاتجاهات النظرية تعطي تصوراً واضحاً والمأماً شاملاً للأسباب التي تكمن وراء المشكلات السلوكية وطبيعة السلوك المشكل وصفات الأفراد والمضربين سلوكياً، وكذلك التقنيات والطرق الناجحة المستخدمة في إرشاد وعلاج هؤلاء المشكلين.

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

ويمكن جوهر نظرية التحليل النفسي التي أسسها فرويد في ثلاث مسلمات أساسية للطبيعة الإنسانية:

أولها: أن الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد هي من أهم سنوات حياته وأشدّها تأثيراً في سلوكه خلال سنوات عمره التالية في حالتي السواء وعدمه.

ثانيها: أن الدوافع الغريزية الجنسية للفرد هي التي يتحدد في ضوءها سلوكه العام، وتعرف هذه الدوافع الغريزية الجنسية بأنه تعنى حاجة كل فرد إلى إشباع مطالبه الجسدية.

ثالثها: أن الجانب الأكبر من سلوك الفرد تحكمه محددات لا شعورية، وكان قد نما الاعتقاد لدى فرويد بأن السلوك الحالي للفرد إنما يتحدد بمجموعتين من العوامل هما:

- العلاقات بين المكونات الداخلية لبنائه النفسي، وأطلق فرويد على هذه المسلمة اسم (الحمية النفسية) فالإنسان عند فرويد لا يملك مصيره تماماً، حيث إن سلوكه تحكمه وتوجهه الحاجة إلى إشباع الدوافع الغريزية البيولوجية الأساسية.
- أن السلوك لا يحدث صدفة أو اعتباطاً، وإنما يخضع لخبرات المرء الماضية (الخطيب، 1998، 200-201).

. أسباب المشكلات السلوكية وجهة النظر التحليلية:

حاولت نظرية التحليل النفسي التي وضع فرويد أصولها ومبادئها، تفسير الانحرافات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل مبادئ التحليل النفسي، حيث إن بعض الخبرات السابقة غير السارة تكبت في اللاشعور إلا أن هذه الخبرات المكبوتة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وتؤدي بالتالي إلى الانحرافات السلوكية، ويفسر أنصار التحليل النفسي الاضطرابات السلوكية في هذا الإطار (يحيى، 2000، 77).

هذا ويؤكد (الخطيب، 1998، 207) أن فرويد يرى منشأ الاضطراب السلوكي يكمن داخل الفرد نتيجة لاختلال قيام الفرد بوظائف نفسية عبر مسارين هما:

- المسار الأول: تعليم غير ملائم في مرحلة الطفولة الأولى (الخمس سنوات الأولى).
- المسار الثاني: اختلال الحكة المتوازنة بين منظمات النفس (الهو) و(الأنا) و(الأنا الأعلى).

ومن الجدير ذكره أن الاتجاه والتحليل اتجاه عريض يضم عدداً من المدرسين والتوجهات النظرية بعضها يخرج على مؤسس النظرية وكون له مدارس خاصة، مثل كارل يونج (Jung) الذي أسس "علم النفس التحليلي"، والفريد أدلر الذي أسس "علم النفس الفردي" (Adler)، كما أن بعض تلاميذ فرويد مثل كارين هورناي (Horney) وإيرك فروم (Fromme)، وهاري ستال سولفان (Sullivan) وأنا فرويد وأريكسون طوروا في نظريته وإن اعتبروا أنفسهم تحليليين ولا يزالون ينطون تحت اللواء التحليلي الفرويدي ويسمون التحليليين الجدد أو الفرويديين الجدد (كفاي، 1990، 21).

ثانياً: النظرية السلوكية:

بدأ هذا الاتجاه السلوكي باكتشاف إيفان بتروفيتش بافلوف (Pavlov) الفسيولوجي الروسي للشرطية الكلاسيكية، وكان هذا الاكتشاف بداية لعدد كبير من التجارب انتهت بتأسيس الاتجاه السلوكي.

ويمثل هذا الاتجاه السلوكي المنافس الوحيد للاتجاه التحليلي، والعالم الذي يرجع إليه الفضل أيضاً في بلورة هذا الاتجاه هو "جون واطسون" (كفاي، 1990، 23).

هذا ويطلق على النظرية السلوكية اسم المثير والاستجابة وتعرف كذلك باسم (نظرية التعلم)، والاهتمام الرئيسي للنظرية السلوكية هو السلوك: كيف يتعلم وكيف يتغير، وهذا في نفس الوقت اهتمام رئيسي في عملية الإرشاد التي تتضمن عملية تعلم ومحو تعلم وإعادة تعلم، والتعلم هو محور نظريات العلم التي تدور حولها النظرية السلوكية (زهران، 1998، 102).

أسباب المشكلات السلوكية من وجه النظر السلوكية:

يرى هذا الاتجاه أن الاضطراب السلوكي (المشكلات السلوكية) هو سلوك متعلم يتعلمه الفرد من البيئة التي يعيش فيها حيث يعتبر هذا الاتجاه بأن الإنسان ابن البيئة بما تشمل عليه من مثيرات واستجابات مختلفة لها علاقة بمختلف مجالات حياته الاجتماعية والنفسية البيولوجية وغيرها وتتشكل لدى الفرد حتى تصبح جزءاً من كيانه النفسي، والفرد عندما يتعلم السلوكيات الخاطئة والشاذة إنما يتعلمها من محيطها الاجتماعي عن طريق التعزيز والنمذجة وتشكيل وتسلسل السلوكيات غير المناسبة، كما يرى هذا الاتجاه بأن المحور أو العزل أو الإطفاء أو النمذجة الإيجابية وغيرها من أهم أساليب تعديل السلوك (العزة، 2002، 43).

وقد توصل علماء الاتجاه السلوكي إلى تفسير مفاده أن الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقفل من درجة توتره ومن شدة الدافعية لديه، وبالتالي كون

ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية لكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي، كما ويرى أصحاب الاتجاه السلوكي أن السلوك المضطرب هو نتاج ومحصلة للظروف البيئية وليست للعمليات النفسية الداخلية كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي في علم النفس لذلك فهو يهتم بالأعراض السلوكية ولا يهتم بما فيه الشعور أو في الأعماق الإنسانية من عقد أو غيرها، كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي، لذلك يعتبر هذا الاتجاه السلوك بأنه ظاهرة متعلمة تكتسب وفقاً لقوانين محددة (قوانين التعلم أو الأشرط) (القاسم وآخرون، 2000، 92).

وتحدد الوراثة أبعاد السلوك الإنساني، ولكن البيئة تترك آثارها الإيجابية أو السلبية على الخصائص السلوكية عند الفرد، وبما أن السلوك من وجهة نظر هذا الاتجاه هو سلوك متعلم سواء كان سلوكاً شاذاً أو سوياً، إلا أن عملية التعلم هذه تتحدى في ضوء خبرات الفرد وظروفه الحالية، والسلوك محكوم بنتائجها، بمعنى أنه يزداد إذا كانت له نتائج إيجابية على الفرد وعلى الآخرين ويضعف إذا كانت نتائجها سلبية على الفرد وعلى الآخرين من حوله (العزة، 2002، 43).

وفي الإطار نفسه وتأكيداً على دور الوراثة وفي السلوك المتعلم يرى بايلل وإبانشين (Bill and Ipanshin, 1999) أن السلوكيين يعتقدون أن الفرد يتعلم أن يسلك بطريقة محددة من خلال تفاعله مع البيئة ويرثي تركيباً بيولوجياً يساعده في عملية التفاعل التي تحدد السلوك كما يعتقدون بأن بعض السلوكيات كالقيادة والصدقة الخ... لا تورث بل تنتج عن التفاعل ويركز السلوكيون على ماذا يفعل الفرد بدلاً مما هو؟ ومن الضروري فهم الطفل بدلاً من إطلاق التسميات (يحيى، 2000، 40).

. الفرضيات التي ترتكز عليها النظرية السلوكية مكونة الأساس النظري لها، وهذه الفرضيات هي:

- معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب سواء كان السلوك سوياً أو مضطرباً.
- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق.
- السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، وحدث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب.
- جملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعا لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.
- السلوك المتعلم يمكن تعديله.

➤ يولد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية أولية، وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية تمثل أهم حاجاته النفسية وقد يكون تعلمها غير سوي يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ومن ثم يحتاج إلي تعلم أساليب جديدة أكثر توافقاً (زهران، 1980، 336).

وتضيف شوا (Shwa, 1978) أن محتوى النظرية السلوكية يتلخص بعبارة " السلوك محكوم بنتائجه" وتهتم النظرية السلوكية بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصميم برنامج التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك الملاحظ وتعديله (بحيى، 2000، 40).

ثالثاً: النظرية الفسيولوجية:

لقد كان (فيثاغورث) أول من أعتبر أن الدماغ عضو مركزي للفعالية الذهنية وأرجع المرض النفسي إلى مرض الدماغ، تبعه في ذلك (هيبوقراط) الذي صنف الأمراض النفسية كالهوس والسوداء أو الاكتئاب . والهذيان ورسم الصورة السريرية لكل مرض منها معتمداً على الملاحظة السريرية اليومية.

سار الأطباء اليونانيون والرومانيون في الإسكندرية على الخطأ العلمية لهيبوقراط، أمثال (اسكليبيارس) الذي يعتبر أول من لاحظ بين المرض الحاد والمزمن، وميز الوهم من الهلوسة وألمح (أريطابوس) في نهاية القرن الميلادي الأول إلى فكرة اعتبار الاضطرابات العقلية امتداداً للظواهر النفسية العادية، ولم يساهم غالن (130-200م) في علاج المرض أو رسم صورته السريرية غير أنه تبنى منهجاً علمياً لتشريح الجهاز العصبي وأرجع المرض النفسي إلى أسباب عضوية كالجروح والتسمم الكحولي، ونفسية كالخوف والصدمات والأزمات الاقتصادية (القاسم وآخرون، 2000، 108).

لقد كشف التطور العلمي السريع في القرن الثامن عشر عن الأسباب العضوية للمرض النفسي وسرعان ما برزت وجه النظر العضوية (الفسيولوجية) التي تشكل تطوراً علمياً في فهم الأمراض النفسية وعلاجها، ويذكر (أسعد، 1986، 38) أن "أميل كريبلان" (Krbelan) قد قام بدور حاسم في تأكيد فكرة الأسباب العضوية من الأمراض النفسية وذلك في كتابه الذي نشره عام (1963) والذي أكد فيه أهمية مرض الدماغ في توليد المرض النفسي، وكذلك لقد وضع تصنيفاً للاضطرابات النفسية اتخذته التصنيفات الحديثة أساساً لها، هذا ويشير كيرك (1981) إلى أنه خلال العقود القليلة الماضية كان هناك ميل شديد للاعتقاد بأن المشكلات السلوكية في المحيط الاجتماعي تقود إلى تفاعل قائم بين الطفل وأسرته، أو بين الطفل ورفاقه وجيرانه والجوانب الاجتماعية الموجودة في

المجتمع، وفي السنوات الأخيرة بدأت العوامل البيولوجية تأخذ مكاناً كعوامل مسببة للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

كما ويرى كلاً من هيوارد اورلانسكي (Heward & Orlansky) أن بعض المختصين يعتقدون أن كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي، ومع أن هذا الاستعداد قد لا يكون سبباً في اضطرابات السلوك إلا أنه قد يدفع الطفل إلى الإصابة بالاضطراب أو إلى المشاكل السلوكية، فالأدلة على الأسباب البيولوجية واضحة أكثر في الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جداً ويضيف (هالاهاام ديكو فماف، 1982) إلى أن السلوك يمكن أن يؤثر في العوامل الجنسية والعصبية والبيوكيماوية، أو أكثر من عامل فيها، وأن هناك علاقة بين جسم الفرد وسلوكه لذلك من ينظر إلى العوامل البيولوجية على أنها وراء الاضطراب السلوكي والانفعالي ونادراً ما يكون بالإمكان إظهار العلاقة السببية بين العامل البيولوجي المحدد والاضطراب السلوكي والانفعالي (يحيى، 2000، 64-65).

ويشير إلى أن هذا الاتجاه البيوفسيولوجي يرى أن الاضطراب السلوكي هو نتاج ومحصلة لخلل في وظائف وأعضاء في جسم الإنسان، الأمر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك لديه، قد يكون نتاجاً لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصماء أو غيرها في جسم الإنسان، والحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة الثيوركسين في الدم على سبيل المثال لا الحصر ويضيف (بني) هذا الاتجاه مرتبط بعلم البيولوجيا التي ترى بأن الوراثة دور واضح في ظهور الاضطراب السلوكي، ويرى هذا الاتجاه بأن الكروموسومات والجينات (المورثات) تقوم بدور في وجود الاضطراب السلوكي كما أن عمليات النمو (التمثيل الغذائي) دور في ذلك، وكذلك الحساسية للأدوية والأصباغ ونضج الأجهزة وسير عملية نمو الفرد وسلامة الحيوان المنوي والبويضة ومشاكل الرحم وتعرض الأم الحامل لأمراض كالحصبة الألمانية أو مرض الزهري، وعدم وجود بيئة رحيمة مناسبة لديها، وتعرضها لمرض السكري ومشاكل الحمل وما قبله وما بعده والتسمم الولادي ونقص في الأكسجين أثناء عملية الولادة، وتناولها للحبوب الممنوعة والتدخين وتناولها للمواد السامة كالرصاص والولادة العسرة وتعرضها لأشعة X وعدم مراجعتها للطبيب والقيام بالفحوص اللازمة للاطمئنان على سلامة المولود كلها لأسباب قد تكون مسؤولة ومستويات معينة عن وجود إعاقات لدى هذا المولود وتعرضه لاضطرابات سلوكية، كما أن حرمان الطفل عاطفياً ومادياً يمكن اعتباره أحد الأسباب المؤدية إلى الاضطراب السلوكي بالإضافة إلى عوامل سوء التغذية لدى الأم واختلاف دمها عن دم الطفل (العزة، 2002، 44).

رابعاً: النظرية البيئية:

يقوم هذا الاتجاه على مبدأ أنَّ المشكلات السلوكية التي تحدث للطفل لا تحدث من العدم أو من الطفل وحده، بل هي تحدث نتيجة التفاعل الذي يحدث بين الطفل والبيئة المحيطة به.

وبالنسبة للبيئة المحيطة بالفرد يرى (جلال، 1973) أنه لا يقصد بالبيئة النطاق الجغرافي ولا المحلي ولا العالمي، وإنما المقصود بها ذلك النتائج الكلية لجميع المؤثرات التي تؤثر في الفرد من الحمل إلى الوفاة أما (خوري، 1996) فيعرف البيئة بأنها جميع المؤثرات الاقتصادية، الجغرافية، الفكرية، السياسية، الخ ... التي تؤثر في الفرد منذ بدأ حياته وحتى مماته (خوري، 1996، 10)، ويقول البيئيون إن حدوث الاضطراب السلوكي والانفعالي لدى الأفراد يعتمد على نوع البيئة التي ينمو فيها، فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث الاضطراب السلوكي لدى الطفل، النظريات النفسية المختلفة ودراسة السلوك الإنساني وتطبيقاتها في تدريس الطفل المضطرب سلوكياً مبنية على أساس الفلسفة النظرية الفردية أن الطفل المضطرب سلوكياً يحتاج للإنسان والطبيعة والعالم، وهذا يروي شيا (Shea, 1978) لنمط معين من البيئات بحيث يتجه ويميل لممارسة حياته العامة بشكل طبيعي.

الاتجاه البيئي يميل لربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد، فالفرد لا ينفصل عن بيئته بالتالي فإن مشكلات الفرد تصبح شائعة لدى المجتمع ولا يتم التعامل مع المشاكل بشكل فردي وكنتيجة إذا كان هناك اضطراب لدى المجتمع، فإن الفرد سيتأثر بالبيئة، والنظام البيئي يقدم لنا نموذجاً يقول: لقد أسأت لي، وأنا سوف أسئ لك، هذا ويعرف هارنج وفليب المضطرب سلوكياً بأنه "الشخص الذي لديه مشاكل شديدة مع الأشخاص الأخرسين مثل الرفاق أو الآباء أو المدرسين" (يحيى، 2000، 53).

لقد شدد عدد كبير من علماء النفس والتربية على أهمية البيئة في حياة الفرد وقالوا إن العوامل التي تؤثر فيه هي:

أ - العوامل الجغرافية:

تقوم بدور مهم في تشكيل السلوك، فمثلاً سلوك أبناء الجبال غير سلوك أبناء السهول غير أبناء الشواطئ كما أن النضج والنمو ليس واحداً عند جميع الأطفال، فنمو الطفل في المناطق الحارة غيره في المناطق الباردة والمعتدلة وهذا ما يؤكد عليه (راجح، 1966) أنه إذا كان الطفل يعيش في أرض تحميه خوف الجماعة من الأخطار الخارجية فقمم الجبال، فإن مثل هذا الفرد سينشأ مغائراً وآخر يعيش في أرض قاحلة، تجبر أهلها على الكدح والعمل المتواصل، فالفرد سيخرج إلى الحياة

مبتسماً بروح المسالمة والصداقة كما في قبائل "إيش" التي تسكن في غينيا الجديدة وأما الآخر فإنه يتسم بروح التحدي والاعتماد على النفس والمبادأة والأناية والشدة كما في قبائل الأسكيمو شبه جزيرة غرين لاند (خوري، 1996، 12-13).

ب-العوامل الأسرية:

تعد العوامل الأسرية من أكثر العوامل تأثيراً على الطفل، فهي التي تلازمه لفترة طويلة من حياته وتؤثر في شخصيته، فالإنسان عندما ينشأ ويتربى في كنف أسرة يتعلم عاداتها، ولغتها وقيمتها.

وهذا أنا شدد عليه (جبل، 2000، 52) حيث يعتبر أن الأسرة هي العامل الأول والأساسي في صنع سلوك الطفل بصبغته الاجتماعية لأن سنوات الطفل الأول تتولاها الأسرة بالرعاية والعناية تؤثر تأثيراً بالغاً في التوافق النفسي أو عدم التوافق النفسي ... وكل ما يكتسبه الطفل في هذه الأسرة من خبرات مؤلمة والناجمة عن أساليب خاطئة في التنشئة تبقى معه هذه الخبرات حتى يكبر وتؤدي به إلى اضطرابات في شخصيته، مما يكون عرضة للأمراض النفسية التي تبعد من حالة الأسوياء.

أما (خوري، 1996، 13) فيرى أن في هذه الأسرة يتعلم الطفل الكثير من عقائده، ومخاوفه، وأفكاره، التي تدل على التسامح والغضب، كما هي المكان الذي يتأثر به من جوها فيتأثر بها وتؤثر في مركزه الاقتصادي والاجتماعي.

من هنا يرى (بحي، 2000، 55) أن سلوك الأطفال يعكس الاتجاهات والآراء والمعايير والظروف التي مرت عليهم وقدمت لهم من خلال الأسرة، فعوامل معينة مثل مشكلات الوالدين، والحرمان، والضغطات من أجل الحصول على سلوكيات ناضجة جداً ... وغيرها من المواقف التي تحدث داخل الأسرة كلها بالتأثير ستساهم في المشكلات السلوكية.

هذا وقد أكدت الدراسات والبحوث أن الأسرة التي تغرس في نفوس أطفالها اتجاهات الحب والتقدير والاحترام والثقة في النفس وفي الآخرين هي الأسر التي تبني أشخاصاً أسوياء، وذلك على العكس من الأسر التي تغرس في نفوس أطفالها اتجاهات سلبية كالكره والحقد والخوف وعدم الثقة في النفس وفي الآخرين، فهي تبني الشخصيات المنحرفة الجامحة والمضطربين اجتماعياً وسلوكياً والعصابيين والذهانين (حسين، 1986، 19-20).

ج-العوامل المدرسة:

المدرسة هي المؤسسة العلمية الرسمية التي تقوم بعملية الصقل والتربية وتعديل السلوك غير السوي الذي اكتسبه الطفل في تنشئته الاجتماعية الأولى في الأسرة.

وفي المدرسة يتفاعل التلميذ مع مدرسيه وزملائه ويتأثر بالمنهج الدراسي في معناه الواسع علماً وثقافة وتنمو شخصيته في كافة جوانبها، كما تستخدم المدرسة أساليب نفسية عديدة في أثناء تربية التلاميذ ومن هذه الأساليب دعم القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، وتقوم بتوجيه الأنشطة التربوية المختلفة بحيث تعمل هذه الأنشطة على تشكيل وتعليم الأساليب السلوكية المرغوب فيها، والعمل أيضاً على فطام الطفل انفعالياً في التخلص من السلوكيات التي اكتسبها الطفل في الأسرة واستبدالها بنماذج صالحة من السلوك السوي (جبل، 2000، 54).

وأيضاً تعد المدرسة عاملاً أساسياً في بناء سلوكيات خاطئة ومشكلات سلوكية كبيرة إذا لم يتم التعامل مع الطفل بالأسلوب المناسب والجيد فيمكن أن ينطوي الطفل على نفسه أو يثير مشكلات النشاط الزائد أو السلوك السيئ.

• الفصل الثاني

• الأسرة ومشكلات الأطفال

• The Family & The Problems of Children



الفصل الثاني

الأسرة ومشكلات الأطفال

The Family & the Problems of Children

☆ تمهيد.

☆ سمات الأسرة العامة.

☆ مراحل تكوين الأسرة.

☆ دور الأسرة في حياة الطفل.

☆ آثار التفكك الأسري.



❁ تمهيد:

لما كانت الأسرة هي نواة المجتمع الكبير Core of society، والطفل نواة الأسرة Core of family، فإن تحقيق الرفاهية للطفل معناه تحقيق السعادة لكل من الأسرة والمجتمع. والمعروف أن شخصية الطفل تتأثر وتتشكل حسب الجو المحيط به. وهناك مؤثرات لها الأثر الأكبر في تكوين شخصيته، بحيث تؤثر على مجمل أفكاره وميوله وثقافته. لذلك لابد أن نعتبر الأسرة هي النبع الأساسي الذي يرتشف منه الطفل رحيق الاستقامة أو عصير الاعوجاج.

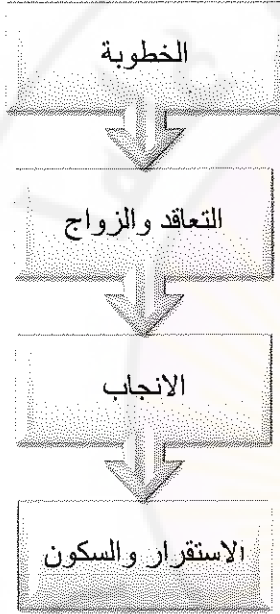
وبما أن الوالدين هما مؤسسا الأسرة في المجتمع فلهما الدور الأساسي في بناء شخصية الطفل من خلال انتقائهما لأسلوب تنشئة طفلهما Raising Children وللروابط بينهما وبين أطفالهما والذي بدوره يخلق أيضاً الروابط بين الطفل وإخوته والعالم المحيط من حوله. فتعاون الوالدين واتفقهما والاحتفاظ بكيان الأسرة Entity of Family يخلق جواً هادئاً ينشأ فيه الطفل نشوءاً متزاناً Balanced Raising يصبح من خلاله لدى الطفل ثقة بنفسه وأخرى في العالم الذي يتعامل معه بعد ذلك. حيث إنه تدل الإحصائيات لثلاثئة حالة من الأحداث المجرمين والمتشردين أن (75%) تقريباً من الحالات يرجع فيها الإجمام والتشرد رجوعاً مباشراً إلى انهيار صرح الأسرة ولوجود مشكلات سلوكية ونفسية لدى أفرادها Psychological Behavior Problems. ومن دواعي تفكك الأسرة Disjoined Family مشاجرات الوالدين واختلافهما الذي قد يكون راجعاً إلى سوء الحالة الاقتصادية أو للاختلاف على طريقة تربية الأولاد أو سوء سلوك أحد الوالدين وقد يحدث التفكك بسبب وفاة الأب أو الأم أو الاثنين معاً وقد تظهر للولد زوجة أب أو زوج أم أو أخوة غير أشقائه، وقد يحدث التفكك عن طريق الطلاق Divorce أو الانفصال المؤقت أو الدائم واضطرار الوالدين للعمل خارج المنزل لكسب العيش أو غير ذلك. وهذا ما سنبحث فيه في هذا الفصل.

❁ سمات الأسرة العامة: يمكن تحديد السمات العامة للأسرة والتي تميزها عن غيرها من بقية الجماعات أو المؤسسات الاجتماعية الأخرى:

- 1- تتكون الأسرة من أشخاص تربطهم روابط الزواج أو الدم أو التبني.
- 2- ينتظم أعضاء الأسرة Family Members عادة في مكان واحد للمعيشة ويكونون بيتاً واحداً.
- 3- تعتبر الأسرة وحدة التفاعل المتبادل Reciprocal Interaction unit بين الأشخاص ويقوم أعضاؤها بالعديد من الأدوار كادوار الزوج والزوجة والأب والابنة والأخ.

- 4- تتسجم الأسرة وتلتزم بالمعايير الخاصة بالمجتمع Social Standards الذي تعيش فيه.
- 5- تعتبر الأسرة الإطار الذي يحدد تصرفات وسلوكيات أفرادها وتكيفهم.
- 6- تؤثر الأسرة في غيرها من النظم الاجتماعية الأخرى Social Disciplines كما تتأثر بها أيضاً.
- 7- تلقى مسؤوليات مستمرة على أعضائها أكثر من أية جماعة أخرى (عبد الله، 2001، 423).

❖ مراحل تكوين الأسرة:



تمر الأسرة في أثناء تكونها بعدة مراحل هي:

1- مرحلة الخطوبة Stage of Engagement

وهي مرحلة تمهيدية تسبق عقد القران، وتساعد في إنجاح الحياة الزوجية للتعارف بين الطرفين.

2_ مرحلة التعاقد والزواج Stage of Marriage Contract

عقد القران: الانتقال إلى مسكن الزوجية لتبدأ رحلة الحياة الزوجية.

3_ مرحلة الإنجاب Stage of Breeding

وهي مرحلة مستقرة والسعي من أجل رعاية الأبناء.

4_ مرحلة السكون والاستقرار Stage of Stability: وفيها تخفف الأسرة من أعبائها نتيجة انتهاء الأبناء من مراحل التعليم واشتغالهم ثم استقلالهم (عبد الله، 2001، 423).

وبالتالي تساهم خبرات التفاعل الأسري في تزويد الطفل بالحاجات النفسية والاجتماعية وعملية النمو اللازمة. فالأسرة تعتني بالطفل لتلبية احتياجاته واستمرار بقائه عن طريق تزويده بالشروط الصحية اللازمة وتوفير حاجاته من الحب والعطف وتقديم العطف والود الانفعالي وما يرافقه من حب وتقدير وإشباع، وتنمية قدرات الطفل عن طريق تهيئة الجو المناسب وتوفير أدوات اللعب والنشاط والرفاق،

وإشباع الرغبة على موافقة النوع فأبداء الموافقة للطفل ولما يقوم به تقوم بدور مهم في تكوين شخصيته، وتعليمه أساليب التواصل والتفاعل مع الآخرين عن طريق اللغة والمعارف والاتجاهات والعادات. (عبد الله، 2001، 424).

بالإضافة إلى الدور الأساسي للأسرة في توفير حاجات طفلها هناك عدة أدوار أخرى لها في تدعيم الصحة النفسية للطفل psychological Health of Child ذكرها إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي بما يلي:

- 1- أن يكون هناك نوع من الاتفاق والانسجام بين الوالدين بالأسلوب الذي يتبعانه في تربية أطفالهما، وأن يسود الأسرة جو من الديمقراطية والحرية يمكن أفرادها من التعبير عن أنفسهم وعن أفكارهم وحاجاتهم من دون خوف أو تردد.
- 2- أن يكثر الوالدان من استخدام الثواب مع أطفالهما في الظروف المناسبة والتقليل من العقاب وبخاصة العقاب البدني وأن يكون الثواب والعقاب على قدر الفعل الذي يصدر عن الطفل وأن يكون عاجلاً وليس آجلاً. فيجب أن يعترف الوالدان بالفروق الفردية Individual Differences. بين الأطفال في الأسرة الواحدة وعدم مقارنة بعضهم ببعض وآلاً نطلب منهم ما لا يطيقون فعله من ناحية التحصيل الدراسي أو غيره.
- 3- أن يشترك الأطفال مع الآباء في اتخاذ القرارات المختلفة التي تتعلق بهم وبحياتهم والتي تكون في مستوى نموهم ونضجهم، ويجب أن تضع الأسرة لأطفالها أهدافاً يمكن تحقيقها في حياتهم، ومن المهم أن تكون هذه الأهداف واقعية وتتناسب مع قدرات الأطفال وإمكاناتهم وظروفهم.
- 4- أن يزود الآباء وال كبار في الأسرة الأطفال بنماذج سلوكية صالحة يمكنهم الاقتداء بها في حياتهم في الحاضر والمستقبل.
- 5- إتاحة الفرصة للأطفال في الأسرة وخارجها لاكتساب الخبرات الاجتماعية المختلفة التي تمكنهم من مواجهة مواقف الحياة عندما يكبرون، كذلك يجب على الآباء إتاحة الفرصة للأطفال للاستمتاع بطفولتهم بما تتضمنه من لهو ولعب بريء وعلى الكبار ألا يفرضوا معايير السلوك الخاصة بهم على الأطفال.
- 6- محاولة إحاطة الطفل بجو أسري يسوده الحب والدفء والوفاء والتعاون فهذا الجو يساعده على أن ينمو نمواً سليماً خالياً من الصراعات والعقد النفسية والتوتر والقلق Conflicts Psychological problems Tension Anxiety (عبد الكافي، 2006، 153).

وهناك مسألة لا بد من الإشارة إليها وهي أن تتناقض وظائف الأسرة في بعض الأحيان هو من أهم بواعث القلق النفسي لدى الأفراد وتأتي العائلة أو الأسرة هنا وسيلة طبيعية لتفريغ الشحنات العاطفية وخلق التوازن النفسي Psychological Balance عند الأفراد.

❖ دور الأسرة في حياة الطفل:

من خلال ما تم عرضه حول وظائف الأسرة وأدوارها نخلص إلى أن الأسرة تقوم بدور حيوي في توجيه سلوك الطفل ومساعدته على أن ينظم دوافعه الوجدانية Sentimental Motive وعلى أن يكتسب العادات الحميدة التي تدعم وتقوي قيمه وخلقه، أما التنشئة التي تسودها روح التعسف والعنف والاستبداد، فتؤدي إلى ظهور الاتجاهات الشاذة اللاسوية Abnormal Directions. وعلى هذا يمكن القول كما جاء برأي الدكتور كليمر فاهيم: بأن الطفل الذي ينحرف سلوكه عن الطريق السوي هو ضحية الأسرة، إذا تم استثناء حالات العته والبلاهة التي ترجع إلى عوامل وراثية Inherit Factors. لذلك فإن المرض النفسي Psychological ILL في صميمه ليس إلا علاقة مضطربة بين الفرد والبيئة حيث يخبو الانسجام ويضطرب التوافق (مختار، 2001، 59).

وإذا كان هنالك دور للأسرة في تحقيق الصحة النفسية للطفل، فهناك عوامل تؤثر فيها نوجزها في النقاط التالية:

* 1- سلوك الوالدين تجاه الطفل:

مما لا شك فيه أن سلوك الوالدين وأسلوب معاملتهم للطفل له أثر واضح على شخصيته وصحته النفسية، لأن هذا السلوك يؤثر في الطفل تأثيراً مباشراً.

فالوالدان يزودان الطفل بنماذج سلوكية حية تؤثر في سلوكياته في مختلف النواحي، فإذا كانت هذه النماذج صالحة تركت أثراً طيباً وإيجابياً على شخصية الطفل ومجمل سلوكياته وتمتع بصحة نفسية جيدة، وإذا فسدت هذه النماذج وتقمصها الطفل امتص منها كثيراً من القيم الفاسدة والاتجاهات السلبية وقد يؤدي ذلك إلى نشوء خلل في صحته النفسية. وفيما يلي سنعرض بعضاً من هذه النماذج والأساليب الخاطئة في تنشئة الطفل والمؤدية إلى ظهور مشكلات نفسية وسلوكية لديه:

(أ) إغفال استعدادات الطفل وقدراته:

في الكثير من الأحيان يربى الطفل وفي ذهن الوالدين مخطط خاص موضوع لأجله سلفاً، وكثيراً ما يكون مخطط الوالدين في تربيته للطفل متأثراً بالنجاح الشخصي أو فشله هو في بلوغ

هذا المستوى، وذلك أب آخر يريد ابنته أن تعمل من أجل التفوق على ابنة فلان في المنافسة داخل المدرسة بعد أن فشل هو في مثل هذه المنافسة مع أب تلك البنت حين كانا معاً في المدرسة نفسها. وهذه أم تريد أن تكون ابنتها الأولى من بين البنات في الصف من حيث الاجتهاد والأناقة ولم يَكُنْ لها ذلك حين كانت طالبة بالمدرسة.

إن هذه الحالات وغيرها تخلق العديد من الضغوطات على الأبناء مما يدفعهم إلى أنواع عديدة من الصراعات النفسية Psychological Conflicts وحالات الإحباط Depression والفشل وكثيراً ما يصبح الخوف من المنافسة مع الآخرين بالمدرسة مصدر نزوع للهروب عن طريق الخداع والسلوك الشاذ Abnormal Behavior. من هنا يتبين لنا أن التربية التي يتبعها الآباء مع أبنائهم وفق مخطط من هذا النوع معد سلفاً، يخلق آثاراً خطيرة ويعيق نمو شخصية الطفل بل ويدفعه للكثير من حالات الشذوذ وأوضح مثال على ذلك حالات الكثير من طلاب الجامعة الذين فشلوا في تنفيذ طموحات والديهم ورسبوا وما تعرضوا له من أعراض نفسية وأشكال من الاكتئاب Dejection. (عبد الله، 2001، 425).

ب) التساهل والإهمال في التربية:

يعاني بعض الآباء في مطلع حياتهم من الأساليب اللاتربوية التي كانوا يعاملون بها في أسرهم، من ظلم واستبداد وقسوة وحدة البطش والتككيل بهم، الأمر الذي يؤلمهم فيكبتونه Repress كخبرة من الخبرات السيئة. عندها يتشكك هؤلاء الآباء في قيمة النظام والسلطة، فيتركون أطفالهم يعملون ما شاءوا بلا ضابط أو رابط، فيؤدي ذلك إلى تنشئة أطفال لا يحفلون البتة بمراعاة القواعد والأصول سواء داخل المنزل أم خارجه.

أما الإهمال، فهو يتمثل في ترك الطفل دون تشجيع من والديه (خاصة الأب) على أي سلوك مرغوب فيه أتى به، أو دون محاسبة على أي سلوك غير مرغوب فيه قام به، هذا بالإضافة إلى تركه دون توجيه إلى ما يجب أن يفعله من سلوكيات أو ما لا يفعله.

والأب قد يعاني من مشكلات وضغوط خارجية عديدة، مما يحمله عبئاً قد ينوء به كاهله، عندها لا يحفل بأطفاله ويهملهم، ويتركهم بلا توجيه أو رعاية، لأن الهم يحاصره من كل جانب وأحياناً أخرى تسوء العلاقة بين الزوج والزوجة، فيترتب على ذلك إهماله لأطفاله حتى يحمل الزوجة مسؤولية التربية كاملة، دون رغبة منه في معاونتها فاصداً أن تفشل في أداء واجباتها كي تكون هناك ذريعة للهجوم عليها أو التككيل بها. وقد يكون الإهمال في شكل عدم إثابة للسلوك المرغوب فيه Enhance the Behavior، فبينما ينجح الطفل في المدرسة ويحصل على درجات مرتفعة،

ويحتل مكانة متقدمة بين أقرانه، يأتي إلى البيت فرحاً ليطلع والده على نتيجة عمله، فلا يجد للأسف إلا هزة من رأسه لا تعني شيئاً، عندها يصدم الطفل صدمة شديدة ويخيب أمه في أبيه، ومن ثم يصاب بالإحباط، فلا يعد يجد من الاستذكار الجاد أية فائدة تذكر في ظل أسرة لا تقدر قيمة الثواب والتشجيع والتحفيز. وإذا كنا نحن الكبار نحتاج إلى التشجيع والإثابة أو الحاجة إلى النجاح فما بالناس بالأطفال!!

إن هذا الإهمال قد يفقد الطفل الإحساس بمكانته في أسرته ويفقده الإحساس بحبهم له وانتمائه إليهم، فيترتب على هذا شخصية قلقة *Anxious Personality*، مترددة، تتخبط في سلوكها بلا قواعد أو قوانين أو حدود فاصلة واضحة ولا غرو أن ينضم الطفل إلى جماعات محبطة أيضاً من رفاقه وأترابه، يندمجون في أعمال سيئة، لا تحترم القواعد أو القوانين التي لم يتعلموا منها شيئاً في بيوتهم، يشجعون بعضهم بعضاً ولم لا وهم جميعاً مفتقدون إلى هذا التشجيع بل ويجمعهم مصير واحد، وقدر واحد، ألا وهو الإهمال الأسرى الفج. فلا ننزعج إذا رأينا هؤلاء الأطفال يفتقدون الحساسية الاجتماعية فيعتدون على حقوق غيرهم يسلبونها وينهبونها ويخالفون القواعد ويخرجون عن القانون. (مختار، 2001، 78).

ج) التدليل وفرط الحماية *Extreme Protection*:

يتمثل التدليل في تشجيع الطفل على تحقيق معظم رغباته الملحة وغير الملحة، في التو واللحظة دون تأجيل، وقد يتضمن التدليل تشجيع الطفل على القيام بألوان من السلوك قد نعتبرها معيبة، أو خارجة عن المألوف أو من الأساليب السلوكية غير المرغوب فيها اجتماعياً، وقد يتضمن أيضاً دفاع الأب والأم عن هذه الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها ضد أي توجيه أو نقد يصدر إلى الطفل من الخارج.

ويظهر التدليل بشكل واضح تجاه الطفل وحيد والديه، حيث ينال رعاية كبيرة ومركزة، إذ تنحصر فيه آمال الأبوين، ويتوقع منه والده على الأخص. إنجازات رائعة، فيترتب على ذلك شخصية غير سوية، فهو إذا ما كبر لا يستطيع أن يتحمل أية مسؤولية يعهد بها إليه، وغالباً ما يكون غير منضبط في سلوكه أو عمله، فهو دائم الاعتماد على الآخرين، وعلى ذلك فالشخص الذي أغدق عليه الحب في الطفولة دون ضبط غالباً ما ينمو مستهتراً في كبره. ونؤكد أنه لا يكفي العطف والحنان الذي يضره الوالد لضمان التوفيق في حل للمشكلات الكثيرة التي تصدر عن الطفل في سنواته الأولى، بل الواقع أن هذا الحب أو التدليل المبالغ فيه، من قبل الوالدين للصغير، قد يكون

العقبة التي تعرقل حسن قيام الأب والأم بواجباتهما إزاء الطفل، ذلك لأن الإسراف في القلق والخشية على الطفل تقف حجر عثرة في وجه التصرف السليم في كثير من مشاكل الطفولة.

أما الحماية الزائدة Extreme Protection للطفل، فتتمثل في أن الأب أو الأم قد يقوم نيابة عن الطفل بالمسؤوليات أو الواجبات التي يمكنه أن يقوم بها، والتي يجب تدريبه عليها إذا أردنا أن تكون له شخصية قوية استقلالية Independent Personality. وهذا السلوك لا يتيح للطفل فرصة أن يتخذ القرارات بنفسه، فالأب مثلاً يتحمل مسؤولية الدفاع عن الطفل إذا تشاجر مع أحد زملائه أو أقرانه في المدرسة أو النادي، دون أن يترك للطفل الفرصة لتسوية حساباته بنفسه. والأسرة التي تتبع هذا الأسلوب في التربية، قد يكون لأن طفلها وحيد بين عدد من البنات أو العكس، أو لأنه الطفل الأول للأسرة وينقص الأب أو الأم الخبرة الكافية لتربيته، أو لأن الأم عانت كثيراً حتى أنجبته، أو لأن الطفل ضعيف الصحة كثير المرض.

ومن مظاهر الحماية الزائدة أن يقوم الأب أو الأم بكتابة واجبات الطفل المدرسية، أو يصاحبه إلى لجان الامتحانات، وكما قلنا من قبل، فإن الطفل في هذه الحالة أو ما يشابهها ينمو شخصية ضعيفة، خائفة، غير مستقرة، تعتمد على غيرها في قيادتها، وغالباً ما يسهل استئثارها واستمالتها للفساد، كما تتسم بعدم الاستقرار على حال، وانعدام التركيز وعدم النضج Immaturity، وتتسم أيضاً بانخفاض قوة الأنا Ego، وتقبل الإحباط وتظهر على صاحبها كثير من استجابات الانسحاب وفقدان التحكم الانفعالي Loss of Emotional Control.

د) القسوة والإسراف في استخدام الثواب والعقاب Rewarding & Punishment:

تتمثل القسوة في استخدام أساليب العقاب البدنية، أي في كل ما يؤدي إلى إثارة الألم الجسدي كأسلوب في عملية تربية الطفل، وهذا الأسلوب الذي يقوم به الأب . عادة . تجاه أطفاله، يترتب عليه اعتلال خطير في صحتهم النفسية، والطفل الذي يعتاد الضرب المبرح هو طفل ينزع إلى التمرد والعدوانية كوسيلة للتفيس والتعويض، فهو يخرب ممتلكات الآخرين، ويتلف حاجياتهم، دون أي إحساس بالذنب.

وهناك من الآباء من يلجأ إلى إثارة الألم كنوع من أنواع العقاب عن طريق إشعار الطفل بالذنب كلما أتى سلوكاً غير مرغوب فيه وقد يكون أيضاً عن طريق تحقير الطفل والتقليل من شأنه، مما يفقده ثقته بنفسه، ويجعله متردداً في أي عمل يقوم به خوفاً من اللوم أو التحقير أو التعنيف.

إلا أننا لا ننكر ما للعقاب من أثر في توجيه السلوك وتدعيمه، وفي ردع الفرد عن القيام بسلوك معين لا يرضى عنه الآباء والأمهات، ولكن الذي يحدث أن بعض الآباء والأمهات يغالون في

استخدامه. حتى على صعيد الثواب على الرغم من آثاره على شخصية الطفل، إلا أن الإسراف فيه يخلق منهم في المستقبل أفراداً ماديين، لا يقومون بأي عمل إلا من أجل المقابل المادي كما أن الذواب قد يفقده أثره كحافز "Motive" إذا كان هناك مغالاة في استخدامه.

هـ) التفرقة في المعاملة بين الأبناء وإتباع أساليب الرفض:

أما التفرقة في المعاملة بين الأبناء، فهي تعبر عن أسلوب لا تربوي يعتمد على عدم المساواة بين الأطفال، والتفضيل بينهم حسب الجنس Sex، أو ترتيب المولد Birth Order، أو السن Age، أو أي سبب آخر. فقد تحب الأسرة الذكور عن الإناث، وقد تحدث التفرقة على أساس ترتيب الطفل Child Order، فقد يكون الطفل الأصغر Youngest Child هو الذي ينال عناية خاصة. فالطفل الذي يحابي، يحب أن يستحوذ على كل شيء، غير عابئ بالآخرين، شخصية تعرف حقوقها ولا تعرف واجباتها، تعرف ما لها ولا تعرف ما عليها. أما في حالة الطفل غير المفضل Unprofitable Child فقد يتبارى الوالدان في إدانته، والطفل أو الطفلة في تلك الحالات يشعر بعدم الأمان، فيصاب باستياء بالغ من أبيه، ومن ثم تنشأ حلقة مفرغة بين الوالدين والطفل، فالطفل يبدي عدم تعاطفه أو عدم اهتمامه أو تأثره بوالديه، وهم بدورهم يبادلونه نفس المشاعر ومن هنا يفقد الطفل ثقته بأسرته، كما تدهمه حالة من الخيرة الشديدة Extreme Jealousy تجاه أخواته المفضلين عليه، فيميل إلى كراهيتهم والنفور منهم فضلاً عن ذلك، فقد يحاول إيذاهم أو الاعتداء عليهم بدنياً أو لفظياً، كما يحاول إفساد كل شيء، ولا يحترم النظم السائدة من حوله، فيميل إلى التمرد والعصيان، وإلى اختراق كل الأساليب المتبعة في المنزل، فهو متمرد ومشاكس وعدواني Offensive. وقد يسلك بعض الآباء مع أبنائهم أنماطاً مختلفة من السلوك تدفعهم إلى هذا الشعور بأنهم مرفوضون أو منبوذون Outcaste وغير مرغوب فيهم، وكلما تكرر هذا السلوك. خاصة في المراحل الأولى من حياة الطفل. أثر ذلك تأثيراً بالغاً في تكوينه النفسي، لأن الطفل في هذه الفترة من فترات النمو يعتمد اعتماداً كلياً على والديه، إذ يطلب منهم العطف والحب والرعاية والحماية.

وحقيقة الأمر أن هناك أسباباً عديدة تدعو الأطفال إلى الشعور بأنهم غير مرغوب فيهم مثل إهمال الطفل Disregard Child وعدم الاكتراث به، والذي يتمثل في عدم السهر على راحته، وعدم إشباع حاجاته، كذلك انفصال الطفل عن والديه، فالطفل يتألم أشد الألم لانفصال أمه عنه، حتى إن كان لفترات قصيرة من الوقت، فهذه الفترات كافية لأن تشعره بالقلق والضيق، وقد يحدث في بعض الحالات أن يؤدي بعد الأم وتغيبها عن الطفل إلى نوع من الاستثارة الانفعالية، تكون أحياناً على

شكل صراخ أو ثورات غضب وعصبية. والتهديد المستمر بتوقيع العقاب البدني المؤلم، كذلك التهديد بالطرد من المنزل، أو الحرمان من نزهة، أو إرساله إلى إحدى المدارس الداخلية، أو تسليمه إلى رجل الشرطة إذ هم الطفل بارتكاب خطأ ما، وكثرة التحذيرات، فإذا ما طلب الطفل أن يخرج للعب مع رفاقه خارج المنزل هددته والداه بأن ذلك سوف يعرضه للحوادث، أو غير ذلك من التحذيرات المتعلقة بالطعام كأن يقال له إن تناول الطعام الفلاني سوف يصيبه بمرض خطير. إن هذه التهديدات والتحذيرات على مستوياتها المختلفة تثبط عقل الطفل، وترتبط بمثيرات معينة، وتصبح فيما بعد مصدراً للفرع والضييق وعدم الشعور بالأمن. وكذلك إذلال الأطفال بصورة متعديّة: كالنقد والسخرية، أو اللوم أو المقارنة بينهم وبين الآخرين في أمور تقلل من شأنهم في نظر أنفسهم أو إطلاق أسماء أو ألقاب تهكمية عليهم، وأن يسود سلوك الأم الضجر والتذمر، وهي تقوم بإشباع حاجات الطفل، وعدم حماية الطفل، وعدم الاهتمام بشؤونهم أو مصالحهم كأن يوضع سرير الطفل في مكان معرض لتيار الهواء، أو إهمال الإجابة عن أسئلته، أو نسيان أعياد ميلاده، أو عدم التعقيب على تقارير المدرسة، أو عدم مديح الطفل إذا ما حصل على جائزة تدل على تفوقه، كل تلك الأمور تؤدي إلى شعور الطفل بالنبذ وأنه غير مرغوب فيه (مختار، 2001، 127).

ومما لا شك فيه أن هذه الممارسات التربوية الخاطئة تجاه الطفل يترتب عليها أضرار ومساوئ نبلورها في التالي:

إن أكثر متاعب الطفل ومشكلاته واضطراباته تنجم عن هذه العلاقة، فوضعية الأبوبن من الطفل والطريقة التي يعامله بها وطريقة العناية به وتربيته وتدريبه ووضعيتهما تجاه الحياة والناس ونظرة كل منهما إلى حاجات الطفل الغريزية. كل هذا يكون منبعاً هاماً لتجارب الطفل الانفعالية.

فقد أجريت دراسات متعددة حول أساليب معاملة الوالدين وتراوح هذه المعاملة بين القساوة والتسلط الزائد Extreme Oppression Hardness إلى التسامح والتدليل الزائد. من بين هذه الدراسات البحث الذي قام به بولدين ورفاقه والذي درس بعداً من هذه الأبعاد يتراوح بين درجتين أو طرفين: الأول يتراوح بين التبول التام في الطرف الأول (الإيجابي) والنبذ التام في الطرف الثاني (السلبي) ومثال.

وقد حددت خصائص كل بعد من هذه الأبعاد، ووضعت في اختبار استعمل لتقويم المعاملة في عدد من الأسر. وقد كشفت هذه الدراسة عن أشكال مختلفة من درجات التوافق بين أساليب المعاملة وخصائص من الممكن وضع أمثلة ما هي صانعة بالنسبة لواحد من الأبعاد، وفي غيره بالنسبة لبعد آخر (في: مختار، 2001). بعض الدراسات على الأم لها من مكانة في تكوين شخصية الطفل وإشباع

حاجاته وشعوره بالأمن والطمأنينة وركزت بعضها الأخرى على الأب والذي تأتي خدماته بعد السنة الأولى من حياة الطفل لأنه يمثل السلطة في أكثر الأحيان والممول والراعي.

لقد تبين أن الحرمان من الأم سواء (جزئياً أو كلياً) يترك آثاراً متنوعة في الطفل مثل تعطيل النمو الجسدي والعقلي والاجتماعي Somatoform mental social development واضطراب تكوين الأنا والأنا الأعلى Ego Supper ego.

أما شعور الطفل بأنه منبوذ ومهمل فيخلق عنده: قلقاً زائداً وزيادة تعلق الابن بالوالدين، نشاطاً زائداً Hyperactivity Disorder، كثرة الشكاوي والتذمر والتخريب وحتى السرقة إضافة إلى أنه يصبح أكثر تعرضاً للإصابة والجروح واضطرابات الأكل والنوم Eating & Sleeping Disorder.

وإفراط الأبوين في التسامح والدلال فيترتب عليه عدم النضج الانفعالي عند الطفل Emotional Dependence وقلق الانفصال، والتبعية والانتكالية وعدم تحمل المسؤولية وعدم القدرة على مواجهة الإحباط، إضافة إلى اضطرابات السلوك والعادات مثل قضم الأظافر والتبول اللاإرادي وثورات الغضب. (عبد الله، 2001، 425). ففي دراسة قام بها ليفي عن الحماية الزائدة عند الأمهات وكانت تهدف إلى بحث أثر أسلوب الحماية الزائدة عند الأمهات في شخصية أبنائهن وقد صنف ليفي الأمهات إلى أربع مجموعات من حيث نمط الحماية الزائدة عند الأم مع مجموعة خاصة لا تتوافر فيها هذه الصفة والمجموعات الخمس هي:

- 1- مجموعة الحماية الزائدة النقية والتي لا يشوبها أي رفض.
- 2- مجموعة الحماية الزائدة القائمة على الإحساس بالذنب والتي تكون فيها الحماية تعويضاً عن الرغبة في الرفض.
- 3- مجموعة الحالات المختلطة.
- 4- مجموعة الحماية الزائدة المعتدلة وغالباً ما تكون غير متميزة عن الاتجاهات المكتسبة ثقافياً.
- 5- المجموعة التي لا يتوفر فيها الحماية الزائدة.

وقعت أفراد العينة في فئتين، فئة الأمهات المسيطرة Dominant Mothers وزائدات الحماية، وفئة الأمهات المتساهلات Permissive Mothers وزائدات الحماية، ويقرر ليفي أن وجود اتجاه الحماية الزائدة مرتبط بالحرمان من الحب الوالدي في طفولة الأمهات أنفسهن وكان الطفل هنا

يستخدم لإشباع الجوع العاطفي أو الوجداني Sentimental Hunger الذي يكون عد الأم نتيجة للحرمان الذي عاشته.

وقد وجد ليفي أن الأطفال الذين يعاملون حماية زائدة معتمدة على التساهل كانوا عبيدين ومستبدين في المنزل، وتنتابهم نوبات من الغضب لا يمكنهم السيطرة عليها، ولكنهم يسلكون سلوكاً طيباً في المدرسة ويؤدون واجباتهم المدرسية بصورة طبيعية وظهر عليهم بعض بوادر النمو الجنسي المبكر، ولكن لا يوجد لديهم مشكلات خطيرة في النمو الجنسي.

أما الأطفال الذين تمت معاملتهم بحماية زائدة قائمة على السيطرة، فقد كانوا خائفين في المنزل، ويصعب عليهم الارتباط بأصدقاء ويميلون إما إلى السيطرة أو الانسحاب، ونصفهم كان يعاني من مشكلات متعلقة بالتغذية. (أحمد، 2003، 105).

في حين الصرامة والقسوة في المعاملة تدفع الطفل إلى المغالاة في الأدب والخضوع للسلطة والخنوع والاعتمادية وعدم القدرة على التمتع بالحياة وفقدان الثقة بالنفس. باختصار نقول: أجمعت مختلف البحوث على أن الاطمئنان الذي يحظى به الطفل أفضل من الحرمان في تكيّفه وتكوين شخصيته، كما أن قبول الطفل والعناية به أفضل في تنشئته من نبذه ورفضه أو إهماله، والمسايرة مع الرعاية أفضل من الضغط والإكراه، والنصح والإرشاد حين يخطئ الطفل أفضل من العقاب البدني والقسوة. (عبد الله، 2001، 425). فإدمان أحد الأبوين على القسوة على الطفل وإهماله، أو الإفراط في حمايته وطموح الوالدين البالغ لمستقبل طفلها يؤدي كل ذلك إلى ضعف الطفل النفسي ويزرع شخصيته ويترك للعوامل الأخرى المساهمة في إصابته بالمرض النفسي. (الحلي، 2000، 166).

هذا وقد أكدت على ذلك دراسة علاء كفا في دراسته عن التنشئة الوالدية وعلاقتها بالأمراض النفسية والعقلية، أن هناك علاقة بين أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة للطفل في الصغر وبين تعرضه للإصابة ببعض الأمراض النفسية والعقلية في الكبر (أحمد، 2003، 103).

*2- الصحة النفسية للأم تؤثر في سلوك الأطفال:

يشدد خبراء علم النفس على ضرورة انتباه الآباء والأمهات إلى الصحة النفسية لأولادهم خصوصاً في المراحل العمرية الأولى. وأوضح الخبراء أن المعاناة من الكآبة لا تقتصر على البالغين والمسنين، بل ربما تصيب الأطفال والمراهقين أيضاً، لأن هذه الفئة تتأثر هي الأخرى بحسب الظروف فقد أكدت دراسة بريطانية حديثة أن سلوك الأم يؤثر في السلوك النفسي للطفل

خصوصاً في أثناء المرحلة العمرية الأولى، وأضاف الفريق البريطاني أن هناك عوامل قد توضح الرابطة بين السلوك اللااجتماعي Abnormal Behavior في الأطفال والكآبة في الأمهات، حيث وجد الباحثون أن الأمهات اللاتي تمتعن برعاية مثالية ثابتة في فترات طفولتهن عاملان أطفالهن بحنان وعطف أكبر من اللاتي تربين على أيدي مربيّات عاملون بقسوة في أثناء طفولتهن مما أثر في سلوك أطفالهن النفسي ونصح الباحثون الأمهات بمراعاة الهدوء في أثناء معاملتهن لأطفالهن، حيث أن فئة الأطفال والمراهقين تحتاج دوماً إلى حنان من جهة، والتأديب بلطف والنصيحة والرعاية من جهة أخرى، وليس هناك أفضل من أن يكون الوالدان صديقين حميمين لأولادهما.

لكن من غير المتوقع أن يأتي طفل ليشنكي من معاناته النفسية، ولذلك فإنه يجدر بالوالدين أو المدرسين ملاحظة ما يلي:

1- أمراض النمو Ills Growth وغالباً ما يكون لها أسبابها العضوية ولكن التفاعل مع الإعاقة يظهر بشكل نفسي كاضطراب المشي والكلام والحركة

2- أمراض العاطفة Ills Emotion، اضطرابات السلوك Disorder Behavior، وهي عبارة عن التصرفات اللاسوية لوجود ضغوط نفسية.

* 3- العلاقة بين الأبوين:

إن العلاقة بين الأبوين من الأمور المهمة في حياة الولد ونشأته وهي بأهمية العلاقة بين الولد ووالديه فالولد ينشأ عادة ويتربّع بشكل طيب في الجو الذي يعيش فيه الأبوان في ظل حياة زوجية سعيدة وفي جو من المرح والضحك المشترك مع بعضهما وفي جو يقدر كل طرف مشاعر ومصالح الطرف الآخر بحيث يتحدثان عن الأمور، ويشتركان في المسؤولية ويساعد كل منهما الآخر وبهذا الشكل يقدم كل منهما مثلاً للقوة الحسنة وكيف يجب أن تكون العلاقة منسجمة. والولد الذي ينمو في مثل هذه البيئة ستكون عنده مشاعر عميقة بالأمن والأمان فأمامه القدوة الحسنة وكيفية التعامل مع الآخرين وهو يعرف أيضاً أن المنزل مكان آمن في هذه الحياة.

وعلى العكس فالجو المشحون بالكثير من الخلاف والخصومة بين الأبوين حيث يتكرر ارتفاع صوتهما بالغضب والانزعاج ويدفع أحدهما من قبل الآخر إلى البكاء، مع الشعور بالألم والحرقنة وعدم الثقة فهذا الجو يجعل الطفل تتوزعه المخاوف والاضطرابات ويتشتت ذهنه فهو من جهة يحب أبويه معاً إلا أنه يحتار مع أي طرف يقف وقد تنتابه مخاوف إمكانية افتراقهما وتحطم الأسرة ويصعب على الطفل أن يستمتع بأي نشاط أو مناسبة أسرية، وبالتالي تصبح أوقات الطعام

والرحلات والأنشطة الاجتماعية أوقاتاً للخصام والنزاع أو الغضب والامتناع عن الكلام ومما يقلق الولد أن يسمع أصوات والديه في شجار عند المساء وهو مستلقٍ على سريره يحاول النوم وقد يشعر وهو يعود إلى منزله من المدرسة أنه عائد إلى جو مشحون بالانفعالات والغضب وكل هذه الأمور تعيق العلاقة الحميمة بين كل من الوالدين والولد لأن كل منهما متعب ومتألم ومضطرب بسبب الخلاف الزوجي هذا. نعم، صحيح أنه أمر طبيعي أن تمر العلاقة الزوجية ببعض الظروف الحرجة وأنه قد يصعب ضمان أن لا يرى الولد أو يسمع بعض ما يدور بين الوالدين وقد يكون الأبوان متناقشين في أمر من الأمور أفضل من مجرد رؤيتهما يمثلن رويداً رويداً بالانفعالات التي تكاد تنفجر دون أن تجد لها متنفساً ومن الأفضل للحياة الأسرية أن يكون هناك صراحة بين أفراد الأسرة وأن يكونوا قادرين على الحديث المباشر بعضهم مع بعض ولكن تبقى أفضل بيئة للولد هي المنزل الذي يحترم فيه الزوج رأي زوجته ووجهة نظره والذي يفسح للطرف الآخر مجال الحرية للتعبير عن مشاعره وأفكاره وكل ذلك من خلال إشعار الآخر بقيمته الشخصية والفردية فعلى هذا الشعور بالقيمة الإنسانية تقوم سعادة الإنسان والبيئة المناسبة أيضاً هي المنزل الذي عندما تظهر فيه خلافات وجهات النظر فإنها تناقش بحرية وصراحة بدل أن يمتد الجدال وترتفع الأصوات.

من المشكلات الكبيرة محاولة حل النزاع عن طريق الجدال وتعالى الأصوات، إن هذا الجو يدفع الناس ليتفقوا مع طرف ضد الطرف الآخر والحادثة التي بدأت صغيرة لا تحتاج لأكثر من حديث بسيط تشتعل لتكون مشكلة كبيرة وعندها قد لا يستطيع أي طرف التراجع فقد انفعلت العواطف وتداخلت المواقف وأصبح كل طرف يرغب بالفوز وإثبات خطأ الآخر والانتقام لنفسه والنتيجة النهائية لهذا الأمر أن يصبح هناك حالة من المواجهة والصدام تعيق أي عمل مثمر وإيجابي مع الولد وتترك حالة المواجهة هذه غبار المعركة داخل المنزل لعدة أيام، وقد يقول الإنسان وهو في مثل هذا الجو من الانفعال كلاماً لم يقصده وقد يفهم السامع ما لا يقصده المتحدث ويحفظ كل منهما ما سمع أو فهم من الآخر لفترة طويلة، بحيث تؤثر هذه الذكريات في نوعية الكلام والتواصل الذي يمكن أن يحدث بعدة أيام أو أسابيع، فإذا بالمواجهة والانفجار يحدث من جديد وبشكل عنيف.

ويعاني الأولاد كثيراً عندما يتعرضون لمثل هذه الصدمات النفسية المتكررة Repeated Psychological Shocks ولفترات الصلح والهدنة المشحونة بالصمت والجفاء وعدم الاحتكاك ويذكر في قابلات حياته بعض ما مرّ به من مشاعر وأحاسيس وهو في ذلك الجو المشحون، وتزداد معاناته كلما ازدادت حساسيته ومهما كان عند الولد من قدرة عالية على التحمل فلن يخرج من المعركة سليماً دون جراح.

وسيسنتج الولد أن ظروف حياته الخاصة هي الشكل الطبيعي للحياة، وخاصة ألا يمتلك نموذجاً آخر يقارن به فيحاول جاهداً التكيف مع هذا الجو كما هو عليه وهذا مما قد يجعلنا نظن أحياناً أن الولد لم يتأثر لأنه قد اعتاد على هذا الأمر والنمط من الحياة ولكن في الحقيقة يكون عند الولد الكثير من الاضطراب والشعور بفقدان الأمن وضعف الأمل الذي قد يترك آثاره عليه مدى حياته (مبيض، 1997، 34).

واستناداً لما سبق يمكن القول: إن علاقات الشخص وعواطفه وأنماط سلوكه تختلف باختلاف جو المنزل الذي نشأ فيه ويختلف بالتالي سلوك الفرد الذي نشأ في جو يسوده الانسجام والترابط عن سلوك الشخص الذي نشأ في بيت مفكك بين والدين منفصلين أو تملأ حياتهما الخلافات والمشكلات الزوجية Marital Problems وبسبب ما تستخلفه تلك المشكلات الزوجية وانفصال الأبوين والتفكك الأسري Family Incoherence من مشكلات نفسية وسلوكية لدى الأطفال.

. انفصال الأبوين (الطلاق) Divorce:

يتساءل الآباء الذي يمرون في خلافات زوجية وصراعات داخل الأسرة فيما إذا كان من الأفضل انفصالهم بدل أن يعيش الولد في جو مشحون بالخلاف وكثرة الشجار وفيما إذا كان من الأفضل للجميع أن يفصل الأبوان، وأن يقوم أحدهما بتقديم الرعاية المطلوبة للولد ولا شك بحدوث صدمة نفسية عند الجميع بسبب هذا الانفصال وخاصة إذا صاحبه انتقال من المنطقة السكنية وتغيير المدرس وربما الأصدقاء ولأن هذا الحل سيسبب تشوشاً في ذهن الولد فيما يتعلق بولائه ومحبة لوالديه، ولكن قد تبقى هذه الصعوبات أفضل من المعاناة المزمنة والصعبة نتيجة العيش في وسط المعارك والنزاعات المستمرة، ومن الأخطاء التي قد يقع فيها بعض الناس وهم أمام زواج مضطرب مشحون بالخلافات أن يعمد الزوج أو الزوجة إلى إنجاب طفل جديد على أمل أن ينقذ المولود هذا الزواج من الانفكاك والغالب أن يصبح هذا المولود عبئاً جديداً على الزواج وربما سبباً آخر للخلاف والافتراق. ومن الظلم للولد أن يحاول الوالدان إدخال ولدتهما في هذا النزاع وهو في صغر عمره وقلة نموه العاطفي وخبرته في الحياة فقد يحاول الواحد منهما أن يسمعه وجهة نظره وقد يطلب منه رأيه في علاج الأمر وقد تمر الأمور في جو من التفاهم والمودة بعد هذا الانفصال بحيث لا يكون هناك الكثير من المشكلات ولكن في حالات أخرى قد تتعدد الصعوبات والمشكلات ونجد الطفل يعيش مع الطرف الذي بيده عهدة الولد، وهو يذهب ليرى الطرف الثاني غير المسؤول عن رعاية الولد. وقد يقدم هذا الطرف الثاني الكثير من الألعاب والحلويات والهدايا فلا غرابة أن نجد الولد يستمتع ويفضل صحبة هذا الطرف الذي يصدق عليه بما شاء وقد يقوم هذا الطرف بانتقاد الطرف

الأخر وأسلوبه في التربية والرعاية سواء كان بشكل واضح أو خفي، مما يعطي الولد الانطباع بأنه سيكون أكثر سعادة لو ترك الطرف الأول وانتقل نهائياً إلى الطرف الثاني وقد يلوم الولد الطرف الأول صاحب العهدة والمسؤولية وكأنه هو سبب تفكك العلاقة الزوجية مما يزيد في صعوبات سلوكه وإذا كان هذا هو الحال فلا تلوم الولد فهو آخر من يلام فما هذه النتيجة إلا أحد النتائج السلبية الناتجة عن انفصال الوالدين وحاول أن تمنع نفسك من تكرار الخوض في إفهام ولدك جانباً من القصة وكيف أنك بريء وأن كل خطأ يقع على الطرف الآخر إن هذا الأسلوب يقلب الولد ضدك أيضاً من حيث لا تدري أن الولد سيفهم موقفك بشكل أوضح من خلال التعامل الطبيعي المحترم والمقدر للطرف الآخر ومن خلال تحملك لمسؤوليتك وإبداء الاهتمام بالولد وبالطرف الآخر وإذا قام الولد بمقارنتك مع الطرف الآخر بشكل سلبي فانتبه ألا تنجر إلى الخوض في المقارنات والتدقيقات ولا تسمح للولد أن يلعب دور ساعي البريد بينك وبين الطرف الآخر ولا تشعره بأنك متآلم أو مجروح من تصرفات الآخر فالطفل قد يستعمل هذه المشاعر والأحاسيس ضدك عندما تسنح له الفرصة. وعلى كل طرف ألا يحاول التنافس مع الآخر وإنما يحاول كل منهما تقديم ما يستطيع للولد وبشكل طبيعي وليترك الولد ليكون انطباعاته الخاصة عنهما ومن الصعب أن يخدع الولد بالأعمال المصطنعة المبالغ فيها من التدليل والإغراء المادي من قبل الطرف الذي يزوره الولد كل أسبوع أو عدة أسابيع وليحاول كل طرف ألا يخسر عواطف الولد من خلال لومه وعتابه على محبته وتقديره للطرف الآخر.

ويسبب أن الافتراق ليس من كسب الولد فمن غير الطبيعي أن يتوقع الوالد الذي يقوم على تربيته الكثير من الشكر من الولد لما يقدمه هذا الوالد من مسؤولية هذه التربية بمفرده وقد يجد الوالد أباً أم أمأ صعوبة في تقبل هذا الأمر ولكن الحقيقة أن الولد يفترض أنه أمر طبيعي أن يلقى هذه الرعاية الطبية والجيدة وكأنه لا فضل لأحد في ذلك وهذا لا يعني أنه لا يقدر الأمر وإنما يعني أنك وكل ما تقوم به جزء من حياتك ومسؤوليتك ويصعب عليه أن يرى جهبك بشكل موضوعي وسيكون بين الوالد ومربيته علاقة أطيّب وأمتن إذا تجنب هذا المربي تذكيره على الدوام بفضله عليه وما يقدمه من جهود في خدمته ورعايته وتربيته (مبيض، 1997، 37).

ولا بد من الإشارة إلى نقطة وسبب هام في خلق مشكلات لدى الأطفال بالإضافة إلى الخلافات والانفصال بين الوالدين، هو الوضع الاقتصادي للأسرة حيث تبين أن اضطرابات السلوك والغيرة والكذب والسرقة والعدوان والفوضى أكثر انتشاراً لدى العائلات الفقيرة.

ومن الأطفال والمراهقين من يلجؤون إلى الانحراف إذا ساعدت بعض الأسباب الأخرى على حدوثه ومنهم من يتلاءم مع الظروف المادية المصاب بها أو أنه يحاول تحسين وضعه بالقيام بعمل يعطيه شيئاً من المال يكفيه، كبيع بعض المواد أو العمل في أحد المحلات في أوقات فراغه. ومنهم من يركن إلى الحزن والتفكير والعزلة والانزواء Solitude ويصاب بالخجل Shame وتجتاحه الوسواس Obsession والمخاوف والانفعالات المضطربة Disorder Emotions وقد يفكر بالانتحار Suicide للخلاص من سوء حاله. كما أن لوفاة أحد الأبوين له أثره الكبير على نفسية الطفل (الحلي، 2000، 166).

❖ آثار التفكك الأسري Family Incoherence:

إن أول ضحايا التفكك الأسري هم أفراد تلك الأسرة المتفككة، فالزوج والزوجة يواجهان مشكلات كثيرة تترتب على تفكك أسرتهما، فيصابان بالإحباط وخيبة الأمل وهبوط في عوامل التوافق والصحة النفسية، وقد ينتج عن ذلك الإصابة بأحد الأمراض، كالقلق المرضي Anxiety III أو الاكتئاب Depression أو الهستيريا Histrionic أو الوسواس Obsessions أو المخاوف المرضية Disease Fears. وقد ينتج عن ذلك عدم القدرة على تكوين أسرة مرة أخرى، فينعزل الزوج أو الزوجة عن الحياة الاجتماعية، ويعيش حياة منطوية على الذات Obscure، سلبية التعامل، لا تشارك الآخرين نشاطات الحياة المختلفة. وهذه ولا شك نتائج تعطل أعضاء من أفراد المجتمع كان يتوقع منهم القيام بأدوار إيجابية في نهضة المجتمع ورعاية صغاره بصورة إيجابية بناءة، والآثار الأكثر خطورة هي تلك المترتبة على أولاد الأسرة المتفككة Incoherent Family، خصوصاً إن كانوا صغار السن.... حيث يؤدي التفكك الأسري في بعض الأحيان إلى تهينة الذارف لانهراف أفراد الأسرة، خصوصاً الأولاد من البنون والبنات، فعندما تتفكك الأسرة ويتشتت شملها، ينتج عن ذلك شعور لدى أفرادها بعدم الأمان الاجتماعي، وضعف القدرة لدى الفرد على مواجهة المشكلات، وتحوله للبحث عن أيسر الطرق وأسرعها لتحقيق المراد، دون النظر لشرعية الوسيلة المستخدمة في الوصول للهدف، فيصبح المذهب الميكافيلي هو الموجه لسلوك الفرد. وفي هذا تنبيه الضمير والالتزام بالمعايير والنظم الاجتماعية السائدة التي توجه سلوك الأفراد نحو الطرق المقبولة لتحقيق الأهداف بصورة مشروعة. والشاهد على ذلك هم الأحداث من النكور والإثبات في (أثر الملاحظة) الذين يتصرفون ويقعون في سلوك إجرامي نتيجة لتفكك أسرهم (المعالي، 2001، 90).

فالطلاق كثيراً ما يكون سبباً مؤدياً لاضطراب شخصية الطفل ذلك لأن العطف والحنان والاستمتاع بمداعبة وإشغال كلا الوالدين حاجات أصلية لدى الطفل لا يمكن أن تلبى بصورة سوية بعد حدوث الطلاق. كما تبين أن الاضطرابات الانفعالية كالمخاوف والخجل المرضي والانعزالية والاكنتاب أمراض كثيرة الظهور لدى أبناء العائلات الكثيرة الخصام والمشاكسات والتي يتناول فيها الأبوان أحدهما على الآخر أمام الطفل سواء بالكلام الجارح أو الصياح والمشاجرة أو المضاربة لأن كل ذلك يثير مشاعر الحقد والخوف وعدم الثقة لدى الطفل (الحلبي، 2000، 166).

ومن أشد المواقف إيذاءً للولد ذلك الذي يستخدم فيه كوسيلة في الخلاف الزوجي بينهما إذا ما استغل هذا الخلاف واستعصى وأدى إلى انفصام حقيقي في العلاقة الزوجية (سواء أدى أم لم يؤد إلى انفصال فعلي بين الزوجين) فمن شروط النمو السوي للولد أن ينشأ في كنف والدين متحابين منسجمين في العمق ومتفقين في الأساس.

فإذا أصبح الولد تعبيراً عن هذا الاتحاد الزوجي الذي يجد كل واحد من الزوجين فيه نفسه ويتخطاها بأن، كان له حظ أوفر بأن يكون محبوباً من أجل نفسه في أصالته وتقوده، وبأن لا ينظر إليه أحد الوالدين أو كل منهما على أنه امتداد له وحسب وصورة تعكس رغباته الذاتية، بعبارة أخرى أن تحاب الوالدين بالإضافة إلى كونه يشيع الأمان والطمأنينة في نفس الولد إنما هو ضمانه لاستقلاليتيه ولتمتعته بحب والدي خال من الأكثانية، أما إذا تصدعت الوحدة الزوجية فيزداد خطر محاولة احتواء الولد من قبل أحد الوالدين أو كليهما ويتخذ هذا الاحتواء أشكالاً متعددة.

1- فقد يكره أحد الأبوين في الولد صورة علاقة زوجية نكدة غدت عبئاً عليه وأصبحت مبعثاً لنقمة ونفوره، أو قد يكره فيه ملامح جسدية أو معنوية تجعل شبيهاً بينه وبين الزوج الآخر وفي كلتا الحالتين يتحمل الولد وزر ذلك التصور الذي قد يتيسر بشتى الذرائع بما فيها الذرائع (التربوية) من نوع: أخشى عليه أن يصبح شبيهاً بوالده فيجاريه في عيوبه وأخطائه ولكنه على كل حال يضعف ثقة الولد بنفسه وقد يقوده إلى الفشل أو الانحراف.

2- وقد يتحول الولد إلى ساحة صراع بين الوالدين فيتخذ كل منهما سلاحاً في حربه الخفية أو المعلنة ضد الآخر مما يحكم على الولد بالتمزق من جراء نزعة التلقائية إلى الإخلاص لهما معاً، فيعاني من الضياع بسبب عجزه عن التوفيق بين هذين الإخلاصين اللذين يشعر بضرورة كل منهما بالنسبة إليه، ومن قبيل هذا الصراع أن يحاول أحد الأبوين أو كلاهما أن يجرح صورة الآخر في ذهن الولد، علماً بأن هذا الأخير يحتاج إلى صورتين لوالديه سليميتين يرتاح إليهما ويتق بهما كي يستطيع أن يبني شخصيته بشكل سوي، أو أن يحاول أحد الأبوين أو كل منهما استمالة الولد

إليه عن طريق تحقيق كل رغائبه والتغاضي عن كل أخطائه، ويدفع بالولد إلى موقف ابتزاز عاطفي يلحق الضرر.

■ 3- وقد يلجأ أحد الأبوين إلى التعويض عن فشل علاقته الزوجية وعن الحرمان العاطفي الذي يلحقه من جراء ذلك، بتركيز حاجاته العاطفية كلها على الأولاد أو على أحدهم، فيفرض عليهم من جراء ذلك دوراً ليس بدورهم . دور بديل الزوج . ويلقي عليهم عبئاً لا طاقة لهم على احتماله ويحيطهم بحب استيلائي أسر، حري بأن يعرقل نموهم ويكبل انطلاقتهم ويحكم عليهم بقصور وتبعية دائمين ويهدد بالفشل مستقبلهم الزوجي والمهني والاجتماعي (محمد، 2004، 35).

وتوضح لنا العيادات النفسية: أن الأطفال يشعرون بما هو غريب في حالة آبائهم المزاجية بل إننا نذهب إلى مدى القول بأن بعض الأبناء يؤثر فيهم الخلاف غير المعلن تأثيراً أشد من الخلاف الصاخب الذي ينتهي بسرعة بل إن بعض الآراء العلمية الحديثة تقول إن أحد أسباب (الربو) في سنوات الطفولة هو الخلاف المكتوم بين الزوجين.

إن ذلك الصمت المليء بالغيب المكتم بين الزوجين بعد أي خلاف قد يستمر طوال النهار وقد تتخلله أكثر من مناقشة حادة تنفجر لمدة دقائق وتنقل الصورة العامة للخلاف إلى الأبناء وإن اختلفت تفاصيل الصورة. (محمد، 2004، 64).

• الفصل الثالث

• المعلم ومشكلات الأطفال

• The teacher and the problems of children



الفصل الثالث

المعلم ومشكلات الأطفال

The teacher and the problems of children

❖ تمهيد.

❖ دور المدرسة في تحقيق الصحة النفسية.

❖ الصحة النفسية للمعلم.

❖ العلاقة بين المعلم والطفل.

❖ دور المعلم في منع وتفادي المشكلات السلوكية.

❖ فنيات يستعين بها المعلم في أثناء معالجته للمشكلات السلوكية.

❖ تعامل المعلم مع مشكلات التلاميذ.

❖ خطوات تعديل السلوك.

❖ دور المعلم في علاج المشكلات السلوكية للتلاميذ.

❖ علاقة اضطرابات السلوك بالتعلم.



❖ تمهيد:

هناك صعوبات متعددة تواجه التلميذ في المدرسة الابتدائية أهمها الخوف من المدرسة Fear of school والذي يظهر هذا الخوف على شكل كره Aversion للمعلم أو على شكل ردود أفعال Reactions انسحابية وأعراض مرضية Symptoms of disease في حالات أخرى وكثيراً ما يتأثر ذلك بموقف الوالدين والأخوة ويتفاعل معها أيضاً المعلمون والأقران، وهناك أيضاً صعوبات أخرى مثل قلق الامتحان Test Anxiety والخوف Fear منه بالإضافة إلى مشكلات عاطفية Emotional problems مثل حب المعلم أو كره المعلم وما ينتج عن ذلك من آثار تتعلق بالتحصيل.

إن عملية تكيف Adaptation التلميذ مع الجو المدرسي ليس مهمة سهلة، وعلى المدرسة أن تؤدي مهمتها على أكمل وجه بالتعاون مع الأهل لمساعدة التلاميذ على إتباع الأساليب الناجحة في التكيف ليعبروا هذه المرحلة بسلام وبدون مشكلات سواء نفسية أم سلوكية.

وقد اعتبرت الدراسات والأبحاث أن للمعلم الدور الأكبر في نشوء مثل هذه المشكلات باعتباره الشخص الكبير والقوة في نظر الأطفال والذي يقضي معهم وقتاً أطول حتى من والديهم، حيث أن لصحة المعلم النفسية أثر في صحة الأطفال النفسية لذلك جعلت دراسات عديدة الوضع النفسي والاجتماعي للمعلم موضوعاً تناولته على اختلاف مستويات التعليم والمدارس كما عقدت ندوات كثيرة حوله أيضاً بعضها ركز على الوضع المادي وبعضها الآخر شدد على الجو المدرسي.

ولوجود هذه الأهمية للمعلم في مشكلات الأطفال سنبحث في هذا الفصل العلاقة بين المعلم والأطفال ودوره في تحقيق صحة نفسية للأطفال خالية من أية مشكلات من خلال ما يمتلكه من مهارات وخصائص شخصية تساعده في ذلك وتجعله كفؤ في هذه المهمة.

❖ دور المدرسة في تحقيق الصحة النفسية School's role in achieving mental health:

المدرسة هي المؤسسة العلمية الرسمية التي تقوم بعملية الصقل والتربية، وتعديل السلوك غير السوي Abnormal behavior الذي اكتسبه الطفل في تنشئته الاجتماعية الأولى في الأسرة. وفي المدرسة يتفاعل التلميذ مع مدرسيه وزملائه ويتأثر بالمنهج الدراسي في معناه الواسع علماً وثقافة، وتنمو شخصيته في كافة جوانبها، كما تستخدم المدرسة أساليب نفسية عديدة في أثناء تربية التلميذ من هذه الأساليب دعم القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، وتقوم بتوجيه الأنشطة التربوية

المختلفة بحيث تعمل هذه الأنشطة على تشكيل وتعليم الأساليب السلوكية المرغوب فيها، والعمل أيضاً على فطام الطفل انفعالياً في التخلص من السلوكيات التي اكتسبها الطفل في الأسرة واستبدالها بنماذج صالحة من السلوك السوي.

ولكي تؤدي المدرسة دورها بنجاح في تحقيق الصحة النفسية للتلاميذ يجب:

- 1- أن يكون محتوى المناهج الدراسية مناسبة لقدراتهم وإمكاناتهم، وأن تراعى حاجاتهم ومتطلباتهم على أن يتوافق هذا المحتوى المنهجي وأنشطته مع مرحلة النمو التي يمر بها التلميذ. كما يجب أن تكون هذه المناهج مرتبطة بمواقف الحياة الطبيعية.
- 2- أن يتمتع القائمون على العملية التعليمية بصحة نفسية جيدة، حتى يتحقق الأمن Security والاستقرار النفسي Psychological stability للتلاميذ، وأن يستخدم المعلمون الأسلوب الديمقراطي Democratic style مع تلاميذهم، كما يجب ألا يكون دور المدرس دور نقل للمعلومات بل يجب أن يكون نموذجاً حياً وشخصية جادة يحترمها التلاميذ ويتقصدونها، وكما يجب أن يكون دور المعلم أيضاً هو توجيه سلوك التلاميذ وتعليمهم مهارات التوافق Skills compatibility المختلفة، وأن يلاحظ على تلاميذه أي اضطرابات سلوكية Behavioral disorders ويحاول معالجته ضمناً لتحقيق الصحة النفسية Mental Health للتلاميذ.
- 3- خلق الجو المدرسي الأسري بأن يكون هناك تفاعل اجتماعي Social interaction عن طريق تكوين العلاقات السوية بين المربين والتلاميذ وأن تتسم هذه العلاقات بالسوية بين المربين والتلاميذ بعضهم مع بعض عن طريق جماعات الأنشطة التربوية المختلفة بالمدرسة، وكذلك أن تكون هناك صلة جادة بين المدرسة والأسرة، لأن هذه العوامل من شأنها أن تؤدي إلى حسن توافق التلاميذ النفسي وشعورهم بالأمن مما يؤدي إلى النجاح والتفوق.
- 4- ألا يقتصر دور المدرسة على إكساب التلاميذ الحقائق والمفاهيم والمعارف والمعلومات وهذه من شأنها أن تؤدي إلى تقوية الجانب العقلي Mental side على حساب إهمال جانبيين هامين لدى الطفل وهما الجانب المهاري The skill أو الحركي Motor، والجانب الوجداني Emotional side الذي يؤدي الاهتمام به إلى تقوية أواصر انتماء التلميذ لمدرسته وتكوين عادات سلوكية سليمة لديه مما يجعله متوافقاً مع نفسه ومجتمعه.
- 5- أن يشارك الأخصائي الاجتماعي المدرسي School social worker المعلم في العملية التعليمية عن طريق ملاحظة التلاميذ واضطراباتهم النفسية Mental disorders وعدم توافق بعضهم مع المدرسة مما يؤدي إلى فقرنة في العملية التعليمية، فدوره هو القيام بعلاج هذه

الاضطرابات بقدر إمكاناته واستطاعته وفي الحالات التي يصعب عليه علاجها أن يوجهها لعيادات النفسية (جيل، 2000، 55).

إذا فالتربية المدرسية هي الوسيلة الأساسية للكشف عن إمكانيات الطفل ومواهبه وطاقاته واستعداداته وميوله، وتقوم بعدة عمليات هامة تتعلق بنمو مدارك الطلاب وإعدادهم للحياة الكاملة. فهي إذن عملية تعليم وتنقيف، وعملية تكيف Adaptation وتطبيع اجتماعي Normalization of social وعملية إعداد للحياة Prepare for life في مجتمع معين، وفي زمن اختلفت ظروفه عما كان في السابق وكذلك تساهم التربية المدرسية School education في تسهيل عملية نمو جسم الطفل برعايته وتعليمه بكيفية تناول الطعام والشراب والعناية بلياقته البدنية وصحته الجسمية وهو أيضاً يكتسب اللغة وينمي قدرته على التعبير بالكلمات المناسبة بوساطة القراءة والكتابة وتعلم الحساب والرياضيات والاستماع لغيره من مدرسين وزملاء.

كما وتستطيع التربية المدرسية تهذيب الانفعالات Refinement of emotions وتوجيهها الوجهة المرغوب فيها لتصبح طاقات الطالب موجهة نحو الخير والبناء المثمر، بالإضافة إلى دورها في تنمية العواطف النبيلة، والمقدرة على التعبير عن المشاعر الداخلية، وإفراغ الدوافع المكتوبة. والطاقات الزائدة في النشاطات المختلفة المقبولة من المجتمع والموافقة للقيم والمثل المتعارف عليها، وبذلك يتحرر من الخوف Fear والغيرة Jealousy والحسد Envy وسوء التكيف، كما وتعنى التربية المدرسية بالنمو الروحي Spiritual Growth والخلقي Congenital وتقوية الإيمان بالله ومفهوم العقيدة الصادقة. وبذلك يمتلك الطالب الاتزان Equilibrium بين متطلبات جسمه وروحه ويسترشد سلوكه وتصرفاته بمفهوم الآخرة وثوابها.

وهكذا فالتربية المدرسية القويمة تؤدي لنمو الفرد في كل جوانب شخصيته التي ذكرناها بصورة أفضل بينما نجد الفرد الذي حرم من تلك التربية أقل فهماً لحقوقه وواجباته مضطرباً في علاقاته بمجتمعه، وغير حكيم في تصرفاته، وأقل انتفاعاً بالخدمات والفرص التي توفر له. بالإضافة إلى أنه أقل تقيداً بقوانين المجتمع ونظمه، وأكثر خروجاً على تلك القوانين، كما أنه أكثر انقياداً للجريمة والانحراف.

وبالإجمال فإن الفرق شاسع جداً بين الفرد الذي ساعدت التربية البيئية الحسنة والتربية المدرسية السليمة على تكوينه الجسمي Physical composition والنفسي Psychological والعقلي Mental والخلقي Congenital وبين الفرد الآخر الذي لم تهيأ له تلك التربية. (الحلي، 2000، 61).

❁ الصحة النفسية للمعلم The mental health of teachers :

من المعروف أن فاقد الشيء لا يعطيه وإذا افتقدنا السواء في المعلمين فلا ننتظر منهم أن يغرسوا دعائم الصحة النفسية Mental Health في تلاميذهم، فالمعلم هو الشخص الوحيد (من بين العاملين في المدرسة) الذي يقضي مع التلاميذ ساعات طويلة والتلميذ ينظر إلى مدرسه باعتباره أكبر منه سناً وأكثر معرفة وكثيراً ما يعتبره بمثابة قدوة أيضاً يقتدي به التلميذ وتلعب في ذلك آليات لاشعورية Mechanisms of the unconscious فالمعلم بديل للأب والأم باعتباره المثل الأعلى.

فالتلميذ يعكس على معلمه مشاعره نحو والديه (الصريحة Explicit) منها أو المكبوتة Repressed فيعكس عليه عدوانه Aggression أو حبه Love أو كراهيته Hatred أو احتياجاته أو صراعاته Struggle ويمثل سلوك المعلم إزاء التلميذ الطريقة التي يستجيب فيها لحاجاته وتوتراته من جهة ثانية فإن المعلم ممثل للسلطة ويعمل على أحد أمرين إما أن يدعم فكرة التلميذ عن السلطة التي كونها خلال تعامله مع والديه أو يهز هذه الفكرة من أساسها. إن الوضع النفسي للمعلم أو اضطرابه سينعكس على تلاميذه وحين يكون المعلم بأحسن حال فإننا ننتظر رؤية آثار ذلك لدى تلاميذه في جو من المرح والتفاؤل والعمل المنتج أما إذا كانت حياة المعلم غير سعيدة فلا نستغرب أن نراه يحمل آثار تعاسته إلى المدرسة ومن هذا المنطلق تبدو أهمية الصحة النفسية للمعلم وتشديد علماء النفس والتربية على بحثها وإعطائها الأولوية حين دراسة مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية داخل الفصل الدراسي (عبد الله، 2001، 447).

فالمعلم داخل الصف ينمذج سلوك تلاميذه، فلا يقتصر تأثير المعلم على شخصية المتعلم وإنما يتعداها إلى ما يتعلمه ففاعلية التعليم والتعلم تتأثر بدرجة كفاية وذكاء Intelligence وقيم Values واتجاه Direction وميول Tendencies وشخصية Personal وسلوك Behavior المعلم وكيفية إدارته للفصل الدراسي....

والحالات التالية تبين أن المعلم العقابي والمتسلط العدواني بطور سلوك التمرد Insurgency والعدوان Aggression أو الانسحاب Withdrawal، أما المعلم الذي يتمنع عن سياسة العقاب Punishment والتسلط Domination في تنظيم الفصل وإدارته فيساعد على تطوير الانضباط الذاتي Self-discipline والاجتماعي Social لدى متعلميه، كما أن إنجازهم سيتخذ مساراً سليماً وصحيحاً، ومؤهلات المعلم الشخصية والمهنية والتربوية إما تقيد أو تطفئ أو تحرف سلوك المتعلم، وإما أن تأخذ بيده للأمام وتوجهه إلى السلوك المرغوب فيه، فسلوكيات المعلم تمثل أو تقلد من قبل

متعلميه، فهم يقلدونه في تصرفاته وحركاته وعموم سلوكياته، ولذلك فإن سلوك المتعلمين يعكس ما يقوم به المعلم لا ما يقوله كما في الأمثلة التالية:

- ينشد المعلم العدالة والمساواة بينما هو نفسه لا يطبقها في علاقاته وتعامله مع متعلميه.
- يؤكد على التعاطف والتعاون في الوقت الذي يستخدم مظاهر العنف والإرهاب في العلاقة مع متعلميه.
- يركز على الاطلاع والبحث في حين يبعد نفسه عن ذلك.
- يدعو إلى التنظيم والترتيب بينما هو نفسه غير مرتب ومنظم عملاً ومظهراً وإلخ.

وفي كل الأمثلة السابقة يميل المتعلمون إلى تقليد السلوكيات الفعلية لمعلمهم أكثر من الأخذ بالأقوال والشعارات والخطب البعيدة عن الممارسة (الفتلاوي، 2005، 203).

ويمكن القول بأن سلوك التلاميذ في الفصل يتأثر بعوامل متنوعة منها: مشكلات شخصية Personal problems وأنماط الاتجاهات Trends والدوافع Motives، والوضع الاقتصادي والاجتماعي والقدرات العقلية Mental capacity. وبجانب ذلك هناك تأثير جماعة الأقران القوي ومقاومة السلطة، ونمو الرغبة في الاستقلال، والضغط البدني Physical pressure والنفسية. وهناك تأثير أجهزة الإعلام، وعلى رأسها التلفاز وما يقدمه من نماذج قد تتعارض مع الأهداف التربوية.

وبإضافة إلى ذلك أسباب متعلقة بالتنظيم المدرسي مثل حجم الصف والمناخ المدرسي ومناخ الفصل، والمعلم نفسه وطريقة تدريسه. فقد أكدت دراسة (كونين) حقيقة أن المعلم الذي يستخدم استراتيجيات معيبة في تدريسه يساعد على خلق مشكلات بين تلاميذه نتيجة عدم اهتمامهم بتدريسه وقناعته به (حجي، 2000، 119).

كذلك فلصحة المعلم النفسية انعكاس كبير على صحة التلاميذ النفسية، لذا لا بد من أن يتمتع المعلم بتكيف نفسي Adapt myself واجتماعي وصحة نفسية سليمة لأنه عامل أساسي وهام في خلو الطفل من أية مشكلة يمكن أن يتركها لديه معلمه ويبدو ذلك في مظهرين:

- الأول: أن المعلمين الذين لا يتمتعون بصحة نفسية جيدة يعبرون عن ذلك مباشرة في علاقتهم بطلابهم فالكثير منهم قدم لمهنة التدريس مدفوعاً بدوافع خاصة ولاعتبار مهنة التدريس أقل قسوة أو للرغبة في السيطرة على الموقف (الذي يتحقق بالتعامل مع الصغار)

- والثاني: دور المعلم في تكوين الاتجاهات النفسية Psychological attitudes للتلاميذ ولما كان المعلمون يسيطرون على كل نشاط يقوم به الطفل فيصبحون من العوامل الحاسمة سواء في نفور الطفل من العمل أم شعوره بالملل والضيق أو بلادة التفكير أو في اكتساب دوافع إيجابية إن الصحة النفسية للمعلم يمكن أن تبدو من خلال المظهر الخارجي والتفاعل المباشر (عبد الله، 2001، 451).

وبعد هذا التأكيد على الرابط بين المعلم والصحة النفسية للتلاميذ، لا بد من الحديث عن العلاقة بينهما بشكل أكثر توضيحاً مظهرين هذا الدور للمعلم في نشوء مشكلات لدى الأطفال نفسية وسلوكية.

ثالثاً - العلاقة بين المعلم والطفل The Relationship Between Teacher and Child:

المعلم هو الذي يأخذ بيد الطفل ويعدّه أو يساعده على التهيؤ للحياة المستقبلية بمحض إرادته حيناً أو بدافع من الظروف القاهرة أحياناً أخرى، والطفل مخلوق يدفعه البيت إلى المدرسة على غير إرادته في كثير من الأحيان وهذان الطرفان حين يتقابلان يكون كل منهما وحدة معقدة فالمعلم محمل بآثار طفولته ومشكلاته وباختياره لمهنته أو بإجباره عليها ودرجة حبه أو كرهه لها بالإضافة إلى مسؤولياته وحياته الخاصة.

أما الطفل فيحمل آثار حبه لوالديه أو كراهيته لهما وغيرته من أخوته أو حبه لهم وكذلك آثار النمو الطليق أو المقيد ويتقابل هذان الطرفان المعقدان ويطلب منهما أن يكيف كل منهما نفسه للآخر فالمعلم الماهر المحب لعمله ولتلاميذه يمكنه أن يخلق الجو الذي ينمو فيه الطفل نمواً يتفق مع طبيعته من ناحية ومع حاجات المجتمع من ناحية أخرى كما أن درجة تحمس المعلم لعمله لها كل الأثر في علاقته مع تلاميذه.

والمعلم في ميدان التعلم قائد لأطفاله فيحكم خبرته ورجاحة عقله وتفكيره وبحكم وجوده معهم في مجتمع واحد يصبح هو المتبرع وهم التابعون فيسترشدون به ويقبلون منه التوجيه المعقول وقد يكون حاله معهم كأخيهما الكبير يهيئ لهم الجو ويعيش معهم فيه ويشترك معهم في كل نواحي نشاطهم. وبصفته قائداً لتلاميذه عليه أن يظهر لهم كنموذج مثالي طبيعي صريح مخلص خال من التكليف الذي ينفر التلاميذ منه خالص من غلاف الوقار فيشعر الأطفال بالاطمئنان إليه.

فالصورة التي يجب أن يكون عليها المعلم هي أنه أخ كبير مكشوف على طبيعته يسترشد به الأطفال ويطيعونه ويحبونه ويبادلهم حباً بحب واحتراماً باحترام ويشعرون أنه يعمل

لصالحهم بحماس واهتمام. (لجنة الدراسات المركزية الاتحاد العام النسائي في القطر العربي السوري، 24).

فالعلاقة المباشرة بين المعلم والطفل تجعل المعلم يركز انتباهه على مقومات شخصية الطفل كافة، إنه لا يهتم فقط بالجانب المعرفي والعقلي للطفل بل يتحمل مسؤولية كبرى في تنشئته الاجتماعية وتوفير الأمن والتوجيه له أيضاً، وهكذا تبدو أهمية الأدوار التي يقوم بها المعلمون في المجتمع المدرسي خاصة من وجهة نظر الطفل، حيث تتعلق الحقيقة الأولى بسن المعلم: وإن كان من الصعب تقدير هذا العامل في حياة الطفل إلا أن سن المعلم مسألة تختلف من مجرد الفترة الزمنية (العمر الزمني) لأن السن يتضمن موضوعات متعددة منها: الاتزان Equilibrium، والخبرة الاجتماعية Social experience والنضج الانفعالي Emotional maturity، والاتجاه نحو الطفل، والطريقة التي يتكيف فيها.

وقد يشير سلوك المعلمين صغار السن إلى التزمّت ويتكفون الوقار وسلوك المعلمين الذين تجاوزوا الخمسين ويصرون على التصابي إلى نوع من التناقض بالأعمار ومن جهة أخرى فإن مقارنة سن المعلم بسن تلاميذه أهمية كبرى أيضاً لأن مثل هذا التباعد دليل على الفروق الثقافية والمسافة الاجتماعية وهي من أهم العوامل في تحديد طبيعة العلاقات بين المعلم والتلاميذ أما إذا كان عمر المعلم قريباً نسبياً من عمر التلاميذ فإنه يتمتع بقدرة أفضل على إدراك مشكلاتهم ومع ذلك فقد يتعرض لخطر الانزلاق وراءهم وإبداء الاهتمام الزائد بأنشطتهم والاشتراك فيه ويؤدي مثل هذا التصرف غالباً إلى نوعين من المشكلات:

الأولى: يبدو في شدة تقرب المدرس من تلاميذه وعقد روابط الصداقة الشخصية معهم فتنتج عن ذلك مشكلة محاولة التوفيق بين الصداقة والسلطة مما يؤدي في النهاية إلى ضياعهما معاً.

الثانية: يبدو عندما يتعرض المعلم للإحباط فتأخذ العملية التعويضية صورة ((التفكير في الدرجات)) و((الاتجاهات الجامدة وغير ذلك من أشكال المعاملة غير الودية)).

أما المعلمون كبار السن فيواجهون صعوبات كبيرة في تبني وجهات نظر تلاميذهم وتقدير سلوكهم وتفهم سنواتهم ومن ناحية أخرى يستطيعون إعلاء ميولهم وبذل جهد في تنمية تلاميذهم وترويضهم بحيث يتقبلون المعلم كما يتقبلون الأب ومن ذلك تنشأ المشكلة المتناقضة في حياة المعلم الذي يبعده الفارق الزمني عن تلاميذه كثيراً وتكون له سلطة ضئيلة عليهم وتتضمن استجابة التلاميذ لهذا الموقف التسليم بالحقيقة الأولى وتقبلها مع تجاهل الحقيقة الثانية. إن فارق السن أكثر ملائمة عندما يكون المعلم شاباً وتخطى مرحلة المراهقة (أي في مرحلة الرشد مع بدايتها) بحيث يكون قد تخلص

من مشكلات المراهقة بالوقت نفسه يدون قريباً منها ليدرك ما تحمله من صعوبات وتحديات للآخرين، ويكون في سن متقدم لا يسمح بأن يرى التلميذ في صورة منافس له ولكنه في سن صغير يجعله يتكلم باللغة نفسها ويستخدم المفاهيم نفسها التي يرددها تلاميذه، ويكون متقدماً في السن بدرجة تجعله يفقد مكانته كشخص في نظر تلاميذه.

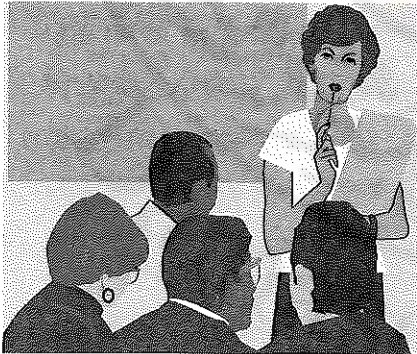
ويعد جنس المعلم من الأمور المهمة المؤثرة في الموقف المدرسي: فالآثار الناتجة عن تأنيث التعليم وسيادة عنصر المعلمات في المرحلة الابتدائية له تأثيراته في التحصيل وفي اتجاهات التلاميذ نحو التعليم، فهذا الأثر يتحدد في ضوء العلاقة القائمة بين المعلم والتلاميذ، فمن أهم المشكلات الخاصة بجنس المعلم يتصل بنتائج السيطرة النسبية للمعلمات على العملية التربوية خلال السنوات التكوينية من حياة الطفل وهناك ثلاث حقائق تؤكد الاتجاه نحو تأنيث التعليم: الأول: هو أن الأب يعيش بعيداً عن البيت ويترك مسؤولية تربية الطفل على عاتق الأم. الثاني: زيادة عدد المشتغلات بالتدريس.

الثالث: أن كثيراً من الوظائف التي كانت تمارسها الأسرة في حياتها قد انتقلت إلى الهيئات الاجتماعية التي تشرف عليها (عبد الله، 2001، 448).

بعد مناقشة مسألتين هامتين تتعلقان بعلاقة المعلم بالطفل كمحددات لهذه العلاقة، لا بد من الإشارة إلى أن فعاليات المعلمين من حيث قدراتهم على التعامل مع التلاميذ الأطفال داخل الفصل يتباين ونتيجة لذلك التباين يتباين أيضاً التلاميذ في تحصيلهم وسلوكهم وفي أوضاعهم الاجتماعية والمستقبلية.

ومن العوامل التي تؤثر في عملية تفاعل المعلم مع التلميذ ما يلي:

(أ) إدراك المعلم Understand the teacher وتقييم التلميذ Assessment of student:



أحكام المعلم عند تقييم التلميذ أو زملائه وأحكام التلميذ على المعلم أو زملائه، تتأثر بإدراك المعلم والتلميذ حيث إن المعتقدات Beliefs والاتجاهات Trends والقيم Values الخاصة بكل منهما تؤثر في ذلك ولا شك أن إدراك المعلم أكثر وعياً وأكثر فاعلية في الحكم على المتعلم إن النضج العقلي للمعلم Mental

maturity يمكنه من معاونة التلميذ في الاستفادة من اتجاهاته ومن القيم والمعتقدات وتحويلها إلى سلوك علمي داخل الفصل الدراسي واتجاهات المعلم نحو التلميذ تأخذ الاتجاهات التالية:

- **اتجاهات القلق Trends of anxiety:** حيث يميل سلوك المعلم نحو الاحتفاظ بالتلميذ عند انتقاله من صف لآخر نتيجة ما يشعر به من ارتياح عند التفاعل معه وحيث يكون التلميذ متوافق مع العملية التعليمية فهو ناجح في التحصيل الدراسي ويستجيب للنظم المدرسية ويعزز سلوك المعلم في الصف الدراسي.
- **اتجاهات الاهتمام Trends of interest :** حيث يكون اتجاه المعلم بتوجيه معظم أو كل انتباهه إلى التلميذ الذي يهيمه إلى حد كبير حيث يكون التلميذ يواجه بعض الصعوبات في التحصيل ويستجيب للنظم المدرسية ويعزز سلوك المعلم ومن ثم فالمعلم. يوجه إليه الاهتمام ويقدم إليه النصح والإرشاد.
- **اتجاه عدم التحيز أو اللامبالاة Indifference:** حيث يكون اتجاه المعلم ينم عن عدم اهتمام أو لامبالاة للتلميذ وحيث يكون التلميذ اتجاهاته السلبية نحو المعلم ولا يستجيب كلية للنظم المدرسية بل إنه يخالف سلوك المعلم في الصف.
- **اتجاه النبذ ostracism:** حيث يكون اتجاه المعلم قائماً على عدم الرغبة تماماً في استمرار التلميذ في الفصل الدراسي الذي يقوم المعلم بالتدريس فيه والتلميذ هنا يفشل في التوافق مع المعلم بل لا يتعاون مع المعلم في العملية التعليمية ويكون سبباً في إثارة وإحداث مشاكل داخل الفصل الدراسي.

ب) المظهر الخارجي للتلميذ External appearance of the pupil:

يعد المظهر الخارجي للإنسان أياً كان وسيلة جذب في الحياة العامة عند الآخرين وجاذبية للتلميذ ترتبط إيجابياً بتقدير التلاميذ له والاهتمام الأسري به كما يمكن التنبؤ بالنجاح المدرسي المستقبلي وبمدى التقارب الاجتماعي الذي يمكن أن يتمتع به التلميذ بين أقرانه، والقصد بالاجاذبية حسن المظهر فمن الواضح أن المظهر الخارجي يؤثر في المتعلمين من قبيل المشكلات التعليمية والانفعالية والاجتماعية Learning problems, emotional and social.

ج) المستوى الاقتصادي والاجتماعي للتلميذ Economic and social levels of the pupil:

عادةً ما تتأثر أحكام المعلمين وتقديراتهم للتلاميذ وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي الذي ينحدرون منه أي بحسب المستويات الاقتصادية والاجتماعية العالية وليس في هذا موضوعية علمية

إذ إن المستوى الذي يقدر عليه التلميذ يجب أن يخضع لمعايير أخرى تتصل بالوضع العلمي للتلميذ ومستوى تحصيله والتزامه بالأداب والأخلاق والنظام التعليمي.

(د) توقعات المعلم من التلميذ Teacher expectations of student:

قد يتوقع المعلم أن يكون التلميذ لديه قدرات واستعدادات وإمكانات معنوية ومن ثم يعامله على هذا الأساس رغم أن ما قد يكون التلميذ ليس على المستوى المتوقع من المعلم.

(هـ) أثر المعلم في أداء المتعلم The impact of the teacher in the performance of the learner:

حيث يعد هذا الأثر أقوى من أثر التلميذ في سلوك المعلم إلا أن هذا لا يعني أن العلاقة بين المعلم والتلميذ ذات اتجاه واحد ومصدرها المعلم فقط فهناك للتلميذ توقعات تجاه المعلم حيث يتأثر التلميذ فيما يتعلق بضبط الصف وتقديم المادة الدراسية والتفاعل من قبل المعلم داخل الصف (منصور، 2000، 100).

من خلال ما تم مناقشته حول التفاعل بين المعلم والتلميذ والعوامل المؤثرة في ذلك، نتوصل إلى ثلاثة أشكال من تعامل المعلم مع تلميذ بدا منه سلوكاً غير مرغوب فيه:

■ **النمط الأول:** يتخذ فيه المعلم طابع المشحون بالسخرية والاستهزاء.... وفي ذلك ما يؤدي إلى استمرار الطفل بالسلوك غير المرغوب فيه أو إلى الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية Behavioral problems.

■ **النمط الثاني:** والذي يتخذ فيه المعلم النقد الجارح المشحون بالتوبيخ والصراخ والتهكم وفي ذلك ما يؤدي إلى استمرارية الطفل بالسلوك غير المرغوب فيه وزيادته أو إلى الهروب، إن هذا النمط من النقد يخلق جواً مشحوناً بالكراهية Hatred والحقد والنفاق، مما يؤدي إلى ثورة التلميذ يومياً إما بأنماط السلوك الانتقامية Retaliatory behavior، أو إلى التكاثر في أداء الواجبات والنشاطات التعليمية أو إلى الهروب Escape والانسحاب Withdrawal.

■ **النمط الثالث:** والذي يتخذ فيه المعلم موقف الناقد المتعقل المتفهم، مبتعداً عن طابع الإحراج، أخذاً سبيل المعالجة بحكمة ودراية بعد التعرف على الأسباب والدوافع وتفهمها... عن طريق: تعديل السلوك Behavior modification والتغاضي عنه حينما لا يكون له آثار خطيرة تعيق سير التدريسيات مثلاً أو نشير الاضطراب داخل الفصل الدراسي، وبذلك يساهم في إطفائه أو إخماد جذوته، واستخدام الأسلوب غير المباشر وذلك بإعطاء الإشارات أو التلميحات التي تدل على

المطلوب من المتعلمين، والتذكير بمراعاة الأنظمة والقواعد والتعليمات المتبعة في داخل الفصل، وتعليم المتعلمين السلوكيات المرغوب فيها، وتوفير المناخ الإيجابي المعزز والمشجع على الانضباط Discipline والسلوكيات المرغوب فيها للتزويد بالتغذية الراجعة الهادفة البناء والتي تكون مدعاة ليكون التلميذ المسيء أو المشكل على وعي سلوكه وتعديله بالاتجاه المرغوب فيه من دون سخرية أو قسر، وتغيير الظروف التي أحاطت بالتلميذ والتي دفعته لممارسة مثل هذا السلوك وقد يكون بتغيير الإجراءات والأساليب التدريسية وقد يكون بتحويل نمط المشاركة والتفاعل من فردي إلى جماعي ومن جماعي إلى فردي أو في استخدام روح الدعابة والمرح بدون الإفراط والمبالغة في الاستخدام، وجذب انتباه التلميذ وإفهامه بشكل واضح للسلوك غير المرغوب فيه والذي يلحق الضرر بعملية التعليم والتعلم أو بما يترتب عليه لآثار سيئة تعود على المتعلمين أو على العلاقات فيما بينهم أو إلى اضطراب الفصل الدراسي وذلك بالتحذير على ألا يكون على مرأى من التلاميذ الآخرين وإنما يكون في ركن منزو عنهم وبصوت هادئ بعيد عن الانفعال Emotion والإثارة تجنباً لردود الأفعال العكسية Adverse reactions (الفتاوي، 2005، 204).

ومن ذلك يتبين بأن المعلم دوراً كبيراً في معالجة أية مشكلة سلوكية ونفسية لدى التلاميذ الأطفال، ولكن هذا لا يقدر عليه سوى معلم يمتلك كفايات إدارة الفصل وكفايات الاتصال الصفّي وكفايات العلاقات البينية مع مجتمع المدرسة وخصائص جسمية ومعرفية عقلية وإنسانية أخلاقية وخصائص وجدانية اجتماعية.

٣ دور المعلم في منع وتفادي المشكلات السلوكية:

يؤسف المعلمون والمربون الألم والإحباط عند التعامل مع أطفال غير اجتماعيين ويمتنون من مشكلات، ولأن أحد أهداف الرياض والمدارس العامة بالإضافة إلى الهدف الأكاديمي مساعدة الأطفال أن يصبحوا مواطنين جيدين (Buff, 2001, 27)، فيصبح دورهم معالجة مشكلات الأطفال ومساعدتهم على التخلص منها بدلاً من تركها تزداد بصورة تؤثر على الطفل. وذلك لأن الزيادة أو النقص في السلوك غالباً ما تقلل من فرصة التعليم، وتضع إقامة علاقة إيجابية مع الأقران، هذا الأمر بالنسبة لكل الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية (Robinson et al, 1999, 195). ويتمثل دور المعلم في تفادي مثل هذه المشكلات السلوكية في حسن إدارته لنفسه.

فسوء السلوك يحدث بأسرع ما يمكن، ولكن كيف يقرر المعلمون طريقة تدخلهم، ينبغي علي الأقل الالتفات إلى أربعة جوانب لكي يكون القرار مستنيراً: تعطيل الدرس، طبيعة سوء السلوك وشدته، التلميذ المندمج في الواقعة، ووقت حدوث سوء السلوك (جابر، 2000، 172)، هذه الجوانب الأربعة تحدد طبيعة تدخل المعلم، فعندما تكون هناك مشكلة سلوكية حقيقية يجب الوقوف عندها وتعديل هذه المشكلة السلوكية حيث إن " تعديل السلوك يشمل الاستجابات الجديدة التي تكون مكتسبة كنتيجة لتعلم جديد وتساعد علي التخلص من الاستجابات غير الملائمة" (Stratton & Hayes, 1999, 29).

والمعلم الذكي هو الذي يتفادى ظهور المشكلات السلوكية ومعالجتها في بداية ظهورها، وخاصة أن استراتيجيات منع المشكلات السلوكية أقل وطأة من إعادة احتواء المشكلات الخطيرة، ويمكن ذلك من خلال مراعاة الآتي:

1- شغل الأطفال في قاعة الدروس بالنشاطات والمواد المثيرة التي تلائم مستوياتهم التطويرية لأن هذا سيقطع من إظهار السلوك الصعب، أما إذا كانت الأنشطة والمادة صعبة جداً أو سهلة جداً فيمكن أن يحدث السلوك الصعب (Alter & Conroy, 2006, 18).

2- تنظيم الترتيب الطبيعي لقاعة الدروس لزيادة ملائمة السلوك وهناك عدة استراتيجيات لتنظيم قاعة الدروس لضمان رؤية ومراقبة الأطفال، ترتيب النشاط لدعم الأطفال للسلوك الملائم، تسهيل الانتقالات بين الأنشطة، بالإضافة إلى مراعاة الإضاءة، درجة الحرارة، مستويات الضوضاء، يمكن أن تخفف احتمال الأطفال الذين ينشغلون في المشكلة السلوكية بسبب الحساسية لهذه العوامل البيئية.

3 - مكافأة السلوك الملائم (بالمديح، والامتيازات، الخ)، بينما الأعمال غير الملائمة تهمل أو تعاقب، والمعلمون ينصحون في أغلب الأحيان بمكافأة الأطفال لسلوكهم الجيد بدلاً من معاقبتهم لسلوكهم السيء (Herbert, 1998, 2).

4- تعزيز قيم السلوك والمهارات المطلوبة في كافة أنحاء المدرسة أو الروضة والصف باستعمال لوحات الإعلانات، تخطيط الحائط، إعلانات الصباح (Small wood, 2003, 2).

5- التأكد من أن احتياجات النمو لكل طفل متاحة ومدرسة، مع مشاهدة ومراقبة تطور كل تلميذ (Dean, 1995, 36).

6- التفكير في الصف متعدد الدرجة (به عدد من الأطفال في سنين دراسية مختلفة)، لأن الأطفال يتعلمون كيف يساعد بعضهم بعضاً في عمر مبكر ويطور الاستقلال لدي الطفل (Bruce, 5, 1991)، فيتقاضي ظهور المشكلات لديه، حيث إن الأطفال الأكبر سناً أكثر اجتماعية وبارعين في ذلك، وأقل عرضة للمشكلة السلوكية، وأقل عرضة للغضب والجدال أو السلوك العدواني (Zill & West, 2001, 31).

7- عقد اجتماعات للأطفال، لحل مشكلات الأطفال، ولضمان نجاح هذا الاجتماع يكون الاعتماد على الأسلوب المستخدم، لأن أسلوب المعلم يجب ألا يكون هجوماً على الأطفال بل يجب أن يكون إيجابياً، وبهدوء كي يتصل مع الأطفال ولكي يساعد الأطفال على التقدم في السلوك.

8- تحقق من وجود الانسجام والاتفاق بين المدرسين بشأن ما هو مقبول وما هو غير مقبول، حيث إن الأطفال سيئ السلوك علي دراية بالفرق بين معلم لا يلتزم ومعلم يتعامل بحزم وعدالة وبالتالي يتصرفون على هذا الأساس (ريس، 2001، 157).

9- الاتصال المبكر بالآباء عندما تصادف صعوبة مع الطفل، ولكن إبدأ بقول شيء إيجابي عن الطفل وبعد ذلك كن بسيطاً في عرض المشكلة، حتى يتم التعاون بينكم (Fogler, 1999, 2).

هذه النقاط السابقة لتفادي ظهور مشكلات سلوكية لدي الأطفال والسيطرة عليها قبل أن تظهر وعدم إتاحة الفرصة لها أصلاً في الظهور ولكن إذا ظهرت مشكلات سلوكية في الصف على المعلم أن يأخذ سوء السلوك بجدية لأن الخروج عن قواعد الصف وعدم السيطرة على الصف تؤثر سلبياً على بيئة التعلم لكل طفل.

وليجعل المعلم التركيز على قضية كيف يعيد توجيه الأطفال، وأن يستعمل مداخل عديدة لمعالجة سوء السلوك وأن يتم تحديد أسس ثابتة للقواعد والسلوك الملائم في الصف (Teacher Education Program Students, 2003, 8).

وهناك فنيات يمكن أن يستعين بها المعلم في أثناء إدارته لصفه إما لزيادة معدل السلوك المرغوب لدى الأطفال، أو لإنقاص معدل السلوك غير المرغوب فيه.

❖ فنيات يستعين بها المعلم في أثناء معالجته للمشكلات السلوكية:

أ- طرق زيادة معدل السلوك المرغوب فيه:

1- التدعيم الإيجابي: ويتضمن تقديم شيء سار للطفل مثل: مدح أو ثناء أو منحه امتيازاً ما يرتبط بأداء السلوك المرغوب فيه، ويفضل تقديمه مباشرة بعد وقوع السلوك المرغوب فيه وذلك لكي يربط الطفل بين التدعيم السلوكي (مليكة، 1990، 254).

وهناك معززات موجبة تقدم للطفل وتنقسم إلى ثلاثة أنواع هي:

- غذائية: وهي الأشياء التي يحب الأطفال أن يأكلوها أو يشربوها مثل: الوجبات الغذائية، الحلوى، الفواكه.

- نشاطية: مثل: ركوب عربة، لعب الكرة، التلويح.

- اجتماعية: مثل: الأحضان والتربيت على الظهر والجلوس على الحجر (سعفان، 2001، 220).

وهناك معززات أخرى وهي المعززات الرمزية وهي مثل: النجوم والدرجات والبطاقات وغيرها (الشناوي وعبد الرحمن، 1998، 361).

وعندما يستخدم المعلم المعززات عليه أن يقدمها على "فترات" وكميات متوسطة، لأن الحرمان الذي ينتج عن توقف التعزيز وكذلك التشبع كلاهما لا يؤدي إلى التعلم بكفاءة، ومن المهم تقديم المعززات التي يحبها الطفل والتي تناسب الموقف أيضاً.

ويمكن استخدام التعزيز في مواقف معينة مثل:

- في حالة الامتناع عن القيام بسلوك غير مرغوب فيه.

- في حالة الإتيان بسلوك مناقض للسلوك غير المرغوب فيه.

- في حالة انخفاض معدلات السلوك المراد تعديله.

- في حالة زيادة الفترة الزمنية التي يقضيها الطفل في مواجهة المواقف المثيرة للقلق (سعفان، 2001، 219).

ويتميز التعزيز الاجتماعي عن المعززات الأخرى، وخاصة في أثناء إدارة المعلم للصف بعدد من المميزات منها:

- إن المدح والموافقة اللفظية وغير اللفظية فعالة جداً في تعديل السلوك لدى الأطفال.
- إن التعزيز الاجتماعي أمر سهل التنفيذ من قبل المدرس، كما إن المدح يمكن تقديمه لعدد من الأطفال في وقت واحد وبسرعة (الشناوي وعبد الرحمن، 1998، 358).
- يختلف المدح عن المعززات الأخرى كالطعام مثلاً في أنه عند عدم استخدامه لا يولد إحساساً بالحرمان.

2- التدعيم السلبي: التدعيم السلبي يختلف عن التدعيم الإيجابي حيث "يزيل المدرس شيئاً غير مرغوب فيه من الطفل إذا تحسن أداؤه كأن يعفي الطفل من أداء الواجب المنزلي، وهو المدعم السلبي" (مليكة، 1990، 256).

3- التدعيم الفارق والتشكيل: التدعيم الفارق يستخدم حين يكون حدوث السلوك نادراً ويتضمن التدعيم التدريجي للسلوك إلى أن يحدث السلوك المرغوب فيه، وفي التشكيل يحدد المدرس أولاً إلى أي حد يكون فيه الطفل قريباً من أن يكون قادراً على أداء السلوك المرغوب فيه والذي يعرف بالسلوك النهائي ثم يطلب المعلم من الطفل أداء سلسلة من السلوك تقترب من السلوك النهائي، وفي كل مرة ينجح فيها التلميذ يكافؤه المعلم إلى أن ينجح في أداء السلوك النهائي بصورة ثابتة (مليكة، 1990، 260).

ب- وسائل إنقاص معدل السلوك غير المرغوب فيه:

1- الانطفاء: أي إلغاء التدعيم الذي يلي السلوك ومنه تجاهل السلوك غير المرغوب فيه، وحين ينخفض معدل السلوك فإن الانطفاء يكون قد حقق تأثيره.

2- العقاب: يستخدم بعض المعلمين وسائل للسيطرة على الصف قد تكون جيدة وفعالة أو قد تفشل مثل: استخدام العقاب.

والعقاب إجراء يتبع فيه السلوك غير الملائم بمثيرات غير مرغوب فيها قد تعمل على احتمال التقليل من هذا السلوك في المستقبل، ويرى بعض المعلمين بأن العقاب وخاصة العقاب البدني ضروري للسيطرة على سلوك الأطفال بينما يعتقد آخرون بأن العقاب غير ضروري وقد يكون ضاراً.

وطبقاً لآراء اختلفت حول العقاب ومدى فعاليته فله مزايا وعيوب:

ومن عيوب العقاب البدني الآتي:

- العقاب البدني يهاجم الشخص وليس السلوك.

- العقاب البدني يخاطب السلوك غير المرغوب فيه فقط، ولا يخاطب بدائل مرغوب فيها.
 - العقاب البدني لا يحاول البحث عن السبب وراء السلوك غير الملائم.
 - العقاب البدني يمكن أن يقلل من احترام الطفل لذاته.
 - العقاب البدني ينزل من احترام الطفل للمعلم ويجعل الأطفال خائفين من المعلمين والمدرسة.
 - العقاب البدني ينشئ مانعاً بين المعلمين والأطفال.
- 3- التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض: وهو تعزيز الفرد عند قيامه بسلوك نقيض للسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله. والسلوك النقيض للسلوك المستهدف هو السلوك الذي لا يتوافق طبوغرافياً معه (أي السلوك الذي لا يمكن أن يحدث في الوقت نفسه الذي يحدث فيه السلوك المستهدف) (Erickson, 1997, 117).
- من خلال كل هذه الفنيات السابقة سواء التي تزيد من معدل السلوك المرغوب فيه أو التي تقلل من السلوك غير المرغوب فيه والتي يستخدمها المعلم كل يوم في أثناء إدارته لفصله بشكل عشوائي، وإذا تعرف المعلم جيداً على طبيعة المشكلات السلوكية التي يتعرض لها الأطفال وطبيعة التعامل معها وأتقن استخدام هذه الفنيات سينجح في معالجة هذه المشكلات باستخدام أساليب بسيطة تحدث يومياً من مدح وذم وعقاب وتشجيع ولكن لكي تؤتي ثمارها لابد من تطبيقها بنوع من الوعي.

❖ تعامل المعلم مع مشكلات التلاميذ:

- للمعلم دور هام في حل مشكلات التلاميذ والتعامل معها وذلك من خلال:
- أ. منع حدوث المشكلة: يمكن للمعلم اتباع عدد من المبادئ والإجراءات من أجل منع الأطفال من ارتكاب أية سلوكيات غير المرغوب فيها ومن أبرزها:
 1. إيجاد مجموعة واضحة من اللوائح الواضحة والبسيطة للطفل بحيث يفهمها من قبل الطفل بحسب مستوياته العمرية والعقلية.
 2. إرشاد الأطفال وتوجيههم لتحمل مسؤولياتهم ذاتياً.
 3. التخطيط للأنشطة بشكل يقي على انشغال الأطفال بنشاط مستمر.
 4. ضبط قاعة الأنشطة يكون أثره فاعلاً ويعمل على منع حدوث المشكلات ويتوافق مع اهتماماتهم.

ب. التأكيد على أهمية السلوكيات المرغوب فيها من قبل الأطفال: من المهم للمعلم توضيح وتحديد السلوكيات المرغوب فيها من قبل الأطفال حتى يعرف الأطفال أنفسهم أي السلوكيات التي يجب إحداثها وأي السلوكيات غير المرغوب بها وغير المقبولة.

ت. جذب انتباه الأطفال: إن أفضل وسيلة للتعامل مع السلوكيات غير المقبولة هو منع حدوثها من قبل الأطفال

أنفسهم ومن أجل تحقيق ذلك فإن على المعلم أن يأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- التشديد على الأطفال للانتباه من بداية تقديم الأنشطة.
- المحافظة على نظام واحد في تقديم النشاط.
- مراقبة مدة انتباه الأطفال في أثناء النشاط.
- تعزيز الأطفال على مسؤولية الانتباه.
- إثارة الانتباه بشكل دوري (على فترات).
- التوقف عن الاستمرار في نشاط تم تقديمه لفترة طويلة.

ث. التعامل مع المشكلات السلوكية البسيطة:

تتركز أساليب التعامل مع السلوكيات السلبية البسيطة بقيام المعلم من الحد من ظهور السلوكيات السلبية بأسرع وقت ممكن وذلك باستخدام أساليب التعامل التالية:

- مراقبة جميع الأطفال بانتظام.
- تجاهل بعض السلوكيات البسيطة جداً.
- التعامل مع السلوك دون الحاجة إلى التوقف عن النشاط باستخدام نظرات العين المباشرة، أو اللمس البدني كالترتيب على الكتف وتوجيه السؤال إلى الطفل المشكل دون إشعاره بالسلوك السلبي الذي أحدثه.

ج. التعامل مع السلوكيات المسببة للإزعاج:

ويتأتى ذلك بـ:

- وقف السلوك عن طريق التدخل المباشر من قبل المعلم.
- البحث عن الأسباب الكامنة وراء إحداث الطفل للسلوك المشكل (فرج، 2006، 61-64).

➤ ماذا بوسع معلمنا أن يفعل؟

من أجل بناء مفهوم إيجابي للذات عند الأطفال فإنه يمكنك استخدام استراتيجيات التعلم التالية داخل غرفة الصف وخارجها:

أولاً . الثواب والعقاب: فالعقاب يمثل عملية عمديه لإحداث الألم من أجل أن يتخلى المتعلم عن الاستجابات الخاطئة ويتبنى السلوك المرغوب به، والثواب يعزز السلوك المرغوب به ويقويه.

ثانياً . المنافسة: تستعمل المنافسة على نطاق واسع داخل الفصل الدراسي وخارجه فهي تمثل حافزاً قوياً وحيوياً في مجال التعلم وتؤدي بالضرورة إلى تحسين أداء الأطفال. وتظهر التجارب في هذا المجال إلى أن المنافسة الفردية حافز أقوى للتعلم من المنافسة الجماعية. مع الأخذ بعين الاعتبار أن المنافسة المفرطة قد تقود إلى الأنانية والفردية في السلوك عند الأطفال ويزداد ظهور الغيرة والحقد والكراهية لديه.

ثالثاً . معرفة التقدم: إن الطفل الذي يقف على التقدم الذي يحرزه في معرفة ما يحصل على تشجيع ودافعية أكثر من هذه المعرفة (شور، 2005، 84).

➤ استراتيجيات بناء مفهوم إيجابي للذات عند الأطفال:

ركز الباحثون في الآونة الأخيرة على بناء عدد من الاستراتيجيات الخاصة بحل مشكلات الأطفال وعلى السمات الواجب توفرها في المعلم حتى يحقق نماءً إيجابياً لمفهوم الذات لدى الأطفال. تتلخص في الاهتمام بـ:

1. الأطفال باعتبارهم أصدقاء ودودين يستحقون كل خير ومحبة وينمون من الداخل غير متأثرين بما يحيط بهم من أحداث جارية.
 2. قدرات الأطفال في إمكانية حل مشكلاتهم بأنفسهم.
 3. يعمل الأطفال على تحديد أهدافهم الواقعية.
 4. مساعدة الأطفال على النمو الإيجابي السليم.
 5. الخبرات الإدراكية للأطفال أكثر من الاهتمام بالأحداث الجارية.
 6. ردود فعل الأطفال أكثر من الاهتمام بالأحداث الجارية.
 7. فهم أسباب السلوك لدى الأطفال من خلال تفكيرهم الراهن ومشاعرهم ووضعهم وأيس بالإشارة إلى الضغوط التي خبروها في حياتهم اليومية.
 8. النظر بإيجابية للذات الداخلية للمعلم وإن يضع نفسه مكان الآخرين (فرج، 2006، 55).
- وهكذا يظهر الدور الهام والرئيس للمعلم في التعامل مع مشكلات الأطفال بكل مدونة وروية والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لهاء وتقوية شخصية تلاميذه وزرع الثقة بالنفس وبناء مفهوم إيجابي للذات.

❁ خطوات تعديل السلوك:

لكي تطبق أساليب تعديل السلوك بنجاح ينبغي اتباع الخطوات الآتية:

1. تحديد السلوك موضع الاهتمام (السلوك المراد التخلص منه كالنشاط الزائد أو السلوك العدواني أو السلوك المراد يتعلمه الطفل مثل: عادات النظافة)، وقد تثار مجموعة من الأسئلة خلال هذه الخطوة منها:

أ . ما هو السلوك الملاحظ المراد زيادة معدل حدوثه أو خفضه؟

ب . هل تم تحديد السلوك بصورة إجرائية ؟

ج . ما الذي نريده من الطفل أن يفعله بالضبط (المحك) ؟

د . هل تبلغ نسبة اتفاق الملاحظين للسلوك نفسه إلى (80%) تقريباً (اتفاق المحكمين) وعندما يتم الإجابة عن هذه الأسئلة بصورة إجرائية ومحددة ينتقل المرشد أو المعلم إلى الخطوة التالية.

2. تحديد الوسيلة المناسبة لقياس السلوك قياساً وموضوعية، حتى يمكن إخضاعه للتحليل، وفي هذه الخطوة يجب الإجابة عن بعض التساؤلات منها:

➤ ما هو الوقت المناسب لقياس السلوك؟

➤ ما أسلوب القياس المناسب الذي سيستخدم؟

➤ ما الأدوات والوسائل التي ستستخدم في جمع البيانات (بطاقة ملاحظة، الساعة، إيقاف، اختبارات).

➤ من الذي سيقوم بالملاحظة؟

➤ كيف سيتم تدوين النتائج (في صورة نسب مئوية، معدلات، تكرارات.. الخ)؟

➤ ما هو أسلوب التقييم المستخدم لمعرفة نتائج العلاج أو الإرشاد ؟

3. رسم الخط القاعدي من قبل المدرس أو المرشد النفسي والذي يتضمن تسجيل سلوك الطفل، كما يحدث في الظروف العادية، وبعد هذا الخط بمثابة الأساس الذي يقارن به السلوك قبل العلاج وبعده، وبهذا الأسلوب يستطيع المرشد أو المعلم تحديد كل من الظروف السابقة على وقوع السلوك واللاحقة له وهذا يساعده على إعداد البرنامج المناسب.

4. يقوم المرشد أو المعلم في هذه الخطوة بوضع البرنامج المناسب لتعديل السلوك، حيث يتم تحديد وسيلة التعزيز أو العقاب المناسبة، وكذلك تحديد خطوات تطبيق البرنامج بصورة تفصيلية حتى يتمكن من إعادته أو إجراء تعديل فيه إذا لزم الأمر.

5. تقوم برنامج تعديل السلوك المستخدم وذلك بالإجابة عن السؤال الآتي.

هل للبرنامج المستخدم في تعديل سلوك الطفل العدوانية أثره في إحداث الخفض المطلوب في هذا السلوك بعد تطبيق البرنامج؟

هل هناك فروق دالة إحصائية بين متوسطات تكرار السلوك غير السوي لدى الطفل قبل تطبيق البرنامج ومتوسط تكرار السلوك غير السوي بعد تطبيق البرنامج؟

6. يقوم المرشد في هذه المرحلة بإعداد أسلوب التعميم أو التمييز المناسب، لأن الطفل في بعض الأحيان يتعلم ممارسة السلوك المرغوب فيه في موقف أو مكان الإرشاد أو العلاج فقط، ولا ينقل ذلك إلى مواقف أو أماكن أخرى (غرفة الصف مثلاً). ولكي نتجنب صعوبات التعميم يجب أن ننتبه إلى الجوانب الآتية:

. جعل موقف الإرشاد ومكانه مشابهي قدر الإمكان للمواقف والأماكن الأخرى التي يحتمل أن يحدث فيها السلوك.

. تدريب الطفل على ممارسة السلوك المرغوب فيه في مواقف وأماكن متعددة.

. تدريب الأفراد الذين سيتعاملون مع الطفل في مواقف مختلفة على استخدام أساليب التعزيز والتمييز.

. تدريب الطفل على أساليب ضبط سلوكه بنفسه (Zill & West, 2001, 34).

❖ دور المعلم في علاج المشكلات السلوكية للتلاميذ:

Teacher's role in the treatment of behavioral problems of students:

يمكن للمعلم أن يكون له دور في علاج المشكلات السلوكية وذلك عن طريق:

1- فهم طبيعة نمو الطفل في المرحلة التعليمية التي يعمل بها، وخصائصه والمشكلات التي تواجهه.

2- الاهتمام بالتعرف على مشكلات التلاميذ ومساعدتهم على حلها، وتنمية شعور التلاميذ بقرية منهم وثقتهم فيه.

3- اتساع صدره لأسئلة التلاميذ واستفساراتهم، وتخصيص وقت للقائهم خارج الفصل، وتشجيعهم على المشاركة في رسم سياسات العمل داخل الفصل والقرارات المختلفة.

4- اتباع طرق تدريس تشجع على المناقشة والحوار وعدم اللجوء إلى التهديد والتخويف.

5- تقبل المعلم للتلاميذ، ومراعاة العدالة في معاملته لهم والمساواة بينهم، وعدم محاباة بعضهم على حساب الآخرين، والتأكيد على العلاقات الإنسانية بينه وبين التلاميذ، وبين التلاميذ بعضهم مع بعض.

6- اللجوء إلى التحفيز والمديح والتشجيع وتقدير المتميزين والمتفوقين، والاهتمام بعلاج التلاميذ ذوي التحصيل الأقل.

7- تعميق الصلات بأسر التلاميذ وآبائهم.

8- حسن أداء المعلم لعمله ومحافظته على وقت الحصة والتزامه بعمله.

9- تعريف التلاميذ بالقواعد التي ينبغي إتباعها، وتنمية وعيهم وسلوكهم الذاتي للانضباط ومراعاة النظام.

10- الاتصال بالأخصائي الاجتماعي Social worker أو الأخصائي النفسي Psychologist لمعاونته في حل مشكلات التلاميذ التي يصعب عليها وحده علاجها.

ومن المداخل العلمية لمواجهة المشكلات النفسية والسلوكية ما قدمه جيمس كوفمان وزملاؤه عام 1998، حيث رأوا أن هناك مقارنة أطلقوا عليها المقاربة التأملية للمشكلات ذات خطوات ثلاثة، هي:



Determine the behavior **الخطوة الأولى: تحديد مشكلات السلوك** **:problems**

ويقوم المعلم بالوقوف على ما إذا كانت هذه المشكلة ناتجة عن استراتيجيات تعليم غير ملائمة، أو أمور تتصل بالمنهج الدراسي أو غير ذلك من عوامل مدرسية أو غير مدرسية. ثم يسعى إلى تحديد ما يجب أن يقوم به بشكل دقيق. والمعلم يهتم في هذه الخطوة أيضاً بتحديد السلوكيات التي تضايقه وتقلقه شخصياً، وما دوره حيالها، وما إذا كانت مثل هذه السلوكيات تمثل ظاهرة في الفصل.

وبكذلك تحديد أنواع السلوكيات التي ينبغي أن يوليها اهتماماً أكبر: السلوكيات شديدة التطرف، أم السلوكيات التي تمثل انحرافاً غير كبير، وأخيراً ما إذا كان حل هذه المشكلات يعتبر مداخل لحل مشكلات أخرى، أو تجنب حدوث مشكلات جديدة.

:Behavior problem السلوك المشكل

والمعلم هنا يحدد افتراضاته عن الأسباب التي تدفع التلاميذ المشكلين لكي يتصرفوا بالطرق التي تصرفوا بها. ويسعى إلى تقديم شروح وتفسيرات للأسباب الهامة للسلوك السيئ، وما إذا كان يمكنه التحكم فيها ودرجة هذا التحكم أو السيطرة عليها. ويسعى المعلم كذلك إلى الوقوف على كيفية تحديد السلوك الذي يهتم به وتداعياته، مع تحديد النواحي المعرفية والوجدانية والسلوكية المحتملة للسلوك. وما إذا كان يمكن قياس المشكلة السلوكية وما يطرأ عليها من تغير، ثم أخيراً الهدف المعقول الذي يمكنه الوصول إليه.

:Changing behavior تغيير السلوك

ويبدأ المعلم بمحاولة تعديل سلوكيات تلاميذه مستخدماً الاستراتيجيات Strategies الأكثر شيوعاً، ثم ينتقل إلى مرحلة تحديد المداخل التي يمكن أن تساعد التلاميذ على تعديل سلوكهم Behavior modification، ويمكن أن يتحقق أكبر نجاح في هذا الصدد. ويهتم المعلم في هذا المجال بالتركيز على النواحي المعرفية والوجدانية Aspects of cognitive and affective لتغيير السلوك Behavior change، واضعاً في اعتباره دائماً مدى تحقيق المدخل المستخدم لنتائج إيجابية ودائمة للسلوك الملائم، ومركزاً على مداخل تعليمية لمنع مشكلات السلوك (حجي، 2000، 227).

وأخيراً، يمكن القول: بأن أساس العلاقة بين المعلم والتلميذ يجب أن تبنى على التقارب والتفاهم وذلك لتحقيق أهداف التربية والبناء. فتشجيع المعلم للتفاعل الصافي له أثره الإيجابي على

تطوير شخصيات الأطفال التلاميذ إذ ليس من المفروض أن يكون الصوت المسموع داخل حجرات الدراسة هو صوت المعلم فالتفاعل الموجه Interaction-oriented يؤدي إلى مستوى أفضل من التعليم بينما يؤدي التسلط Domination إلى تدني المستويات وكبت الإبداع Stifle creativity فضلاً عن أن التلاميذ يفتقدون الفرص لتعديل مفاهيمهم واتجاهاتهم وضباع الفرص الملائمة في اكتساب العديد من المهارات المتعددة فالمعلم الناجح هو الذي يستطيع وضع الضوابط والقواعد الكفيلة بالمساعدة على الحوار والمناقشة والجادة بأسلوب تربيوي ومثل هذا النوع من المواقف يعد مجالاً خصباً لتربية الفرد وليس فقط مجرد تلقينه المعارف فهو يتعلم كيف يتحدث وكيف يستمع للآخرين وكيف يميز الحقائق ووجهات النظر وكيف يكون منظماً في عرض أفكاره والمعلم الناجح هو المعلم القادر على تنظيم المناخ الاجتماعي والنفسي داخل الصفوف، فالتلميذ هو الطرف الأكثر تأثراً في التفاعلات اللاواعية والعفوية التي تحدث بينه وبين المعلم وبينه وبين أقرانه، فالتلميذ موضوع الحكم وإسباغ المكانة تبعاً للدلالة التي اتخذها في لا وعي المعلم، وتبعاً لما حرك لديه من ملفات نفسية تاريخية، فالتلميذ قد يمثل الصورة المثالية التي كان المعلم يتمنى أن يكونها طفلاً. أو هو قد يمثل صورة أخ منافس حين يتحرك ملف غير أخوية قديم. أو قد يمثل صورة ذلك البعد الصراعي أو المارقي من حياة المعلم النفسية وقد يحتل تلميذ آخر موقع ودلالة الطفل الضعيف الذي يثير حاجة المعلم إلى ممارسة دور أبوي أو أمومي حان. وقد يبقى المعلم محايداً تجاه بعض التلاميذ مما يؤدي إلى تجاهلهم في الكثير من الحالات بشكل غير مقصود، ولا بد من الإشارة إلى أن كل هذه الصور من صور تفاعل المعلم مع الأطفال التلاميذ قد تؤثر إلى حد كبير في نفسية التلاميذ وقد تنشأ مشاكل لديه بالإضافة إلى مشاكل قد تعود أسبابها بالإضافة إلى نفسية المعلم وشخصيته (قلة اطلاعه، وضعف مهاراته وكفائاته، اللامبالاة وعدم الرغبة في التدريس، التمرد على المهنة، عدم استثمار إمكانيات البيئة المحيطة). كل ذلك له تأثير في علاقة المعلم بتلاميذه وإسقاط ما في شخصيته عليهم وبالتالي تأثير ذلك على صحتهم النفسية وسلوكياتهم.

❁ علاقة اضطرابات السلوك بالتعلم:

من الصعب تحديد نموذج شامل للمشكلات السلوكية بتصنف بها جميع المضربين سلوكياً، فيما أن مشكلاتهم السلوكية متنوعة ومختلفة لا بد أنهم يتصفون ويتميزون بخصائص سلوكية وتعليمية مختلفة، من هنا قام المختصون في دراسة الاضطرابات السلوكية بإعداد قوائم تشتمل على أكثر الخصائص شيوعاً لدى المضطربين سلوكياً فمعظم هؤلاء الأطفال لديهم واحدة أو أكثر من هذه الخصائص، وفيما يلي عرض لأهم هذه الخصائص التعليمية للمضطربين سلوكياً:

1. الذكاء:

إن البحوث العلمية تشير إلى أن الذين يعانون من مشكلات سلوكية ليست لديهم قدرات عقلية عالية حيث ساد مثل هذا الاعتقاد في الأوساط التربوية المهمة مهم، وتشير الدراسات إلى أن متوسط نسبة ذكاء هؤلاء تقدر بحوالي (90) درجة ذكاء (IQ 90) وأن عدداً قليلاً من المضطربين سلوكياً فقط يتمتعون بقدرات عقلية أعلى من المتوسط، وأن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال المضطربين سلوكياً تعتبر من حيث نسبة الذكاء من ذوي فئة بطيء التعلم (Learning Slow) وفئة التخلف العقلي البسيط وتشير الدراسات أيضاً إلى أن هؤلاء يعانون من مشكلات تعليمية مختلفة وتدني في مستوي التحصيل الدراسي بسبب تشتت انتباههم وعدم قدرتهم على التركيز والالتزام بالدراسة وبسبب حركتهم الزائدة وسلوكياتهم غير الناضجة الآمنة، وعدم وجود دافعيه لديهم علاوة على ذلك الحالات المصاحبة لهذه الاضطرابات مثل: الإعاقة السمعية أو البصرية أو الحركية (العزة، 2002، 51).

2. التحصيل الدراسي:

يذكر كلا من (ميلر وديفد، 1982 Melar and Deved) إلى أن معظم الدراسات قد، أشارت إلى أن التحصيل الدراسي للمضطربين سلوكياً يعتبر منخفضاً إذا ما قورنت بالتحصيل الدراسي للمضطربين سلوكياً من العاديين، ويشهد بالدراسة التي أجريت على (130) طفلاً من المضطربين سلوكياً والتي وجدت أن (81 %) منهم كان تحصيلهم منخفضاً في القراءة وأن (72 %) قد حصلوا على درجات في الرياضيات أقل مما كان متوقفاً منهم، بالإضافة إلى ذلك لاحظ عدد من التربويين أن هناك ارتباطاً قوياً بين صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية (القاسم وآخرون، 2000، 114).

3. السلوك العدواني: بعد السلوك العدواني واحداً من الخصائص التي يتصف بها كثير من المضطربين سلوكياً، وتتمثل في الضرب والقتال والصراخ والشتم والرفض والأوامر والتخريب المتعمد، وهذا ما لاحظته الباحثة من خلال المسح الذي أجراه حول المشكلات السلوكية الأكثر شيوعاً لدى طلاب المرحلة الابتدائية من وجهة نظر العاملين في الحقل التعليمي التربوي، حيث دلت نتائج هذا المسح على أن العدوان من أكثر المشكلات السلوكية الأكثر شيوعاً لدى طلاب المرحلة الإعدادية.

4. الذاكرة: الذاكرة هي القدرة على استرجاع المعرفة المتعلمة سابقاً، وبعض الأطفال المضطربين سلوكياً لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل الملابس والأدوات ومواقع صفوفهم، وكذلك قوانين السلوك.

5. **القلق:** يظهر القلق في السلوك المطرب الذي يوحى بالخوف والتوتر والاضطراب وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع ومصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد، ويصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وانسحابيون ولا يشكون بسلوكيات هادفة في بيئتهم، ويظهرون القلق في النجاح وفي الفشل.

6. **السلوك الهادف إلى جذب الانتباه:** هو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين والسلوك عادة تكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده، وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكيات لجذب الانتباه تتضمن الصراخ أو المرح الصاخب، أو التهريج، أو الأخذ بأخر حرف من كلمة في أي تعامل لفظي، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين أو الرجلين، وترى شي (Shea, 1978) أن مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه.

7. **السلوك الفوضوي:** هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكيات الفرد أو الجماعة، ويتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء والصفيير، وسلوكيات أخرى تعيق النشاطات القائمة، وتتضمن هذه السلوكيات العجز في الاشتراك بالنشاطات واستخدام الألفاظ السيئة.

8. **عدم الاستقرار:** يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع، في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدواني إلى السلوك الانسحابي، ومن الهدوء إلى الحركة، وبين كونه متعاوناً إلى غير متعاون، وهكذا، هذا التقلب في المزاج غير متنبأ به، ويحدث دون وجود سبب ظاهر، ويوصف دائماً هؤلاء بأنهم سريعو التهيج وسلوكهم غير قابل لأن يتنبأ به.

9. **التنافس الشديد:** هو عبارة عن سلوك لفظي أو غير لفظي يكون للفوز بالمنافسة، أي يكون الفرد الأول أو الأحسن في نشاط معين أو مهمة معينة، وهذه المنافسة يمكن أن تكون مع الذات أو مع الآخرين، وروح المنافسة واحدة من أكثر الصفات الملاحظة في مدارسنا، وهذه المنافسة تكون موجودة في الأحداث الرياضية، وفي المدرسة، وأما المنافسة الشديدة فتؤثر تأثيراً كبيراً في مفهوم الذات لدى الطفل، وبخاصة إذا كانت المنافسة غير واقعية.

10. **عدم الانتباه:** هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم القدرة على إكمال المهمة المعطاة له في الوقت المحدود، هذا السلوك يتضمن عدم الانتباه بالمهمة، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المشرف، ويظهر أنه مشغول البال أو يقوم بأحلام اليقظة.

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

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

13 . مفهوم ذات سيئ أو متدن: هو إدراك الشخص لذاته كفرد، أو ابن، أو ابنة، أو طالب أو متعلم، وهكذا بحيث يكون غير متقبل بالمقارنة مع فعالية، ويدرك كثير من الأطفال أنفسهم على أنهم فاشلون أو غير مقبلين، ويتمثل مفهوم الذات السيئ بعبارات تعكس هذا المفهوم مثل: لا أستطيع فعل ذلك"، "هو أفضل مني"، "لن أفوز أبداً"، "أنا لست جيداً"، ومثل هؤلاء الأفراد يكون لديهم إحساس مفرط ضد النقد، ولا يكون لديهم رغبة في الانخراط في كثير من النشاطات.

14 . السلبية: هي المقاومة المتطرفة والمستمرة للاقتراحات، والنصائح، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين، وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل في (عدم الرغبة في أي شيء)، و(الموافقة على النشاطات قليلة)، و(الاستمتاع بعدد محدود من النشاطات)، و(دائماً يقولون لا)، وإذا سئلوا يدل جوارهم على عدم المساعدة سواء في المدرسة أو في برنامج معين أو مع الأصدقاء أو تناول الطعام أو في البيت أو في المجتمع، فهم يطورون عدم الاستمتاع في الحياة.

15 . النشاط الزائد: هو النشاط الجسدي الزائد المستمر وطويل البقاء، ويتصف بعدم التنظيم، وهو غير سكباً به وغير موجه، فالأطفال ذوي النشاط الزائد يكون رد فعلهم المثيرات البيئية شديداً، وهذه صفات سلوكهم بأنه متواصل وخصبي وعدواني.

16 . الانسحابية: هو سلوك انفعالي يتضمن الهرب من مواقف الحياة بحيث أنها من وجهة نظر إدراك الفرد ممكن أن تسبب له صداماً نفسياً أو حاداً راجعاً، ويوصف الطفل الانسحابي بأنه متخوف، خجول، خائف، وكثيراً ما قلبي لديه أحلام اليقظة.

17 . عدم النضج الانفعالي: يقصد به السلوك غير المناسب للمرحلة العمرية، أي أن الكبار يظهرون سلوكاً غير مناسب لعمرهم، وإنما يظهره الأطفال الأصغر عمراً، ويظهر هذا السلوك عادة عندما يكون الطفل في وضع غير مألوف أو مضغوطاً، يفشل الطفل غير الناضج اجتماعياً في المهارات المناسبة للمرحلة العمرية، ويتميز بمحدودية ميكنزمات الاستجابة الاجتماعية الموجودة للاستعمال الفوري، مما يتطلب منه استخدام إجابات أقل نضجاً، مما يدع الآخرين ويصفونه بأنه طفل غير ناضج، ومن صفات هؤلاء الأطفال أنهم يفضلون الأصغر منهم سناً، أو الأكبر سناً أو الأكبر سناً كالأصدقاء، ويختارون اللعب والدمج، والنشاطات التي تسبق مرحلتهم العمرية، وفي مناسبات قليلة في أوضاع اجتماعية وغير مضغوطة يظهرون سلوكيات تتناسب ومرحلتهم العمرية ولكنها زائفة.

18 . التمرد المستمر: هو نشاط مناقض للقوانين والاتجاهات، فالطفل المتمرد يوصف بأنه دائماً يشترك في نشاطات مناقضة لقوانين والديه واتجاهاتهم، وكثير من المراهقين الذين أدخلوا إلى صفوف المضطربين سلوكياً والمعوقين انفعالياً هم متمردون بشكل مستمر ولا بطيعون أبسط القواعد.

19 . مشاكل الدافعية: تتضمن مشاكل الدافعية أن يكون لدى الفرد سبب إيجابي لممارسة نشاط معين وبشكل عام فالكبار لديهم دافعية ذاتية للاشتراك في النشاطات، ويوصفون بأنهم ليس لديهم دافعية، عدد قليل من الأطفال لا يبحثون عن ممارسة النشاطات في المدرسة الابتدائية وعندما يكبر بعضهم، يفقد حماسه للمدرسة، والسبب وراء ذلك أي وراء عدم ظهور الدافعية لديه، يمكن أن يكون عدم فهمهم للنشاط أو الخوف من النشاطات الجديدة أو المختلفة، أو انخفاض مفهوم الذات لديهم نتيجة تكرار الفشل (بحيى، 2000، 89-101).



• الفصل الرابع

• المشكلات السلوكية للطفل

• Behavioral problems of children



الفصل الرابع

المشكلات السلوكية عند الطفل

Behavioral problems of children

✧ بعض المشكلات السلوكية عند الأطفال:

✧ أولاً: اضطراب نقص الانتباه المصاحب لفرط الحركة.

✧ ثانياً: العدوان.

✧ ثالثاً: الكذب.

✧ رابعاً: الانسحاب الاجتماعي.

✧ خامساً: السرقة.

✧ سادساً: الغناد.

✧ سابعاً: مص الأصابع.

✧ ثامناً: قضم الأظافر.

✧ بعض المشكلات الانفعالية عند الطفل:

✧ أولاً: الخجل.

✧ ثانياً: الغيرة.

✧ ثالثاً: التبول اللا إرادي.

✧ رابعاً: مشكلات التغذية.

✧ خامساً: الخوف.

✧ سادساً: الاكتئاب.



• بعض المشكلات السلوكية للأطفال:

⊗ أولاً: فرط النشاط الحركي Deficit Hyperactivity :

اضطراب فرط الحركة Deficit Hyperactivity هو اضطراب شائع لدى الأطفال في سن المدرسة، ويعاني منه حوالي (7%) من طلاب المرحلة الابتدائية، لكن الكثيرين لا يدركون أنه اضطراب، ويتم التعامل مع الطفل على أساس أنه شقي مما يزيد الطين بلة، ويترك أثره السلبي على الطفل نفسه وعلى أسرته من نواحي متعددة ويجعل حياتهم صعبة للغاية في كثير من الأحيان. ونتيجةً لكون هذه الحالة اضطراباً، فمن الممكن مساعدة الطفل على اجتيازها والتغلب عليها بطرق متعددة سواء كانت هذه الطرق علاجية أم تدريبية.

ويقول الدكتور (المديفر، 2007). عن هذا النوع من الاضطراب، كما هو واضح من اسمه، أنه يؤثر في حركة وتركيز الطفل بصورة مرضية محددة:

- وجود حركة زائدة عند الطفل مقارنةً بأقرانه والأطفال من العمر نفسه.
- وجود حالة من تشتت أو ضعف الانتباه وعدم القدرة على التركيز على شيء محدد لفترة كافية لإنجازه.
- وجود حالة اندفاع وتعجب لدى الطفل في تصرفه وذلك يجعله يتصرف قبل أن يفكر.
- كما أن كل هذه الأعراض مجتمعة أو منفردة تؤثر في أداء الطفل ونمو مهاراته في حياته المنزلية، المدرسية، والاجتماعية.

ويضيف (المديفر) أن الاضطراب حالة عضوية المنشأ والأغلب أن هناك مناطق في الدماغ قد تأخر نموها قليلاً، الأمر الذي يقود إلى عجز الطفل عن التحكم في بعض تصرفاته (المديفر، 2007، 27).

لمحة تاريخية عن مراحل تفسير اضطراب فرط النشاط الحركي:

لقد كان الاعتقاد السائد قديماً بأن عباقرة العالم أمثال نوبل، وتشوشل، وأينشتاين.... وغيرهم، كانوا يعانون من هذا الاضطراب في صغرهم، إلا أنه وبعد تقدم الدراسات الطبية والعصبية والنفسية والتربوية... اتضحت للباحثين والعلماء أعراض هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين، وتمكن هؤلاء من تفسير هذا الاضطراب وعلاجه. وقد اقترن هذا الاضطراب في بادئ الأمر بصعوبات التعلم learning disorders، حيث كان يعتقد في بادئ الأمر أن كل طفل يعاني من صعوبات

في مجال التعلم هو متخلف عقلياً، أو مضطرب انفعالياً، أو أنه يعاني من حرمان اجتماعي - ثقافي داخل الأسرة والمجتمع (بيبي، 2000، 122).

إلا أنه وبعد عام (1945) وبفضل تطور دراسات الطب النفسية والعصبية وطب الأطفال.... تبين للباحثين أن حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع في السلوك ترجع إلى حدوث اضطراب في نمو الجهاز العصبي وفي وظائف هذا الجهاز، وهذا يرجع إلى عوامل وراثية genetic factors وعوامل قبل الولادة، وعوامل ولادية وبعد ولادية، كما تبين بأن الصعوبات والمشاكل التي يعاني منها هؤلاء الأطفال تشبه إلى حد ما الصعوبات والمشكلات التي يعاني منها الأطفال ذوي الإصابات المخية بالرغم من أنهم يبدون طبيعيين، واعتبر هؤلاء الأطفال ذوي اضطرابات وظيفية مخية بسيطة Minimal Brain Dysfunction، إلا أن هذا الرأي لم يكن قوياً بسبب عدم وجود دليل علمي حوله، وفسر ذلك بتفسيرات مختلفة من بينها أن طفل فرط الحركة ونقص الانتباه لديه خلل في وظيفة الموصلات العصبية في الجهاز العصبي Synapses، وكذلك خلل في وظائف النواقل العصبية Neurotransmitters، ولوحظ أن معظم وظائف المخ الحسية والحركية تعمل، ولكن بعض هذه الوظائف لا تعمل بالشكل العادي أو الصحيح (Kolata, 1978, 19).

وبعد عام (1965) وبفضل جهود علماء التربية الخاصة وأطباء الأعصاب وجمعيات المعوقين والمعهد الوطني للأمراض العصبية في أمريكا National Institute of Neurological Diseases تم تعريف الاضطراب المخي البسيط لدى الأطفال، على أنه اضطراب يصيب الأطفال الذين هم في مستوى ذكاء عام في حدود العادي أو المتوسط، أو فوق المتوسط أحياناً، مع ضعف محدد في عملية التعلم وفي السلوك، وهذا الاضطراب المخي البسيط يصاحبه اضطراب في الوظائف العصبية العقلية والمعرفية والتي هي أساس عملية التعلم مثل اضطراب في عملية الإدراك Perception واضطراب في اللغة language وفي الانتباه attention وفي الذاكرة memory وفي الاندفاعية impulsivity أو في الوظيفة الحركية، ومن الطبيعي أن هذا الاضطراب الوظيفي المخي تتبعه مصاحبات سلوكية وانفعالية واجتماعية... كما تتبعه صعوبات في التعلم وتختلف في التحصيل الدراسي.

أصبح يشار إلى حالات فرط الحركة والنشاط ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك على أنها حالات صعوبات تعلم، أو بمعنى آخر هي حالات تصاحبها صعوبات في مجال التعلم (سلامة، 1986، 15).

الطفل الذي يعاني من فرط الحركة:

هو الطفل الذي يعاني من أعراض فرط الحركة Hyperactivity، ونقص القدرة على التركيز والانتباه Attention deficit، ويكون ذلك في ضوء المعايير التشخيصية، وهذه الصفات تكون متكررة، وحادة، وشبه ثابتة لدى الطفل، وتكون مزعجة بشكل كبير أكبر من السلوك الملاحظ لدى الطفل العادي أو المتوسط من نفس العمر، أو من نفس مرحلة النمو، وهذا الطفل يحتاج إلى مساعدة وإلى خدمات طبية وتعليمية وسلوكية خاصة (أو بالغة التخصص). (الشخص، 1984، 53)

وتبدي الدراسات حول أطفال فرط الحركة (أو حول الأطفال الكبار) أن ليس لديهم القدرة على التركيز على ما يهمهم، وأنهم ينتبهون بشكل طفيف إلى أي مثير Stimulus عابر، ولا يستطيعون متابعة أعمالهم، ولا يتذكرون عواقب ما حدث آخر مرة، ويتميز حركة الطفل بالاندفاع وعدم التبصر والافتقار للصبر والتحمل، وخاصة تحمل حالات الإحباط frustration مهما كانت بسيطة، وتكون ردود أفعاله سريعة (زمن الرجوع Reaction time) كما تكون حدة الانتباه لديه قصيرة جداً، مع التحدث بطريقة تفتقر إلى التسلسل المنطقي، حيث تختلط الألفاظ مع بعض بسبب السرعة، ولا يستغرق وقتاً كافياً في تفحص المشكلة المطروحة أمامه، وتظهر عليه أعراض الضجر والملل والشكوى وعدم اللياقة، وأحياناً سلوك العدوان كمصاحب للمشكلة المطروحة، بالإضافة إلى سرعة التحول من نشاط إلى آخر، وإلى تقلب الحالة المزاجية بشكل مزعج (إبراهيم، 1999، 7). وفي المدرسة أو في غرفة الصف لا يستطيع الطفل الجلوس لفترة طويلة في مقعده، ولا يستطيع المحافظة على أدواته، كما يصر على تناول طعامه في اللحظة التي يحلو له فيها ذلك، ويسعى طفل فرط الحركة لإقامة علاقات مع من هم أصغر منه سناً، كما يكثر اصطدامه بالأثاث، أو بالآخرين وبشكل جاذب للنظر، ولا ينضبط بالطرق العادية، ولا يلتزم بالمهمة المكلف بها، ويشكل عام فإن المعلم يجد نفسه أمام طفل يتسم بحالة شبه مستمرة من التوتر الجسمي، ويمارس أعماله وكأنه مدفوع بقوة مجهولة وبالحاح، وأحياناً يستجيب بشكل فوري وغير دقيق وبدون تفكير أو تمعن وبغض النظر عن المثير الموجود في الموقف، أي قد يستجيب بطريقة لا تتطلبها الموقف نهائياً، وبشكل عام إن حالة الطفل مفرط الحركة هي حالة مركبة من عدة مشكلات تحدث في الطفولة بين (4-15) سنة، وغالباً ما يتعرض الطفل بسبب ذلك إلى سوء المعاملة من الكبار والتشدد والحزم والعقاب المتواصل، ولأن غالبية الكبار الذين تواجههم مثل هذه الحالة يتعاملون معها وكأنها انحراف أو خروج عن المألوف من النظم والعادات الشائعة، أو هي عبارة عن ضعف في الانضباط لدى صاحبها، ولا ننسى أن معظم أطفال فرط الحركة لا تكون لديهم القدرة على تحقيق متطلبات

التحصيل الدراسي بشكل عادي بسبب الصعوبات وعدم القدرة على التفاعل الطبيعي مع المثيرات المختلفة، وعدم الدراسة أو أداء الواجبات المدرسية وضعف اللغة، وغير ذلك... (زهران، 1986، 27).

أسباب حالات فرط الحركة لدى الأطفال:

تجمع الدراسات الطبية والعصبية والنفسية والاجتماعية والنمائية، على أنه لا يوجد سبب واحد وراء حالات فرط الحركة لدى الأطفال، وإنما هناك تضافر مجموعة أسباب أو عوامل متداخلة، يمكننا أن نلخص أهم العوامل المساهمة في هذا الاضطراب بالعوامل التالية:

1- العامل الجيني Genetic Factor:

إن الدراسات الطبية والعصبية والنفسية حول دور عامل الوراثة تشير إلى أنه يمكن أن يكون اضطراب فرط الحركة لدى الطفل (جزئياً) بسبب عامل وراثي، بمعنى أنه يمكن لهذا الاضطراب أن يكون عرضاً لأمراض وراثية ترجع إلى خلل في الصبغيات (الكروموزومات)، أو ترجع إلى زيادة أو نقصان في عدد المورثات (الجينات)، وسواء أكان العامل الوراثي يرجع إلى صبغيات تحمل صفات سائدة أم متنحية (Kolata 1978, 19).

كما أشارت هذه الدراسات إلى أن العوامل الوراثية تقوم بدور في هذا الاضطراب بنسبة (30 - 40%) لأن أطفال فرط الحركة والنشاط يرثون مع أسرهم هذه الأعراض بشكل مباشر، أو غير مباشر حيث تكون هناك طفرات Gene mutation أثناء تكوين الجنين، ومن المعروف أن العوامل الجينية التي يرثها الطفل عن والديه إما أن تكون عوامل مباشرة حيث تنتقل الصفات الوراثية qualities of aggression مباشرة من الأبوين إلى الطفل، أو تنتقل هذه الصفات الوراثية بشكل غير مباشر حيث يرث الجنين عيوباً من والديه بسبب بعض الاضطرابات الجينية لدى الوالدين، مما يؤدي إلى اضطراب نمو الجنين وبالتالي إصابة الجهاز العصبي، وهنا، ما ينتقل وراثياً هو الاضطراب أو العيب في تكوين الجهاز العصبي والمخ وليس المرض في حد ذاته (سليمان، 1997، 313).

2. عامل الاستعداد العضوي أو التهيب Predisposition:

من ناحية أخرى فإن بعض الدراسات تشير إلى أن الطفل قد يرث الاستعداد للإصابة باضطراب ما، ولكن هذا الطفل لا يرث المرض أو الاضطراب في حد ذاته، ومما لا شك فيه أن عامل الاستعداد العضوي والعصبي من العوامل الهامة التي ترتبط بدورها بالعوامل الوراثية، كما يتأثر هذا

العامل بالعوامل المؤثرة على الطفل قبل وأثناء وبعد ولادته، وعامل الاستعداد يؤثر في وظائف الجسم العصبية والعضوية والكيميائية... وقد يوجد لدى طفل دون آخر وفي الأسرة الواحدة نفسها، ومعظم الاضطرابات الناجمة عن عامل الاستعداد غالباً ما تكون بسبب عدم توفر ظروف بيئية (كيميائية - حيوية - فيزيقية) لتحقيق تفاعل إيجابي للمورثات داخل البويضة الملقحة، مما يؤدي إلى تكوين كائن عضوي أو جنين يعاني من الضعف في تكوينه البنيوي العام، وهذا الضعف قد يتركز في بعض أعضاء الجسم دون غيرها، مثل جهاز الدوران أو القلب أو الجهاز العصبي، أو في الحواس، أو في جهاز التنفس.. الخ، فإذا تسَلَّطت المشكلات الصحية والعضوية (لأسباب ما) وكذلك الضغوط psychological pressure والصراعات النفسية conflict على الفرد، وخاصة في مراحل نموه المبكرة فإن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى اضطرابات عضوية بنيوية أو وظيفية غالباً ما تترك أثرها السلبي في نشأة الفرد وقدراته ومهاراته ووظائفه الحياتية، ولا يشترط أن يكون موضع الاضطراب محدداً أو يمكن تشخيصه وخاصة بعض الاضطرابات العصبية التي تؤثر في وظائف الفرد (الحجار، 2004، 107).

3- عوامل ما قبل الولادة وبعدها:

من العوامل التي تساهم في اضطراب فرط الحركة لدى الأطفال تلك التي تؤثر في الجنين والأم قبل الولادة وبعدها، حيث تؤكد الدراسات أن الجنين البشري يكون حساساً جداً لجميع التغيرات التي تطرأ على الأم، فإن إصابة الأم الحامل بحمى الحميراء (الحصبة الألمانية) يؤدي إلى حدوث شذوذات أو ضعف لدى الجنين، كما أن سوء التغذية malnutrition لدى الأم يؤدي إلى ضعف بنيوي ووظيفي لدى الجنين قبل ولادته وبعدها، ومن بين العوامل المؤثرة في الجنين العقاقير والأدوية التي تتناولها الأم في أثناء الحمل مثل عقار "الثاليدوميد Thalidomide" الذي استعملته الأمهات (في السابق) كمضاد لإقياء الحمل والغثيان، فقد لوحظ أن لهذا العقار تأثيراً ساماً مشوهاً على الجنين، وكذلك عقار الأمينوبترين Aminopteine الذي يؤدي إلى إنهاء الحمل، يضاف إلى ذلك العقاقير المضادة للصرع، والأدوية المهدئة والمنومة وأدوية (الحمية) المسببة لفقدان الشهية للطعام Anorexia مثل عقار Dextroamphetamine، وكذلك عقار الكينين، وعقاقير الهلوسة والمخدرات مثل الكوكائين (أطفال الكوكائين) والمورفين والحشيش وحالات التدخين الحاد وتعاطي الكحوليات... كذلك يؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في بنية الجنين وجهازه العصبي ونموه فيما بعد، بالإضافة إلى أن هذه العقاقير قد تؤدي إلى ولادة قبل الأوان أو ولادة مشوهة مع آلام في المخاض لدى الأم. يضاف إلى ذلك سوء التغذية لدى الأم والجنين، وقد تبين أن نقص البروتينات والفيتامينات لدى الأمهات وفي المراحل المبكرة للحمل يقوم بدور مهم سلبي في نمو حملهن حيث

ينجبن غالباً أطفالاً ضعافاً، كما أن إصابة الأم بضغط الدم ومرض السكر وبالأعراض المعدية الإنتانية التي تسبب نقل الفيروسات والبكتيريا إلى الجنين (عبر المشيمة)، مثل فيروسات مرض الجدري والحصبة والنكاف والحمى القرمزية والأنتلوزا وغيرها، مما يحدث اضطراباً في نمو الجنين، وقد تؤدي إلى إصابته قبل أو بعد ولادته. وهذه الفيروسات قد تؤدي إلى التهاب السحايا Meningitis أو التهاب الحبل الشوكي، أو استسقاء الدماغ، أو صغر حجمه، أو إصابات عصبية عضوية وظيفية أخرى (حجار، 2004، 37).

كما أن التعرض المفرط للكم لأشعة إكس أثناء الحمل، أو إلى أشعة الراديو قد يؤدي إلى الإجهاض، أو إلى شذوذات عقلية أو جسمية مع اضطراب في وظائف الجهاز العصبي، ويرى بعض الباحثين بأن تقدم عمر الأم، أو تعرضها لضغوط نفسية psychological pressure حادة في أثناء الحمل، بالإضافة إلى اتجاه الأم نحو حملها ومدى رضاها عن ذلك، وعملية الولادة في حد ذاتها، والتغيرات البيو كيميائية العصبية والهرمونية المرتبة على ذلك، بما في ذلك إفرازات الأدرينالين، والنور أدرينالين، ونقص هذه المواد الهرمونية في ساق المخ Brain Stem مما يترتب عليه أعراض فرط الحركة لدى الطفل. هذا، وقد تم قياس مادة النور أدرينالين في دم طفل فرط الحركة وفي بوله وفي النخاع الشوكي، وتبين نقصان هذه المادة لدى أطفال فرط النشاط الحركي، وهذا ما يجعل الباحثين يعتمدون فكرة أن العقاقير المنبهة تساعد في التقليل من سلوكيات فرط الحركة. (الجمالي، 1965، 57).

4- أساليب التنشئة الأسرية الخاطئة وتعرض الطفل للرعاية الزائدة، أو للحرمان والمشاكل الأسرية:

فعلاقة الأم بطفلها تعتبر بدايات لنمو قدرات الطفل وإدراكاته، وكذلك من أجل توفير النمو الصحيح للوظائف العضوية والعقلية والنفسية والاجتماعية لدى الطفل، ويمكن التمييز بين عدة أشكال لهذه العلاقة سواء بين الأبوين وطفلها، أو بين الأم وطفلها، وهذه الأشكال قد تنعكس إيجاباً أو تنعكس سلباً على شخصية الطفل وقدراته. (خيرى، 1968، 17).

فهناك على سبيل المثال الأم التي تبالغ في حماية طفلها لدرجة الدلال المفرط والقلق الشديد عليه، وهنا نجد الطفل لا ينمو في شخصيته وفي قدراته النمو السليم، ونجده يعتمد اعتماداً شديداً كلياً في إشباع حاجاته على الآخرين، ولا يتحمل المسؤولية، ولا يشعر بالواجبات، ويكون اكتالياً، سلبياً، لا مبالياً... مع قصور في النضج النفسي والعقلي والاجتماعي والحركي.

وهناك الأم ذات الشخصية المتسلطة القاسية التي تسقط عصبيتها ومشاكلها على طفلها (أو على كل من حولها)، وتعمل على تنمية حب العناد *disobedience* والمشاكسة والانفعال والبكاء وتدمير الأشياء والعذوان *aggression* أو الاستسلام والخضوع لطفلها. وهناك الأم (الترجسة) التي ترفض طفلها، أو تهمله بسبب عصبيتها أو جهلها أو كراهيتها لزوجها، أو بسبب مشكلات أسرية... وهناك الأم التي تغالي وتشد على النظام والطاعة والتمسك بالآداب مما قد يؤدي بالطفل إلى الجمود والصراع والإحساس بالإثم *sense of guilt* والقلق *anxiety* والخوف *fear* وضعف الثقة بالنفس واتهام الذات والإحساس بتأنيب الضمير، وبهذا الشكل لا يتوفر لدى الطفل الوعي الأمومي اللازم أو الفهم الكافي لخصائص الطفل مما يؤدي إلى اضطراب في عملية التربية الأسرية وبالتالي اضطراب السلوك، *conduct disorder* يضاف إلى ذلك عامل الحرمان العاطفي من الأم وذلك بسبب الانفصال أو الطلاق، أو الوفاة، أو انشغال الأم عن طفلها... وهذا الحرمان العاطفي من الأم بما فيه حرمان الطفل من عطف وحنان أمه، وفقدان العلاقة الحسية مع الأم من شأنه أن يؤدي إلى اضطراب في تنشئة الطفل (إبراهيم، 1999، 85).

ولا ننسى أيضاً دور الأب في معاملة أطفاله وتعويضه جزءاً من حنان الأم، فقسوة الأب وتسلطه يقيد نشاط الطفل وحركته أو يدفع به إلى العناد والعصيان، *stubbornness and disobedience* ولأن ما يهم الأسرة (والمعلم) هو ما يدركه الطفل من خلال توجيهات والديه أو معلميه، ولأن الطفل يستجيب سلوكياً حسب ما يدرك هو، وليس حسب ما يدرك الآخرون من حوله. لذا كان عامل فهم الطفل ومدرّكاته واحتياجاته ضرورياً في عملية إرشاد أو توجيه الطفل. ولهذا يفسّر العديد من علماء النفس ظاهرة فرط الحركة لدى الأطفال على أنها مؤشر على وجود مشكلات أسرية، وأن من المحتمل أن تكون شخصية الأم من النوع العصابي *neurotic*، المتوتر، القلق والفاسي أو المتسلط على أطفاله، وأن الطفل يعاني من النبذ والرفض من الأم أو من الأب، وغير ذلك. ومن العوامل الأسرية البارزة في مجال فرط الحركة الحرمان الحسي المبكر للطفل من المثيرات الحسية البيئية التي تعمل على تنمية قدرات الطفل العقلية ومهاراته مثل الانتباه *attention* والفهم والتركيز والقدرة على التعلم وغير ذلك، فالطفل الذي يعيش في أسرة مفككة أو فقيرة أو محرومة لا تستطيع أن توفر المثيرات الحسية اللازمة لنمو الطفل مثل الألوان والألعاب والرحلات والمحادثة والرسومات وغير ذلك من أشياء تساعد على نمو قدراته ومهاراته الحسية والحركية والعقلية. (الغريب، 1968، 61).

5- عوامل أخرى محتملة:

هناك عوامل أخرى تساهم في اضطراب سلوك فرط الحركة لدى الأطفال، من هذه العوامل على سبيل المثال التأثير السلبي لبعض الحوافظ الغذائية وبعض الأحماض التي تكثر في أغذية الأطفال المصنّعة، وكذلك تعرض الطفل إلى فقد الأوكسجين في أثناء ولادته أو بعدها، أو تعرض الطفل إلى حمّى أو تشنجات في صغره أو إلى التسممات Intoxication، كما وجدت علاقة بين نقصان وزن الطفل عند ولادته، وكذلك الولادة قبل الأوان وحالات فرط الحركة وشروء الذهن لدى الأطفال، وكذلك السلوك العدوانى (رمزي، 1969، 205).

خصائص ذوي اضطراب فرط النشاط الحركي الزائد ونقص الانتباه:

اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد يشمل مجموعة من المظاهر المتنوعة التي تلاحظ على الأطفال المصابين بهذا الاضطراب (Turnbull, at el, 2004) أظهرت الأبحاث أن هنالك ثلاثة أنواع فرعية يمكن تشخيصها فيما يتعلق بهذا الاضطراب على سبيل المثال أظهرت الدراسة التي قام بها (Morgan, Hynd, Riccio, & Hall, 1996) أن الأطفال ذوي نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد المصابين بخصائص الاضطراب (نقص الانتباه، والنشاط الحركي الزائد) أظهروا أعراض أكثر من المشاكل السلوكية بالمقارنة بالأطفال الذين لديهم عرض أحادي ونقص الانتباه بالإضافة إلى ذلك فدراسة أجراها (Bauermeister, and Reina, 2003) وآخرون وجدوا أن الأسرة تتأثر بشكل أكبر إذا كان الطفل مصاباً بالعرض الثنائي، حسب تقييم الجمعية الأمريكية للطب النفسي فإنه يوجد ثلاثة أنواع فرعية من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد:

- النوع الأول: نقص الانتباه predominantly Inattentive:

وهو ما كان يطلق عليه (ADD) ويعاني الأطفال المصابون بهذا العرض بمشكلة في القدرة على التركيز والانتباه في غرفة الصف ويعانون من النسيان forgotten وسرعة التشويش عليهم speed noise (Turnbull, at el, 2004)، ويمكن تلخيص بعض خصائصهم والأعراض التي يعانون منها حسب ما ذكرتها (Rief):

أ) سرعة تشتت الانتباه بأي مثير خارجي مثل الصوت أو الحركة مثل الصوت في البيئة المحيطة، ولا يعير انتباهاً عندما يتم التحدث مباشرة إليه.

ب) صعوبة في تذكر التعليمات وتأديتها، ولديه صعوبة في الحفاظ على الانتباه في المهمات ونشاطات اللعب، ويعاني من النسيان للنشاطات اليومية.

ج) عدم إكمال الواجبات مما يؤدي إلى أعمال مدرسية غير كاملة.

د) عدم القدرة على العمل باستقلالية، يحتاج إلى درجة عالية من الانتباه من قبل المدرس.

- النوع الثاني: النشاط الحركي الاندفاعي **Predominantly Hyperactive-Impulsive Type**:

ويشمل هذا النوع الأطفال الذين لا يستطيعون الجلوس بثبات ويتكلمون بكثرة ويعانون من عدم القدرة على اللعب بهدوء (Turnbull, at el, 2004)، ويمكن تلخيص بعض خصائصهم والأعراض التي يعانون منها حسب ما ذكرتها (Rief, 2005):

أ) حركة دائمة ومتواصلة طوال اليوم، يترك المقعد في الصف الدراسي عندما يتوقع منه أن يكون جالساً في مقعده.

ب) لا يستطيع الجلوس بثبات، دائماً ما يقفز ويتحرك حول الكرسي أو يقف على الطاولة.

ج) يتميز الأطفال بالطاقة العالية بمعنى حركة مستمرة لا يهدأ الطفل خلالها، كالركض والتسلق بشكل كبير في مواقف وأماكن من المفترض ألا يفعل ذلك فيها.

د) دائماً يشعر بحاجة للعب بأي شيء بيديه أو محاولة الوصول إلى أي شيء بيديه باستمرار.

هـ) يجد صعوبة في المواقف التي تتطلب الانتظار بصبر.

- النوع الثالث: نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد **Combined Type, ADHD**:

ويشمل الأطفال الذين لديهم نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد ويمكن القول إن أغلب الأطفال من الـ (ADHD) لديهم كلا الاضطرابين وتقدر النسبة بحوالي (85%) من الأطفال الذين لديهم هذا العرض.

انتشار حالات فرط الحركة:

بشكل عام لا يوجد دراسات دقيقة في العالم العربي تحدد نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي، وعلى كل حال في الولايات المتحدة الأمريكية تتراوح نسبة الأطفال ذوي اضطراب فرط النشاط الحركي بين (3-5) أو (7%) (رمزي، 1969، 22).

الآثار السلبية لفرط النشاط الحركي:

أولاً: الآثار على النمو الجسمي physical growth :

تؤدي الحركة المفرطة وعدم الهدوء والاستمرار ببذل الطاقة إلى إصابة الطفل بالإعياء وتدهور المستوى العام، ويصبح عرضة للإصابة بالأمراض أكثر من غيره، بالإضافة إلى أن بعض الأطفال تضطرب لديهم الدورة الدموية ونبضات القلب بسبب تحركاتهم المستمرة وعدم السكون، وتسبب الحركة الكثيرة التي يمارسها الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي في تعرضهم لإصابات مثل: (كسر أيديهم، وأرجلهم)، وقد يؤدي اندفاعهم أو تسرعهم لتناول بعض المواد السامة أو الأدوية غير المخصصة للأطفال مما يؤدي إلى التسمم، ويلاحظ على هؤلاء الأطفال انخفاض في مستوى اللياقة البدنية واضطرابات المهارات الحركية ونقص الكفاءة بالألعاب الرياضية التي تحتاج إلى تناسق حركي، وأسلوب نظامي في أدائها، حيث تشير نتائج الدراسات إلى أن الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي بالرغم من حركاتهم المفرطة، إلا أنهم يقبلون على الألعاب التي تحتاج إلى قدر من النظام والتركيز (إبراهيم، 1995، 43).

ثانياً: الآثار على النمو الاجتماعي social growth :

أظهرت نتائج الدراسات أن الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي يفشلون في إقامة علاقات طيبة مع الآخرين، ويعانون دائماً من سوء التوافق maladjustment ونقص المهارات الاجتماعية lack of social skills، حيث يمارس هؤلاء الأطفال حركات زائدة بشكل قهري compulsion ولا يهدؤون فيزعجون من حولهم، مما يؤدي إلى النفور منهم، والإحجام عن التعامل معهم، فيحرم هؤلاء الأطفال من التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وقد لوحظ أن هؤلاء الأطفال إذا اشتركوا مع زملائهم في ألعاب نظامية فإنهم لا ينتظرون دورهم بسبب اندفاعهم وتسرعهم، فتسوء العلاقات فيما بينهم وبين زملائهم، وهكذا يقع هؤلاء الأطفال في دائرة من التفاعلات السلبية مع الآخرين. وتشير دراسات أخرى إلى أن السلوك العدواني aggressive behavior أثر آخر للنشاط الحركي الزائد يتجلى من خلال الاعتداء على الأخوة والزملاء والمدرسين، وذلك في الكلمات البذيئة والحركات العشوائية المؤذية. (الحجار، 1998، 67).

ثالثاً: الآثار على النمو الانفعالي emotional growth :

إن معظم الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي يعانون من اضطرابات انفعالية emotional disturbances كثيرة منها:

■ الاكتئاب depression.

■ انخفاض مفهوم الذات low self-concept .

■ يتعرضون لنقد الآخرين ونفورهم بسبب ممارساتهم السلوكية الشاذة وغير المقبولة والعذوان عليهم.

وعندما يشعر هؤلاء الأطفال بأنهم منبوذون ممن حولهم يشعرون بقلّة الشأن وعدم الأهمية، فيتدهور مفهوم الذات لديهم، كما أن فشل هؤلاء الأطفال في إقامة علاقات حسنة مع أقرانهم مما يؤدي إلى ابتعاد زملائهم عنهم وتجنبهم لهم بسبب مشاكستهم، وإزعاجهم لهم، فيجعلهم عرضة للعزلة والإصابة بالاكتئاب depression والإحباط frustration. (إبراهيم، 1993، 12).

رابعاً: الآثار على المهارات التعليمية للطفل educational skills of the child:

لوحظ أن الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي يعانون من مشكلات تعليمية كثيرة حيث يواجهون صعوبات في تحصيل المهارات المعرفية cognitive skills وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي، والأطفال لا يهدؤون ودائماً مشتتو الانتباه ويفشلون في أداء المهارات التي تتطلب السرعة في إنجازها حيث تفقدهم الدافعية motivation ويتعدون عن المهام التي تحتاج إلى التفكير والتركيز. (إبراهيم، 1993، 13).

تشخيص حالة فرط الحركة

Diagnostic and Statistical Manual كتيب التشخيص والاحصاء الرابع الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA. يجب الأخذ بعين الاعتبار أن هذه الأعراض التي تؤكد عليها هذه المعايير يجب أن تكون قد استمرت لدى الطفل على الأقل لمدة ستة أشهر، وفي الوقت نفسه تظهر بالملاحظة ورأي الأسرة والمعلمين وغيرهم أن هذه الأعراض غير مناسبة لعمر الطفل ومنحلة نموه، وغير تكيفية، وأصبحت من الشدة بحيث يمكن أن تترتب عليها مضاعفات متعددة تكون أشد خطورة على الطفل وأسرته من الحالة نفسها، وهذه المعايير التشخيصية هي كالتالي:

«أعراض فرط الحركة Hyperactivity Symptoms:

أحياناً ما يجري الطفل بسرعة، أو يتساق الأشياء، أو يقوم بحركات مفاجئة... في مراقبته غير مناسبة لا تتطلب مثل هذا السلوك. ويتم ذلك من مشاعر عدم الراحة أو الاستئثار لدى الآخرين.

2- غالباً ما يترك مقعد الدراسة داخل الصف أو في أي مكان آخر حيث يتوقع منه الجلوس، ويتحرك بملل أو أنه يتلوى على الكرسي الذي يجلس عليه.

3- غالباً ما يجد صعوبة في عملية اللعب أو الانشغال بأنشطة وقت الفراغ.

4- غالباً ما ينتج بانفعالات نحو نفسه أو أنه يتصرف كما لو أنه مقاد بمحرك.

5- يتكلم بشكل زائد عن الحد، ويجيب عن الأسئلة قبل إتمامها، ويمكن أن يفشي سرّاً ما.

6- يجد صعوبة في عملية الانتظار وليست لديه قدرة على الصبر أو التحمل حيث يقاطع الآخرين كثيراً، ويقحم نفسه في مواقف دون مبرر.

وهذه المعايير الثلاثة الأخيرة تشير إلى سمة الاندفاعية impulsivity لدى الطفل، ويجب أن تستمر هذه الأعراض أيضاً على الأقل لمدة ستة أشهر لدى الطفل وتكون واضحة للآخرين.

ويجب أن يتحقق على الأقل ستة من هذه الأعراض أو أكثر إن بعض أعراض سلوك فرط الحركة قد تظهر قبل عمر سبع سنوات، وقد تؤدي هذه الأعراض إلى اضطراب في الوظائف الأسرية والاجتماعية والمدرسية، ويمكن أن يؤثر ذلك في مستقبل الطفل (الزباد، 2001، 113).

الطريقة المثلى لتشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي هي التشخيص الشامل المتعدد التخصصات، وقد اقترح (Turnpull, 2004) نموذج للتشخيص يتكون من أربع مراحل أساسية كمرتكزات للتشخيص:

1. الملاحظة الأولية من قبل الوالدين أو المدرس.
2. المسح الأولي: ويتم في هذه المرحلة جمع معلومات أولية وإجراء اختبارات ذكاء individuality tests of intelligence وتحصيل جمعية على الطفل بالإضافة لإجراء مسح طبي عام لاستبعاد أي مشكلات في القدرات الحسية الأخرى.
3. مرحلة ما قبل التحويل للتشخيص الشامل: وفي هذه المرحلة يتم تطبيق توصيات المرحلة السابقة على أمل أن يتم التعامل مع المشكلة بدون عملية التحويل.
4. التحويل للتشخيص الشامل: وفي هذه المرحلة يتم إجراء تقييم نفسي وإجراء اختبارات ذكاء وتحصيل فردية وتطبيق قوائم تقدير السلوك وملاحظة متقنة بالإضافة إلى إجراء تقييم مبني على المنهج.

ثم بعد انتهاء التشخيص من قبل الفريق المتعدد التخصصات يقوم هذا الفريق بوضع الخطة التربوية الفردية ومن العناصر الأساسية في عملية تقييم وتشخيص الأطفال ذوي اضطراب فرط النشاط الحركي هو التنوع في تطبيق المقاييس سواء قوائم تقدير السلوك أو الاختبارات الفردية المقننة بالإضافة إلى التاريخ السابق للطفل وجمع ما أمكن من معلومات عن الطفل في المدرسة ومراجعة سجلات المدرسة (Charlottesville, 2007 141). وبما أن هنالك بعد طبي وتربوي أكاديمي تربوي وسلوكي ونفسي في هذا الاضطراب فلا بد أن يكون الفريق الذي يعمل في التشخيص فريق متعدد في التخصصات.

كيفية التعامل مع الطفل ذي فرط النشاط الحركي:

إذا كان طفلك ذا نشاط زائد فعليك اتباع التوصيات التالية في التعامل معه بالإضافة إلى أساليب أخرى نذكرها فيما بعد. ولا تقتصر هذه التوصيات على ذوي النشاط الزائد، بل تفيد في تربية جميع الأطفال لتحقيق الوقاية من النشاط الزائد، ومن تعرضهم لأي مشكلات سلوكية أخرى واضطرابات انفعالية تنشأ من الأساليب الخاطئة في التربية.

1. أشعر الطفل بالحب، وأشعره بالأهمية، وابتسم في وجه الطفل كلما التزم الهدوء ولو لدقائق.
2. ابتعد عن أسلوب الأمر في التعامل، وعن أسلوب المناقشات الطويلة، ولا تستخدم التعليمات مع الطفل.
3. تجاهل حركات الطفل التي تضايقك. ولا توبخ الطفل أمام الآخرين مهما كانوا صغاراً أم كباراً.
4. كلف الطفل بأعمال بسيطة ينجح في أدائها، ثم شجعه على الأداء الناجح فوراً بإعطائه بعض الأشياء التي يحبها.
5. عذِّد الطفل بزيادة المكافأة إذا تكرر الأداء المطلوب ولا تخلف بوعده، ولا تستخدم أسلوب التهديد والوعيد مع الطفل، واستبدل هذا بأسلوب الترغيب.
6. لا تتوقع من الطفل إطاعة الأوامر بعد مكافأته وإثابته، فإذا أطاع كرر المكافأة، وإذا عاند اسحب المكافأة دون تجهم أو عقاب. فسحب المكافأة في حد نفسه عقوبة للطفل، ولكنه من أفضل أساليب العقاب.
7. لا تذكر السلوكيات غير المرغوب فيها للطفل له ولا لغيره، فذلك إن تم أمام الآخرين أدى إلى عناد الطفل أكثر وزاد من هذه السلوكيات، وظهر عداؤه أكثر.

7. يمكن الإشارة إلى الخطأ في نفس لحظة وقوعه من الطفل وأنه سلوك غير مرغوب فيه، وإذا كرر تجاهل ذلك، ولا تقدم للطفل نماذج للسلوك غير المرغوب فيه ثم تحذره من فعله فهذا يثبت عنده هذا السلوك، وقدم له نماذج للسلوك المرغوب فيه فقط وحبب إليه تقليده.
8. وأخيراً إذا كان لا بد أن توبخ الطفل على سلوك أو فعل سيء فوجه عبارات النقد للسلوك والفعل وليس للطفل نفسه، فمثلاً:

- قل: هذا السلوك خطأ... ولا تقل أنت مخطئ.

- قل: هذا الفعل رديء... ولا تقل: أنت رديء.

- قل: هذا العمل ينقصه استخدام الذكاء... ولا تقل: أنت غبي أو أحمق.

- قل: من الممكن أن تفعل كذا وأنت تستطيع ذلك... ولا تقل: لماذا فعلت كذا وقد أسأت التصرف.

(فراج، 1986، 77)

وهناك العديد من استراتيجيات التدخل التربوي السلوكي والأكاديمي، ومن العوامل الهامة التي تساعد على نجاح الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي الزائد في المدرسة:

1- لابد لكل من حول الطفل الإلمام بقدرة هذا الطفل على الإنجاز وبشمل المدرسين والوالدين والراشدين المحيطين بهذا الطفل.

2- الوضوح والترتيب: لابد أن يتم تعليم هؤلاء الأطفال في بيئة واضحة وممكن التنبؤ بها.

3- تواصل جيد وفعال بين البيت والمدرسة: من المهم للمدرسين أن يكونوا على تواصل مستمر مع الوالدين بخصوص وضع الطفل وعلى الوالدين أن يكونوا على نفس المستوى من التواصل مع المدرسة.

4- التعامل والعمل كفريق في المدرسة: لابد أن يتكاتف العاملون في سبيل تقديم خدمة متكاملة للطفل وبما أن هناك أعضاء خارج المدرسة من الأطباء فلا بد من وجود آلية واضحة لعملية التواصل والتعامل في سبيل تقديم الخدمة.

5- طرائق تدريس تفاعلية: أن يستخدم المدرس طرائق تدريس تشجع على التفاعل بين المعلم والمتعلم وتسعى إلى جعل الطالب أن يتفاعل مع المعلم بشكل أفضل.

6- إدارة صف فاعلة وإيجابية: حيث يكون المعلم قادراً على إدارة الصف بفاعلية ومدرّكاً لكل ما يمكن أن يسبب السلوك غير المرغوب فيه.

7- تعديل وموائمة البيئة الصفية: وهي أن يكون المعلم قادراً على تعديل وموائمة طرائق التدريس والمحيط البيئي الصفّي بما يتناسب مع احتياجات الطفل (الفرماوي، 1998، 19).

8- رغبة ومرونة المدرس لعمل تعديلات وموائمة لاحتياجات الطفل.

9- مساعدة وتدريب في مهارات التنظيم والتعلم: وهي قدرة المدرس على مساعدة الطفل ذي اضطراب فرط النشاط الحركي على اكتساب مهارات في التنظيم بالإضافة إلى تزويدهم بمهارات التعليم المناسبة.

10- معرفة المدرسين وفهمهم لاضطراب فرط النشاط الحركي: ويعتبر فهم المدرس لطبيعة وخصائص هذا الاضطراب أحد أهم العناصر التي تساعد المعلم على التعامل مع الأطفال الذين يعانون منه، ففقدرة المدرس على الموائمة والتعديل في البيئة الصفية مرهونة بمقدار فهم هذا الاضطراب.

11- تقليل كمية الواجبات المدرسية: لأن الأطفال ذوي اضطراب فرط النشاط الحركي يعانون من مشكلة التركيز ولديهم إشكال في مهارات التنظيم ومن الموائمات الضرورية تقليل كمية ما يعطى لها.

12- مساعدة ودعم إدارة المدرسة: تعاون الإدارة يعتبر أحد أهم العناصر التي تقوم بدور في نجاح تقديم خدمة تربوية تلبي احتياجات هؤلاء الأطفال.

13- الاحترام والتقدير والإيمان بالأنماط المختلفة للتعلم لدى الطلاب: مما لا شك فيه أن الإيمان بأن الطلاب يتمتعون بقدرات مختلفة واحتياجات متعددة تسهل في عملية الموائمة بما يتناسب مع احتياجات الأطفال جميعاً في التعليم (الفرماوي، 1998، 20).

وأولى الوفاقية من النشاط الحركي:

- توفير بيئة صحية مناسبة Rompte health environment:

أوضحت العديد من الدراسات بأن الظروف العقلية والجسدية للأم الحامل تؤثر في مستوى النشاط وفي تركيز انتباه ولدها، وخلال الحمل تتعرض الأم لأمراض عديدة وتتناول علاجات متعددة

وتتعرض للقلق الطويل أحياناً كما تتناول الأغذية غير الملائمة والكحول والسجائر والمهدئات sedatives وهذه كلها لها تأثير كبير في النشاط الزائد عند الأطفال (الفرماوي، 1988، 84).

كذلك فإن توفير الأغذية الجيدة والحماية للرضيع تضمن تحقيق أقصى قدر من النمو وحتى من المهة فإن الدراسات تشير إلى الأثر الموجب للأشياء المتحركة والألعاب المتنوعة على نضج الولد ومع تزايد نضجه يجب تجنب الإثارة المتزايدة (كالصوت المرتفع والشجار المستمر) أو الإثارة غير الملائمة (كالحرمان من مواد اللعب والخبرات العادية الأخرى)، إن نشاطات الولد الطبيعية والهادفة تنمو إلى أقصى حد ممكن في بيئة طبيعية عادية مرتبة إلى حد ما وربما أن هناك علاقة بين النشاط الزائد ومناكدة المعلم المرشد للطفل لذا يجب تجنب مثل هذا السلوك (صادق، 1985، 93).

- تعليم الطفل نشاطات هادفة:

كثيراً ما يقلل المربون من أهمية تأثير تعليمهم المستمر للطفل السلوك الهادف فالانتباه والثناء على إنجاز يحققه الطفل في سنواته الأولى سوف يقوي السلوك الفعال.

إن التعليم المبكر بملاحظة يضع الأساس لسلوك التركيز عند الولد وخلال الطفولة فإن مستوى نشاط الأهل ومدى فعالية هذا النشاط يمثل نموذجاً يمكن تقليده بالنسبة للطفل. مثال: (يجب أن أنتهي من هذا وبعد أسبوع أستريح) كما تستخدم اللغة أيضاً كأداة للمتابعة الذاتية: مثال (هذه لم يتم إنهاؤها بشكل مناسب لذا على أن أصلحها (صادق، 1985، 93).

- إن استخدام الملقط FRICKS في أثناء عملية الولادة والجرعات الكبيرة من العلاجات لها علاقة بأسباب النشاط الزائد والقهرية compulsion وتشتت الفكر والعدوان aggression لذلك فالولادة الطبيعية هي الوسيلة المفضلة لتجنب المشاكل الفيزيولوجية للجهاز العصبي المركزي للطفل الجديد (منصور، 1990، 338).

- ومن طرق الوقاية:

التغذية المناسبة والوقاية من التعرض للمثيرات الجنسية للطفل حتى في المهة، كما يجب تجنب حرمان الأطفال من ممارسة ألعابهم المفضلة، وإن تقبل الطفل والتكيف مع مزاجه الطبيعي يمنع حدوث المشكلات (إبراهيم، 1993، 16).

طرق علاج فرط الحركة:

غالباً ما يتطلب علاج اضطراب النشاط الزائد لدى الأطفال تدخلاً طبياً وتعليمياً وسلوكياً ونفسياً وتسمى هذه المقاربة العلاجية الشاملة بالمقاربة المتعددة الأنماط، وتتطلب هذه المقاربة بين كل من الطبيب والوالدين والمعلم والمرشد النفسي الطلابي. وبذلك تتلخص الأساليب العلاجية بالآتي:

أولاً: العلاج الطبي الدوائي:

ويتم ذلك في العيادة الطبية حيث يفحص الطفل من قبل طبيب الأطفال أولاً للتأكد من سلامته السمعية وخلوه من الأمراض المعدية أو غيرها ومن ثم يحول إلى الطبيب النفسي أو طبيب الأمراض العصبية وهو بدوره يحصل على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن طريق الوالدين والمدرسين والمرشد الطلابي وكل من له علاقة مباشرة في التعامل مع الطفل.

وتفيد المنبهات العصبية وعلى عكس المتوقع كثيراً في علاج النشاط الحركي المفرط عند الطفل فهي تؤدي إلى هدوء الطفل وزيادة فترة التركيز عنده، ولا تعطى هذه الأدوية إلى الأطفال ممن هم في سن المدرسة وأهمها (الريتالين - والدكسيدرلين) وهي لا تعطى ولا تصرف إلا تحت إشراف طبيب الأطفال وأهم التأثيرات الجانبية لهذه الأدوية هو الصداع والأرق insomnia وقلة الشهية lack of appetite لذا يجب ألا يكون العلاج دوائياً وحده وإنما يقترن مع العلاج السلوكي ولا بد من الإشارة إلى أن 70 إلى 80% تقريباً من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يتجاوبون مع هذه الأدوية وقد ظهر تقدم دراسي ملحوظ لدى الطلاب الذين يتناولون هذه الأدوية وزيادة التركيز والانتباه والجهود في العمل وتراجع نسبة النشاط والانفعال والتصرفات السلبية في التفاعلات الاجتماعية وانخفاض العدائية الجسدية والكلامية.

وهناك أدوية أخرى من بين تلك التي تخفف الاندفاع والنشاط والعدائية تحتوي على مضادات للاكتئاب antidepressants ولاارتفاع ضغط الدم. ويبقى على كل أسرة أن تدرس إيجابيات تناول الأدوية وسيناتها (منصور، 1990، 339).

ثانياً: العلاج بالغذاء:

ينصح بعض الأطباء بعلاج النشاط الزائد لدى الأطفال عن طريق اتباع نظام غذائي يتضمن الامتناع عن تناول بعض الأطعمة التي تسبب الحركة الزائدة للأطفال خاصة الحلوى التي تحتوي على الملونات الصناعية والأغذية المحفوظة التي يدخل في حفظها المواد الكيماوية وذلك بعد أن

ظهرت أعراض النشاط الزائد عند بعض الأطفال الذين يتناولون مثل هذه النوعية من الطعام بصفة مستمرة ولفترة طويلة.

لكن لا بد من الإشارة هنا إلى أن امتناع الأطفال عن تناول هذه الأطعمة هو مجرد وقاية من تكرار آثارها الجانبية على الجهاز العصبي ولكن المظاهر السلوكية للنشاط الزائد تظل واضحة في سلوك الطفل ولكن ليس بالدرجة القديمة، إلا أن فاعلية العلاج بالغذاء لم تثبت كثيراً في علاج النشاط الزائد لأن هذا الاضطراب سببه الأساسي يرجع إلى العوامل الاجتماعية والنفسية والظروف البيئية السيئة أكثر. يحتاج هؤلاء الأطفال إضافة إلى التشخيص المناسب للتدريب المناسب، فهم بحاجة لبرنامج موضوع بدقة للتعامل مع تصرفاتهم كسلوكيات يجب تعديلها (أو ما يطلق عليه تربوياً تعديل السلوك behavior modification حيث إن كل تصرفاتنا هي في الأساس سلوكيات) ويتم ذلك باستخدام العديد من تقنيات العلاج السلوكي (إبراهيم، 1995، 17).

ثالثاً: العلاج السلوكي:

يعتمد العلاج السلوكي بالأساس على لفت نظر الطفل بشيء يحبه ويغريه على الصبر لتعديل سلوكه، وذلك بشكل تدريجي بحيث يتدرب الطفل على التركيز أولاً لمدة 10 دقائق ثم بعد نجاحنا في جعله يركز هذه المدة تنتقل إلى 15 دقيقة وهكذا. لكن يشترط لنجاح هذه الاستراتيجية في التعديل أمران:

الصبر عليه واحتماله إلى أقصى درجة، فلا للعنف معه، لأن استخدام العنف معه ممكن أن يتحول إلى عناد، ثم إلى عدوان مضاعف، ولهذا يجب أن يكون القائم بهذا التدريب مع الطفل على علاقة جيدة به، ويتصف بدرجة عالية من الصبر والتحمل والتفهم لحالته، وإذا لم تجد ذلك في نفسك فيمكن الاستعانة بمدرس ذي الاحتياجات الخاصة ليقوم بذلك.

يجب أن يعلم الطفل بالماز (الجائزة) وأن توضع أمامه لتذكّره كلما نسي، وأن يعطى الجائزة فور تمكنه من أداء العمل ولا يقبل منه أي تقصير في الأداء بمعنى أن يكون هناك ارتباط شرطي بين الجائزة والأداء على الوجه المتفق عليه (التركيز مثلاً حسب المدة المحددة) وإلا فلا جائزة ويخبر صراحة بذلك.

التعزيز الإيجابي positive reinforcement اللفظي للسلوك المناسب، وكذلك المادي وذلك، بحيث لا يخلو مجموعة من النقاط عند التزامه بالتعليمات، تكون محصلتها النهائية الوصول إلى

عدد من النقاط للحصول على مكافأة أو هدية، أو مشاركة في رحلة، أو غيرها (الفرماوي، 1988، 27).

وهذه الأساليب لتعديل السلوك ناجحة ومجربة في كثير من السلوكيات السلبية ومن ضمنها النشاط الحركي الزائد ولكن يجب التعامل معها بجدية ووضوح حتى لا تفقد معناها وقيمتها عند الطفل، مع الأخذ بعين الاعتبار طبيعة الطفل وأنه لا يمكنه الاستقرار والهدوء لفترة طويلة، ولذلك تستخدم في الأمور التي تجاوز حد القبول إما لضررها أو لخطورها، مع توضيح ذلك للطفل وذكر الحدود التي لا يمكنه تجاوزها.

وكذلك يمكن التحدث مع الطفل عن هدوئه وعن نشاطه الهادف وعلى الأب أحياناً أن يمتدح السلوك الهادف والمناسب عندما يقلد الطفل والده في السلوك الهادف (الفرماوي، 1988، 28).

جدولة المهام، والأعمال والواجبات المطلوبة والاهتمام بالإنجاز على مراحل مجزأة مع التدعيم والمكافأة وذلك بشرح المطلوب من الطفل له بشكل بسيط ومناسب لسنه واستيعابه. والاستعانة بوسائل شرح مساعدة لفظية وبصرية مثل الصور والرسومات التوضيحية والكتابة لمن يستطيعون القراءة، وعمل خطوات معينة يجب عملها تبعاً لجدول معين وفي وقت معين، ويتم تطبيق هذا البرنامج بوساطة متخصص نفسي ومتخصص تربية خاصة بالنضامن مع الأهل والمعلم والطبيب (إذا كان هناك حاجة مرضية مثل نقص مواد معينة بالجسم أو وجود ضرورة التحكم في فرط النشاط عن طريق أدوية معينة)، وتستجدي تفاصيل تطبيق هذه التقنيات في استشارة أخرى سنوردها لك في نهاية الاستشارة.

ويمكن التعامل مع الطفل في مثل هذه الحالة عن طريق وضع برنامج يومي واضح يجب أن يطبقه بدقة والإصرار على ذلك عن طريق ما يسمى بـ (تكلفة الاستجابة the cost of responding) وهي إحدى فنيات تعديل السلوك، وتعني هذه الطريقة (فقدان الطفل لجزء من المعززات التي لديه نتيجة سلوكه غير المقبول، وهو ما سيؤدي إلى تقليل أو إيقاف ذلك السلوك) ومثل ذلك إلغاء بعض الألعاب، بل وسحبها مقابل كل تجاوز يقوم به الطفل خارج حدود التعليمات (صادق، 1985، 107).

التدريب المتكرر على القيام بنشاطات تزيد من التركيز والمتابعة، مثل تجميع الصور وتصنيف الأشياء حسب (الشكل والحجم واللون) والكتابة المتكررة وألعاب الفك والتركيب وغيرها.

- العقود: ويعني بذلك عقد اتفاق واضح مع الطفل على أساس قيامه بسلوكيات معينة ويقابلها جوائز معينة والهدف هنا تعزيز السلوك الإيجابي وتدريب الطفل عليه ويمكننا إطالة مدة العقد مع الوقت، ويجب أن تكون هنا الجوائز المقدمة صغيرة ومباشرة، ونقدم على أساس عمل حقيقي متوافق مع الشرط والعقد المتفق عليه، ويجب أن يكون العقد واضحاً وعادلاً ويمكن تحقيقه، وعلينا أن نحترم العقود ونتمسك بها، والسلوك المرغوب فيه مثل أن أكون أهدأ في المدرسة وأن أكمل جميع الوظائف البيتية، وإذا قدم معلمي تقريراً إيجابياً بعد شهر من اليوم فإنك سوف تشتري لي جهاز الحاكي الذي اتفقنا عليه والمعلم والأب يراقبان درجة التحسن ويجب أن تكون الحركة الزائدة أقل ويجب إنجاز المواعيد بشكل لائق.

نموذج عقد Sample contract

أوافق على أن أكسب /10/ دولارات كدخل إضافي كل يوم وعلى مفاجأة خلال نهاية الأسبوع إذا جلست بشكل أهدأ خلال العشاء، الموقع (Signed) الأب (Parent).

- أرتب سريري وأكون جاهزاً في الوقت المحدد في الصباح.

- اخرج جميع القاذورات Garbage قبل الغداء.

- أجلس بشكل هادئ على العشاء، وتوضع إشارة على كل وظيفة.

- الجلوس الهادئ يجب أن يقيم من قبل الأب وكذلك يقدم الأب لابنه مفاجأة في نهاية الأسبوع أو يسمح له أن يمارس بعض الألعاب ومشاهدة أفلام أو زيارة الأقارب. (صادق 1985، 108).

- **نظام النقطة:** ويعني به أن يضع الأب أو المعلم جدولاً يومياً مقسماً إلى خانات مربعة صغيرة أمام كل يوم ويوضع في هذه المربعات إشارة أو نقطة عن كل عمل إيجابي يقوم به الابن سواء إكماله لعمله أو جلوسه بشكل هادئ أو مشاركته لأقرانه في اللعب بشكل هادئ أو مشاركته لأقرانه في اللعب بلا مشكلات، ثم تحتسب له النقاط في نهاية الأسبوع فإذا وصلت إلى عدد معين متفق عليه مع الطفل فإنه يكافأ على ذلك مكافأة رمزية.

ويمكننا إضافة النقطة السلبية التي تسجل في نفس الجدول عن أي سلوك سلبي يقوم به وكل نقطة سلبية تزيل واحدة إيجابية، وبالتالي تجمع النقاط الإيجابية المتبقية ويحاسب عليها.

ومن المهم جداً أن تكون هذه اللوحة في مكان واضح ومشاهد للطفل حتى يراها في كل وقت، ونظام النقط مفيد للطفل الذي لا يستجيب للمديح والإطراء، وهي مفيدة لأنها تتبع للسلوك بشكل

مباشر، ولكن يجب فيها المبادرة بتقديم الجوائز المتفق عليها على ألا تكون مكلفة للأسرة، وأن تقدم بشكل واضح ودقيق حسب الاتفاق حتى لا تفقد معناها. (الحجار، 2004، 117).

رابعاً: العلاج السلوكي المعرفي cognitive behavioral therapy :

ويسعى هذا النوع من العلاج إلى التعامل مع خلل سلوكي محدد مثل (الاندفاعية impulsivity) أو خلل معرفي مثل التششت الذهني disorientation فيتم تدريب الطفل على تخطي هذه المشكلات.

إن أهم المشكلات التي تواجه الطفل المصاب بهذا الاضطراب هو نقص القدرة على السيطرة على المثيرات الخارجية ولذلك يحتاج هذا الطفل إلى برنامج متكامل وفق الآتي:

المرحلة الأولى: تتضمن تأمين وتهيئة بيئة اجتماعية تقلل بها المثيرات الخارجية وخاصة خلال الجلسة التعليمية أو أداء الواجبات المنزلية.

المرحلة الثانية: تطبيق أساليب وفنيات العلاج السلوكي مثل التدعيم الإيجابي والسلبى والعزل حيث إن هذا الطفل يحتاج إلى معززات خارجية أكثر من غيره من الأطفال.

المرحلة الثالثة: تدريب الطفل على عملية الضبط والتنظيم الذاتي لسلوكه حيث إن هناك مجموعة من الفنيات العلاجية لسلوك الطفل غير المرغوب فيه داخل الأسرة أو في المدرسة.

ولكن بتضافر جهود الجميع يصبح العلاج فعالاً، ومن فنيات العلاج السلوكي المعرفي المناسب للطفل ما يلي:

- أسلوب التدريب على حل المشكلة في الموقف الجماعي.
- أسلوب لعب الأدوار role play لتدريب الطفل على بعض المهارات الاجتماعية social skills.
- أسلوب الضبط الذاتي للسلوك.
- أسلوب المطابقة: ويتم تدريب الطفل على فكرة مطابقة ما يقوله مع ما يفعل (ميخائيل، 1986، 119).

ثانياً: العدوان Aggression:

العدوان هو كل فعل يتسم بالعداء تجاه الموضوع أو الذات، ويهدف إلى التدمير، فهو سلوك يقصد به المعتدي إيذاء الشخص الآخر، كما أنه نوع من السلوك الاجتماعي يهدف إلى تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة وإيذاء الغير أو الذات، تعويضاً عن الحرمان deprivation أو بسبب التنشيط، ويسمى العدوان عندما يوجه إلى الآخر سادية Sadism، وعندما يرد إلى صاحبه يسمى مازوخية Masochism. (نمر، 1994، 36) والعدوان سلوك مكتسب عبر التعلم والمحاكاة imitation نتيجة للتعلم الاجتماعي Social learning، حيث إن الطفل يتعلم الاستجابة للمواقف المختلفة بطرق متعددة، قد تكون بالعدوان أو بالتقبل، وهذا يرجع إلى نوعية العلاقات داخل الأسرة، وطبيعة البيئة، والعوامل المؤثرة فيها (إبراهيم، 1982، 74).

وغالباً ما يتميز الطفل العدواني بكثرة الحركة، واللامبالاة indifference لما سيحدث له أو لغيره، والرغبة في إثارة الغير، والمشاكسة، وعدم المشاركة أو التعاون، وسرعة التأثر والانفعال، وكثرة الضجيج، والامتناع والغضب، والتمركز حول الذات، focusing on self وغالباً ما يكون مؤقتاً وعابراً، ونادراً ما يكون موجهاً نحو هدف معين، إنه يعبر عن حالة تؤثر نفسي تميل إلى الانتهاء بسلوكه العدواني الذي يفرغ من خلاله الشحنات الانفعالية cachexia التي يعاني منها، وبالرغم من وجود صفات سلبية للعدوان، إلا أنه ينطوي أيضاً على إيجابيات، فهو يدل على حيوية ونشاط وجراءة الطفل ويدل حينما يتطور الطفل في مراحل نموه على جذور الميل للتمسك بالحق والمثابرة والإرادة. والعدوان - من خلال الشجار بين الأطفال - يعتبر ظرفاً يتعلم منها الأطفال كثيراً من الخبرات، منها وجوب احترام حقوق غيرهم، ودور الصدق وسلبيات الكذب وينمي القدرة على ضبط النفس وإثبات الذات والسيطرة (بشناق، 2001، 228).

أشكال العدوان:

يمكن تصنيف العدوان إلى أشكال مختلفة:

- أ) عدوان لفظي Oral: عندما يبدأ الطفل الكلام، فقد يظهر نزوعه نحو العنف بصورة الصياح أو القول أو الكلام، أو يرتبط السلوك العنيف مع القول البذيء الذي غالباً ما يشمل السباب أو الشتائم واستخدام كلمات أو جمل التهديد.
- ب) عدوان تعبيرى "إشاري" Signal: يستخدم بعض الأطفال الإشارات، مثل إخراج اللسان، أو حركة قبضة اليد على اليد الأخرى المنبسطة، وربما استخدام البصاق، وغير ذلك.

ج) عدوان جسدي **Physical**: يستفيد بعض الأطفال من قوة أجسامهم وضخامتها في إلقاء أنفسهم أو صدم أنفسهم ببعض الأطفال، ويستخدم البعض يديه كأدوات فاعلة في السلوك العدواني، وقد يكون للأظافر أو الأرجل أو الأسنان أدوار مفيدة للغاية في كسب المعركة، وربما أفادت الرأس في توجيه بعض العقوبات.

د) الرمزي **Teasing**: واحدة من صور العدوان التي تؤدي في الغالب إلى شجار، وتكون أحياناً عن طريق السخرية والتقليل من الشأن.

هـ) البلطجة **Bullying**: ويكون الطفل المهاجم لديه تلذذ بمشاهدة معاناة الضحية، وقد يسبب للضحية بعض الآلام، منها الجسمية، ومنها شد الشعر أو الأذن أو الملابس أو القرص (محبوب، 2001، 57).

أسباب العدوان:

1. الرغبة في التخلص من السلطة: يظهر السلوك العدواني لدى الطفل حينما تلح عليه الرغبة في التخلص من ضغوط الكبار التي تحول دون تحقيق رغباته.

2. الشعور بالفشل والحرمان **Sense of Failure**: يظهر عدوان الطفل أحياناً انعكاساً للحرمان، وله ثلاث صور تسبب العدوان، الأولى عدوان كاستجابة للتوتر الناشئ عن استمرار حاجة عضوية غير مشبعة، والثانية عدوان يعقب الحيلولة بين الطفل وما يرغب فيه أو التضييق عليه، والثالثة حرمان مؤد لعدوان نتيجة هجوم مصدر خارجي يسبب الشعور بالألم، وأحياناً يفشل الطفل في تحقيق هدف أكثر من مرة مثل النجاح في لعبة فيوجه عدوانيته إليها بكسرها أو بقذفها بعيداً. وفي بعض الأحيان، حينما يشعر الطفل بحرمانه من الحب والتقدير - رغم جهوده لكسب ذلك - يتحول سلوكه إلى سلوك عدواني.

3. الحب الشديد والحماية الزائدة: الطفل المدلل تظهر لديه المشاعر العدوانية أكثر من غيره، فالطفل من هذا النوع يعيش في جو شديد الحماية، ومن ثم لا يعرف إلا لغة الطاعة لكل رغباته ولا يتحمل أبسط درجات الحرمان، ومن ثم تظهر سلوكياته العدوانية. (بشناق، 2001، 57).

4. الأسرة: لثقافة الأسرة دور كبير في تحديد مسؤوليات العدوان التي يجب أن يتخذها الطفل تجاه ما يقابله، كما أن للعلاقات داخل الأسرة بين الوالدين أو بين الطفل وأحد الوالدين دوراً في دعم العدوانية لدى الأطفال، ومن توصيات "سيرز" Sears، أن الطفل غالباً لا يكون عدوانياً إذا

كان الأيون يعتبران العدوان أمراً غير مرغوب فيه أو لا يجب ممارسته، إلا أن "بندورا" Bandura يفيد بأن الأطفال الذين يعاقبون على عدوانيتهم في المنزل يكونون عدوانيين في أماكن أخرى.

5. الشعور بعدم الأمان **insecurity** وقد يؤدي الشعور بعدم الأمان وعدم الثقة، أو الشعور بالنبذ أو الإهانة والتوبيخ، إلى انتهاج الطفل السلوك العدواني.

6. الشعور بالغضب **anger**: الغضب حالة انفعالية يشعر بها الأطفال ولكن هناك فروق بين الأطفال في تعبيرهم عن هذا الانفعال، فالبعض يتجه إلى الهدم أو الإلتلاف لبعض ما يحيط به، والبعض يعاقب نفسه ويضر بذاته بشد شعره أو ضرب رأسه بالأثاث (النمر، 1995، 19).

7. النموذج العدواني **aggressive form**: لوحظ ازدياد درجة العدوان لدى الأطفال الذين شاهدوا نماذج عدوانية لأشخاص مع لعب بلاستيكية، أو أفلام مصورة عن أشخاص يتصرفون بعدوانية، أو نماذج كرتونية تتصرف بعدوانية، حيث إن وجود الطفل بين مجموعة أطفال يمارسون هذا السلوك يشكل عاملاً رئيسياً في القضاء على الحواجز التي تحاول دون ممارسة الطفل لهذا السلوك.

8. الغيرة (**jealousy**): الأساس في انفعال الغيرة هو متغيرات القلق والخوف وانخفاض الثقة بالنفس، ونتيجة عدم راحة الطفل لنجاح غيره من الأطفال، يكون من الصعب عليه الانسجام معهم أو التعاون مع بعضهم، وربما اتجه إلى الانزواء أو إلى التشاجر معهم أو التشهير بهم.

9. الشعور بالنقص: نسبة من الأطفال تبدو عدوانيتهم نتيجة شعورهم بالنقص الجسمي أو العقلي عن الآخرين، ويكون منطلق ذلك مشاعر الغيرة نتيجة عدم الاكتمال مثل الأطفال الآخرين.

10. الرغبة في جذب الانتباه: بعض الأطفال يجذبون انتباه الرفاق أو الكبار باستعراض القوة عند ممارسة العدوان.

11. استمرار الإحباط: إن استمرار الإحباط لمدة طويلة يجعل الطفل عدوانياً.

12. العقاب الجسدي: إن عقاب الطفل جسدياً يجعله يدعم في ذهنه أن العدوان والقسوة شيء مسموح به من القوي إلى الضعيف.

13. الحرمان (deprivation): في بعض الأحيان، يُحرم الطفل من وسائل اللهو واللعب، ويواجه مشكلات وصعوبات كثيرة في سبيل الحصول عليها، الأمر الذي يغضبه ويدفعه إلى التمرد والعصيان وانتهاج منهج عدواني (النمر، 1995، 20).

العدوان فطري أم مكتسب؟

غرس أصحاب نظرية التحليل النفسي THE PSYCHOANALYTIC THEORY مفهوم العدوان على أساس أنه طبيعة فطرية في التكوين الإنساني، وأنه بالتالي ليس مكتسباً، (acquired) معترفين بأن أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية تسهم بدرجات متعددة في مدى كبر حجم هذه العدوانية أو صغرها، وهم يرون أن إمعان الطفل العدواني في سلوكه إنما يرجع إلى استخدام الأساليب الخاطئة في تربيته كتوجيه اللوم الشديد إليه، أو عقابه بالضرب، وعلى ذلك فقد ذهب أصحاب هذه النظرية في تحديد مفهوم العدوان إلى أنه سلوك واع شعوري، وأنه كذلك مجموع المشاعر والدوافع، التي تتضمن عنصر التدمير، ويعتبره البعض أنه النشاط التخريبي نتيجة الميل الطبيعي للاعتداء والتشاجر. وهذه المفاهيم تشير إلى أن العدوان استعداد فطري نشأ عن مصدر ثابت للطاقة يصعب استئصاله، ولكن يمكن استخدامه وتوجيهه في الاتجاه الإيجابي أو السلبي، ولذلك دعا بعض علماء النفس إلى التسامي بالعدوان كميكانيزم، للإسهام في بناء المسيرة التطورية للإنسان. (العيسوي، 2000، 24).

نظريات العدوان:

تعددت النظريات المفسرة للسلوك العدواني نتيجة لتعدد أشكال العدوان ودوافعه وهي:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

(أ) فرويد والنظرة التحليلية للعدوان:

يرى فرويد أن العدوانية واحدة من الغرائز التي يمكن أن تتجه ضد العالم الخارجي أو ضد الذات، ويقول فرويد بغريزتين أساسيتين توجهان الفرد وتمدانه بالطاقة الحيوية. غريزة الحياة: وهي منبع الطاقة الجنسية، وغريزة الموت التي تهدف إلى التدمير عندما تتركز في الفرد، وتأخذ طابع مشاعر الإثم وإدانة الذات والقسوة عليها، والتشدد معها، وهي إذا توجهت إلى الخارج فإنها تأخذ كل أشكال العدوانية، وعلى العكس منها غريزة الحياة التي إذا ما تركزت في الذات تشكل أساس كل اعتبار ذاتي، محبة الذات والحفاظ عليها، ولقد اعتبر فرويد العدوان، من خلال غريزة الموت، متأصلاً في الطبيعة البشرية، ومستقلة عن غريزة الحياة.

إن في تأكيد فرويد على الميل الفطري للعدوان في الإنسان، ما يجعله يغفل عن الأسباب الخارجية في نشوء مظاهر العدوان. (نمر، 1994، 132).

ب) نظرية ميلاني كلاين:

بالنسبة لها لم تكن غريزة الموت فطرية ولكنها كانت حقيقة ملموسة اكتشفتها في عملها، فإن مشاهدتها الإكلينيكية أقنعتها بأن غريزة الموت كانت غريزة أولية، وحقيقة يمكن مشاهدتها تقدم نفسها على أنها تقاوم غريزة الحياة، فالطمع والغيرة والحسد واضحة لكلاين كتعبيرات عن غريزة الموت.

وهدف العدوان حسب كلاين هو التدمير والكراهية والرغبات المرتبطة بالعدوان تهدف إلى: الاستحواذ على كل الخير (الجشع)، أن تكون طيباً مثل الشيء (الحسد)، إزاحة المنافس (الغيرة). وفي الثلاثة نجد أن تدمير الشيء وصفاته أو ممتلكاته يمكن من الوصول إلى إشباع الرغبة، فإذا أحبطت الرغبة يظهر وجدان الكراهية. (الفسفوس، 2006، 98).

ثانياً: النظرية السلوكية:

يرى السلوكيون أن العدوان شأنه شأن أي سلوك يمكن اكتشافه ويمكن تعديله وفقاً لقوانين التعلم، ولذلك ركزت بحوث ودراسات السلوكيين في دراستهم للعدوان على حقيقة يؤمنون بها وهي أن السلوك برمته متعلم من البيئة ومن ثم فإن الخبرات المختلفة التي اكتسب منها شخص ما السلوك العدواني قد تم تدعيمها بما يعزز لدى الشخص ظهور الاستجابة العدوانية كلما تعرض لموقف محبط، وانطلق السلوكيون إلى مجموعة من التجارب التي أجريت بداية على يد رائد السلوكية "جون واطسون" حيث أثبت أن الفوبيا بأنواعها مكتسبة بعملية تعلم ومن ثم يمكن علاجها وفقاً للعلاج السلوكي الذي يستند على هدم نموذج من التعلم غير السوي وإعادة بناء نموذج تعلم جديد سوي (الفسفوس، 2006، 100).

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي:

يعرف أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي السلوك العدواني بأنه سلوك متعلم على الأغلب، ويعززون ذلك إلى أن الفرد يتعلم الكثير من أنماطه السلوكية عن طريق مشاهدتها عند غيره وخاصة لدى الأطفال، حيث يتعلمون سلوك العدوان عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم وأصدقائهم.... الخ من النماذج ومن ثم يقومون بتقليدها، فإذا عوقب الطفل على السلوك المقلد فإنه

لا يميل في المرات القادمة لتقليده، أما إذا كوفئ عليه، فيزداد عدد مرات التقليد لهذا العدوان (الفسفوس، 2006، 101).

رابعاً: نظرية الإحباط – العدوان:

من أشهر علماء هذه النظرية نيل ميللر، روبرت سيزر، جون دولارد وغيرهم وينصب اهتمام هؤلاء العلماء على الجوانب الاجتماعية للسلوك الإنساني، وقد عرضت أول صورة لهذه النظرية على فرض مفاده وجود ارتباط بين الإحباط والعدوان حيث يوجد ارتباط بين الإحباط كمثير والعدوان كاستجابة، كما يتمثل جوهر النظرية في الآتي:

- كل الإحباطات تزيد من احتمالات رد الفعل العدواني.
- كل العدوان يفترض مسبقاً وجود إحباط سابق.

فالعدوان من أشهر الاستجابات التي تثار في الموقف الإحباطي ويشمل العدوان البدني واللفظي حيث يتجه العدوان غالباً نحو مصدر الإحباط، فعندما يحبط الفرد يوجه عدوانه إلى الموضوع الذي يدركه كمصدر لإحباطه، ويحدث ذلك بهدف إزالة المصدر أو التغلب عليه أو كرد فعل انفعالي للاضيق والتوتر المصاحب للإحباط (الفسفوس، 2006، 103).

خامساً: نظرية العدوان الانفعالي:

هي من النظريات المعرفية وترى أن العدوان يمكن أن يكون ممتعاً حيث إن هناك بعض الأشخاص يجدون استمتاعاً في إيذاء الآخرين بالإضافة إلى منافع أخرى، فهم يستطيعون إثبات رجولتهم ويوضحون أنهم أقوياء وذو أهمية وأنهم يكتسبون المكانة الاجتماعية، ولذلك فهم يرون أن العدوان يكون مجزياً مرضياً، ومع استمرار مكافأتهم على عدوانهم يجدون في العدوان متعة لهم، فهم يؤذون الآخرين حتى إذا لم تتم إثارته انفعالياً فإذا أصابهم ضرر وكانوا غير سعداء فمن الممكن أن يخرجوا في مرج عدواني (الفسفوس، 2006، 104).

سادساً: نظرية العدوان الإبداعي لباخ:

تبني باخ وجهة نظر هامة وابتكارية وذات فعالية عن طريق التعامل مع العلاقات الإنسانية المضطربة، والعدوان الإبداعي وفقاً لتصوير باخ: هو باختصار شديد نظام علاج نفسي وهو أيضاً طريقة تعلم ذاتي مصمم لتحسين مهارات الناس جذرياً للحفاظ على العلاقات السوية مع الآخرين.

والنظام العلاجي عن طريق العدوان الإبداعي والطرق التعليمية يركز على كل صيغ العدوان البشري المباشر وغير المباشر، السلبي الموجه نحو الذات والموجه نحو الآخرين فردياً أو جماعة. فالعدوان

الإبداعي شكل من أشكال العلاج الذي يؤدي إلى تفسير المشاعر والاتجاهات والأعمال العدوانية الصريحة والمستترة بطرق إعادة التدريب المباشر وأساليب العدوان المبدع فيقدم طقوساً وتمارين تدريبية تقلل من التأثيرات المؤذية من العدوان في الوقت الذي ترفع فيه من التأثيرات البناءة إلى الحد الأقصى. (الفسفوس، 2006، 106).

قياس السلوك العدواني:

بما أن العدوان ظاهرة سلوكية معقدة ليس لها تعريف واحد متفق عليه فإن عملية قياسه ستكون معقدة ويزيد من صعوبة قياس العدوان تباين وجهات النظر التي حاولت تفسيره ولذلك كله تعددت طرق قياس العدوان فمنها ما يتضمن ملاحظة السلوك العدواني في أثناء حدوثه بشكل مباشر ومنها ما يتضمن استخدام طرق القياس غير المباشر مثل قوائم التقدير والاختبارات الإسقاطية والمقابلة.

وفيما يلي أكثر الطرق شيوعاً:

1- الملاحظة المباشرة Direct observation:

تتم الملاحظة بعد تعريف السلوك العدواني تعريفاً إجرائياً وتتم الملاحظة في البيت أو في ساحة المدرسة أو في غرفة الصف.

2- قياس السلوك العدواني من خلال تحديد النتائج المترتبة عليه Measurement of permanent products:

في هذه الطريقة يتم تحديد مستوى السلوك العدواني عن طريق تحديد النتائج التي أحدثها الفعل العدواني بالنسبة للأشخاص المعتدى عليهم أو الممتلكات المستهدفة من ذلك الفعل. ويقوم المعالج السلوكي بتحويل البيانات التي يجمعها من خلال قياس السلوك إلى أحد الأشكال التالية: تكرار السلوك - معدل السلوك - نسبة السلوك.

3- التقارير الذاتية self-report inventories:

في هذه يقوم الطفل نفسه بتقييم مستوى السلوك العدواني الذي يصدر عنه فقد يسأل الطفل عن عدد المرات التي يتشاجر فيها مع الأطفال الآخرين في فترة زمنية سابقة محددة.

4- المقابلة السلوكية Behavioral interview:

إن المقابلة السلوكية تشبه المقابلة التقليدية إلى حد كبير فهي تشمل (الإصغاء، طرح الأسئلة المفتوحة،....) ولكن المقابلة السلوكية تتسم بالوضوح ومحاولة تحديد الاستجابات والظروف الحالية

بدقة، والمقابلة السلوكية لا تقتصر على المتعالج نفسه، ولكنها تشمل على الأشخاص المهمين أيضاً.

من المزايا الأساسية للمقابلة السلوكية كطريقة لتقييم السلوك العدواني أنها تسمح بجمع بيانات إضافية قد تساعد على التعرف إلى خصائص العدوان وعلى العوامل المرتبطة بها وظيفياً وغالباً ما تركز المقابلات السلوكية على تحديد الظروف التي يحدث فيها العدوان والعمليات المعرفية والانفعالية التي ترافق العدوان وأنواع السلوك العدواني وردود فعل الأشخاص الآخرين على حدوث العدوان أو النتائج التي تتبع السلوك العدواني.

5- المتابعة الذاتية self-monitoring:

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

6- اختبارات الشخصية personality test:

منها اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI) واختبار بقع الحبر لرورشاخ وهو من الاختبارات الاسقاطية.

7- تقدير الأقران Peer rating:

وتتضمن هذه الطريقة توجيه مجموعة من الأسئلة إلى عدد من الأطفال للإجابة عنها بهدف التعرف على الأطفال العدوانيين.

8- قوائم التقدير rating scales:

بعد الانتهاء من المقابلة يطلب معدل السلوك من الأشخاص المهمين في حياة المتعالج والإجابة عن أسئلة محددة تهدف إلى تقييم سلوك المتعالج وذلك من خلال استخدام قوائم تقدير سلوكية. أي أنه في هذه الطريقة يقوم المعلمون أو المعالجون أو الآباء أو غيرهم بتقييم مستوى السلوك العدواني باستخدام قوائم سلوكية محددة. (الخطيب، 1993، 52).

تطور مشاعر العدوان عند الأطفال:

- العدوان في مرحلة الطفولة المتأخرة (من ستة أعوام إلى اثني عشر عاماً):

ما أن يبلغ الطفل سن السادسة حتى يكون قد تكوّن لديه ضمير رادع لسلوكه العدواني، أي يكون قد نشأت في ذهنه أفكار عن الخير والشر، فضلاً عن اكتساب قدر طيب من الضبط الذاتي يجعله يحاول قمع النزاع التي يحس أنها خاطئة.

إن الطفل في هذه المرحلة قد يحمل في أعماقه شعوراً بالعداء، ولكنه لا يشتبك مع الآخرين إلا حينما يستفز خصمه، كي يدفعه إلى هجوم مضاد، مما يحمل الأطفال على الاعتقاد بأنه إنما يدافع عن حقوقه وكيانه.

وقد وجد "Feshbach" أن الطفل يكف عن "ثورات غضبه" TANTRUMS بعد الخامسة، ليستعمل الألفاظ العدوانية بدلاً عنها، وأن غضبه من الأشياء، يتسبب في عدوانه الآلي INSTRUMENTAL AGGRESSION بينما يتطور غضبه، بحيث يصبح نتيجة عدوان عدائي AGGRESSION HOSTILE وليس نحو أشياء، كما كانت الحال قبل الخامسة (اسكالونا، 1973، 72). ويمكن تلخيص مظاهر الغضب عند الطفل في تلك المرحلة على النحو التالي:

* في سن ستة أعوام: عدوان بالغ بالجسم والكلام، انفجارات في الغضب فقد يلقي بنفسه على الأرض، يضرب ويرفس وقد يدمر الأثاث والأشياء.

* في سن سبعة أعوام: سلوك أقل عدواناً قد ينشب بينه وبين إخوته الصغار، يعترض بالكلام بقوله: "هذا ظلم".

* في سن ثمانية أعوام: يستجيب للهجوم أو النقد بإحساس شديد أكثر منه بالعدوان، اعتدائه ينذر أن يكون بالجسم، بل معظمه بالكلام، يتهرب ويتصل من المسؤوليات وقد يسب.

* في سن تسعة أعوام: العراك والضرب شائع بين الأولاد الذكور ولكن في صورة لعب، عدوان معظمه لفظي كلامي. (إبراهيم، 2004، 234).

الفروق بين الجنسين من حيث العدوان:

بدءاً من السنة الثانية يتضح أن الصبيان في المتوسط أكثر عدواناً من البنات، كما توجد فروق بين الجنسين في طريقة التعبير عن العدوان إذ يميل العدوان عند البنات إلى أخذ الشكل اللفظي، ويتجه عدوانهن نحو أنفسهن، وذلك من خلال ممارسة العقاب الذاتي والتضحية بالذات أو الانتحار في الحالات المتطرفة.

-- بينما يتخذ العدوان عند الصبيان شكل الهجوم الجسمي ويتجه هذا الهجوم بخاصة نحو الصبيان الآخرين، وبعد سن الثالثة تبدأ أكثر أشكال السلوك العدواني تواتراً (كالنوب الغضبية) بالانخفاض عند الجنسين ويظهر في سن التاسعة من 50% من الصبيان، 30% من البنات انفجارات غضبية متكررة.

-- قد تعود بعض الفروق بين الجنسين من حيث العدوان إلى طبيعة الثقافة السائدة في مجتمعنا والتي تجعل الوالدين ميالين إلى عدم قبول السلوك العدواني الصادر عن البنات لأن الإناث طبقاً لهذه الثقافة، يجب أن يؤدي دور مخلوقات تتصف بالسلبية والوداعة والرعاية، وتتوقع هذه الثقافة عملية تأكيد الذات عند الصبيان. (هربرت، 1981، 316).

لذلك يشجع الآباء والأمهات السلوك العدواني عند الصبيان من أطفالهم ويعتبرونه نوعاً من الرجولة ويعزز الآباء والأمهات لا شعورياً هذا النوع من السلوك.

-- ويصعب الاعتقاد بأن البيئة مسؤولة كاملة عن الفروق التي تبدو في الثانية من العمر. إن التربية عامل مهم ولا شك ولكن يبدو أن هناك فروقاً داخلية (هرمونية وكروموزمية) بين الجنسين تؤدي إلى اختلافات نسبية في المزاج إذ يبدو أن الصبيان أكثر قدرة ونشاط من البنات، كما أنهم أكثر توتراً أو شعوراً بالإحباط عندما تفرض عليهم التقييدات المنزلية والمدرسية في أثناء نموهم (هربرت، 1981، 317).

طرق الوقاية من حدوث السلوك العدواني لدى الطفل:

-- تجنب الممارسات والاتجاهات الخاطئة في تنشئة الأطفال:

إن التسبب في النظام الأسري والاتجاهات العدوانية لدى الآباء تجاه الأبناء تعمل على توليد سلوك عدواني لدى الأطفال من نفس البيئة الاجتماعية وبالتالي قد يولد هذا العدوان ضعفاً وخلاً في الانضباط، وتفيد بعض الدراسات أن الأب المتسبب أو المتسبب أكثر من اللازم هو ذلك الأب الذي يستسلم للطفل ويستجيب لمتطلباته ويعطيه قدراً كبيراً من الحرية أما الأب ذو الاتجاهات

العدوانية غالباً لا يتقبل ابنه ولا يستحسنه وبالتالي لا يعطيه العطف ومشاعر الأبوة أو الفهم والتوضيح فهؤلاء الآباء غالباً ما يميلون لاستخدام العقاب البدني الشديد لأنهم تسلطيون وهم بذلك يسيئون استخدام السلطة ومع مرور الوقت وهذا المزيج السيء من السلوكيات الوالدية السلبية يولد الإحباط والعدوان لدى الأطفال بسبب السخط عند الطفل على أسرته ومجتمعه وبالتالي التعبير عن هذا السخط بهذا السلوك، لذلك لا بد للآباء أن يكونوا قدوة حسنة للأبناء في تجسيد الوسائل الجيدة لحل المشكلات وإرشاد الأطفال لحل المشكلات بالطريقة الصحيحة.

- الإقلال من التعرض لنماذج العنف المتلفزة:

أظهرت نتائج كثيرة من الدراسات كما ذكر أن النماذج العدوانية التي يتعرض لها الأطفال في التلفاز تؤثر بشكل قوي في ظهور السلوك العدواني لدى الأطفال. وذلك لأن وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة تقوم بدور كبير في تعلم النماذج السلوكية الإيجابية والسلبية فعلى ضوء ذلك يجب أن توفر البرامج الفعالة ذات الأهداف الإيجابية للأطفال حتى يتم تعلم نماذج جيدة وبناءة في سلوك الأطفال فلو نظرنا إلى واقع الأفلام الكرتونية والقصص وغير ذلك فإننا نلاحظ أنها تعمل على تعليم الأطفال العدوان والأنانية لتحقيق الأهداف وتبعث في نفوس الأطفال الخوف والقلق وغيره من المشكلات التي لا يحبذ الأهل وجودها لدى أطفالهم لما لها من تأثير سلبي لاحقاً على حياة الأطفال.

- العمل على خفض مستوى النزاعات الأسرية:

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

- تنمية الشعور بالسعادة عند الطفل: إن الأشخاص الذين يعيشون الخبرات العاطفية الإيجابية كالسعادة وتوفير الدفء وعطف الوالدين وحنانهم عليهم يميلون لأن يكون تعاملهم مع أنفسهم ومع غيرهم بشكل لطيف وخال من أي عدوان وسلوك سلبي آخر، أما الأشخاص الذين تعرضوا لإساءة المعاملة من قبل الوالدين وإهمال عاطفي واجتماعي فقد يسعون لاستخدام العدوان بأشكاله المختلفة وذلك من أجل جلب انتباه الأسرة وإشعارها بوجوده وضرورة الاهتمام به. إن إساءة المعاملة

الجسمية والنفسية الموجهة نحو الأطفال كلها تؤدي إلى مشكلات وضعف في الجهاز العصبي المركزي وقد تقود إلى توليد اضطرابات سلوكية وانفعالية. (المدني، 1988، 94).

- توفير الأنشطة البدنية الإيجابية للأطفال: من المعروف أن الأنشطة البدنية الإيجابية كالرياضة بكافة أشكالها تعمل على استثمار الطاقة الموجودة لدى الأفراد وتنمي كثيراً من الجوانب لدى الأفراد، فتوفر هذه الأنشطة خصوصاً لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة يعمل على تصريف أشكال القلق والتوتر والضغط والطاقة بشكل سليم حتى لا يكون تصريف هذه الأشياء عن طريق العدوان فقد ثبت من خلال العديد من الدراسات مدى أهمية وفاعلية الرياضة في خفض السلوك العدواني لدى الطفل.

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

- الإشراف على الطفل في النشاطات اليومية: إن الأطفال الناضجين والأطفال غير الناضجين بحاجة ماسة لوجود من يشاركهم اللعب وبالأحرى من يشرف على لعبهم وهذا الإشراف يبدي للطفل المشارك في النشاط مدى اهتمام الراشد المشارك المراقب له وبالتالي يحد من ظهور مشكلات سلوكية تنبع عن غياب المراقبة. (المدني، 1988، 95).

- مقترحات:

للعدوان أضرار خطيرة تعود على الطفل نفسه وعلى المجتمع الذي يعيش به على حد سواء، فهو يحول دون قيام العلاقات الاجتماعية والإنسانية السليمة بين الطفل وسائر المحيطين به كما أنه يسبب للطفل اضطرابات جسمية ونفسية كثيرة، وقد حظي السلوك العدواني عند الأطفال في السنوات الأخيرة في هذا القرن بالكثير من الرعاية النفسية والتربوية، وأصبح مجال بحث لدى الكثير من العلماء والباحثين وأهم طرق العلاج هي:

- 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 نهيب له بديلاً إيجابياً، مثل أن نقول له: من المفضل أن تفعل هذا، جميل أن يكون هذا، بدلاً من القول (إياك أن تفعل هذا).

- من الضروري إبعاد الطفل عن المواقف والخبرات التي توقعه في الإحباط وتوفير فرص النجاح له ما أمكن فالنجاح في القيام بالأعمال الموكلة إليه تعزز من ثقته بنفسه وتبعد عنه مشاعر النقص والإحباط. وعدم كبت العدوان عند الأطفال في حال ظهور علاماته.
- العمل على توفير الاطمئنان والأمن النفسي للطفل في الأسرة والمدرسة، فالطفل الذي يعيش خبرات سارة وسعيدة يعكس سعادته على الآخرين من خلال سلوكه وتصرفاته معهم.
- التجاهل المتعمد للسلوك العدواني بطريقة جيدة وتعزيز السلوك المرغوب فيه عند الطفل وذلك اعتماداً على طريقة التعبير بالسلوك العدواني.
- أن تعمل الأسرة والمدرسة على توفير الأنشطة الحركية المنظمة للطفل التي تساعد على تجنب الحركة العشوائية الزائدة والسلوك العدواني، فالرياضة التنافسية مثلاً تساعد على تصريف نزعاته العدوانية بشكل مقبول اجتماعياً. (Shaefer & Millman, 1983).

ثالثاً: الكذب Lying:

مفهوم الكذب:

يولد الأطفال على الفطرة النقية ويتعلمون الصدق والأمانة شيئاً فشيئاً من البيئة إذا كان المحيطون بهم يراعون الصدق في أقوالهم ووعودهم... ولكن إذا نشأ الطفل في بيئة تتصف بالخداع وعدم المصارحة والتشكك في صدق الآخرين فأغلب الظن أنه سيتعلم نفس الاتجاهات السلوكية في مواجهة الحياة وتحقيق أهدافه والطفل الذي يعيش في وسط لا يساعد في توجيه اتجاهات الصدق والتدريب عليه فإنه يسهل عليه الكذب خصوصاً إذا كان يتمتع بالقدرة الكلامية ولباقة اللسان وإذا كان أيضاً خصب الخيال فكلا الاستعدادين مع تقليده لمن حوله ممن لا يقولون الصدق ويلجؤون إلى الكذب وانتحال المعاذير الواهية ويدربانه على الكذب من طفولته فإن الكذب يصبح مألوفاً عنده.

وعلى هذا الأساس فإن الكذب صفة أو سلوك مكتسب نتعلمه وليس صفة فطرية أو سلوك موروث..... والكذب عادة عرض ظاهري لدوافع وقوى نفسية تحدث للفرد سواء أكان طفلاً أو بالغاً. وقد يظهر الكذب بجانب الأعراض الأخرى كالسرقة أو الحساسية والعصبية أو الخوف. (بطرس، 2008، 271).

وأطفال ما قبل المدرسة أصحاب عمر الثلاث إلى قبل الست سنوات من المغالاة أن نصف سلوكهم بالكذب بالرغم من أنهم يبتدعون ويحرفون الكلام ويطلقون العنان لخيالهم في أمور ليس لها أساس من الصحة وقد يخلطون بين الواقع والخيال وربما لا يميزون بينهما مع العمر الأصغر (بداية هذه

الفترة). وأطفال هذه الفئة العمرية يلجؤون إلى الكذب للخداع وعن قصد للمراوغة (الشربيني، 17، 2001).

أما الكذب عند أطفال المدرسة الابتدائية فهو يكون من نوع الكذب اللااجتماعي حيث يتم الكذب عن قصد لينفي الطفل عن نفسه تهمة أو ليدفع عن نفسه عقوبة أو ضرراً ما أو للحصول على مكاسب أو ليحط من قدر الآخرين أو للانتقام نتيجة الشعور بالغيرة فالأطفال يختلفون في مستوى نموهم الأخلاقي وفي فهمهم للصدق حيث أن صدق الأطفال هو صدق لفظي (الزعيبي، 2005، 131).

تعريف الكذب:

يعني الكذب ذكر شيء غير حقيقي في القول والعمل والسلوك وبنية غش أو خداع شخص آخر من أجل الحصول على فائدة أو التملص من أشياء غير سارة فالكذب عادة اتجاه غير سوي يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها (الزعيبي، 2005، 131).

وتعرف العناني الكذب بأنه: عدم مطابقة الواقع الحقيقي في القول أو هو ذكر شيء غير حقيقي مع معرفة بأن العكس صحيح أو هو خداع شخص آخر من أجل الحصول على منفعة أو من أجل التخلص من أشياء غير سارة (العناني، 1997، 162).

ويميز بياجيه بين ثلاث مراحل لمعتقدات الأطفال حول الكذب وهذه المراحل هي:

المرحلة الأولى: يعتقد الطفل بأن الكذب خطأ لأنه موضوع تتم معاقبته من قبل الكبار ولو تم إلغاء العقاب لأصبح الكذب مقبولاً.

المرحلة الثانية: يصبح الكذب شيئاً خاطئاً بحد ذاته ويظل كذلك حتى لو تم إلغاء العقوبة.

المرحلة الثالثة: الكذب خطأ لأنه يتعارض مع التعاطف والاحترام المتبادل ولمعرفة مستوى المرحلة التي وصل إليها الطفل يمكن طرح الأسئلة التالية:

■ لماذا يعتبر ذكر الأكاذيب خطأ ؟

■ هل يكون مناسباً أن تكذب إذا لم يعلم أحد ولم يقم أحد بمعاقبته على ذلك ؟

والجدير بالذكر أن معظم الأطفال يكون في المرحلة الثانية (في عمر ست سنوات) وفي المرحلة الثالثة يكون حوالي ثلث الأطفال من عمر 12 سنة (الزعيبي، 2005، 132).

أنواع الكذب:

1. الكذب بالتقليد: يلجأ بعض الأطفال إلى هذا النوع مقلداً المحيطين به من الذين يتخذون هذا السلوك في بعض تعاملاتهم فمثلاً يقلد الطفل أسلوب المبالغة الذي يبدو من الوالدين أو أحدهما وهو سبب من الأسباب الشائعة للكذب (الشرييني، 2001، 19).

2. الكذب الخيالي: وهنا يكذب الطفل لأنه يتخيل الأشياء وكأنها واقعة ولكنها في الواقع تكون من نسج خياله وهذا النوع من الكذب يعبر عما يعانيه الطفل في الأسرة (الزعيبي، 2005، 132).

3. الكذب الإلتباسي: يلجأ الطفل إلى الكذب أحياناً عن غير قصد وذلك حينما تلتبس عليه الحقيقة ولا تساعد ذاكرته على سرد التفاصيل فيحذف بعضها ويضيف البعض الآخر بما يتناسب وإمكاناته العقلية وبطبيعة الحال يصبح كل ذلك ما يميزه من خيال وأحلام وأمني ومعاناة وهذا النوع من الكذب يزول من تلقاء نفسه حينما تصل الإمكانيات العقلية للطفل إلى مستوى يمكنه من إدراك التفاصيل وتذكر العناصر وتسلسل الأحداث ويمكن القول بأن هذا الكذب من النوع البريء ولا ينطوي على أي انحراف في السلوك. (الشرييني، 2001، 18).

4. الكذب الاجتماعي: وقد يكشف بعض المراهقين أن الكذب من الممكن أن يكون مقبولاً في بعض المواقف مثل عدم الإفصاح للزملاء عن الأسباب الحقيقية الكامنة وراء شيء ما لحماية أمورهم الخاصة أو لإشعار أنفسهم بأنهم مستقلون عن والديهم (مثل كتمان أمر هروبهم من المدرسة مع أصدقائهم في أوقات المدرسة). (بطرس، 2008، 272).

5. الكذب الدفاعي (الانتفاعي): وهو من أكثر أنواع أو أشكال الكذب شيوعاً بين الأطفال ويهدف هؤلاء الأطفال إلى منع عقوبة سوف تقع عليهم مثل اتهام طفل لشقيقه الأصغر بكسر الزجاج أو المزهية وقد يلجأ إليه الطفل للتخلص من موقف حرج فينسب الأحداث لغيره. (الشرييني، 2001، 18).

6- الكذب الادعائي وكذب التفاخر: بعض الأطفال الذين يشعرون بالنقص يلجؤون إلى التعويض بتفخيم الذات أمام الآخرين وذلك بالمبالغة في مواضعهم الحقيقية فيما يملكون أو ينتمون أو يعانون بهدف تعزيز المكانة ورفعها وسط الأقران أو بهدف الرغبة في السيطرة فقد يدعي الطفل الغنى لأسرته والمنصب الكبير لوالده. وإدعاء الطفل المرض لعدم الذهاب إلى روضته أو مدرسته أو الادعاء بأنه مضطهد أو سيء الحظ مع مدرسته أو مدرسه أو أن لديه ألماً شديداً في المعدة أو الرأس، ينطوي كل ذلك تحت الكذب الادعائي، ويكون هدفه هو الحصول على قسط أكبر من الرعاية والاهتمام والعطف.

وعموماً يلجأ الطفل إلى هذا النوع من الكذب لتغطية الشعور بالنقص أو الضعف من خلال المفاخرة أو الزهو أو المعاناة. (الشرييني، 2001، 18).

7-الكذب المرضي: كما أن هناك أيضاً بعض الأطفال والمراهقين الذين لا يكثرثون بالكذب أو استغلال الآخرين وقد يلجأ بعضهم إلى الكذب للتعتيم على مشكلة أخرى أكثر خطورة....

على سبيل المثال يحاول المراهق الذي يتعاطى المخدرات والكحوليات إلى إخفاء الأماكن التي ذهب إليها والأشخاص الذين كان معهم والمخدرات التي تعاطاها والوجه الذي أنفق فيه نقوده (بطرس، 2008، 272).

8-الكذب من أجل الامتلاك: وحسب هذا النوع من الكذب يكذب الطفل ليستحوذ على بعض الأشياء التي يرغب فيها ولا يستطيع الحصول عليها بالطرق الصحيحة (الزغبى، 2005، 132).

9- الكذب الانتقامي: فقد يكذب الطفل لإسقاط اللوم على شخص ما يكرهه أو يغار منه وهو أكثر أنواع الكذب خطراً على الصحة النفسية وعلى كيان المجتمع ومثله وقيمه ومبادئه ذلك لأن الكذب الناتج عن الكراهية والحقد هو كذب مع سبق الإصرار ويحتاج من الطفل إلى تفكير وتدبير مسبق بقصد إلحاق الضرر والأذى بمن يكرهه ويكون هذا السلوك عادة مصحوباً بالتوتر النفسي والألم. وقد يحدث هذا النوع من الكذب بين الأخوة في الأسرة بسبب التفرقة في المعاملة بين الأخوة فالطفل الذي يشعر بأن له أخاً مفضلاً عند والديه وأنه هو منبوذ أو أقل منه، قد يلجأ فيتهمه باتهامات يترتب عليها عقابه أو سوء معاملته....كما يحدث هذا بين الأطفال في المدارس نتيجة الغيرة لأسباب مختلفة (بطرس، 2008، 273).

1- تقليد سلوك الراشدين: فالطفل يتعلم الكذب من قدوة سيئة سواء في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع (كذب العدوى) فمن المعروف أن الطفل يتعلم الصدق أيضاً من الكبار المحيطين به فإذا كانوا يلتزمون في أقوالهم وأفعالهم حدود الصدق المرعية يمكن أن يقلدهم في ذلك أما إذا نشأ في بيئة تقوم على الخداع وعدم المصارحة وإظهار الشك في صدق الآخرين فإن ذلك يؤدي به إلى اتباع هذه الأساليب وسوف يتبع الكذب في تعامله مع الآخرين. (الزعيبي، 133، 2005).

2- عوامل أسرية: قد يؤدي انفصال الوالدين إلى أن يعيش الطفل في جو أسري جديد أو مع والد أو أم جديدة لها أساليبها في المعاملة. ويتخذ الطفل من كذبه وسيلة لمعالجة بعض أموره أو قسوة معاملة أحد الوالدين أو كليهما في معاملة الأبناء حينما يصدر عنهم أخطاء أو التفرقة في معاملة الأبناء فقد يدفع الطفل الواقع عليه العقاب إلى الكذب افتراء على أخيه انتقاماً منه نظراً لشعوره بتمييز أحد الوالدين أو كليهما لهذا الأخ. (الشربيني، 20، 2001).

3- يكذب الأطفال نتيجة الشعور بالنقص: فهم يلجؤون إلى ذلك الأسلوب تعويضاً عن عجزهم وقصورهم عن التوافق مع زملائهم ورغبة في تأكيد ذواتهم فالطفل يلجأ في سبيل المفاخرة بقيمته الذاتية إلى المبالغة في بعض المواقف التي قام بدور فيها كما ينسج الطفل قصصاً خيالية تكون محتوياتها ملفقة من قبله حتى لا يتجاهل الناس أمره فالطفل يكذب ليلفت انتباه الوالدين وكتعبير لاشعوري لإشباع حاجته إلى الأمن والحصول على حنان الوالدين.

4- الصرامة في المعاملة: فقد يؤدي قلق الوالدين على أطفالهم والتشدد في تنشئتهم على الصدق حيث يدققون في كل عبارة تصدر عنهم والتضييق عليهم في كل صغيرة أو كبيرة تصدر عنهم

تؤدي بالطفل اللجوء إلى الكذب كمحاولة للظهور بالمظهر الذي يرغبه الوالدان كما أن الإفراط في تدليل الطفل في صغره ثم تغيير أسلوب المعاملة بعد ذلك مما يشعر الطفل أن الأمر السابق "التدليل" قد تغير - وهذا ما يرفضه الطفل - يدفعه إلى التمارض والكذب المرضي بغية العودة إلى ما كان عليه (الكذب الادعائي). (الزعبي، 134، 2005).

5- عامل الهرب من العقوبة: عندما تكون العقوبة المترتبة على الفعل الحقيقي مهددة لكيان الطفل ومهددة بفقد السند العاطفي ومن ثم الأمن يكون الملاذ هو الكذب مثلما نرى أمام الممارسات التسلطية في بعض المدارس ورياض الأطفال أو أساليب المعاملة الوالدية السلبية. (الشرييني، 20، 2001).

6- للمجتمع تأثير كبير في الطفل: حيث يدرّب أحياناً على المواربة والنفاق الاجتماعي وانتحال الأعداء الواهية والنجاح بوساطتها وإسقاط الذنب على الآخرين والهروب من المسؤولية والواجب فإذا نشأ الطفل في بيئة تحترم الحق وتلتزم الصدق بقدر دعوتها إليه كان من الطبيعي أن يلتزم الطفل الصدق أما إذا سمع الطفل أحد أبويه مراراً يتشكك في صدق الآخرين أو شاهد أمه تتلمص من المسؤولية الملقاة عليها بادعاء المرض أو إذا اشترك أحد الأبوين في خداع الآخر أو إذا تم وعد الطفل مرات عديدة دون الوفاء بذلك فالطفل في مثل هذه الظروف يتعلم أسلوب الخداع والغش والكذب المتكرر. (الزعبي، 135، 2005).

7- عامل التعزيز: وينقسم إلى تعزيز مقصود من قبل الكبار مثلما يرتضي أحد الوالدين أو كلاهما تبريرات الطفل لبعض المواقف والأخطاء وهم يعلمون أنها كذب أو يدفعونه لقول الكذب أمام

المدرس أو المدرسة حتى لا يقع عليه العقاب. وهناك تعزيز غير مقصود مثل تصديق الأب أو المدرس قول الطفل مع عدم تحري الحقيقة حتى يمكن قبول العذر. (الشرييني، 20، 2001).

8- كما يكذب الطفل أحياناً كـرغبة في تحقيق غرض شخصي كأن يذهب الطفل إلى أبيه ويطلب منه النقود مدعياً أن والدته أرسلته لإحضار ذلك لقضاء بعض الحوائج في حين أن الواقع أن الطفل يريد هذه النقود لشراء بعض حوائجه هو.

9- بالإضافة إلى ذلك فقد يكذب الطفل بدافع الولاء لطفل آخر وذلك كـرغبة منه في تخليصه من مشكلة أو ورطة معينة فالطفل هنا يقع في صراع عندما يتعارض شعوره لأصدقائه مع مبدأ الصدق. (الزعيبي، 2005، 135).

علاج الكذب:

1- يحتاج الكذب إلى علاج نفسي في عمر مبكر من سن الطفل خاصة إذا تطور مع نمو الطفل في العمر وأصبح ظاهرة ملازمة لحياته فالطفل يقوم بالمبالغة والتهويل واختلاق الأقاويل وتلفيق التهم هنا وهناك الأمر الذي يخلق شعوراً بعدم تصديقه من قبل أبويه ثم أقرانه ومعلميه مما يولد عنده عدم حبه واحترامه من قبلهم وهذا بدوره يفقد مكانته الاجتماعية.

2- لا بد من البحث عن كل الأسباب الكامنة وراء الكذب والعمل على تحاشيها مع إعداد نظام تربوي "سلوكي" للطفل تطبقه الأسرة والمدرسة وكل من له علاقة بالطفل ولهذا فلا بد من إعطاء الطفل المزيد من الثناء والتقدير لذاته ولما يقوم به ولا بد من التعامل مع الطفل بصورة أقل قسوة ولا بد أن تكون توقعات الراشدين من الطفل معقولة كما يجب أن نحصل على المعلومات عن الطفل من مصادر أخرى والعمل على تقديم إرشاد متخصص للطفل وأسرته.

3- استخدام الجزاءات: علينا أن نعلم أطفالنا أن كذبهم علينا لن ينجح وأنه لن يؤدي إلا إلى غير صالحهم ونبين لهم أن الصدق هو عامل أساسي في الحياة حيث يقبل الناس على الإنسان الصادق ويتعاملون معه أما الكاذب فهم يمتقونه ويتجنبونه. وكذلك ينبغي أن نظهر للأطفال قيمة الصدق من خلال التكرار مرات ومرات أنهم إذا قالوا الصدق فيما يتعلق بموقف مشكل فسوف نعمل كل ما في استطاعتنا لمساعدتهم لأنه بمعرفتنا للحقائق الفعلية يمكننا أن نتعامل مع أقوال الآخرين وعلى كل حال إذا كذبوا علينا فلن يكون بمقدورنا أن نقدم لهم الكثير من المساعدة لأننا لا نستطيع الاعتماد عليهم في معرفة الحقيقة وعلينا أن نذكر أطفالنا بأننا في صفهم وأنه لا داعي لأن يخافوا من قول الصدق. (الباشا، 2000، 51).

4- أن يتصف الآباء والكبار المحيطين بالطفل بالصدق وإظهار احترامهم وإعجابهم بالصادقين في أقوالهم وأفعالهم بالإضافة إلى ضرورة حرص الآباء على عدم إعطاء وعود لأبنائهم إذا كانوا غير قادرين على تنفيذها فالنزام الآباء والمربين بحدود الصدق مع أبنائهم قولاً وفعللاً شيء ضروري للأطفال ليقلدوا سلوكهم وينهجوا نهجهم في توخي الصدق قولاً وفعللاً كما يجب علينا كأباء ومعلمين عدم زج الطفل في مواقف يضطر فيها إلى الكذب وألا نبالغ في عدم تصديقه على كل عمل يقوم به لأن هذا الأسلوب لا يجدي كثيراً في علاج الكذب. (الزعيبي، 2005، 136).

5- تعليم القيم الأخلاقية: علينا ألا نتغاضى عن كذب مرحلة الطفولة أو نستهيى بها بل العكس علينا أن نعلم أطفالنا أن الصدق بكل أشكاله هو أمر أخلاقي وبناء للشخص نفسه وللآخرين فنوضح لهم أن الاحترام المتبادل والثقة تبنى على الاتصال الصادق بين الأفراد وأن "كلمة" الصدق لها أهمية كبيرة. علينا أن نحكي لأطفالنا قصصاً مسلية بهذا الشأن مثل قصة الراعي الكذاب.....

وعليها أن نبين لأطفالنا بأن الصدق أمر متوقع من جميع أفراد العائلة طالما أنه جزء من معاييرها الأخلاقية

6- إعطاء الطفل البدائل والخيارات والاختيار بين الصدق والكذب كنموذجين في السلوك لبناء معيار الخير والشر في ضميره ووجدانه بثبات وبقناعة ذاتية لا بمخاوف خارجية سلطوية مؤقتة التأثير وإعطائه الفرصة للتنفيس عن أحلام اليقظة لديه لتظهر على شكل تعبير صادق عن أحاسيسه بالرسوم والنشاطات والألعاب وممارسة الهوايات بدلاً من خروجها من صندوق الكبت اللاشعوري على شكل أكاذيب مفاجئة للأبوين والرفاق والمعلمين في المدرسة.

7- العمل على إشباع حاجات الطفل قدر المستطاع وتوجيه الطفل إلى قول الصدق وتوجيه سلوكه نحو الأعمال التي تتناسب وقدراته الطبيعية مما يشعره بالنجاح ويشبع حاجته إلى الرضا والسعادة أما تكليفه بالأعمال التي تفوق قدراته واستعداداته فإنه يشعر بالفشل ويوقعه بالإحباط ويشعره بالنقص والضعف.

8- التقليل ما أمكن من العقاب (وخاصة البدني) واللوم والتوبيخ لما لذلك من أثر عكسي فشدة العقاب تعمل على تلبد الإحساس وتجعل الطفل يتعود عليه ويحدث تثبيتاً على السلوك غير السوي أي عكس ما يرغب الراشدون.

ولابد من أن نشعر أبناءنا بثقتنا بهم حتى يشعروا بالثقة بأنفسهم وبمجتمعهم مما يجعلهم يقولون الصدق دون الخوف من العقاب كما أن الحكمة والصبر في التعامل مع الأطفال الذين يلجؤون إلى الكذب يقلل من سلوك الكذب لديهم.

كما يجب على الكبار إبعاد الخوف والقلق عن الطفل فالشخص الآمن لا يكذب أما الشخص الخائف فيكذب كوسيلة للهرب من العقاب الذي قد يلحق به إذا قال الصدق.

9- مراجعة العيادات النفسية في حالة الكذب المرضي مع عدم إخبار المقربين من الطفل بمشكلته أو سلوكياته وربما احتاج الأمر إلى علاج عائلي يركز على فهم تركيبة الأسرة وديناميكتها بهدف تغيير بعض التفاعلات الأسرية الأكثر إسهاماً في ظهور الكذب لدى الطفل وأحياناً يحتاج الأمر إلى جلسات منتظمة لأكثر من شهر مع أسرة الطفل لإعطاء معلومات وملاحظات عن سلوكه وتنفيذ أساليب خاصة داخل المنزل ويطلق على ذلك: التدريب العلاجي للآباء (الشربيني، 2001، 21).

رابعاً: الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal:

تعددت المصطلحات والأوصاف التي استخدمت في الدراسات النفسية والتربوية لوصف مفهوم الانسحاب الاجتماعي، ومن أهمها: العزلة الاجتماعية، الانطواء على الذات، والانسحاب الناتج عن القلق.

مفهوم الانسحاب الاجتماعي:

عرف معجم علم النفس الانسحاب الاجتماعي على أنه: «نمط من السلوك يتميز بأبعاد الفرد نفسه عن القيام بمهام الحياة العادية. ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية. ويصاحب ذلك عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية، وأحياناً الهروب إلى درجة ما من الواقع الذي يعيشه الفرد (الصباح، 1993، 420).

أما العالمان كيل وكاتيل (Kale & Kayeetal) فقد عرفا الانسحاب الاجتماعي تعريفاً إجرائياً حيث قدما التعريف الآتي: «الأطفال المنسحبون اجتماعياً هم أولئك الذين يظهرون درجات متدنية من التفاعلات السلوكية والاجتماعية» (القمش، 1994، 51).

وقد قام (Rubin & Mills، 1988) بدراسة طوليه بهدف فحص العوامل المشتركة بين الأطفال المنسحبين اجتماعياً في الصف الثاني ولاحقاً جمعها من طلبة الصف الرابع والخامس. وقد تم جمع البيانات من الأقران والمعلمين والطلبة أنفسهم، حيث ظهر نوعان من العزلة الاجتماعية:

القلق السلبي Passive- Anxious وعدم النضج في الأداء Active- Immature، وقد أظهر الأفراد غير الناضجين في الأداء تكراراً وثباتاً أقل في سلوك الانسحاب بالمقابل نوع القلق السلبي كان أكثر ثباتاً عبر الصفوف ويتنبأ بالاكنتئاب والوحدة في الصف الخامس.

فالانسحاب الاجتماعي بصورة عامة هو الميل لتجنب التفاعل الاجتماعي والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية أو بناء صداقة مع الأقران إلى كراهية الاتصال بالآخرين والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة، وعدم الاكتراث بما يحدث في البيئة المحيطة، وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة ويستمر لفترات طويلة، وربما طوال الحياة. (الصباح، 1993، 35).

مظاهر وأعراض الانسحاب الاجتماعي:

تتمثل مظاهر الانسحاب الاجتماعي بالعزلة وانشغال البال وتجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين أو أداء نشاطات مشتركة معهم، وقد يشمل الشعور بعدم الارتياح لمخالطة الآخرين والتفاعل معهم، وهذا السلوك يصاحبه أحياناً عدم الشعور بالسعادة ومعاناة تصل إلى حد الاكتئاب، كما قد ينطوي على انفعالات وسلوكيات أخرى مثل: القلق، الكسل أو الخمول، الخوف من التعامل مع الآخرين، الخوف من العقاب، عدم الوعي للذات وإدراكها، البطء والتلعثم في الكلام، الشعور بالنقص والادونية سهولة الانقياد، الخوف من الكبار، حب الروتين، عدم الاستجابة للتغير، التعبير اللفظي المحدود ومص الإصبع (Safford ، 1978).

والطفل المنسحب أو المنطوي في العادة يكون مصدر خطر على نفسه وليس على الآخرين المحيطين به، فهو لا يثير المشكلات ولا الضوضاء داخل غرفة الصف وكثيراً ما يتم وصفه من قبل المعلمين بأنه طفل غير قادر على التواصل، وأنه خجول وحزين وعادة ما يفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية وفي تكوين علاقات مع الآخرين. إن الأفراد المنسحبين عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم، وأصدقاؤهم قليلون ونادراً ما يلعبون مع الأطفال الذين هم في نفس

عمرهم، كما تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية، وبعضهم تنمو لديه مخاوف مرضية لا أسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة، وبعضهم ينكص إلى مراحل مبكرة من النمو ويطلبون بمساعدة الآخرين لهم. (السرطاوي وسياسم، 1987) و (Hallahan & Kauffman، 1992).

يؤدي الانسحاب الاجتماعي إلى عدد محدود جداً من العلاقات الاجتماعية وإلى عدم اهتمام الآخرين بالأطفال المنعزلين اجتماعياً لأنهم يظهرون الانطواء والحزن وعدم التفاعل ويسبب الانسحاب الاجتماعي ابتعاد الأقران عن الطفل المنسحب وعدم اللعب معه سواء في البيت أم في المدرسة، كما أن انسحاب وابتعاد الطفل يسبب لديه عدم نضج اجتماعي وعدم القدرة على تمثيل الأدوار الاجتماعية ونقصاً في التعليم الاجتماعي والإدراك الاجتماعي والنمو المعرفي، وقد قام (Boivin & Shelley، 1997) بدراسة على عينة قوامها (793) طفل فرنسي في المرحلة الابتدائية، هدفت إلى تقييم العمليات الاجتماعية واصفين كيف أن السلوك العدواني والانسحاب الاجتماعي يقودان إلى إدراك سلبي للذات الاجتماعية، وقد أظهرت النتائج أن سلوك الانسحاب الاجتماعي يمكن أن يتنبأ بشكل منفرد بإدراك الذات الاجتماعية.

هذا ويميل المراهقون المنعزلون إلى تجنب المشاركة في المناقشة الصفية ولا يطلبون المساعدة من قبل المعلم أو المرشد أو المدير حتى عندما تواجههم مشكلة ما، كذلك فإن لديهم اتجاهات سلبية نحو أعضاء هيئة التدريس وزملاء المدرسة بشكل عام، والمراهقون المنعزلون يتميزون بالتردد والتشاؤم نحو المستقبل وعدم الثقة التي قد تصل إلى درجة الشك والسخرية من دوافع الآخرين، وإدراك للمجتمع على أنه غير ثابت وملئ بالأشخاص غير الموثوق بهم.

كذلك يجد الأشخاص المنسحبين اجتماعياً صعوبة في المبادرة الاجتماعية وفي تقديم أنفسهم للآخرين وفي إجراء اتصالات هاتفية وفي المشاركة في مجموعات، ومن هنا فإنهم يميلون لقضاء أوقاتهم في التسلية الفردية أو ممارسة النشاط الفردي كمشاهدة التلفاز أو الاستماع للراديو أكثر من قضائهم الوقت في التسلية مع الآخرين. (المصري، 1994، 64).

أما الانسحاب الاجتماعي الشديد فهو يتضمن بالإضافة إلى ما سبق . عدم الاتصال بالحيقة وتطوير عالم خاص والاستغراق الشديد في أحلام اليقظة لدرجة قد تؤدي إلى الوصول بالطفل إلى حالة التوحد أو فصام الطفولة، كما أن الأطفال المنسحبين اجتماعياً من هذا النوع يفقدون الثقة بالآخرين وهم غير مباليين ولا يشتركون مطلقاً في المناسبات الاجتماعية. (الصباح، 1993، 74).

أشكال الانسحاب الاجتماعي:

صنّف جرنوود وآخرون (Greenwood, et. al ، 1977) الانسحاب الاجتماعي إلى صنفين هما:

- الانسحاب الاجتماعي الذي يتمثل بالأطفال الذين لم يسبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة، مما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية والخوف من التفاعلات الشخصية.
- العزل الاجتماعي أو الرفض: ويتمثل بالأطفال الذين سبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين في المجتمع ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة مما يؤدي إلى انسحابهم وانعزالهم.

ويصنّف كل من كوك وأبولوني (Cook & Appolloni) الانسحاب الاجتماعي التفاعلي (Interaction - Social Withdrawal) بالاعتماد على تكرار ونسبة حدوث السلوك الاجتماعي الذي يقوم به الطفل، أي عدد المرات التي يقوم بها الطفل بنشاطاته مثل تمرير كرة إلى الآخرين، الابتسام، القيام بالألعاب الاجتماعية المشتركة مع الآخرين، وقد وجد أن هذا الأسلوب (أسلوب التكرار والنسب) له فائدة في التشخيص الإكلينيكي للانسحاب الاجتماعي.

أما جوتمان (Gottman) فقد استخدم لتصنيف الانسحاب الاجتماعي مجموعة من المفاهيم كأدوات اجتماعية مثل الشهرة، السمعة، تكوين صداقات مع الآخرين والرفض لمجموعات الأقران. وبناءً على ما سبق يمكن القول إن الانسحاب الاجتماعي ينقسم إلى قسمين هما:

1. الانسحاب الاجتماعي البسيط: يتضمن الانعزال والابتعاد عن الآخرين وعدم إقامة علاقات صداقة معهم والامتناع عن المبادرة بالحديث بشكل مستمر وعدم اللعب مع الآخرين وعدم الاهتمام بالبيئة المحيطة، بالإضافة إلى أنه يتصف بالخمول وعدم النضج، كما يقتنع بالمشاهدة دون المشاركة ولكنه لا ينسى المحيط.

2. الانسحاب الاجتماعي الشديد: وينجم عن تعديل خاطئ في الانفعالات حيث يرى الطفل الآخرين على أنهم مصدر ألم وعدم الراحة، لذلك يلجأ للانعزال عن الآخرين، ويكون عند هذا النوع من المنسحبين اجتماعياً سوء تكيف قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات سلوكية شديدة في حالة عدم التدخل في الوقت المناسب.

أسباب الانسحاب الاجتماعي Reasons for Social Withdrawal

يعتبر سلوك الانسحاب الاجتماعي مظهراً من مظاهر سوء التكيف maladaptive لدى الأطفال،

وهو نمط سلوكي شائع يمكن أن ينتج عن عدة عوامل منها:

1. وجود تلف في الجهاز العصبي المركزي central nervous system أو اضطراب في عمل الهرمونات hormones في الجسم.
2. وجود نقص في المهارات الاجتماعية social skills: وعدم معرفة الطفل للقواعد الأساسية لإقامة علاقات مع الآخرين وعدم التعرض للعلاقات الاجتماعية، فهذا كله قد يعيق تطور الميول المشتركة بين الطفل ورفاقه وقد أكدوا (Fitzpatrick & Anne ، 1996) أن هناك أثراً للتفاعل الاجتماعي ضمن الأسرة على كل من سلوك الانسحاب الاجتماعي وتقييد الذات الاجتماعية، من خلال إجراء دراسة هدفت إلى قياس بيئة الاتصال الأسرية للأطفال في الصف الأول والرابع والسادس والسابع، ويقترح بأن التفاعل والاتصال الاجتماعي ضمن نطاق الأسرة له أثر إيجابي على تطور المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي لكل من الأولاد والبنات في مراحل النمر المختلفة.
3. خوف الطفل من الآخرين Child's fear from others: ويأخذ الخوف أشكالاً متعددة، إلا أنه يؤدي أساساً إلى الرغبة في الهرب من المشاعر السلبية عن طريق تجنب الآخرين، كما أن خبرات التفاعل الاجتماعي السلبية المبكرة مع الأخوة أو الرفاق تجعل الطفل يتأثر ويتعد عن مخالطة الآخرين.
4. عدم احترام الطفل disrespecting the child وتجاهله من قبل الآخرين وكذلك تعرضه للأذى والألم بسبب له سلوكاً انسحابياً، حيث لوحظ أن سلوك الانسحاب الاجتماعي يظهر أكثر عند الأطفال الذين تعاني أمهاتهم وآباؤهم من اضطرابات سلوكية.

5. رفض الآباء لأبنائهم (The parents' refusal of their children) سواء كان ذلك مقصوداً. قد يقود الانسحاب إلى عالم الأمانى وأحلام اليقظة daydreaming، وقد وجد (East ، 1991) بأن آباء الأطفال العدوانيين والمنسحبين اجتماعياً يشعرون أنهم يقدمون دعم أقل لأبنائهم بالمقارنة بآباء الأطفال الذين لا يعانون من تلك الاضطرابات. وكذلك بين (1997 Halrist & Ananda ، من خلال دراستهما الطويلة لمدة أربع سنوات على عينة قوامها (150) طفلاً مصنّفين من قبل المعلمين ضمن أربعة أنواع من الانسحاب الاجتماعي: لا يوجد لديهم قدرة اجتماعية، قلقون، منعزلون، مكتئبون، حيث تبين أن الأطفال المنعزلون withdrawn children ظهر لديهم معدلات عالية من الإهمال على مقياسي العلاقات الاجتماعية، والأطفال المنعزلين ظهر لديهم معدلات عالية من الرفض على المقياس نفسه، أما الأطفال المكتئبون depressed children فظهر لديهم معدلات عالية على الرفض والإهمال، وأظهر الأطفال المنعزلون كفاية اجتماعية أقل.

6. كذلك فإن رفض الوالدين لرفاق الطفل يشعر مباشرة أو غير مباشرة بأن الأصدقاء الذين اختارهم غير جيدين بما فيه الكفاية، مما ينتج عنه شعور الطفل بتدني مفهوم الذات low self esteem لديه وكذلك ميله إلى العزلة وتطور الرغبة في الحصول على الرضا وطلب الوحدة وتصبح العلاقة مع الآخرين غير ذات قيمة بالنسبة له.

7. العادات والتقاليد cultural values and attitudes السائدة في بيئة الفرد فبالإضافة إلى نمط الحياة العائلية خاصة فإن ازدواجية المعاملة بمعنى الضرب والعقاب والتجاهل تارة، والمكافأة والتعزيز تارة أخرى، كل ذلك قد يدفع بالطفل إلى سلوك العزلة الاجتماعية، ويتعدد

الأشخاص والمواقف والظروف التي عليه أن يتجنبها، يصبح الطفل في وضع سيء من الانسحاب والعزلة.

8. الخجل shyness: وهو من أكثر الأسباب شيوعاً للانسحاب الاجتماعي، حيث يحول هذا العامل دون التعبير عن وجهة النظر لدى الفرد الخجول ويحول كذلك دون التفكير والحديث عن الحقوق بصوت عال كما يمنع الفرد من مقابلة أناس جدد وتكوين صداقات جديدة.

9. وجود إعاقة disability عند الطفل تسبب له سلوك العزلة drawalwith والانطواء على الذات، كالإعاقات الظاهرة العقلية والسمعية والبصرية.... إلخ.

والإعاقات الخفية أيضاً مثل: صعوبات التعلم والمشكلات اللغوية تؤدي بالطفل إلى الابتعاد عن مخالطة الآخرين وتجنب المواقف الاجتماعية (حمدي وداوود، 1989؛ الصباح 1993؛ المصري 1994).

قياس الانسحاب الاجتماعي وتشخيصه Measuring and Diagnosing Social Withdrawal

Withdrawal

هناك ثلاثة أساليب رئيسية لقياس الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال وهي:

1. الملاحظة الطبيعية Natural Observation: وهي الأكثر استخداماً، وتتمتع هذه الطريقة بالصدق الظاهري حيث أنها تتضمن ملاحظة أنماط تفاعل الطفل في المواقف الطبيعية بشكل مباشر، كذلك فإن هذه الطريقة تمكن الباحثين من قياس سلوك الطفل بشكل متكرر ودراسة المثيرات القبلية والمثيرات البعيدة المرتبطة بسلوك الطفل وذلك له أهمية كبيرة في تحليل السلوك وبالتالي وضع الخطط العلاجية المناسبة.

2 . المقاييس السوسيومترية **Sociometric Methods**: وتعرف هذه الطريقة باسم

(ترشيح الأقران)، حيث تشتمل عادة على تقدير الأقران للسلوك الاجتماعي والمكانة الاجتماعية للطفل، وقد أصبحت هذه الطريقة من الطرق المستخدمة على نطاق واسع.

3 . تقدير المعلمين **Teachers Evaluations**: تتضمن هذه الطريقة توظيف قوائم

التقدير السلوكية والتي يقوم المعلمون باستخدامها لتقييم الانسحاب الاجتماعي للأطفال، وتشمل هذه القوائم جملة من الأنماط السلوكية الاجتماعية التي يطلب من المعلمين تقدير مدى إظهار الطفل لها (Greenwook, et. al ، 1997)

ومن قوائم تقدير السلوك الشهيرة التي تعالج في جزء منها سلوك الانسحاب الاجتماعي، القائمة التي أعدها كل من روس، لاسي وبارتون (Ross, Lacey & Parton ، 1965) وفيما يلي بعض فقرات هذه القائمة:

- * ينزعج بسهولة من التغيرات في الأشياء من حوله.
- * لا يدافع عن نفسه عندما يضايقه الأطفال الآخرون.
- * يخاف من التعرض للأذى خلال اللعب.
- * ترتجف يده عندما يطلب منه أن يعيد قول شيء سمعه.
- * يقف جانباً في مكان اللعب.
- * بطيء في تطوير علاقات الصداقة.
- * يشعر بالحرج وحيداً.
- * ليس لديه أصدقاء.

Methods for Treating Shyness and Social Withdrawals :

لكي نعالج طفلاً خجولاً يجب أن ندرك أنه حساس بشكل مفرط، وأنه بأمس الحاجة لأن تعيد إليه الثقة بالنفس، وذلك عن طريق مساعدته في تصحيح فكرته عن نفسه، وعلى قبول نقاط ضعفه، التي قد يعاني منها على أساس الواقع، وعلى أساس أن كل منا له نقاط ضعف. ومن الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها في وضع خطة علاجية لمشكلة الخجل.

العلاج السلوكي Behavior Therapy والعلاج المعرفي Cognitive Therapy :

والذي يتميز بنزعة التجريبية التي تجعل من الممكن التحقق من المعلومات وضبط المثيرات، ويقصد بالسلوك في النظريات السلوكية بأنه «الاستجابات الظاهرية التي يمكن ملاحظتها كالأفكار والانفعالات»، وفيما يلي وجهات النظر التي تمثل الاتجاهات الحديثة في العلاج السلوكي والعلاج المعرفي.

1 . طريقة المثير والاستجابة الحديثة New Excitement and Reaction Method.

2 التحليل السلوكي التطبيقي: Applied Behavior Analysis.

3 . نظرية التعلم الاجتماعي: Social Fearing Theory.

4 -العلاج السلوكي متعدد النماذج: Multimodal Behavior Therapy.

5 . طريقة العلاج المعرفي السلوكي: Cognitive Behavior Therapy.

6 . التدريب التدميمي Assertiveness Training.

7 . ضبط الذات والسلوك الموجه ذاتياً Self-Directed behavior & Self-Management .Program

أولاً . طريقة المثير والاستجابة الحديثة New Excitement and Reaction

:Metho

تستخدم نظرية المثير والاستجابة عند كل من بافلوف (Pavlov)، وجاثري Guthrie وهل (Hull) ومورر وميلر (Mowrer and Miller). وتستمد طريقة المثير والاستجابة الحديثة إسهاماتها عند كل من ولبى (Wolpe) في إزالة الحساسية التدريجي، Wolpe، 1969، تعديل السلوك المعرفي (Meichenbaum، 1977) التدريب على التغذية الراجعة (Srayve). وايزنك (Eysenck). وتقوم هذه الطريقة على الإشراف الكلاسيكي classical conditioning وهو عبارة عن قدرة مثير محايد أصلاً على استدراج الاستجابة من العضوية نتيجة تكرار اقتران هذا المثير مع المثير الأصلي والذي له قدرة كبيرة على استدعاء الاستجابة المطلوبة.

ويضيف الشناوي وعبد الرحمن (998)، إن أكثر الاستجابات يمكن تفسيرها بناء على نظرية الإشراف الكلاسيكي (التقليدي) وخاصة فيما يتعلق بتعلم الانفعالات كالمواقف التي تولد القلق أو الخجل هو أحد هذه المواقف المرتبطة بالانفعالات التي يمكن تعلمها من خلال الإشراف الكلاسيكي. (الخولي، 1999، 87).

ولالإشراف التقليدي أسلوبان للتعامل مع السلوكيات غير المرغوب بها وهما:

أ . الانطفاء: **Extinction**: ويتمثل بسحب المعزز من الاستجابة المعززة سابقاً وبالتالي قد يؤدي هذا إلى تناقصها وبالتالي إطفائها. وينجح هذا على السلوكيات المتعلمة من ملاحظة النموذج ويطبق أيضاً لاستجابات الاشراف الكلاسيكي.

ب . الاشراف المضاد **Counter Conditioning**: أول من تحدث عن الاشراف المضاد هي ماري جونز (Mary Jones) وجاثري (Guthrie) من خلال استخدام مبادئ التعلم لإبدال نوع استجابة باستجابة أخرى عن طريق استخدام أسلوب الاشراف الكلاسيكي، وللأشراف المضاد ثلاث خطوات هي:

- 1 . تحديد المواقف التي تستجر الاستجابات غير المرغوب فيها.
- 2 . استخدام مبادئ التعلم وأساليب لتوليد استجابة مضادة للاستجابة غير المرغوب فيها، وتكون أقوى منها، مثل استخدام الاسترخاء العضلي كاستجابة مضادة للقلق، واستخدام التدريب على توكيد الذات أو على المهارات الاجتماعية كاستجابة مضادة للخجل (الشناوي وعبد الرحمن، 1998) و (Henderson, 1999).

ثانياً: التحليل السلوكي التطبيقي **Applied behavioral analysis / الإشراف الإجرائي**
Conditioning procedural:

وتعتمد على النظرية السلوكية عند سكنر (Skinner) وبري أصحاب الاشراف الإجرائي **Operant Conditioning** أن السلوك يحدث تحت سيطرة التعزيز أي أن نتائج السلوك هي التي تعدد تكرار السلوك والقيام به (ويتبع هنا قانون الأثر) وبذلك فإن احتمالية حدوث السلوك السوي واللا سوي في المستقبل محكوم بنتائجه (الشناوي، 1994).

فإذا كانت نتائج السلوك الاجتماعي جيدة ومعززة للشخص فإن احتمالات تكرار هذه السلوكيات تزداد، فإذا ما قام أحد الأطفال بالتحدث أمام مجموعة من الضيوف في البيت، وأثنى عليه الأهل واحترموا رأيه، فإن هذا السلوك يعزز ويزيد من احتمال قيامه بمثل هذه المبادرات والتفاعلات الاجتماعية، أما إذا وجد النقد و(البهذلة) من أحد أفراد الأسرة فتقل احتمالية مثل هذه المبادرات والتفاعلات الاجتماعية لدى الطفل وبالتالي يسحب من مثل هذه المواقف، فنتائج السلوك هي التي تحدد احتمالية حدوثه في المستقبل.

ومن أهم أنواع الاشرط الإجرائي:

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

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

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

د- التعزيز التفاضلي **Differential reinforcement**: وهنا تقل احتمالية الاستجابة غير المرغوب فيها من خلال إهمال الاستجابة غير الصحيحة وتعزيز السلوك المرغوب فيه.

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي/ أو التعلم بالملاحظة **Observational Learning**:

لقد درس موضوع التعلم بالملاحظة تحت عناوين مختلفة (النمذجة، التقليد، تحقيق الذات، أمب الدور). وقد طور هذا الأسلوب باندورا وروتر (Bandura & Rotter) حيث حاولوا دمج مبادئ

علم النفس المعرفي مع نظريات التعليم التقليدية في نظام أطلقوا عليه اسم نظرية التعلم الاجتماعي أو بالملاحظة، حيث وجدوا أنه بالإضافة إلى تعلم الإنسان من خلال العمل وهو مبدأ الإشراف الإجرائي والكلاسيكي فإن الإنسان يمكن أن يتعلم من خلال الملاحظة observation ويرى باندورا أن السلوك يحدث نتيجة تفاعل مستمر بين العوامل الشخصية الداخلية والبيئية وبالتالي فإن عمليات الترميز والاعتبار والتنظيم الذاتي لها دور هام، فهذه النظرية تهتم ببعض العمليات المعرفية، ويرى باندورا . Bandura أن التعلم بالملاحظة يحدث من خلال أربعة عناصر أو مراحل رئيسية هي:

الانتباه Attention من خلال مراقبة شخص ما سلوك آخر (نموذج) بدون أن يقوم الشخص الأول المراقب للسلوك بأداء أي استجابة من سلوكيات النمذجة التي يراقبها، وبالتالي تعلم السلوك عن طريق ملاحظة سلوكيات النموذج من خلال عملية ترميز وحفظ أحداث النمذجة Retention أما إعادة أداء هذا السلوك النمذج Regeneration فيعتمد على سلسلة من العوامل تشمل نتائج الاستجابة للنموذج والمراقب، وكذلك يعتمد على دافعية Motivation المراقب والنموذج وخصائصهم وعلى عدد النماذج المراقبة (Clarizio&Maccoy, 1993) وبناء على هذه النظرية فإن الخجل يتم تعلمه من خلال الملاحظة وتقليد الآخرين الذين يلاحظهم والذين يظهرون سلوكيات خجولة في المواقف الاجتماعية المختلفة وخاصة الوالدين. (الشناوي، 1994، 72).

وبلاحظ مما سبق أن يتم عرض نموذج أمام المراقب وهذا النموذج له علاقة بالسلوك المستهدف.

وقد يكون هذا النموذج:

أ . نموذج حقيقي: أي وجود شخص يمثل السلوك.

ب . نموذج رمزي: مثل فلم.

وتستخدم النمذجة في تعلم سلوكيات اجتماعية جديدة، وكذلك تشجع على الانطفاء المباشر لسلوك غير مرغوب فيه (Clarizio & Maccoy, 1993).

وقد أكد (Hastas, 1995) أهمية التدخل المبكر لعلاج اضطرابات الخجل والانسحاب الاجتماعي والاكتئاب وعلى ضرورة التركيز في أثناء التدخل على تطوير اللغة المتكاملة للأطفال وتطوير المهارات الاجتماعية وعلى النمو الانفعالي الإيجابي.

رابعاً: العلاج السلوكي متعدد النماذج Multimodal therapy:

وتعتبر هذه الطريقة في العلاج طريقة شاملة ومنظمة لتعديل السلوك، وقد قام لازاروس (Lazarus) على تطويرها ويعتبر نظام مفتوح يشجع على الانتقاء التقني، فالمعالجون متعددون الأوجه يكيفون أساليبهم مع خلفيات وحاجات المضطربين الذين يعالجوهم، فالهدف من هذه النظرية هو اللحاق بأفضل الطرق لكل مضطرب، أكثر من المحاولة لضغط المضطرب في قالب عام (Geroy, 1996) Limitation and Criticisms of Behavior Therapy، ويمثل جوهر طريقة العلاج المتعدد الأوجه في أن شخصية الفرد المعقد تحلل إلى سبعة مجالات أساسية تمثل المجال الذي قد يظهر فيه الاضطرابات التي قد يتعرض لها الفرد، ويتفاعل بعضها مع بعض مع أنها غير مترابطة، تجمعها حروف كلمتي (BASIC-ID) والتي تمثل الخريطة المعرفية التي تضمن كل وجه من أوجه الشخصية الملفت للانتباه (Geroy, 1996) يرمز:

1. الحرف (B) إلى السلوك الظاهر Behavior وردود الأفعال التي تقاس من خلال طرح الأسئلة مثل " ما هي السلوكيات المحددة التي تمنعك من الحصول على ما تريد ؟

ما مدى تفاعلك ؟ ما الذي تحب القيام به ؟

2. الحرف (A) يرمز إلى الاستجابات الانفعالية Affect سواء الحالة المزاجية أو المشاعر القوية لدى الشخص. ومن الأسئلة التي يمكن أن يطرحها المعالج هنا:

" ما الذي يجعلك حزينا، خائفاً...؟

" ما هي الانفعالات التي تعتبرها مشكلة بالنسبة لك ؟

" ما هي المشاعر التي تختبرها عادة ؟

3. الحرف (S) يرمز إلى Sensation ويشير هذا إلى الحواس الخمس. ومن الأسئلة التي يمكن طرحها هنا:

" هل يعاني من الإحساس غير السار مثل الآلام، الدوار.... وغيرها ؟

كم تركز على الأحاسيس؟

ماذا تحب أو تكره في طريقة النظر، السمع.....؟

4. الحرف (I) يرمز إلى التخييل Imaginary وتضم الأحلام والذكريات، ويشير إلى الطرق التي يصور بها الفرد نفسه، ومن الأسئلة التي قد تشير إلى هذا البعد:

ما هي الذكريات التي تشكل لديك مصدر إزعاج؟

كيف تنظر إلى جسمك ؟

ما هي بعض الأحلام المزعجة المكررة عندك ؟

5. ويرمز (C) إلى الإدراك (المعرفة) Cognition ويشير إلى الأفكار والمعتقدات الفلسفية الشخصية والأحكام التي تشكل قيم الفرد الأولية ومن الأسئلة عليها:

ما هي القيم والمعتقدات التي تحب أن تعززها لديك ؟

ما هي بعض معتقداتك اللاعقلانية ؟ وكيف تؤثر في فاعلية حياتك ؟

كيف تصنف نفسك كمفكر ؟

6 . أما الحرف (I) في الكلمة الثانية فيرمز إلى العلاقات الشخصية Interpersonal

Relationships والتي تضم التفاعلات مع الأشخاص الآخرين. ومن الأمثلة عليه:

كيف تصنف نفسك كإنسان اجتماعي؟

هل هناك أي علاقات مع الآخرين تأمل بغيرها إذا نعم، فأى نوع من المتغيرات تريد ؟

7 . ويشير الرمز الأخير (D) إلى الأدوية / المخدرات Drugs / biology وتهتم أيضاً بالعادات

الغذائية للفرد والتمارين الرياضية، ومن الأسئلة التي يمكن أن تطرح هنا:

هل تأخذ أي علاج موصوف؟

ما هي عاداتك المتعلقة ب: التمارين الرياضية... ؟ (الخوالي ، 1999) و (corey, 1999).

ويؤكد الشناوي (1994) أن الاضطرابات وفقاً لهذه النظرية هي نتيجة لمشكلات متعددة التكوين،

مما يسمح للمعالجين فهم الفرد على أتم وجه.

وتبرز الحاجة إلى مواجهة هذه الاضطرابات باللجوء إلى استراتيجيات علاجية متعددة الوسائل،

مثل تدريب ضبط القلق ، تكرار السلوك، تغذية راجعة حية، تدريبات الاتصال والتفاعل، عقد

الاتفاقيات، التنويم المغناطيسي، التأمل والتفكير، النمذجة، التخيل الإيجابي، التعزيز الإيجابي،

التدريب على الاسترخاء، التدريب على التعليقات الذاتية، التدريب على التركيز على الشعور،

المهارات الاجتماعية . التدريب التوكيدي، إدارة الوقت، إيقاف التفكير. (Lazarus, 1989in; coreys 1996).

وينشأ الاضطراب عند الأفراد وفق هذه النظرية نتيجة:

1. لظروف التعلم المحيطة بموقف التعلم، والترابطات الشرطية.
2. التعرض للنماذج التي يقلدها الفرد بقصد أو بدون قصد.
3. اكتساب الفرد لمعلومات وقيم متناقضة أو معلومات خاطئة.
4. وجود تعلم ناقص وغير ملائم، وهنا قد يتكون لدى الفرد فجوات في الذاكرة نتيجة لنقص بالمعلومات الضرورية.

ومن المسببات السابقة للاضطراب يمكن أن نستنتج أن الخجل والانسحاب الاجتماعي قد يحدث نتيجة أسباب متعددة مثل الاشراف أو التعرض لنماذج خجولة في حياته، واكتساب معلومات غير ملائمة أو خاطئة، ولذلك فإن الأساليب العلاجية من وجهة نظر هذه النظرية تكون متعددة الوسائل.

وظيفة المعالج:

وبإشر المعالج وظيفته التطبيقية في علاج الخجل والانسحاب الاجتماعي من خلال تزويد المضطربين بالمعلومات والتعليمات والتغذية الراجعة، ويعملون على وقف المعتقدات اللاعقلانية لدى المضطربين، ويزودون بالتعزيز الإيجابي، ومن الضروري أن يبدأ المعالجون من موقع المضطرب الحالي Where the client is ويعدها يسعى المعالجون إلى الكشف عن جوانب

أخرى في الاضطراب الموجود لدى الأفراد. إن الفشل في فهم موقف الخجل والانسحاب الاجتماعي يقود بسهولة شعور هذا الفرد أنه منفرد وغير مفهوم (Lazarus, 1989 in; coreys 1996).

لذا، فإن (لازاروس) يؤكد على ضرورة تمتع المعالج المتعدد الأوجه بعدة صفات: أن يكونوا فعالين ومؤثرين كأشخاص، يتمتعون بمدى واسع من المهارات والأساليب للتعامل مع المشاكل المقدمة من المضطربين، يجب أن يكون لديهم " إنتقاء تقني " حتى يتمكنوا من تحديد أي الأساليب أكثر فعالية تبعاً للمضطرب ونوع الاضطراب وبالتالي استخدامها (Geroy, 1993, Roberts,) 1980 وقد أشار لازاروس (Lazarus, 1989) إلى أن كل المعالجين متعددي الأوجه انتقائيون، وليس كل الانتقائيين معالجين متعددي الأوجه.

خامساً: العلاج السلوكي المعرفي Cognitive behavior therapy:

أ. تعديل السلوك المعرفي:

واضع هذا العلاج ميكينباوم (Meichenbaum) وتبعاً لميكينباوم (1977) فإن الحديث والمعتقدات الذاتية Self Talk تؤثر في سلوك الأفراد وبالتالي ظهور الاضطرابات لديهم.

ويركز تعديل السلوك المعرفي على تعديل التعليمات والأفكار التي يوجهونها لأنفسهم باستخدام الاشرط الإجرائي Operant Conditioning ولاحظ ميكينباوم أن بعض المرضى الفصامين يرددون نفس العبارات في أثناء المقابلات، وبذلك ابتعد هذا الأسلوب عن الاشرط الاجرائي التقليدي Conditioning Classical Operant بإدخاله عنصراً معرفياً Cognitive في العلاج (Geroy, 1996).

وقد اتجه (ميكينباوم) إلى تعديل سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك مثل الاندفاعية، الخوف في الامتحانات، الخوف من الحديث أمام الآخرين، السلوك العدواني، من خلال التركيز على إكسابهم مهارات استخدام التعليمات الذاتية Self-in-striations وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع استخدام أسلوب الاشراف الإجرائي Operant Conditioning إلى إعطاء نتائج أفضل (Petterson, 1980).

- كيف يتغير السلوك حسب هذا النموذج من معالجه؟

يقترح ميكينباوم أن السلوك يتغير نتيجة سلسلة من العمليات التأملية Speculative Processes التي تتضمن تفاعل الحديث الذاتي Slef-talk والبنى المعرفية Cognitive Structure والسلوكيات Behavior والنتائج عنها. ويصف ميكينباوم حدوث هذه العملية ضمن ثلاث مراحل للتغير تتضمن:

المرحلة الأولى: مراقبة الذات Self-Observance، وذلك من خلال:

تدريب المضطرب على مراقبة حديثه الذاتي الذي يتصف بالتعبيرات السلبية عن الذات والتي تنتج سوء تكيفه. والعامل المهم هنا دافعية ورغبة المضطرب وقدرته على مراقبة أفكاره والاستماع لها.

المرحلة الثانية: اكتساب المضطربين بنية سلوكية معرفية جديدة Cognitive behavior structure من خلال:

تدريبهم على البدء بحوار داخلي جديد من خلال العلاج ويعتبر الحديث الداخلي الإيجابي الجديد بمثابة دليل لسلوكيات جديدة، كما يؤثر في البناء المعرفي (Geroy, Cognitive Structure, 1996).

المرحلة الثالثة: تعليم المضطربين مهارات تكيف فعالة Effective Adaptation Skill:

وخلال هذه المرحلة يكتسب المضطربون استراتيجيات فعالة للتعامل مع مواقف واقعية مثيرة للتوتر من خلال تعليمهم كيف يعدلوا من بنائهم المعرفي، أي يقوم المعالج باتباع إجراء علاجي يتكون من خمس خطوات لتعليم مهارات التكيف الفعالة من خلال:

1 . تعريض المضطرب لموقف يثير القلق والتوتر عن طريق التخيل Imagination ولعب الدور.

2 . يطلب من المضطرب تقييم مستوى قلقه.

3 . جعل المضطرب أكثر إدراكاً للمعتقدات والإدراكات المثيرة للقلق لديه عند مواجهته لموقف ما.

4 . مساعدة المضطرب على تقييم أفكاره عن طريق تقييم تعبيره عن نفسه.

5 . جعل المضطرب يلاحظ مستوى القلق بعد عملية إعادة التقييم.

وقد أثبت هذا النوع من العلاج كفاءة في علاج بعض الاضطرابات لدى الأفراد ومن ضمنها عدم الكفاءة الاجتماعية، والمخاوف المرضية، الخجل والانسحاب الاجتماعي Social Phobia.

(Cormier, 1991) & (cormier ; ceray, 1996).

ومن أهم التطبيقات على برامج مهارات التكيف الفعالة التي طورها ميكنباوم.

- استراتيجية تدريب النحسين ضد التوتر:

والتي تعتمد على افتراض أن باستطاعتنا السيطرة والتأثير في قدرتنا على التكيف مع التوتر عن طريق تعديل معتقداتنا الداخلية حول أدائنا في المواقف المثيرة للتوتر.

وتتكون هذه الاستراتيجية من مجموعة من الاستراتيجيات تتضمن:

تقديم المعلومات Information presentation ، المناقشة Discussion ، إعادة البناء المعرفي Reconstruction، حل المشكلات Solving Problem، تدريب الاسترخاء Relaxation Training، الإعادة Repetition، مراقبة الذات Self Observation ، تعزيز الذات Self Reinforcement ، تعديل المواقف البيئية Environmental Situation ، Modification.

وقد صمم ميكينباوم نموذجاً يتكون من ثلاث مراحل للتحصين ضد التوتر:

1 . المرحلة المفاهيمية **Perception Stage**: هنا يتم مساعدة المضطرب على فهم طبيعة التوتر وإعادة التعبير عنه بشكل اجتماعي. وذلك من خلال تعاون المعالج والمضطرب على فهم طبيعة المشكلة، ويتم تزويد المضطرب بتعبيرات خاصة مساعدة في فهم الطريقة التي يستجيب فيها للمواقف المثيرة للقلق لديه، وبالتالي الخجل أو الانسحاب الاجتماعي Social Phobia، وكذلك يتم تعليم المضطرب بالدور الذي تقوم به الانفعالات في ظهور التوتر والحفاظ عليه من خلال توجيهات ذاتية.

وعندما يدرك المضطرب أهمية العلاج يتم توعيته لدوره في خلق التوتر الذي يشعر به ويتم إكسابه هذا الوعي من خلال تدريبه على مراقبة تعبيراته الداخلية وسلوكياته الناتجة عن هذه التعبيرات. (Geroy, 1996)

2 . مرحلة اكتساب المهارات وتكرارها : **Skills Acquirement** ويتم هنا تدريب المضطرب على مجموعة من أساليب التكيف المعرفي Cognitive Adaptation ليطبقها على المواقف المثيرة للتوتر والقلق بهدف تقليل التوتر وذلك عن طريق القيام بعمل ما، تدريب طرق الاسترخاء العضلي Muscular Relaxation، التدريب على عبارات التكيف ومنها:

- كيف أستطيع مواجهة ما يسبب لي التوتر والتعامل معه ؟
- كيف أستطيع تعزيز التعبيرات الذاتية Subjectivity Expression ؟

في برنامج معالجة التوتر يتم استخدام عدة استراتيجيات أهمها:

تدريب الاسترخاء Relaxation training، تدريب المهارات الاجتماعية Social skills training ، تدريب التعليم الذاتي Self-education training، مساعدة المضطرب على إجراء تغييرات في أسلوب الحياة Life-Style مثل إعادة وتقييم الأولويات، تدريبه على طرق أخرى تؤدي للاسترخاء الكامل كالتأمل، اليوغا، الشد والاسترخاء.

3 . مرحلة التطبيق والمتابعة Following & Application Stage : ويتركز الأمر هنا على إحداث التغيير والاحتفاظ به وتعميمه على الحياة الواقعية وهنا يقوم المضطرب بممارسة التعبيرات الذاتية Subjectivity Expression وتطبيق مهارات جديدة في حياته من خلال تطبيق الواجبات البيئية المكلف بها.

ويعتبر تعديل السلوك المعرفي لميكينباوم (Cognitive behavior Modification) CBM بديلاً رئيساً للعلاج العائلي العائلي. Rational emotion behavior والذي أسهم بشكل رئيسي أيضاً في تفسير اضطرابات السلوك والانفعال ومن ضمنها الخجل والانسحاب الاجتماعي حيث يلخص ليس (Ellis) واضع نظرية العلاج المعرفي العائلي نظرية للاضطرابات الانفعالية بنموذج (ABC) ويرى هنا أن الاضطرابات الانفعالية لا تنشأ عن الخبرات والحوادث التي يتعرض لها الفرد (A)، وإنما ينتج عن نظام المعتقدات والأفكار (B) التي يتبناها الأفراد حول هذه الأحداث، وتمثل (C) النتائج الانفعالية مثل القلق الاجتماعي والخجل والانسحاب الاجتماعي. وتأخذ هذه الأفكار والمعتقدات شكل المطالب الحتمية والأوامر المطلقة والأفكار اللاعقلانية، ووضع (ليس) إحدى عشرة فكرة لاعقلانية يتبنى بعضها الأفراد الذين يعانون من سوء التكيف وتختلف درجة سوء التكيف باختلاف عمق وجذور الأفكار اللاعقلانية لدى الأفراد (الشناوي، 1994 والخولي 1999) و (Geroy, 1996).

ومن الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الأفراد الذين يعانون من مشكلة الخجل أو الانسحاب الاجتماعي **Social Phobia**: يجب أن أكون على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة، وأن أنجز بشكل كامل لأكون ذا قيمة وأهمية، وهنا فإن خوف الفرد من الرفض الاجتماعي واهتمامه الكبير في رأي الآخرين في قدراته الاجتماعية يجعله يعزّي قيمة الذات لديه بمدى قبول الآخرين له، وفشله في موقف اجتماعي يجعله يعممه لمواقف أخرى وهذا يثبت أنه ليس ذا قيمة، ويشعر الخجل بوجود نقص في مهاراته الاجتماعية، واعتقاده بعدم كفاءته أو قدراته على الإنجاز يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية (Jones. et. al, 1986) ويركز العلاج المعرفي Cognitive therapy بيك على الافتراض أن المعرفي هي الجانب الرئيسي المؤثر في مشاعرنا وسلوكنا

وبالتالي اضطرابات الانفعال (C) تحدث نتيجة ردود الأفعال الفردية التي تؤدي إلى تشوش الموقف أو مسار التفكير (B) ، وتستمر هذه الأفكار المشوشة لأنها تبدو معقولة لدى المضطربين ، ولا تكون معقولة لدى الآخرين (Geroy, 1996) و (الشناوي، 1994، 45).

ويرى بيك أن العلاج المعرفي يعالج جميع الألام النفسية عن طريق حصرها للمفاهيم الخاطئة والإشارات الذاتية، وبالنسبة لتغيير الاضطراب الوظيفي للانفعالات والسلوكيات فأفضل أسلوب لذلك هو (تعديل الاضطراب الوظيفي في التفكير).

كما يرى بيك أن الأفكار المشوهة والمسببة للقلق لدى الفرد تتركز على توقع الخطر والأذى وعلى الحكم بشكل سيء على المواقف بدون وجود براهين كافية (الاشنقاق الاعتباري) وتقديره الزائد لاحتمالية الإيذاء وما يمكن أن يحدث والتقدير المنخفض حول قدرته على التكيف وتقويم التعميم من خلال الربط بين الأحداث غير المتشابهة إذا وجد فرد صعوبة في التعامل مع أحد أقرانه، فإنه سيعمم ذلك بأنه لا يستطيع التعامل مع أي قرين، وقد يطلق تعميم أنه غير فعال في التعامل مع الآخرين، فالخجل والمنسحب اجتماعياً قد يتوقع الرفض أو الفشل وعدم الاستحسان من قبل الشخص الآخر وبالتالي الارتباك والحرج والانسحاب من هذه المواقف (Geroy, 1996).

سادساً: التدريب التدميمي Assertiveness Training:

يعتبر التدريب التدميمي النهج السلوكي الأكثر شعبية، وهو نمط من التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training ، وتعتبر من وجهات النظر التي تفسر القلق الاجتماعي والخجل والانسحاب الاجتماعي Social Phobia وترى أن هذه الاضطرابات تنشأ نتيجة نقص المهارات الاجتماعية المطلوبة، وبالتالي نقص القدرة على التعبير الإيجابي عن الذات، ففي كل

مراحل النمو لدى الإنسان يجب أن تولى المهارات الاجتماعية أهمية كبيرة، فالأطفال بحاجة إلى تعلم كيفية تكوين صداقات واختيار الأصدقاء، وكيفية التفاعل بفعالية مع الآخرين، والرؤساء في العمل، وبالمقابل الأفراد الذين تنقصهم المهارات الاجتماعية يجدون صعوبات متكررة في البيت والمدرسة وفي العمل وفي أوقات فراغهم، وقد صمم الطرق السلوكية لتعليم الأفراد طرق التفاعل الإيجابية مع الآخرين وبطريقة مؤكدة للذات ويقوم التدريب التوكيدي Assertion training على افتراض أساسي مفاده أن من حق الأشخاص التعبير عن مشاعرهم، وأفكارهم ومعتقداتهم، ومواقفهم، ويهدف التدريب التوكيدي إلى زيادة حرية الأفراد السلوكية وبالتالي يستطيعون اختيار كيفية التصرف بطريقة يعبرون عن مشاعرهم بطريقة إيجابية وفعالة تعكس تأكيدهم وإدراكهم لمشاعر وحقوق الآخرين وتفسر وجهة النظر المعتمدة على التدريب التوكيدي اضطرابات السلوك كالخجل والانسحاب الاجتماعي على أنه ناتج عن نقص في قدرة الأفراد على التعبير عن أنفسهم أمام الآخرين بسبب نقص المهارات الاجتماعية اللازمة، وبالتالي تركز معظم برامج التدريب التوكيدي للخجولين والمنسحبين اجتماعياً على معتقداتهم الذاتية المحيطة والتفكير الخاطئ وتعمل هذه البرامج على إعطاء الأفراد الخجولين أو المنسحبين اجتماعياً مهارات وأساليب للتعامل مع المصاعب في المواقف المختلفة وتركز هذه البرامج أيضاً على معتقدات الأفراد التي تلازم ضعف التأكيد عندهم وتدريبهم على بناء تعبير ذاتي إيجابي تمهيداً لبناء نظام معتقدات إيجابي والتي تكون نتيجتها سلوكاً مؤكداً.

وكثيراً ما يعتمد هذا الأسلوب في تدريب الشخص الخجول والشخص المنسحب اجتماعياً، إضافة إلى الاعتماد على أسلوب الاشرط المضاد Counter Conditioning الذي يوضح أن الخجل والانسحاب الاجتماعي ينشأ عن القلق، وقد تطورت استراتيجية تأكيد الذات كاستجابة مضادة

للقلق الشرطي، فقد جاء ولبى (Wolpe) بمفهوم الكف المتبادل Reciprocal Inhibition حيث يمكن التقليل من الخجل أو الانسحاب الاجتماعي من خلال تحييد أو كف هذا القلق بطريقة ما (Jones et. al, 1986).

وقد استطاع سالتر (Salter) أن يستخدم هذه النظرية في منهج أسماء العلاج بـ"تريفة الفعل المنعكس الشرطي" Conditioned reflex، وبناء على ذلك يمكن التمييز بين نمطين من الشخصية الإنسانية:

1. الشخصية المقيدة المكفوفة Restricted personality: وهي شخصية منسحبة وحبيسة لانفعالاتها وعاداتها.

2. الشخصية المستثارة أو المنطقية Stirred personality: وهي شخصية تتميز بالإيجابية والتلقائية وخالية من القلق.

والهدف من العلاج النفسي المعتمد على هذه النظرية يتمثل في إتباع أساليب تعتمد على تغيير الكف إلى الاستثارة، ومن الأساليب التي استخدمها سالتر: التنويم المغناطيسي Hypnotism، وأساليب تأكيد الذات Self-assertion style.

من جهة أخرى، فإن مبادئ الاشراف الكلاسيكي والإجرائي Operant classical conditioning والتعلم بالملاحظة Observational learning تقوم بدور مهم في تعلم المهارات الاجتماعية Social skills ومهارات تأكيد الذات، وبناء على ما سبق يمكن تعريف التدريب على المهارات الاجتماعية:

بأنه أسلوب علاجي يهدف إلى مساعدة الأفراد على تطوير وتقوية وإنتاج سلوكيات اجتماعية في مواقف خاصة، وذلك لمساعدتهم على تحقيق الأهداف الشخصية والاجتماعية قصيرة وبعيدة المدى بفعالية أكبر (Clarizio & Maccay, 1993).

سابعاً: برامج ضبط الذات والسلوك الموجه ذاتياً:

Self-Directed Behavior & Self – Management Programs:

وقد أظهرت هذه الاستراتيجيات نتيجة توحيد الطرق المعرفية مع الطرق السلوكية بهدف مساعدة المضطربين على إدارة مشكلاتهم بأنفسهم (Geroy, 1996).

وتتضمن استراتيجيات ضبط الذات:

مراقبة الذات **Self-monitoring**، مكافأة الذات **self-Equivalent**، الاتفاقية الذاتية **Convention of self**.

وقد استخدمت هذه الاستراتيجيات مع عدد من المشاكل مثل القلق، الكآبة، والألم وفي مقالة لـ (Sigrun) عام 1995 وضع خلالها أهمية تطوير استراتيجيات التفاوض الشخصية لدى الأفراد في حل الصراعات الداخلية والخارجية لديهم، وقد أوضح أن القدرة الاجتماعية للأطفال تكون أكثر احتمالية عند الأطفال المنسحبين اجتماعياً عندما يظهرون كفاية أكبر في استخدام استراتيجية التفاوض الشخصية مقارنة بالأطفال الذين مواقع الضبط لديهم خارجية. وقد عرض (Tharp & Watson) تصميماً لنموذج التغيير الموجه ذاتياً.

ويتضمن أربع مراحل:

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

2 . ترجمة الأهداف إلى سلوكيات Behaviors هادفة: التي يريد الفرد زيادتها أو نقصانها.

3 . المراقبة الذاتية للسلوك: وذلك من خلال الانتباه المدروس والدقيق لسلوك الفرد بذاته.

وتعمل هذه المراقبة على زيادة إدراك الفرد، وعلى زيادة التركيز على السلوكيات الواقعية المشاهدة أكثر من تركيزها على الأحداث التاريخية أو خبرات المشاعر.

4 . تنفيذ خطة التغيير: تبدأ هذه المحصلة بالمقارنة بين المعلومات التي حصلنا عليها من المراقبة الذاتية ومعايير الفرد للسلوكيات المحددة. بعد تقييم المضطربين للتغيرات السلوكية التي يريدون إحرازها، فإنهم بحاجة إلى تطوير برنامج فعال لإحداث تغيير حقيقي والتي يتطلب نظام التقدير الذاتي والتفاوض لعمل اتفاقية، وتتضمن هذه الخطة كما أشار لها (Weston & Tharp, 1989) ما يلي:

1 . قواعد تحدد السلوكيات المراد تغييرها والأساليب التي سيتم إتباعها.

2 . أهداف عامة وفرعية محددة.

3 . تغذية راجعة Feedback والنتيجة عن المراقبة الذاتية.

4 . مقارنة التغذية الراجعة مع أهداف الفرد والأهداف الفرعية لقياس التقدم.

5 . تعديل الخطة لتلائم الظروف التغيير.

وتتمثل أهمية كل برنامج يصمم لضبط الذات في تعلم الفرد المسؤولية تجاه نشاطاته الخاصة.

استراتيجيات Strategies مقترحة يمكن للمعلم استخدامها للتعامل مع الأطفال الخجولين **Shy** أو المنسحبين اجتماعياً:

بيّن (Brophy, 1996) أن من أهم استراتيجيات التعامل مع الطلبة الخجولين أو المنسحبين اجتماعياً تتمثل بالآتي:

1 . مشاركة الأقران **Peer Involvement**: اقترح العديد من الباحثين علاجاً للخجل والانسحاب الاجتماعي من خلال مشاركة الأقران، تتمثل معظم هذه الجهود في برامج القرين المعلم cross – age tutoring، وذلك من خلال خلق فرص للعب مع زوج من الأطفال الأصغر سناً، أقران متطوعون كحلفاء لتخليص الأطفال من الخجل أو الانسحاب الاجتماعي، مشاركتهم في مجموعات صغيرة، والتعاون في أنشطة غرفة الصف.

2 . تدخلات المعلم **Teacher Intervention**: يمكن أن تساعد التدخلات التالية للمعلم في التقليل من استجابة الطلبة للانسحاب الاجتماعي والخجل لدى الطلبة:

أ . قم بتغيير البيئة الاجتماعية **Social environment** (مثل أجلسهم ضمن زملاء ودودين أو إشراكهم كأزواج أو في مجموعات صغيرة).

ب . استخدام قوائم التقدير **Appreciation** لتحديد اهتماماتهم، وحينئذ اتبعها باستخدام هذه الاهتمامات كأساس للمحادثة أو لأنشطة تعليمية.

ج . انشر أعمالهم الفنية أو مهماتهم الجيدة للآخرين.

د . عينهم كشركاء لرفقائهم الأكثر شهرة في الصف أو المشهورين واشغلهم في اتصالات متكررة مع أقرانهم.

هـ . تابع وباستمرار الطالب الخجول Shy والمنسحب اجتماعياً Withdrawing socially إذا نزع إلى أحلام اليقظة Daydreaming.

وساعد الأطفال الخجولين على وضع أهداف للنمو الاجتماعي Social growth وساعدهم من خلال تزويدهم بتدريب على المهارات الاجتماعية.

ز . زودهم بالمعلومات التي يحتاجونها لتطوير البصيرة Insight الاجتماعية، مقترحاً عليهم الأساليب اللازمة حتى يبدأ بالاحتكاك مع الأقران أو الاستجابة بشكل أكثر فعالية لمبادرات الأقران.

ح . زودهم بدور محدد والذي يعطيهم شيئاً يمكن أن يؤدوه ودعهم للتفاعل مع الآخرين في الأوضاع المختلفة في المجتمع.

ط . علمهم أن يكونوا من ذوي الباب المفتوح اجتماعياً وذلك بالترحيب بالآخرين والتحدث معهم هاتفياً أو شخصياً، مؤكداً على الاستجابة المؤكدة (هل يمكن أن ألعب أيضاً؟).

ي . خصص وقتاً وبشكل يومي للتحدث مع هؤلاء الطلبة، أصغ لهم بحذر واستجب بشكل محدد لما يقولونه.

ك . شجع الاستجابات المؤكدة للذات أو شكلها.

ل . استخدم مهمات الكتب العلاجية (مثل كتاب "البنيت الصغيرة الخجولة" (LPP) Krasilov sky ويتحدث عن بنت صغيرة حزينة أصبحت أكثر انطلافاً).

3 . تدخلات الآخرين **Other Intervention**: اقترح (Bogacki & Blanco) عام

1988 من المدرسة النفسية . العديد من الاستراتيجيات أهمها تشجيع انضمام الأطفال لمجموعات تطوعية وأنشطة استجمام خارج المدرسة.

❁ خامساً: السرقة Theft :

السرقة سلوك شائع جداً لدى الأطفال في سن 4-5 سنوات، والغالبية العظمى من الأطفال سرقوا مرة أو مرتين على الأقل في مرحلة طفولتهم. لكن لكي نستطيع أن نتكلم عن السرقة لدى الأطفال لابد وأن يكون الطفل قد تكون لديه مفهوم الممنوع والمسموح به (وهي نفس السن التي يكون فيها الطفل قادراً على التحكم في وظائف الإخراج) بمعنى آخر أن يكون الطفل قد اكتسب مفهوم الفردية Individual وبالتالي أصبح يميز ما يخصه (ما هو شخصي) وبين ما لا يخصه (يخص الآخرين).

وتعتبر السرقة سلوك اجتماعي مكتسب Social behavior acquired، وهي تحتاج إلى مهارات عقلية وجسمية Mental and physical skills عديدة، منها سرعة حركة الأجسام، وخفة الحركة العامة، ودقة الحواس والملاحظة Note، والقوة الميكانيكية Mechanical strength، ووفرة الذكاء Intelligence، والسرقة البسيطة Petty theft كثيرة الشيع عند الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة Early Childhood والوسطى، وتبلغ ذروتها في حوالي 5-8 سنوات حيث تميل بعدها إلى التناقص مع نمو الضمير Conscience عند الطفل وابتعاده تدريجياً عن التمرکز حول الذات، والسرقة العادية Ordinary theft إذا استمرت بعد سن العاشرة، فإنها تدل على وجود اضطراب انفعالي Emotional disorder خطير عند الطفل، وهي بحاجة إلى المساعدة الفورية. أما السرقة التي تحدث دون العاشرة من العمر وتكون لمرة واحدة فقط، فلا يمكن أن تعلق عليها الكثير من المخاطر لأن الأهمية المرضية لمشكلة السرقة تكمن في تكرارها. وتختلف نوعية وكيفية السرقة عند الأطفال الذكور والإناث، حيث تشكل السرقة حوالي 70% من أعمال الشغب ككل عند

الأولاد والشباب، وهذه النسبة تكثر عند الذكور بمعدل عشرة ذكور لكل أنثى (الشيخلي، 2009، 207).

وفيما يلي بعض التعريفات التي تتناول السرقة:

برى (وديع، 1994) السرقة على أنها تعتبر سلوكاً يعبر عن حاجة نفسية فهي ليست حدثاً منفصلاً قائماً بذاته، وإنما هو وظيفة في خدمة شخصية الفرد فقد تكون وسيلة مثلاً لجذب الانتباه Attract attention وإثبات الذات Prove oneself وقد تكون وسيلة لحماية هذه الذات Self . ويعرف (الشرييني، 1994) السرقة على أنها استحواذ الطفل على ما ليس فيه حق وإرادة منه. وأحياناً باستغلال مالك المراد سرقة أو تضليله.

أما (شيحجي، 1994) فيعتقد أن السرقة هي الاستحواذ على ما يملكه الآخرون بطريقة شاذة غير سليمة، أو بدون وجه حق. ونظراً لأنها تلحق الضرر بالمجتمع لأنها تمس تملك الأشخاص والجماعات، فإن القانون يعاقب عليها، كذلك المجتمع، وحتى الأديان السماوية فقد تشددت في معاملة السارقين.

ويعرف (زيعور، 1993) السرقة بأنها عمل غير أخلاقي، وذنب يعاقب عليه المجتمع فعلم النفس يتناول هذه السرقة كظاهرة وكتعبير عن مشكلة نفسية واجتماعية Psychological and social يعاني منها الولد، فالسرقة ما هي إلا تعبير عن صراع Conflict وعن عدم استقرار، ومن الضروري عدم المبادرة إلى العقاب فوراً دون معرفة الدوافع Motives والأسباب ومعالجتها.

وأخيراً يرى (الزعبى، 1994) أن السرقة عبارة عن مشكلة اجتماعية تظهر على شكل اعتداء شخص على ملكية الآخرين بقصد أو بدون قصد بغرض امتلاك شيء لا يخصه. وحتى يوصف

هذا السلوك بأنه سرقة لابد أن يعرف الطفل أن من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه (القمش، 2007، 283).

أشكال السرقة Forms of theft:

- سرقة ذكية intelligent وسرقة غبية stupid:

السرقة الذكية تكون أن يستولى الشخص على ما يريد وبطريقة يصعب اكتشافها. والسرقة الغبية ليس فيها الحرص الكافي ويكتشف السارق بسهولة.

- سرقة عارضة Accidental وسرقة معتادة Ordinary :

السرقة العارضة فيها يخضع الشخص للإغراء أو التحريض مرة أو مرات قليلة ثم يرجع عنها. أما السرقة المعتادة فتكون عادة عديدة ومتكررة ولا يتمكن الشخص الرجوع عنها.

- سرقة للحاجة need وسرقة للمباهاة Brag:

السرقة للحاجة هي لأشياء يحتاجها الطفل ومحروم منها. والسرقة للمباهاة أن يسرق الطفل لمجرد المباهاة والتفاخر أمام أصدقائه.

- سرقة فردية individual وسرقة جماعية collective:

السرقة الفردية أن يقوم الطفل بمفرده بالسرقة دون شريك معه، أما السرقة الجماعية فيختلف فيها دور الطفل في هذه العملية. هل هو واسع الخطة، أم زعيم العصابة، أو هو أحد التابعين، أو دوره الحراسة فقط لملاحظة الشرطة والآخرين (الشيخلي، 2009، 208).

- السرقة كاضطراب نفسي Theft disorder myself : إن العوامل النفسية وراء السرقة كثيرة ومتشعبة، ولا يمكن تفسير سلوك السرقة بدافع واحد مثل الحاجة إلى النقود أو الجوع أو

الاستطلاع، وقد تتفاعل الدوافع النفسية Psychological motives مع عوامل بيئية، وقد تكون السرقة جزءاً من حالة نفسية Psychological state أو ذهانية مرضية Psychotic satisfactory يعاني منها الطفل، وتظهر بشكل اضطراب سلوكي مثير Behavioral disorder sexy، له دوافعه النفسية العميقة Deep psychological motives، ناتج عن صراعات مرضية شاذة Conflicts satisfactory abnormal في نفس الطفل، لا يمكن معرفتها إلا بالتحليل النفسي Psychoanalysis. وقد يسرق الطفل نتيجة استقرار بنائه النفسي على الأخذ فقط دون العطاء، ونتيجة لتصوره أن الحياة عبارة عن أخذ فقط دون عطاء.

■ السرقة لتحقيق الذات Theft of self-realization: قد يلجأ الطفل إلى السرقة لإشباع ميل أو رغبة يرى فيها نفسه سعيداً أو ظهرت بصورة أفضل كالذي يسرق نقوداً للذهاب إلى السينما ليحكي عن الأفلام مثل غيره من الأطفال، أو ليركب دراجة مثل أصحابه، وربما فشله الدراسي خلف محاولة تعويضه بالظهور مادياً على غيره من الأطفال (الشربيني، 2001، 24).

أسباب السرقة Reasons:

■ الحرمان المادي material deprivation: حيث أن بعض الأطفال لا يملكون ما يكفي من النقود لسد حاجاتهم لشراء الحلوى أو الذهاب إلى السينما وما إلى ذلك فهم يرغبون فيما يملكه أصدقاؤهم وليس لديهم طريقة أخرى للحصول على النقود، والحل هو أن توفر لهم أشياء مادية أكثر أو مصادر دخل أخرى.

■ **الحرمان العاطفي emotional deprivation** : يشعر الأطفال المحرومون عاطفياً بالحرمان من الحب والمودة والاهتمام من قبل الأبوين، والحل هو أن يبذل الأبوان جهوداً أكبر في حب أطفالهم وتقبلهم وقضاء الوقت معهم.

■ **عدم النضج immaturity** : حيث يقوم بعض الأطفال في سن المدرسة (عمر سبع سنوات وما فوق) بالسرقة لأنهم لم يطوروا بعد ضميراً ناضجاً أو قدرة على المحاسبة الأخلاقية، حيث أنهم ميالون للتركز حول الذات ويبحثون عن إشباع فوري لدوافعهم ولما كانوا غير قادرين على التخطيط وتوفير النقود فانهم يقومون بالسرقة للحصول على ما يريدون.

■ **حب الاستثارة love arousal rhythm** : أو الإيقاع بالغير وذلك من أجل الهيبة، حيث يسرق بعض الأطفال من أجل الأثارة (المخاطرة، إلقاء التبعية على سواهم) ولكسب استحسان مجموعة الرفاق واحترامهم أو لكي يثبتوا مدى قوتهم وبراعتهم. والحل يكمن في توجيههم إلى مصادر بديلة للإثارة والصدقة والأهمية.

■ **التعزيز الأبوي والنمذجة strengthening the patriarchal and modeling** .

■ **التنشئة الاجتماعية socialization** غير السليمة: والتي تنسم أحياناً بالنمذجة التامة للطفل وغياب التوجيه في الأسرة، وعدم وجود معايير أخلاقية في الأسرة أو مثل عليها يقتدي بها يجعل الطفل يعيش في حالة من ضياع وتفكك، ويميل إلى الانحراف وينخرط في جماعات تؤدي به إلى السرقة.

■ **السلوك التعويضي compensatory behavior** الناجم عن غياب أحد الوالدين أو كليهما:

قد يسرق الطفل كتعويض رمزي لغياب أحد الوالدين عن المنزل؟، سواء أكان هذا الغياب بسبب

الطلاق، أو الخلافات الزوجية، وتكون السرقة في هذه الحالة تعويضاً رمزياً للحب الوالدي والاحترام والمودة التي أفقدتها الطفل.

« كما يسرق الطفل بدافع لاشعوري unconscious motivation للانتقام revenge وكرد فعل على القسوة التي يعانيها من أحد والديه أو كليهما، من خلال سلوك السرقة يبرهن الطفل عن كراهيته لوالده أو والدته أو كليهما. ويستخدم هذا الأسلوب لتسوية الحساب عن ظلم حقيقي يلحق بالطفل في مواجهة انتقائية وتعويض للعطف الذي حرم منه.

« تعويض الشعور بالنقص inferiority وتدعيم احترام الذات self-esteem: فالطفل يسرق ويعطي الآخرين ويعطي لزملائه ليثبت لهم رجولته وكفاءته بأنه قادر على مجاراتهم في النفقات.

« القدوة السيئة bad example: قد تكون السرقة عند الطفل نتيجة اختياره لنموذج سيء للاقتداء به والتوحد معه، إذ أن مشاهدة الطفل للأطفال الآخرين يمارسون السرقة أمامه في المنزل أو في المدرسة يؤدي به إلى تقليدهم.

« الشعور بالغيرة feeling jealous والميل للانتقام tendency for revenge : تدفع الغيرة الطفل بشكل غير مباشر إلى السرقة، فالطفلة قد تسرق ممتلكات غيرها من الأبطال سواء من المدرسة أو من بيوت زملائها، فقد تدرك أن زميلاتها كن يعرضن ما يشتريه من ألعاب جديدة ويتباهين بها أمام هذه الطفلة مما يجعل الغيرة تعطل في نفسها فتعتمد إلى سرقة هذه الألعاب وكما تبين أحيانا دون الانتفاع بها.

« التوتر الداخلي internal tension والاضطراب النفسي psychological disorder: قد تكون السرقة في بعض الأحيان ناتجة عن نوع من أنواع التوتر الداخلي والاضطراب النفسي عند الطفل مثل الاكتئاب النفسي الشديد، ولأنه موارد جديد الإخفاق الدراسي. فالطفل يسرق

محاولة استعادة الشعور بالارتياح وتخفيف التوتر الذي يعاني منه أو إبعاد حالة الحزن والاكتئاب التي يعيشها.

■ الأفلام التلفزيونية TV movies ، والمجلات البوليسية Magazines police : إن مشاهدة الطفل لما يعرض من أفلام وما فيها من نماذج وأشخاص يقومون بالسطو والسرقة يمكن أن يجعل الطفل يعجب بهذه الشخصيات ويقوم بتقليدها مبرراً ذلك بأنه ليس إلا بدافع التقليد والتمثيل (الزعيبي، 2005، 126).

الوقاية Prevention:

■ العمل على احترام ملكية الآخرين لدى الطفل: لابد من العمل على تدريب الطفل على احترام ملكية الآخرين باستخدام أسلوب الثواب reward والعقاب punishment مع ضرورة احترام ملكية الطفل وإشباع ميله إلى التملك، ويضطلع بهذه المهمة الآباء والمعلمون بحيث يتم الإشراف على الأطفال الذين اعتادوا السرقة إشرافاً مباشراً بحيث يتم مكافأة الطفل الذي يقلل من السرقة ويشكل تدريجي، ومعاقبة الطفل الذي يكرر سلوك السرقة.

■ اتخاذ الإجراء الفوري المناسب عند حدوث السرقة من قبل الطفل: على الآباء والمعلمين أن يواجهوا ما يحدث من سرقة لدى الطفل بحيث يخصصوا وقت كافياً لفهم سلوكه هذا، والعمل على مواجهته وتعديله. ويكون ذلك إما بإعادة الشيء المسروق إلى صاحبه أو بدفع مبلغ من المال لشراء بديل مناسب عن ذلك الشيء مع الاعتذار، كما يقوم الوالدان والمعلمون بمواجهة الطفل لفظياً بعد أن يهدأ ويوضحون له مخاطر هذا السلوك ويفسرون له لماذا يعتبر هذا السلوك غير مناسب ويسمون هذا التصرف (سرقة) دون استخدام أي تسمية أخرى ويظهرون له بأنهم

يتفهمون دوافعه وأنهم غير راضين عن سلوكه ولكنهم في الوقت نفسه يعبرون عن محبتهم له وتوقعاتهم الإيجابية منه وأنه ليس سيئاً.

■ العمل على مناقشة الطفل فيما حققه من خلال السرقة: لابد من معرفة الدوافع الكامنة وراء السرقة لدى الطفل، إذ قد تكون السرقة نتيجة حرمان مادي أو حرمان عاطفي أو عدم النضج أو حب الظهور أو القدوة السيئة من الأهل أو الزملاء بدلاً من سؤاله بشكل مباشر لماذا سرقت؟ فالطفل في هذه الحالة لا يملك إجابة مقبولة لأنه يكون في حالة نفسية غير مستقرة.

■ عدم المبالغة في الاستجابة response لسلوك السرقة عند الطفل: يجب على الآباء والمربين أن يتعلموا ضبط انفعالاتهم والتصرف بهدوء وحكمة عند مواجهة الطفل السارق وعدم التشهير به أمام زملائه أو إخوانه وعدم اعتبار السرقة بمثابة فشل شخصي والعمل على تشجيعه على مواجهة المشكلة بصراحة وموضوعية، ويمكن التعبير عن عدم الرضا عن سلوك الطفل السارق بطريقة حازمة دون الحاجة إلى الصراخ والانفعال الزائد واتهام الطفل بأنه مجرم لأن اتهام الطفل وإشعاره بأنه سيء يجعله مقتنعاً بأنك على حق ويؤدي إلى شعوره بالذنب والعار.

■ تخصيص مصروف معتدل للطفل ومراقبته في كيفية إنفاقه بطريقة غير مباشرة دون إشعاره بأننا نقوم بعملية مراقبة: فقد أكدت الأبحاث أن الطفل الذي يلجأ إلى سرقات صغيرة قد يكون نشأ في بيت يتجاهل حاجاته اليومية وأن الوالدين لا يخصصان له مصروفاً كافياً. فتخصيص مبلغ معتدل من المال كمصروف للطفل.

■ الابتعاد عن رفاق السوء وتوفير القدوة الحسنة A good example: إن توفير القدوة الحسنة للطفل في الأسرة أو في المدرسة وتحديد اتجاهاته الإيجابية والسلبية نحو الأمانة والسرقة بكل

وضوح، وتنمية هوايات نافعة عنده لإملاء وقت الفراغ الذي يوجد لديه كل ذلك ينعكس على سلوك الطفل ويجعله أكثر تمسكاً بها، وممارستها بدلاً من اللجوء إلى السلوك المنحرف.

■ فرض رقابة على الأفلام والقصص التي تقدم للأطفال: لابد من فرض رقابة صارمة على ما يقدم من برامج تلفزيونية للأطفال لأن بعضها تعرض الطفل على السرقة بشكل غير مباشر حيث تظهر السارق إنساناً يتمتع ببطولة خارقة ويوصف بالمهارة والحنكة والذكاء مما يجعل بعض الأطفال يتوقعون أن يكونوا في مثل هذه الصفات فيقعون في السرقة، كما أن القصص التي تقدم للأطفال يجب أن تكون هادفة وتربي على الفضيلة والخلق والدين بدلاً من عرض قصص وأساطير تثير لدى الطفل الفضول في تقليد مثل هذه الشخصيات التي يقرؤون عنها في هذه القصص.

■ العمل على تغيير أسلوب المعاملة مع الطفل السارق: يجب على الآباء والمربين عدم وصف الطفل بالصوصية ولو تهكماً أو اللجوء إلى العقاب البدني المبرح وذلك حفاظاً على سلامة البناء النفسي للطفل فالإنسان السعيد لا يسرق قهراً ولا بالاستمرار (الزعيبي، 2005، 128).

دور الآباء في الوقاية والعلاج من السرقة:

إن الآباء الذين يتشددون مع الأطفال لتقديم المبررات لما ارتكبوه يكونون بعملهم هذا قد أسهموا في مضاعفة مشكلات أطفالهم تلك وهي مشكلات بحد ذاتها حادة لا تحتمل، ويترتب على ذلك نتائج عديدة منها أن الطفل لا يستطيع الإتيان بأسباب وهو لا يعرفها قط، وبؤدي كذلك إلى مضاعفة الشعور بالألم لديه، وسينتبه إلى شيء لم يكن يفكر به من قبل ألا وهو أنه قد أساء فهمه من جانب الكبار، وسيصبح منقسم الشخصية فتصبح ذاته منشطرة إلى شطرين أحدهما متزمت صارم

ممعن في اللوم والتأنيب، والآخر يكون تحت سيطرة الأفعال الشريرة وتتسلط عليه دوافع خبيثة لا يقوى على الانفلات من أسرهما، ولا خلاف على أن في مثل هذه الأمور مصدر إزعاج كبير للطفل والأسرة. لذلك يجب على الآباء أن يقوموا بما يلي لتفادي تعود أطفالهم على السرقة:

1. يجب أن يعيش الأبناء في وسط عائلي يتمتع بالدفع العاطفي المتبادل بين الآباء والأبناء

ولا يتأتى ذلك إلا بالحب والشعور بالأمن والطمأنينة والجو العائلي الهادئ.

2. توفير الضروريات اللازمة للأطفال من مأكّل وملبس وخلقه.

3. مساعدة الأطفال على الشعور بالانتماء والاندماج في جماعات سوية في المدرسة والنادي

وفي المنزل والبيئة بوجه عام.

4. يجب أن تحترم ملكية الطفل ومن ثم نعلمه احترام ملكية الغير، وإذا اعتدى طفل على ملكية

طفل آخر فيجب ألا نغض أعيننا عن ذلك بل يجب أن ننبهه بمنتهى الرفق إلى أن ما فعله خطأ.

5. مداومة التوجيه والإشراف المرن ومع عدم إتهام الطفل بأنه سارق أو لص إذا استولى على

شيء ليس له، مع معالجة السبب الرئيسي الذي جعله يلجأ إلى ذلك السلوك.

6. مساعدة الأطفال على التخلص من الطاقة الزائدة والانفعال عن طريق المشاركة في أنشطة

جماعية واللعب والهوايات كالموسيقى والأشغال الفنية إلى غير ذلك مما يكسب الطفل

شخصية قوية وينمي قدراته. (القمش، 2007، 293-294).

يجب أولاً أن توفر الضروريات اللازمة للطفل من مأكّل وملبس لسنه، كذلك مساعدة الطفل على الشعور بالاندماج في جماعات سوية بعيدة عن الانحراف في المدرسة والنادي وفي المنزل والمجتمع بوجه عام. ويجب أن يعيش الأبناء في وسط عائلي يتمتع بالدفء العاطفي بين الآباء والأبناء. كما ويجب احترام ملكية الطفل ونعوده على احترام ملكية الآخرين وأن ندرّبه على ذلك منذ الصغر مع مداومة التوجيه والإشراف، كذلك يجب عدم الإلحاح على الطفل للاعتراف بأنه سرق لأن ذلك يدفعه إلى الكذب فيتمادى في سلوك السرقة والكذب، ولا بد من توفر القدوة الحسنة في سلوك الكبار واتجاهاتهم الموجهة نحو الأمانة ويجب توضيح مساوئ السرقة، وأضرارها على الفرد والمجتمع، فهي جرم ديني وذنب اجتماعي، وتبصير الطفل بقواعد الأخلاق والتقاليد الاجتماعية، كذلك لا بد من تعويد الطفل على عدم الغش في الامتحانات والعمل.... الخ (بطرس، 2008، 278).

❖ سادساً: العناد Obstinacy:

العناد هو نزعة الطفل لمعارضة الوالدين وتأكيد مواقف تتنافى مع مواقفهما ورغباتهما وأوامرهما. أي أنه معارضة واضحة لإرادتهما، تترجم من خلال حالة من الجمود، أو بالرفض المنتظم والثابت، أو بميل جارف إلى الجدل الذي لا ينتهي. ففي الجمود يتوجب على الأهل عدم التدخل والتزام الحياد خشية أن يتحول العناد إلى صورة غضب وعدوانية (حريقة، 2001، 135).

والعناد كظاهرة سلوكية تبدأ في مرحلة مبكرة من العمر، فالطفل قبل السنتين من عمره لا تظهر مؤشرات العناد في سلوكه، لأنه يعتمد اعتماداً كلياً على الأم أو غيرها ممن يوفر له حاجاته، وهنا يكون موقفه متسماً بالحيادية والانتكالية والمرونة والانقياد النسبي، لأنه ربما يمانع أحياناً في عمل يراد منه مثل الرضاعة أو الابتسام... ولكن ذلك لا يمكن اعتباره عناداً، لأن العناد موقف وسلوك ينبغي أن يبنى على الإحساس بالاستقلالية الجزئية من جانب الطفل والإدراك لموقفه وإصراره على عدم التنفيذ، ولكن الطفل قبل السنتين من العمر يكون غير واعٍ بموقفه، وربما جاءت ردود فعله لعدم الابتسام أو رفض الرضاعة نتيجة لتعب أو فقدان رغبة أو لأنه على وشك النوم أو غير جائع... وغير ذلك، وهذا ما يدفع البعض إلى تسمية مرحلة العناد حينما يتمكن الطفل من المشي والكلام بمرحلة العناد الأولى وهي قرب الثلاث سنوات من العمر أو بعد السنتين الأوليين.

فبؤادر العناد تظهر بعد السنتين من العمر، وقتها يصبح الطفل متمتعاً بقدر من الاستقلالية نتيجة نمو تصوراتهِ الذهنية، وهنا يرتبط العناد بما يجول في رأسه من خيال ورغبات، وقدرته على التحرك نسبياً عن ذي قبل وإمكاناته النامية التي أصبحت تساعد أكثر على تغيير بعض مما حوله فيصبح قادراً على سكب الماء من الإناء وبناء أكوام من الرمل، ووضع يديه ورجليه في الطين مما يثير أمه التي ترغب في المحافظة عليه نظيفاً، ومن مثل هذه الحالات تبدأ بوادر التعارض بين رغبات الصغير ورغبات الكبار، وتكون المحصلة انتهاز الطفل لغفلة الكبير لتنفيذ رغباته، ويرى الكبير في ذلك نوعاً من الإصرار على الخطأ مما يجعل الكبير في حالة من الغيظ والغضب حينما لا يكون مدركاً لطبيعة الأمور فيمنع الطفل ويحاول الطفل تحقيق خياله وأحلامه ويزداد الكبير لوعة وأسى، ويحاول المحافظة على الصغير، وينتاب الصغير الزعل ويبدأ بالعناد. (الشربيني، 2001، 41).

أشكال العناد forms:

1- عناد التصميم Design والإرادة will: ويظهر حينما نرى بعض الأطفال لديهم إصرار على محاولة إصلاح لعبه، فالطفل عندما فشل مرة سابقة في إصلاحها يصبح مصراً على تكرار

محاولته، وربما منعه الشخص الأكبر لسبب ما، ويصر الصغير على تكرار محاولته، وربما استخدم وسائل للوصول إليها بعد إبعادها عنه، إن العناد هنا نوع من التصميم يجب التشجيع عليه ودعمه.

2- العناد المفتقد للوعي **Awareness**: فعندما يصر الطفل على الذهاب إلى السينما رغم مطول الأمطار الشديدة وعدم توفر سيارة وبرغم محاولة أبيه إقناعه بذلك، وكذلك حينما يصر الطفل على استكمال مشاهدة الفيلم التلفزيوني على الرغم من إقناع أمه له بالنوم لأن الوقت أصبح متأخراً مما يجعله لا يتمكن من الاستيقاظ بسهولة صباحاً للذهاب إلى المدرسة، في مثل هذه المواقف يكون تصميم الطفل على رغبته نوعاً من العناد الأرعن المفتقد للوعي والإدراك.

3- العناد مع النفس: إن الطفل قد يعاند نفسه كما يعاند الآخرين، فربما إذا سيطر عليه الغيظ من أمه وطلبت منه تناول طعامه، يرفض وهو جائع، وحينما تبدأ الأم في محاولة إقناعه بالعدول عن رأيه وموقفه، يزداد إصراراً وجوعاً، وهو يحس داخل نفسه بأنه يعذب نفسه بالتصور جوعاً، وبالرغم من ذلك فإنه يكابر، ويبدأ الجوع في الاشتداد ويزداد عناء الطفل مع نفسه فيمنعها من الأكل ويصبح في صراع داخلي مع نفسه وعنادها، وفي أغلب الأحوال يتنازل في النهاية عن إصراره بعد فترة يعقبها أول محاولة من الكبير لمصالحته.

4- العناد كاضطراب سلوكي **Behavioral disorder**: ربما جاء عناد الطفل كاضطراب سلوكي، وذلك حينما يعتاد الطفل العناد كوسيلة متواصلة ونمط راسخ وصفة ثابتة في الشخصية، وقد يوجه العناد هنا باستمرار نحو مواقف وحاجات، إن هذا الوضع قد يؤدي إلى اضطراب خطير في سلوكه وعواطف وأفكار الطفل، بسبب النزوع إلى المعاكسة والمشاكسة والتعارض مع الآخرين، والأمر هنا في حاجة إلى استشارات من المتخصصين.

5- عناد فزيولوجي **physiologic**: إن بعض الإصابات العضوية للدماغ مثل بعض أنواع التخلف العقلي يمكن أن يظهر الطفل معها في مظهر المعاند السلبي (الشرييني، 2001، 44-45).



1- القسوة **Cruelty** أو المرونة **Flexibility** والتذبذب **Oscillation** في المعاملة: إن القسوة المرونة من قبل الوالدين في معاملة الطفل وإجباره إقناعه في الطعام والنوم، والتفكير المستمر لممارسته قد تؤدي إلى تعمد الطفل وجسديته في أي موقف، في تعامله مع الآخرين. كما أن الإفراط في الحزم والصرامة، والتساهل الزائد، وتلبية جميع رغباته قد تؤدي إلى تصور والديه خادعين له، فإما ما يلزمه من الطاعة والامتثال فإنه يسمي حاجداً لمطالبتهما ويتلقى رغبته بأية وسيلة، حتى

شاء وإن كان بالعناد. كذلك فإن التذبذب في معاملة الطفل كأن تكون الأم في صف الطفل تجيب رغبته والأب على التقيض، وكذا إهمال الوالدين للطفل، أو تفضيلهما أحد الأبناء دون الآخرين- كلها قد تدفع بالطفل المنبوذ أو المهمل إلى العناد والعصيان لأوامر الوالدين.

2- الشعور بعدم الأمان **Insecurity**: يعاني الطفل من اضطرابات نفسية عندما لا يشعر بالأمن والحب والحنان في محيطه الأسري، بسبب الخلافات بين الأبوين أو وفاة الأبوين أو وفاة أحدهما أو انفصاله مما يجعله يسلك سلوك الرفض والعناد، والذي يظهر على شكل رفض للسلطة ورفض للنوم ورفض لطاعة الوالدين.

3- الاحتياجات الملحة **Urgent needs**: إن الاحتياجات الشديدة تدفع الطفل إلى العناد، فالطفل الذي يعاني من التعب الشديد يشعر بحاجة ملحة للاستراحة، وتحمل الآلام الشديدة يستلزم الهدوء والسكينة. وفي مثل هذه الأوضاع، يعبر الطفل عن حاجاته بمثل هذه الطريقة (العناد). بالإضافة إلى ذلك، يبرز عناد الطفل أحياناً من الاستعجال وفقدان الصبر، فالطفل عجول وليس له من الصبر ما لدى الآخرين إلى أن يحقق هدفه. حيثما يكون الطفل جائعاً ولا يرى من أمه أي استعجال في إعداد طعامه، أو قد يتطلب إعداد الطعام وقتاً طويلاً فإنه يفقد صبره ويأخذ في البكاء والصراخ. وإذا تكرر مثل هذا الموقف يتخذ اعتراضه وعناده صورة أكثر جدية.

4- اظهار القدرة على المجابهة **Confrontation**: يبدي الطفل أحياناً العناد والإلحاح ليظهر بذلك قدرته على التصدي والمجابهة، فالطفل حينما يطلب من أبيه أو أمه شيئاً ولا يعيرانه اهتماماً، يلجأ إلى البكاء، فينال منهما العقاب، ولكنه لا يهدأ ويواصل البكاء والعزوف عن الطعام حتى يضطرها في نهاية الأمر إلى الخضوع لمطالبه. وهذه التجربة تشجعه على معاودة هذا السلوك في المرات القادمة. وقد يظهر سلوك العناد لدى الطفل بسبب عدم مبالاته، نتيجة للجرأة التي منحوه إياها.

5- الاندفاع الذاتي **self - Rush**: في بعض الحالات، يندفع الطفل تلقائياً ويضغط على نفسه من أجل أن يكون طفلاً جيداً أمام والديه، فيحرص على تنفيذ أوامرها بدقة، ويكف عن الإيذاء. وهذا الضغط على الذات يؤدي بشكل طبيعي إلى التعب والملل والضجر، ويتمخض عنه رغبة في العناد وإثارة الغضب. قد يستطيع الطفل التزام الصمت والهدوء ليوم أو اثنين، ولكن حيثما ينفذ صبره يذيق والديه من العناد والأذى عناباً مضاعفاً.

6- الحسد **Envy** والمنافسة **Competition**: يبدأ عناد الطفل أحياناً منذ ولادة طفل جديد لأسرته، لأن المولود الجديد يستحوذ على الجانب الأكبر من رعاية واهتمام الوالدين. والطفل

بطبيعته عاجز عن طرح موضوع تعسف وتمييز الوالدين مما يدفعه إلى التعبير عن عقده الداخلية بواسطة العناد والتمرد.

7- البعد عن مرونة المعاملة: الطفل يرفض اللهجة الجافية ويتقبل الرجاء، ويلجأ إلى العناد مع محاولات تقييد حركته ومنعه من مزاوله ما يرغب فيه دون إقناع له. والتدخل بصفة مستمرة من جانب الآباء دون مبرر - من منطلق الحرص الشديد - يعارض رغبات الطفل ويجعله يبحث عن الحيل التي تبعده عن هذا التدخل، فيبدأ بالتذمر إذا قيده الكبير، ومن ثم معانده ذلك الكبير.

8- أسلوب الضرب **Beating**: يتغير موقف البعض فجأة، ويتحول بعد سنوات من مجاراته لعناد الطفل إلى التعامل معه بنمط آخر، غافلاً عن أن الطفل قد اعتاد على وضع يستحيل معه إصلاحه بين ليلة وضحاها. وفي مثل هذه الظروف، يبدأ الأهل بممارسة أسلوب جديد بغية إخضاعه، ألا وهو أسلوب الضرب، غير ملتفتين إلى أن الضرب يساهم في تعميق روح العناد. إن الأسلوب التدريجي أجدى بكثير من الأسلوب الآني أو الفوري.

9- امتناع الكبار غير المتناسب مع الواقع: يحدث حينما يصر الأهل مثلاً على تنفيذ الطفل لأمر يأتي عليه هذا التنفيذ فيما بعد بعواقب سلبية. فحينما تأمر الأم طفلها مثلاً بارتداء معطف ثقيل يعرقل حركته أثناء اللعب، وربما كان السبب في عدم فوزه بالسباق، أو تأنيب المدرسة له بارتداء هذا المعطف لأنه يختلف عن شكل زي المدرسة، فإن ذلك يدفع الطفل إلى العناد كرد فعل للقمع الأبوي الذي أرغمه على ارتداء المعطف.

10- التشبه بالكبار **Imitate adults**: أحياناً يلجأ الطفل إلى التصميم والإصرار على رأيه، منتسباً بأبيه أو أمه عندما يصممان على أن تصرفهما حسن، فيأتي الطفل بعد ذلك منتسباً بهذا الكبير أو ذاك.

11- أحلام اليقظة **Daydreaming**: ربما جاء العناد نتيجة غياب إمكانية التفرقة بين الواقع والخيال، ويجد الطفل نفسه مدفوعاً للتشبث برأي أو موقف، غير آبه بأراء الآخرين مما يجعل الصدام بين الطفل والكبير أمراً حتمياً، ومما يدعم لديه سلوك العناد.

12- رد فعل ضد الاعتمادية: ربما يظهر العناد مبالغاً فيه كانعكاس ودفاع ضد الاعتماد الزائد على الأم أو المربية.

13- رد فعل **Reaction** ضد الشعور بالعجز: إن معاناة الطفل وشعوره بوطأة خبرات الطفولة أو مواجهته لصدمات أو إعاقات مزمنة وإخفاقات متوالية، قد تحبذ العناد لدى بعض الأطفال كدفاع

ضد الشعور بالعجز والقصور. فالفشل في اللعب والترفيه، وفي جلب اهتمام الوالدين وفي منافسة الآخرين، يحطم شخصيته. ومثل هذا الطفل يعجز عن إقامة علاقات سليمة مع الأبوين ولا يمكنه عرض مطالبه بشكل طبيعي.

14- رغبة الطفل في تأكيد ذاته Assert itself: إن الطفل يمر بمراحل للنمو النفسي، وحينما تبدو عليه علامات العناد غير المبالغ فيه فإن ذلك يشير إلى مرحلة طبيعية من مراحل النمو. هذه المرحلة تساعد الطفل على الاستقرار واكتشاف نفسه وإمكاناته وقدراته في التأثير على الآخرين، وتمكنه من تكوين قوة الإرادة. وسوف يتعلم الطفل فيما بعد أن العناد والتحدي ليسا بالطرق السوية لتحقيق الطالب وتأتي هذه كمرحلة تالية للنمو وفق تطور الشخصية.

15- تعزيز سلوك العناد Promotion: إن تلبية مطالب الطفل ورغباته نتيجة ممارسته العناد تعلم سلوك العناد وتدعمه لديه، ويصبح السلوك الأمثل للطفل أو أحد الأساليب التي تمكنه من تحقيق أغراضه ورغباته. وبدلاً من اتخاذ الوالدين الضعيفين لمواقف حازمة ومناسبة، نجدهما يتخذان موقفاً ينم عن العجز والضعف، أو يندبا حظهما العاثر، وهذا ما يشجع الطفل على التماذي مستغلاً نقطة الضعف هذه، مما يزيده عنواً وإيغالاً في عناده. (الشيخلي، 2009، 232).

علاج العناد Treatment:

- تبدأ معالجة العناد عند الطفل عندما يدرك الأهل أن الطفل كائن له الحق في التعبير عن رأيه، وفي العيش

كإنسان وليس كآلة يحركها الوالدان كيفما يشاآن...

- ترويض Taming طاقة الطفل: إن ترويض طاقة الطفل يعني تحويلها إلى إيجابيات يستفيد منها الفريقان المتنازعان على حد سواء. والترويض لا يحصل بالقمع بل بالهدوء واللين والابتسام، لامتناس العناد. ويتم ذلك بتوجيه الطفل إلى عمل بناء يدر عليه الفائدة المعرفية.

- وإذا شاء الولد أن يمزق صورة تمثل بطاقة وهو عمل تدميري، إنما يمنح الولد شعوراً بالاعتدال، يمكننا أن نحول نشاطه نحو عمل آخر، ذات موضوع مماثل، تنعكس فيه السلبية إيجابية، وينتج للولد فرصة اختبار اقتداره، ألا وهو اقتطاع صورة بطاقة مرسومة على ورقة، وإذا شاء أن يضرب حيواناً أليفاً، يمكننا أن نوجه حيويته وعدوانيته نحو عملية تنفيض السجاد.

ففي الحالتين....أي في العمل البديل الذي نقترحه عليه، يشعر الولد أنه حقق شيئاً، إنما يختلف الأمر بين تحقيق سلبي وتحقيق إيجابي.

- أما إذا اعتمد الأهل مع الطفل سلوك المنع والرفض، فيكونون بذلك قد عرضوه لمواقف إحباطية أو مثيرة سلباً، سوف تخلق لديه، حتماً، ردود أفعال متمثلة بالعناد والتسرد والعوانية التي لم تتمكن من تصريف شحناتها، كأن يعمد إلى ضرب أخيه الصغير، أو تمزيق أحد دفاتر الوالد، أو ضرب رأسه في الحائط.

- احترام قدرات الطفل Capacities of the child: إن طلب الأهل من طفل في السنة الثالثة من العمر أن يجيد آداب المائدة، امر مستحيل التنفيذ. بيد انه امر طبيعي إذا كان الطفل في الخامسة من العمر. لذلك يتوجب على الأهل أن يراعوا المرحلة النمائية التي يمر بها الطفل، قبل أن يعمدوا إلى إصدار الأوامر والنواهي والتشدد في تنفيذها.

- احترام عمر الطفل واهتماماته: تختلف الاهتمامات بين عالم الصغير وعالم الراشدين، فإنه ليس من المنطقي أن نفرض على طفل في خلال إحدى الزيارات أن يجلس كالكبار على الأريكة من دون حراك وكلام، ونمنعه من أن يتغوه بكلمة، لأن السلوك الاجتماعي يفرض على الصغير ألا يقطع حديث الكبار.

لذلك إن احترام اهتمامات الطفل يعني احترام نموه الجسدي، والفكري، والنفسي. فلا نطلب منه ما لا يمكنه أن يفعله، وإلا كان العناد المستميت هو سيد الموقف. فلكل عمر زمني مشاغله، ورغباته. فمن المستحيل أن نعلم طفل في السنة الرابعة من عمره لعبة الشطرنج، بل يمكننا أن نعلمه لعبة "البازل". لذلك إذا رفض الطفل رغبة أهله في تعلم الشطرنج فلن يكون من المنطق والعدل اتهمه بالعناد (حريقة، 2001، 156).

- قطع الطريق أمام ابتزازات الطفل: يعمد بعض الأهل في كثير من الأحيان إلى الخضوع لابتزازات الطفل العاطفية إلى تحقيق مآربه. هذا ما يحدث عندما تكون التربية مفعمة بالتساهل الذي يخبي الأهل وراءه خشية معارضة الطفل. يعود التساهل إلى أسباب مختلفة منها:

1- معاناة الوالدين من تشدد أهلها في طفولتهما، فيجهدان من أجل حماية الطفل من التجارب القاسية التي كانا قد تعرضا لها.

2- قلة خبرة الوالدين الحديثي الزواج، وعجزهما عن اختيار السلوك التربوي القويم.

3- انجاب الطفل بعد مدة طويلة من الزواج.

4- الطفل الوحيد الذي لم يستطع أهله انجاب ولد آخر غيره.

* طفل الوالدين المتقدمين في السن.

في مثل هذه الظروف يعتمد الأهل التساهل المفرط مع الطفل، فيخافون معارضته، لدرجة يصبح معها الطفل متأكد من أنه محور كونهم، والسبب الأساسي في سعادة وجوهمهم، فتكثر طلباته التي لا تنتهي، والتي تفوق في كثير من الأحيان قدراتهم المادية، أو التي تأتي في ظروف غير مناسبة.

من واجب الأهل أن يدركوا أن الابتزاز المعتمد من قبل الطفل سيء من حيث تزوده بالقدرة على بناء الشخصية المتوازنة، التي من شأنها أن تسليح الطفل بالدفاعات النفسية لمواجهة صعوبات الحياة في المستقبل. فإن إقدام الأهل على مواجهة بعض مواقف الطفل الابتزازية، ومواجهة عناده بصلاية، في مثل هذه الظروف المذكورة سابقاً، من شأنها أن تجعله يدرك أن الابتزاز العاطفي لن ينفع في المرة المقبلة.

-عدم مواجهة عناد الطفل بالعنف Violence: يهدف الطفل من خلال عناده، إلى لفت انتباه الأهل، وإلى إجبارهم على تنفيذ رغباته، من باب تأكيد الأهمية الفردية، والرغبة في السيطرة المنزلية، أو بنتيجة الشعور بالإهمال والقصور العاطفي. وهو إذ يتشبث برأيه، يعني أنه من خلال ذلك قادر على إفقادهم السيطرة على أنفسهم، كي يرضي نرجسيته، فيحقق الإشباع الغرائزي لنزواته الطامحة إلى إشغال الأهل بشخصه، حتى إذا تمكن في هذه الحالة من تحقيق مبتغاه، استعمل العناد وسيلة في كل مرة تسوله له نفسه فيها الحصول على مراده، وتأكيد أهميته.

لذلك يتوجب على الأهل أن يدركوا أهداف الطفل، فيساعدونه على إثبات وجوده، وعلى تحقيق أهميته واستقلاليته، وعلى التعبير عن آرائه من دون أن يلجأ إلى استعمال تلك الأساليب.

- أما في حال استمرار الطفل بتوسل العناد، فمن الأفضل أن يتركه الأهل يتخبط في عناده وغضبه من دون أن يعنفوه جسدياً أو معنوياً، فيبتعدون عن الضرب، وعن الصراخ في وجهه، وعن نعتة بالصفات السيئة، إذ من شأن إقدامهم على إبداء هكذا ردود فعل أن يؤكد للطفل على أنه انتصر في المعركة، بينما المطلوب إشعار الطفل في مثل هذه الحالة بأنه يخسر جولة تلو الأخرى، ليعزف عن أساليبه.

فعندما يجد الطفل أنه لم يحقق غرضه في استنارتهم وإغصابهم، بل ظلوا محافظين على هدوئهم سيرضخ من تلقاء نفسه (حريقة، 2001، 159).

❖ سابعاً: مص الأصابع (الإبهام) Thumb-sucking:

تعني إدخال الطفل إبهامه في فمه وإغلاق شفثيه عليه وأثناء المص تبدو حركة بسيطة للفكين والشفثتين ويعتبر سلوك مص الإصبع سلوكاً عادياً في مرحلة الطفولة المبكرة، ويمكن اعتباره من أكثر العادات شيوعاً وانتشاراً وهو يتبع سلسلة من التنظيمات الحركية العضلية النافعة للطفل والمؤدية إلى الإشباع وحدث اللذة. (بطرس، 2008، 281).

فالمص والعض وسيلتان لإثارة إحساسات عضوية لذيدة يتمسك بها الطفل ولكن يتفاوت الأطفال تفاوتاً كبيراً فيما يتعلق بالتمسك بتلك العادات والقدرة على التخلص منها، حيث تشير أبحاث شيفر وسيليغمان إلى أن الأطفال الذين يمصون أصابعهم بشكل متكرر في السنوات الأولى من العمر سيقبل منهم حوالي (50%) في عمر 5 سنوات و(75%) منهم سيتركها في 8 سنوات و90% منهم سيتخلص منها في عمر 10 سنوات، وينتشر مص الأصابع المزمّن بين الإناث أكثر منه عند الذكور وتبقى لدى 30% من الأطفال فئة (10 . 12) سنة لذلك فظاهرة مص الأصابع تعبر عن صورة من صور النمو التي قد تزود الطفل بالارتياح والاطمئنان ولكنها إذا استمرت إلى سن ما بعد السادسة من العمر فإنها تدل على وجود الاضطراب النفسي لدى الطفل ما يستدعي البحث عن الأسباب وسبل العلاج (الزعبي، 2005، 178).

أشكال مص الأصابع Forms:

- 1 . مص الإبهام: ويكون بوضع إصبع الإبهام بحيث يكون الظفر إلى الأسفل داخل الفم، وتشكل بقية أصابع اليد كف شبه مغلقة.

2 . مص السبابة: وذلك بوضع السبابة في الفم ويكون الطفر في وضع رأسي داخل الفم عمودي على الفك.

3 . مص مقدمة أو أطراف الأصابع الأطول من اليد ويقوم بذلك نسبة قليلة جداً من الأطفال لكن الشائع هو مص الأصابع.

4 . المص الدائم للأصابع.

5 . المص المؤقت: حيث يقوم بعض الأطفال بمص أصابعهم ليلاً وخاصة عند بدء النوم، والبعض الآخر يلجأ إليها قبل النوم عموماً ليلاً أو نهاراً (الشرييني، 2001، 84).

أضرار مص الأصابع Damage:

تؤدي عادة مص الأصابع لدى الأطفال إلى مجموعة من الأضرار، ويؤثر عمر الطفل ومدة المص وشدته على هذه الأضرار وشدتها، حيث يؤدي المص إلى الضغط على سقف الحلق وعلى الأسنان الأمامية وعلى الأسنان الأمامية التحتية ما يدفع الأسنان العلوية إلى البروز إلى الخارج والسفلية إلى الداخل ويضيق سقف الحلق نتيجة لذلك وهذا ما يدعى تشوه الإطباق أو العضة المفتوحة ويقدر أن ماص إبهامه يزيد من خطر حدوث تشوه الإطباق عنده بنسبة 20% بالإضافة إلى حدوث مشاكل في أسنانه (النتميني، 2005، 114).

كما يؤدي مص الأصابع إلى التهاب الفم والبلعوم نتيجة دخول الأوساخ إلى الفم عن طريق الأصابع، كما يؤدي مص الأصابع إلى مشكلات في النطق والكلام مثل صعوبة نطق بعض الحروف والتلعثم في الكلام نتيجة سوء التوازن العضلي الدقيق بين اللسان والعضلات الأخرى المحيطة بالفم، ولن تكون هناك آثار سيئة في العادة لو انتهى المص قبل ظهور الأسنان الدائمة

فعندما يتوقف المص قبل سن الخامسة وظهور الأسنان الدائمة فإن تشوه الإطباق سيصلح نفسه بنفسه ولكن كلما طال المص بعد السادسة ازداد خطر التشوه الدائم وإذا استمر بعد بدء سقوط الأسنان اللبنية فإن المص لا يشوه عظام الفك فحسب وإنما يعمل عمل العقل في إحداث عدم التوازن الدائم في العضلات والتي بعد حدوث عدم التوازن هذا تظل تشوه الفك خلال فترة نمو الطفل، كما لوحظ أن الطفل في أثناء المص يكون أقل ميلاً إلى الاستجابة للآخرين حيث ينقطع الطفل في أثناء المص عن العالم الخارجي ويغرق في الأحلام. كما أن انشغال الطفل بمص الأصابع يجعله أقل تفاعلاً مع المحيطين وقليل التركيز فيما يحدث حوله، مما يجعله أقل كفاءة من الناحية اللغوية. وحديثه غير ناضج مقارنة بأقرانه، وتزداد سلبية الآثار حين يقابل الطفل باستهزاء وسخرية الآخرين حينما يرويه يمارس تلك العادة (الزعبي، 2005، 179).

أسباب مص الأصابع Reasons:

- هناك العديد من الأسباب التي تساهم في استمرار عادة مص الأصابع وأهم أسباب هذه المشكلة:
1. يمكن اعتبار القلق Anxiety أحد الأسباب الرئيسة الكامنة وراء عادة مص الأصابع فالطفل أثناء وجوده في جو مشحون بالانفعالات والقلق ووجود أفراد عصائيين من حوله يجعله يكتسب هذه العادة لتصبح سلوكاً ظاهراً لديه تساعده في التخفيف من التوتر والضيق.
 2. الإحساس بالمتعة والراحة والسعادة والاسترخاء مما يجعل الطفل يستمر في مص الإصبع.
 3. عدم الاستقرار الانفعالي Emotional stability : حيث يلجأ بعض الأطفال إلى مص أصابعهم كلما مروا بأزمة نفسية أو موقف إحباطي، أو عندما يوجد مع أشخاص غرباء أو

عندما يترك وحيداً، كذلك قد يكون عدم الاستقرار النفسي ناجماً عن شعور الطفل بالعجز الحسي أو العقلي وما يصاحبه في ضعف في التركيز.

4. ضعف قدرة الطفل على التحصيل Achievement كبقية زملائه يؤدي إلى شعوره بالتأخر الدراسي Delay course ما ينجم عنه شعوره بالنقص ويجعل أحياناً اتجاهات المدرس سلبية نحوه، نبذ، إهمال، اتهامه بالغباء، ونتيجة اقتراب مواعيد الامتحانات.

5. نظام التغذية Feeding system: حيث يلجأ بعض الأطفال إلى مص الأصابع نتيجة الحرمان من الطعام وعدم توافر غذاء كافٍ أو تقديم الغذاء في فترات متباعدة نسبياً تفوق إمكانيات الطفل على تحمل طول فترة الجوع مما يضطر الطفل إلى مص أجزاء من جسمه (الشربيني، 2001، 84).

6. عدم إشباع Satisfy الحاجات النفسية psychological needs: فافتقار الطفل إلى الحنان والعطف من الأم أو عدم حصوله على قدر كافٍ من الرضاعة الطبيعية يمنحه الحاجة إلى الأمن فيزيولوجياً ونفسياً مما يدفعه إلى مص الأصابع كما قد يحدث تثبيت على المرحلة الفمية عند بعض الأطفال وذلك نتيجة عدم الإشباع فيستمر الطفل في حصوله على اللذة من المص حتى تقدمه من العمر.

7. التوتر الأسري Family tension والخلافات المستمرة داخل الأسرة: «إن عدم شعور الطفل بالأمن والراحة داخل الأسرة من شأنه إثارة الخوف والتوتر لديه وتجعله يلجأ إلى مص إصبعه من أجل التخفيف مما يعانيه من توتر وخوف» (الزعيبي، 2005، 180).

علاج اضطراب مص الأصابع Disorder treatment:

هناك عدة إجراءات يمكن من خلالها علاج مادة مص الأصابع وخاصة في سن الثالثة من العمر وأهم هذه الإجراءات هي:

1 . توفير الأمان Security للطفل:

وشعور الطفل بالأمن والأمان يقلل ظاهرة مص الإصبع عنده فإذا كان الطفل يعاني من صعوبات مدرسية أو تنافس بين الأصدقاء وأدى ذلك إلى ميله إلى مص الأصابع فلا بد من إعطاء الطفل مزيداً من الانتباه والاهتمام ومحاولة صرف انتباهه عن عملية المص وذلك من خلال إشراكه في كثير من الأنشطة المفيدة له ولا بد من تهيئة جو مريح في المنزل للطفل بحيث يشعر بالأمن والراحة والسعادة والهدوء وأن تكون علاقته مع والديه أقرب إلى الصداقة مع إزالة كل مظاهر القلق والاضطراب والتوتر التي يتعرض لها الطفل والعمل على حل صراعاته (الزعبي، 2005، 181).

2 . التجاهل Ignore:

وذلك بالنسبة للأطفال الصغار من 6 سنوات فما دون ذلك وقبل ظهور الأسنان الدائمة، والأسباب الرئيسية لهذا التسامح:

1 . معظم الأطفال سيقلعون عن هذه العادة منذ سن الخامسة أو السادسة تلقائياً وقبل ظهور الأسنان الدائمة.

2 . المبالغة في مكافحة هذه العادة تزيد في تعقيد المشكلة أو قد تتضخم إلى درجة الصراع على السلطة بين الأب والأم والطفل.

3 . عندما يظهر الطفل مشكلات انفعالية بالإضافة إلى مص الأصابع، خوف، عدوان، فإن إيقاف مص الأصابع قد يعجل في ظهور مشكلات سلوكية أخرى مثل تقلص عضلات الوجه اللاإرادي. وبدلاً من التركيز على هذه العادة يجب التركيز على إدخال السعادة إلى الطفل وإظهار المحبة والتقبل والتفاهم وتخفيف أي توتر يحس به الطفل.

كذلك إضافة إلى التجاهل لأبد من إشغال الطفل بنشاطات إيجابية بديلة تبقى يديه مشغولتين /كالتلوين أو المعجون/ ويعني التجاهل كذلك عدم اللجوء إلى الإجراءات التالية: كثرة التأنيب، وإشعار الطفل بالخزي والذنب، التهديد، والسخرية، والعقوبة، ويجب عدم استخدام أي طعام كرية المذاق (الشيخلي، 2005، 117).

3 . الإيحاء Impression:

يستخدم مع الأطفال الصغار حيث يكونون سريع التآثر بالإيحاء، لذلك يمكن القول بصوت ناعم وأسلوب مهدد ومنوم في أثناء استرخاء الطفل ونعاسه، أنك تكبر يوماً بعد يوم وقريباً سوف تبدأ بالذهاب إلى المدرسة مثل الأولاد الكبار ولا تمص إصبعك بعد الآن، كثير من الأطفال الصغار يمصون أصابعهم وربما كنت أنا أيضاً أمص إصبعي عندما كنت طفلاً صغيراً، ولكن عندما كبرت توقفت عن مص إصبعي، وسوف أراهن أنك أيضاً قريباً ستصبح كبيراً ولن تمص إصبعك بعد الآن وأنه عندما يدخل إبهامك في فمك سوف تقول: لا يا إصبع، لن أقوم بمصك بعد الآن، لأنني أصبحت الآن كبيراً، عليك أن تبقى خارج فمي إن الكبار لا يقومون بمص أصابعهم، هذا ما يفعله فقط الناس الصغار. (الزعيبي، 2005، 183).

4 . الثواب Reward والعقاب Punishment:

إن للثواب /مديح اجتماعي، هدايا/، دوراً كبيراً في التخلص من هذه العادة، حيث تعد المأكولات الإضافية إشباع بديل لمص الإصبع وهي نوع من الطعام عنه، وأن الخطوة الأولى للثواب هي تحديد المص من حيث المكان (كغرفة الطفل)، ومن حيث الزمان/ ساعة القيلولة أو النوم وبمجرد تقبل الطفل لهذه القيود فعلى الوالدين مراقبة الطفل في أوقات معينة أخرى كأوقات مشاهدة التلفاز فإذا لم يجد إبهام الطفل في فمه فيجب وضع نجمة على لوحة محددة موجودة في مكان بارز وليساحب ذلك مديح للطفل وعندما يبلغ عدد النجوم عشرة يستبدلها الطفل بهدية أو لعبة ما يحبها. بعد تعويد الطفل على عدم المص في فترات معينة من النهار يتتبع نظام الثواب كلما وجد إصبع الطفل جافاً في الليل وعلى الأبوين تفحص إبهام الطفل قبل ذهابهما إلى الفراش وليقولوا هذا حسن ويضيفا نجمة على اللوحة أما إذا كان الطفل يمص إصبعه يجب عدم توبيخه لأن هذا يشعره بالذنب من جهة أخرى من الممكن فرض عقاب بسيط لكل مرة يضبط فيها الطفل وهو يمص إصبعه والعقوبة المألوفة هي سحب المعززات الإيجابية كالامتناع عن شرح قصة للطفل قبل النوم، أو إغلاق التلفزيون لمدة 5/ دقائق كلما شوهد الطفل يضع إصبعه في فمه، ويفضل أن يقرن إجراء الثواب والعقاب بعدد من الأساليب:

1 . التذكير: ذكر الطفل بأن يوقف المص كلما قام بذلك وبالإمكان الاتفاق على كلمة محددة مثل

(إبهام).

2 . إبعاد المثيرات الشرطية فإذا كانت عادة مص الإصبع تظهر لدى الطفل في أثناء ممارسته

اللعبة معينة فإن إبعادها من الأساليب ذات الفائدة.

3 . الاستجابة المنافسة: عندما تتأصل عادة مص الإبهام يصبح من الصعب التوقف عنها ما لم يجد الطفل ما يصنعه بيديه، هنا لا بد أن يعلم الطفل عملاً ما كلما أحس بميل إلى المص وهذه استجابة محسوسة منافسة كمضغ العلكة أو التلويح.

4 . الوعي: مص الإبهام عادة لا شعورية من الصعب أن يتوقف عنها الطفل ما دام لا يحس أنه يقوم بها وبالإمكان إشعار الطفل بممارسته لهذه العادة لو جعلناه يمص إبهامه أمام المرأة مدة (5-10) دقائق مرة أو مرتين كل يوم سيجعله يعي ما يفعل ويسيطر عليه بنفسه (الشيخلي، 2005، 120).

5 . التوجيه Routing:

حيث يتم إعطاء توجيهات تبين الآثار السلبية التي تنجم عن عادة مص الأصابع وأن يستنار فضول الطفل ليتعاون مع الوالدين في تصحيح هذه العادة من خلال الإقناع وتذكيره دائماً إذا ما نسي واستمر في عادة مص الأصابع كما يمكن إبداء عدم الرضا عن هذه العادة وإظهار الثقة بقدرته على التخلص منها وإذا باءت الجهود بالفشل يحذر من إرغام الطفل قسراً على التخلص من هذه العادة، لأنه يمكن أن تتولد عند الطفل مشكلات انفعالية أكثر صعوبة وخطر.

كما يمكن للأباء توجيه الطفل بشغل نفسه بأنشطة بدوية منتجة تشعرهم بقيمتهم وقدرتهم على مساعدة الآخرين من خلال القيام بأعمال كثيرة (الزعبي، 2005، 183).

❖ ثامناً: قضم الأظافر Nail-biting:

قرض الأظافر من اضطرابات الوظائف الفمية مثل عدم الإحساس بالفم كما أنه يعد ظاهرة سلوكية عند الأطفال تبدو على شكل قضم متكرر للأظافر حيث تظهر من وقت إلى آخر في مناسبات معينة ويكون من الصعب السيطرة عليها، وتكون انعكاساً لاضطراب نفسي (توتر، قلق) نتيجة لضغوط في المنزل أو المدرسة، فقد أكدت الدراسات أن عدداً كبيراً من الأطفال يقضمون أظافرهم من وقت إلى آخر وبدرجات مختلفة قد يصل بعضها إلى أسفل مستوى الجزء العلوي من الجلد المحيط بالظفر، حيث تظهر عند الأطفال من عمر سنتين وتتاخر هذه العادة في كثيرين ممن يصلون إلى سن الدراسة الجامعية حتى أن نسبتهم تصل إلى ما بين (25-36%) من مجموع الطلبة.

وقد أظهرت الدراسات أن هذه الظاهرة أكثر انتشاراً بين الإناث منها بين الذكور. كما أظهرت الدراسات أن الذكور يقضمون أظافرهم بشدة أكثر من البنات في الأعمار (7-15 سنة)، أما في عمر سبع سنوات فإن الذكور أقل قضمًا حاداً للأظافر من الإناث وأن أكبر نسبة لا تقل عن 10% من الأفراد تبقى لديهم تلك العادة قرب العشرين من العمر.

تكثر هذه العادة (23%) عند الأطفال عند جلوسهم أمام التلفزيون أو عند قراءة كتاب مثير أو سماع قصة أو رؤية حادثة مثيرة في فيلم تلفزيوني (8%) كما يميل عدد من الأطفال (11%) إلى قضم أظافرهم عند تركيز انتباههم في المدرسة كما أن الدراسات تبين أن الطفل يمارس هذه العادة عندما يستثار انفعالياً أو في حالات التعب الشديد أو في حالات الإهمال والحرمان (الزبني، 2005، 185).

صفات الطفل الذي يقضم أظافره Recipes:

1. إن هذه الفئة هم قلقون في العادة يعانون إحساساً بالكراهية ورغبة في العدوان على الذات.
2. لقاضم الأظافر شخصية أميل إلى العزلة والانطواء ولوم الذات على التقصير وعقاب تلك الذات فليس قضم الأظافر سوى وسيلة لتفريغ القلق المرافق لإحساس الذات بالقصور واللاقيمة إنه محاولة من الذات للانتقام من مولد القلق وتحطيمه بالعدوان المادي المباشر.
3. ضعف التوافق النفسي والاجتماعي: رغم أن هذه العادة منتشرة إلا أنها تعتبر إحدى العادات التي يصعب تغييرها ربما لأن أصحابها حساسون بالنسبة لاستهجان المجتمع، ولهذا فإنهم يقرضون أظافرهم بالسر مما يساعد على تأصل هذه العادة وإلى إضعاف الدافع إلى الإقلاع عنها. (أسعد، 1994، 286).

آثار قضم الأظافر Effects of nail biting:

فقد كشفت الدراسات المعنية بأن الأطفال الذين يقضمون أظافرهم ربما يؤثرون بذلك على معدل ذكائهم حيث يذكر باحثون في روسيا أن هؤلاء الأطفال أكثر تعرضاً للتسمم بالرصاص، وسبب ذلك أن الرصاص يتراكم على الأظافر نتيجة اللعب في ظروف غير نظيفة داخل البيت وخارجه. والرصاص كما هو معروف يؤدي إلى مشاكل في النمو عند الأطفال ويؤدي الجملة العصبية، والرصاص يوجد بصورة طبيعية في التربة، وفي الفواكه، والخضار غير النظيفة وفي الدهانات، فقد أظهرت إحدى الدراسات التي أجريت في روسيا أن من (بين 2-3) أطفال يعانون من مستويات عالية من الرصاص ووجدوا علاقة بين مستويات الرصاص وعادة قضم الأظافر لدى هؤلاء الأطفال.

كذلك يعد قضم الأظافر أسلوباً من أساليب النشاط الشاذ الذي لا يؤدي إلى نتيجة إيجابية لذلك فهو نمط انسحابي يبعد صاحبه عن مجابهة الواقع ويساعد على الاستغراق في السرحان، وأحلام اليقظة وعدم القدرة على التركيز وبجانب هذا يشكل منظراً كريهاً يثير في النفس مشاعر التقزز والاقشعرار وقد يؤدي إلى مضاعفات بدنية تؤثر في الصحة العامة، كذلك اعتبره علماء النفس عرضاً (نفسياً، وبدنياً) والانفعال المصاحب عادة لقرض الأظافر هو انفعال الغضب الذي ينشأ من حالة التوتر القلبي لذلك تزداد هذه العادة حدة كلما واجهت الشخص صعوبات نسبية تتحدى قدراته وكلما واجهته أسئلة محيرة تستنفذ جهوده. (الشيخلي، 2009، 384).

أسباب قضم الأظافر The reasons for nail biting:

توجد أسباب عديدة لقضم الأظافر عند الأطفال منها:

1 . القلق والتوتر Stress: حيث تعد هذه عادة مسلية للتخلص من القلق ومن التوتر نتيجة

للضغوط النفسية التي يعاني منها سواء في المنزل أم في المدرسة.

2 . سوء التوافق النفسي والانفعالي Poor psychological adjustment and emotional

emotional: فقد يقوم بهذا الطفل أحياناً كرسبة في إزعاج والديه ويمكن أن تدعم هذه العادة عندما يظهر الوالدان انزعاجاً لمجرد رؤيتهم الطفل وهو قضم أظافره، فعن طريق هذه العادة يمارس الطفل عقابه على أهله.

3 . عقاب الطفل لنفسه نتيجة شعوره بالسخط Discontent على والديه وعدم استطاعته تفريغ

شحنته فيهم نتيجة تلك المشاعر العدوانية التي يكنها اتجاههم نحو نفسه (ذاته).

4 . الشعور بالملل **Feeling bored** والضجر: أو ممارسة أعمال روتينية لا ترضي فضوله كل

هذه الأمور تدفعه إلى قضم الأظافر هروباً مما يعانيه من ملل وضجر .

5 . الشعور بالبؤس **Feeling miserable** الناشئ عن عجز الطفل في الوصول إلى المستوى

الذي يتمنى الوصول إليه كالتأخر في القدرة العقلية أو الحسية أو الجسمية أو عندما يكون الطفل قد حرم من مميزات يتحلى بها أخوته فيفضلون عليه .

6 . تبين الدراسات أن الطفل يلجأ إلى هذه العادة عندما يستثار انفعالياً **Heightened**

emotional أو في حالات التعب الشديد أو في حالات الإهمال والحرمان .

7 . تقليد الآخرين **The other tradition**: فوجود النماذج التي تمارس هذه العادة يؤدي إلى

تثبيت هذه العادة لديه أو تأخر التخلي عنها .

8 . أسباب جسمية **Causes physical**: فقد تكون لدى الطفل حالة جسمية يتسبب عنها عدم

الاستقرار والعصبية مثل الإصابة بالديدان وتضخم اللوزتين إلى جانب سوء الهضم

والاضطرابات العصبية وكل ما يؤثر في الصحة العامة تأثيراً سلباً (الزبي، 2005، 188).

الوقاية والعلاج **Prevention and treatment**

1 . تقليل الأظافر بشكل دائم بحيث لا يكون لها حواف نائكة تستدعي الطفل إلى التخلص منها .

2 . إبعاد الطفل عن الإثارات المستمرة **Thrills continuing** فالمسبب الرئيسي لعادة قضم الأظافر

هو التوتر الشديد، لذلك فإن الراحة والهدوء والاسترخاء **Relaxation** من الأمور الناجحة في التغلب

عليها كذلك يجب الحرص من الإفراط في مراقبة الطفل أو تحميله بمقتربات مدرسية أكثر من

إمكاناته

كذلك يجب تعليمه كيفية ممارسة الاسترخاء من خلال الاستجابة لكلمة دالة بقولها الطفل لنفسه مثل

[لهذا] ولهذا الإجراء خطوتان هما:

1. الاسترخاء العضلي التام.

2. مزوجة الكلمة الدالة بحالة الاسترخاء.

يتم ترسيخ ربط الكلمة الدالة بجعل الطفل ينتبه إلى تنفسه في أثناء ترديده الكلمة الدالة بصوت غير مسموع مع كل زفرة تنفس. ويقوم أحد الوالدين في أول خمس اتزانات بتريديد الكلمة الدالة بصوت مرتفع وبشكل متزامن مع زفرات الطفل ثم يتابع الطفل بعد ذلك هذا الإجراء بحيث يجري عملية الاختزان خمس عشرة مرة إضافية وعندئذ يمنح الطفل مدة /60/ ثانية لكي ينتبه إلى شعوره العام المصاحب للاسترخاء وبعد ذلك يعاد تكرار الكلمة الدالة عشرين مرة أخرى ويشجع الطفل على القيام بممارسة الاسترخاء يومياً والتدريب عليه وعلى اقترانه بالكلمة الدالة. (الزبي، 2005، 191).

3. ابتعاد الآباء وغيرهم عن السخرية بالشخص المصاب بمزاوله هذه العادة وإظهاره بمظهر المنحرف الشاذ Abnormal فإن ذلك يضاعف في نفسه شعور الخيبة ويزيد من استسلامه للعصبية.

4. ممارسة الأنشطة الممتعة التي تستوعب بقدر الإمكان وقته ولا تترك له مجالاً يتفرغ منه لممارسة هذه العادة وكذلك تشجيعه على توجيه أوقات فراغه في ممارسة اللعب أو العمل الذي يشغل يده وفمه في ممارسة اللعب أو العمل الذي يشغل يده وفمه أو كليهما، وقد يجد في

مزاولة تركيب الأشياء وحلها وفي المساعدة في الأعمال اليدوية في البيت أو في المدرسة ما يجعله يشعر بقيمة عمله ويتذوق لذة الإنتاج بدل الاستغراق في حركات آلية لا معنى لها.

5 . توجيه الطفل Child guidance (التذكير): وتتلخص هذه الطريقة في الاتفاق مع الشخص المريض على تذكيره بالإقلاع عن هذه العادة والاتفاق على كلمة محددة /إصبع/ وهذا التذكير لا يجب أن يأخذ صورة العقاب أو التأنيب (الشيخلي، 2009، 386).

6 . تدريب الطفل على زيادة الوعي Awareness بمشكلة وذلك بأن يخصص خمس دقائق لكل صباح وكل مساء ليجلس في مكان هادئ أمام مرآة، ويقوم ببطء بتمثيل حركات قضم الأظافر كما لو كان يقوم بقضمها فعلاً وفي أثناء قيامه بتمثيله الدور عليه أن يقول بصوت عالٍ «هذا ما أفعله اليوم» وهذا الإجراء يساعد على زيادة وعي الطفل وزيادة قدرته على التحكم الإرادي بعادة قضم الأظافر.

7 . تعليم الطفل استجابة منافسة يمارسها كلما شعر بالحاجة إلى قضم أظافره. كأن يمد الطفل ذراعيه على جانبيه، ويضم قبضتي يديه بقوة حتى يشعر بالتوتر في الذراع واليد. وعلى الطفل ممارسة الاستجابة المنافسة ما بين 2 / 3 دقائق بعد أن يشعر بإغراء القضم ومن الاستجابات المنافسة أيضاً قيام الطفل بالنقر بأظافره على سطح خاص. ويمكن أن يكافئ الطفل نفسه فوراً لقيامه بالاستجابة المنافسة بتقديمه كأساً من الشراب أو قطعة حلوى مما يؤدي إلى تقوية حدوث الاستجابة المنافسة.

8 . الثواب والعقاب: حيث تفيد المكافآت المادية والمعنوية في تعزيز ابتعاد الطفل عن قضم أظافره والثواب يقوم بدور أهم من العقاب الذي يكون على شكل سحب المكافأة الإيجابية مثل حرمان الطفل من مشاهدة التلفاز لفترة من الوقت خسارته لجزء من مصروفه اليومي.

9 . الاحتفاظ بسجل: يمكن للأطفال في سن الثامنة من العمر أو أصغر سناً أن يلاحظوا ويسجلوا عدد المرات التي يقضمون فيها أظافره ووضع علامة على بطاقة في كل مرة يقومون فيها بقضم أظافره وتدوين ما الذين كان يفعله قبل البدء بقضم أظافره مباشرة حتى يمكن تحاشي الموقف الذي سبق قضمه لأظافره وأظهرت الدراسات أن مجرد تسجيل تكرار السلوك غالباً ما يؤدي إلى إنقاصه لأن هذا السجل يؤدي إلى زيادة الوعي وإلى تقييم كيفية استغلال الشخص لوقته وجهده وكلما تناقص عدد مرات قضم الأظافر يقدم الوالدان للطفل مكافأة صغيرة يومياً أو مكافأة كبيرة في نهاية الأسبوع (الزعيبي، 2005، 189).

❁ بعض المشكلات الانفعالية عند الطفل:

أولاً: الخجل blush:

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) عندئذ يمكن أن يسمى الخجل بالاضطراب التجنبي أو الهروبي فالطفل الخجول عادة يتحاشى الآخرين ويعاني من عدم القدرة على التعامل بسهولة مع زملائه في المدرسة والمجتمع ويعيش منطقياً 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 الروى حيث أكدت بعض التعريفات على الجانب الفسيولوجي حيث عرّف بأنه ظاهرة يصاحبها ردود فعل فسيولوجية تتمثل في احمرار الوجه وزيادة في دقات القلب وجفاف الحلق وبرود اليدين.

كما أكدت تعريفات أخرى على الجانب النفسي كتعريف (كورسيني) حيث عرف الخجل بأنه ظاهرة انفعالية يعاني صاحبها من قلق مفرط وأفكار سلبية نحو الذات أما النوع الثالث من التعريفات فقد أكدت على الجانب المعرفي للخجل كتعريف (بيلكونس وزيمباردو) فقد أوضحا أن الخجل يتضمن صعوبات في الأداء فضلاً عن فقدان التوكيد والتفكير في أشياء غير سارة في المواقف الاجتماعية وأفكار سلبية نحو الذات.

ولهذا ومن خلال العرض السابق لتعريفات الخجل ننتبين أنه يتضمن مكونات ثلاثة فسيولوجية تتجلى على شكل تنبيهات حسية تتمثل في إحمرار الوجه وتسرع دقات القلب وتعرق اليدين أما المكون النفسي للخجل فيظهر من خلال مجموعة الأعراض التي تعترى الشخص الخجل والتي تكون على شكل قلق ولاسيما القلق الاجتماعي والارتباك والخوف من مواجهة الآخرين والتفاعل معهم أما المكون الثالث للخجل فهو المكون المعرفي والذي يتمثل في زيادة الوعي بالذات وأفكار سلبية نحو الذات والتفكير في أشياء غير سارة في المواقف الاجتماعية. (الزعبي، 2005، 68).

معدل انتشار الخجل:

بعد الخجل ظاهرة واسعة الانتشار بين الأطفال ففي دراسة مسحية قام بها زيمباردو (1977) على عينات أطفال المدارس الابتدائية له أن 50% من الذكور، 60% من الإناث يعانون من الخجل (الحلبي، 2000، 71).

ويذكر Harris أن Welding 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 النفسيةوسوماتية، في حين عانى 16% من الذكور من عينة مكونة من (702) ذكر من الأعمار نفسها من السلوك الانسحابي بالإضافة إلى النشاط الزائد واضطرابات في الكلام.

ومن خلال ما تقدم نجد أن نسبة انتشار الخجل بين الأطفال ليست بسيطة وهو أكثر انتشاراً بين الإناث منه لدى الذكور (الزعبي، 2005، 71).

- 1- ينطوي الطفل على نفسه أو ينزوي بعيداً عن الناس، ويكون شديد القلق والتوتر.
 - 2- لا يشارك بالنشاطات المحيطة، ويخاف من انتقاد الآخرين.
 - 3- كثير الشكوى لآلام المعدة والرأس والبطن.
 - 4- تجنب التواصل مع الآخرين والانسحاب من المواقف، وانعدام الثقة بالذات وبالأخرين.
 - 5- الميل إلى التزام الصمت، الحساسية الزائدة والشعور بعدم الارتياح.
 - 6- المعاناة من مشاعر القلق والنقص، وانعدام زمام المبادرة والتطوع والمغامرة.
 - 7- الخوف والتردد وعدم القدرة على تحمل المسؤولية.
- عموماً يمتاز الأفراد الخجولون بتحاشي التواصل مع الآخرين وعدم الرغبة في المشاركة في المواقف الاجتماعية والخوف وضعف الثقة بالنفس وبالأخرين والتردد والتكلم بصوت منخفض واحمرار الوجه وتصبب العرق عند الحديث وقد يترافق ذلك مع حدوث ارتعاش في أطراف الجسم مثل اليدين عند الحديث أمام الآخرين (الزغول، 2006، 146).
- والجدير ذكره فإن هذه المظاهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية والوجدانية التي يخبئها الخجول تشكل عائقاً في التفاعل الاجتماعي البناء وإذا لم يعالج الطفل الخجول من هذه المظاهر فسوف تلازمه طيلة حياته وتتدخل في شؤونه وتفقده الشعور بالراحة والتوافق السليم وتعرض صحته النفسية للخطر.

أنواع الخجل:

ميز آيزنك بين نوعين من الخجل:

1- الخجل الاجتماعي الانطوائي: يتميز صاحب هذا النوع بالعزلة ولكن مع قدرة الطفل على العمل بكفاءة مع الجماعة إذا اضطر إلى ذلك.

2- الخجل الاجتماعي العصابي: ويتميز صاحب هذا النوع بالقلق الناتج عن الحساسية المفرطة نحو الذات وإحساسه بالوحدة النفسية وهذا النوع يدفع صاحبه إلى صراعات نفسية بين رغبته في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين وخوفه منهم.

وميز بيكونس بين أنواع أخرى من الخجل:

1- الخجل الخاص: ينصب اهتمام صاحب هذا النوع على العلاقات الشخصية الحميمة.

2- الخجل كحالة: يتميز خجل صاحب هذا النوع أنه يزول مع زوال الموقف الذي أدى للخجل.

3- الخجل كسمة: هذا النوع متأصل في بناء الشخصية حيث يتعلق بمزاج الفرد ويخفف من مهاراته ويزيد من انطوائه ويؤدي إلى مخاوف اجتماعية خطيرة (الزعبي، 2005 ، 69-70).

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 يجعله متوارف بالخمود والخمول داخل المدرسة كما أنه يتجنب الاتصال بالأطفال الآخرين ولا يرتبط بعلاقات طويلة الأب ويعتمد عن كل طفل أو شخص يوجه إليه اللوم أو النقد مما يجعله

محدود الخبرة ضعيف التعلم في المدرسة ويجعله عالة على نفسه وأسرته ومجتمعه (الزغول، 2006، 177).

أسباب الخجل:

1- مشاعر النقص: يتولد الخجل لدى الأفراد بسبب ما يعترضهم من مشاعر النقص والدونية بوجود بعض العاهات الجسدية لديهم مثل انتشار البثور على الوجه أو العرج أو طول الأنف أو السمعة أو النحافة أو عدم جمال الوجه وقد تنتج مشاعر النقص لدى الأفراد بسبب مقارنة نفسه بالآخرين أو بسبب ندني المستوى الاقتصادي لأسرته. وكنتيجة لمشاعر النقص هذه يصبح الفرد شديد الحساسية بحيث يتجنب الاتصالات الاجتماعية مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب والعزلة (الزغول، 2006، 147).

2- التأخر الدراسي: كثيراً ما نجد أن تأخر الطفل دراسياً وانخفاض مستوى تحصيله مقارنة بمن هم في مثل سنه من الأمور الجوهرية في إشعار الطفل بأنه أقل من أقرانه وقد لا يعود الأمر هنا لانخفاض مستوى الذكاء لدى الطفل فمن المحتمل أن تكون مقررات البرنامج الملتحق به لا تساير إمكانيات الطفل وميوله وربما كانت الأسرة وصراعاتها ومشكلاتها المتواصلة سبباً في انشغال الطفل وعدم تمكنه من الاستذكار والمتابعة وما يجب ألا ننسأه هو أن التأخر الدراسي قد يؤدي إلى الخجل والعكس ليس صحيحاً دائماً.

3- فقد الشعور بالأمن والطمأنينة: وذلك بسبب التدليل الزائد حيث أن بعض الآباء يعتقدون بأن أبناءهم مازالوا صغاراً ويحتاجون إلى الرعاية الزائدة والحماية من الأخطار. وهذا بسبب جهلهم لشؤون الأطفال بنشأ الأطفال خجولين اعتماديين وغير منتجين أي لا يتقنون في أنفسهم أي سلبيين.

فقد يشعر الآباء بالذنب إذا لم يحيطوا أبناءهم إحاطة زائدة وينطبق ذلك على المعلمين أيضاً حين يدللون تلاميذهم ويحيطونهم بالرعاية الزائدة. كذلك عدم اهتمام الوالدين بالأطفال (عدم الميل): قد يؤدي عدم اهتمام الوالدين بأطفالهم إلى نوع من الاستقلالية بالشخصية (قوة شخصية) وقد يؤدي إلى أطفال خائفين خجولين (ضعف شخصية) وقد يؤدي ذلك إلى شعورهم بأنهم غير جديرين بالرعاية والاهتمام. (خلف الله، 2004، 163) إضافة إلى الإفراط في استعمال العقاب والتهديد فلجوء بعض الآباء إلى أساليب العقاب القاسية والتهديد بإنزال العقوبات يخلق لدى الأطفال استراتيجيات سلوكية انسحابية وينمي لديهم الشعور بالخجل كذلك. وكذلك عدم الثبات في تربية الطفل حيث أن تذبذب أساليب التربية المتبعة من قبل بعض الآباء في تهذيب وتنشئة أبنائهم ينعكس سلباً في أنماطهم السلوكية فتساهل الآباء مع الأطفال في بعض المواقف والحزم الشديد معهم في مواقف أخرى والاهتمام بهم أحياناً وإهمالهم وتجاهلهم في أوقات أخرى يجعل منهم غير آمنين ومترددین حيث يصعب عليهم التنبؤ بسلوكيات والديهم نحوهم وهذا الأمر يجعلهم خجولين ومثل هذا الخجل قد يمتد ليظهر في المواقف المدرسية والاجتماعية الأخرى (الزغول، 2006، 147).

ويوجد هناك اعتقاد أن انتقادية الوالدين والمعلمين لها فائدة حيث أن النقد هو الوسيلة الناجحة لبناء شخصية أطفالهم وقد يكون ذلك على العكس فقد يؤدي ذلك إلى هدم شخصية الأطفال ويشعرهم بأنهم سلبيين غير فاعلين ولا أهمية لهم لأنهم كثيراً ما يخطئون ولا يرضون الآخرين فيولد هذا النقد أطفالاً خائفين خجولين يتهيبون من كل موقف يتعرضون له سواء على مستوى المدرسة أو البيت أو المجتمع المحلي، كذلك بعض الأطفال لديهم حساسية زائدة بسبب نقص في شخصياتهم وتبعاً لذلك يهربون من الاتصال الاجتماعي وخوض غمار المواقف الاجتماعية خوفاً من السخرية بهم وإغاظتهم وخاصة إذا تعرض بعض زملائهم لمثل تلك المواقف فهم يفضلون الانسحاب من مواجهة

الآخرين. وكذلك نرى بعض المعلمين يدللون بعض التلاميذ وهذا يؤدي بالطفل إلى الاعتماد على المعلم في كل شيء وهذا يدفع الآخرين إلى السخرية من نقد الآخرين وإزدهائهم لهم (خلف الله، 164، 2004).

4- قبول فكرة الخجل: إن قبول الطفل فكرة أنه خجول تجعله فعلاً يشعر بالخجل بل وينغمر فيه نتيجة دعم الشعور بالنقص ومما يزيد الطين بلة استخدام الوالدين لتلك الفكرة وترديدها أمام الطفل.

5- تغيير الوطن: يكون لتغيير موطن الأسرة من بلد إلى بلد بعض الآثار منها تجنب بعض أطفال تلك الأسر المجتمع الجديد الذي نقلوا إليه نتيجة اختلاف عاداته وتقاليده.

6- اضطرابات النمو الخاصة والمرض الجسمي: تهيئ بعض اضطرابات النمو الخاصة - مثل اضطراب اللغة- الفرصة لتجنب الطفل التفاعل والاحتكاك بالآخرين كما أن إصابة الطفل ببعض الأمراض مثل الحمى الروماتيزمية أو الإعاقة الشديدة تمنع الطفل من الاندماج أو حتى الاختلاط بمن هم في مثل سنه وربما أصبح متأخراً عنهم ولا يجد مخرجاً لذلك سوى تجنبهم..

7- التتمذج مع أحد الوالدين: تظهر نتائج الدراسات أن الآباء الخجولين غالباً ما يكون لديهم أطفالاً خجولين حيث يوجد هناك علاقة ارتباطية بين الخجل والنماذج الخجولة فالآباء الخجولون في الغالب يحتفظون بأدنى حد من العلاقة الاجتماعية والتواصل مع الآخرين ومثل هذا الجانب ينعكس في أنماط سلوكيات أبنائهم الاجتماعية نظراً لتتمذجهم بسلوكيات والديهم (الزغول، 2006، 147).

علاج الخجل:

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- تشجيع الطفل على التعبير عن نفسه بصراحة: لا بد من تشجيع الطفل الخجول على التعبير بصراحة وبدون خوف عن رغباته وحاجاته وامتلاك الشجاعة للرفض أو الاعتراض عندما لا يرغب بشيء معين.

3- دعم الثقة بالنفس: إن ثقة الطفل بنفسه لا يمكن بناؤها عن طريقة عمل أغلب الأشياء للطفل أو إنقاذه بأسرع ما يمكن في المواقف العادية البسيطة أو بتدليله، كذلك لن يثري الغضب على الطفل من خجله الذي أصبح مع أغلب الناس أو مضايقته.

إن بناء الثقة بالنفس يكون بذكر مواضع قوة الطفل ومواقف النجاح التي حققها وإنجازاته ويكون ذلك مع شيء من الفخر والتحييد لمواقف أخرى في المستقبل مع خلق مواقف تسد ثغرات فقدان الثقة التي لحقت بالطفل من قبل مع تعريف الطفل بأن كل فرد يخطئ ويصيب وليس من فرد معصوم من الأخطاء.

4- تحاشي توجيه النقد: إن جعل الطفل الخجول هدفاً لتصويت النقد فيه تعقيد للمشكلة ومهما اشتد الغيظ من الطفل الخجول فلا داعي للومه أمام الآخرين أو حتى بمفرده بل التماس النقاط الإيجابية في سلوكه ومنحه الوقت الكافي كي يخرج من خجله ولا يذكره بوجود فشله بل يجذبون انتباهه كي يرى ويلمس بنفسه كم هو ناجح في أشياء ويجب تفتيحه على مواهبه ووجوب الاعتزاز بها

وحتى إذا تسبب الطفل الخجول في إتلاف بعض الأشياء فمن الواجب علينا أن نبحث عن سبب مشترك في الإتلاف بحيث لا يشعر الطفل بأنه المسبب الوحيد للخطأ وربما كان خطأ الطفل أو إتلافه قد حدث في متجر أو محل فإن الأمر يتطلب سرعة مرافقه من إقناع صاحب المحل بأن يعرب للطفل عن أنه غفر للطفل ما صدر منه لأن الطفل لم يكن المتسبب بمفرده فيما حدث وإنه يعفو عنه لهذا السبب وهكذا فإن معالجة الأمر في وقته ودون إبطاء سيمنع إحباط الطفل وشعوره بالخجل. (الشرييني، 2001، 95-96).

5- التدريب على المهارات الاجتماعية: ويتمثل في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الفرد الخجول وتشجيعه على التواصل والتفاعل مع الآخرين ويتم ذلك من خلال اتباع برنامج تدريبي وفق خطوات متسلسلة على النحو التالي:

أ- إعطاء التعليمات: وفي هذه الخطوة يوضح المرشد للفرد الخجول مهارات التواصل الاجتماعي مثل التمهيد والمبادرة بإلقاء التحية والابتسام وهز الرأس والاتصال بالعين والتحدث بأفكار وموضوعات تثير اهتمام الآخرين وكيفية التعليق والرد على الآخرين وقد يلجأ المرشد هنا ليكون نموذجاً للفرد الخجول وقد يستعين بعرض نماذج جيدة تمارس مهارات التواصل الاجتماعي.

ب- لعب الدور: وهنا يطلب من الفرد الخجول بتكرار السلوك بالإضافة إلى تمثيل أدوار مختلفة كدور القائد أو المعلم ويمكن عكس الأدوار بحيث يقوم الفرد الخجول بلعب دور المرشد وهكذا يستمر تكرار السلوك الاجتماعي ولعب الأدوار والنمجة إلى أن يتم تطوير مستوى مناسب من المهارات الاجتماعية لدى الفرد الخجول.

ج- تشجيع الفرد على تقليد الأدوار المختلفة والاختيار من بين بدائل السلوك مع تقديم التغذية الراجعة الملائمة لأدائه الاجتماعي (الزغول، 2006، 148).



❖ ثانياً: الغيرة Jealous :

تعريف الغيرة Definition:

الغيرة هي العامل المشترك في الكثير من المشاكل النفسية عند الأطفال ويقصد بذلك الغيرة المرضية Disease jealousy التي تكون مدمرة للطفل والتي قد تكون سبباً في إحباطه وتعرضه للكثير من المشاكل النفسية.

والغيرة أحد المشاعر الطبيعية الموجودة عند الإنسان كالحب... ويجب أن تقبلها الأسرة كحقيقة واقعة ولا تسمح في نفس الوقت بنموها.... فالقليل من الغيرة يفيد الإنسان، فهي حافز على التفوق، ولكن الكثير منها يفسد الحياة، ويصيب الشخصية بضرر بالغ، وما السلوك العدائي والأنانية والارتباك والانزواء إلا أثراً من آثار الغيرة على سلوك الأطفال.

أما إذا أصبحت الغيرة عادة من عادات السلوك Habits of behavior وتظهر بصورة مستمرة فإنها تصبح مشكلة، ولا سيما حين يكون التعبير عنها بطرق متعددة، والغيرة من أهم العوامل التي تؤدي إلى ضعف ثقة الطفل بنفسه، وإلى نزوعه للعدوان والتخريب والغضب. (بطرس، 2008، 374).

كما تعد الغيرة من المشكلات السلوكية Behavioral Problems الشائعة الانتشار بين الأطفال، حيث تظهر على شكل انفعال يعبر عن مدى حساسية الطفل للعلاقة العاطفية بينه وبين والديه، كما تظهر على شكل فعل يعبر عن شعوره الداخلي المؤلم.

فالغيرة عبارة عن انفعال ينشأ من الإحباط Frustration ومن القلق Anxiety الناتج عن شعور الطفل بتناقص اهتمام ومحبة الوالدين له نتيجة ولادة مولود جديد للأسرة أو شعوره بخيبة الأمل في الحصول على رغبته، أو الشعور بالنقص بسبب الإخفاق أو الفشل. إنها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالسلوك الاتكالي عند الطفل.

وقد عرف عيسوي الغيرة بأنها شعور يتكون من الخوف، والغضب، والشعور بالتهديد في حياة الطفل، أو عندما يجد تحدياً لارتباطاته العاطفية، وقد تظهر هذه الغيرة في شكل عدوان على الأخ أو الأخت، وقد يعبر عنها في شكل ارتداد على الذات فيؤدي الطفل نفسه (الزعبي، 2005، 109).

نشأة الغيرة وتطورها Genesis and Development of jealousy

تمثل العلاقة بين الإخوة مشكلة أزلية خالدة بالنسبة للآباء، ذلك أن الآباء كما هو معروف لا يكون لديهم من الأبناء ابن أو بنت واحدة، فهم لذلك مضطرون إلى معاناة مشاكل تربية عدة أطفال في وقت واحد، وبالتالي معاناة أثر عواطف الغيرة بينهم لدرجة أنك لا تجد أباً أو أمّاً لا تشتكي من هذه العلاقة ولا يعني هذا مطلقاً أن الأسرة المتوفرة على طفل واحد لا تعاني من المشكلات التربوية لهذا الطفل الوحيد، بل كل ما هنالك أن هذه المشكلات الناجمة عن تربية عدة أطفال في وقت واحد لها نوعية خاصة ومعقدة. ويمكن ملاحظة نشأة عاطفة الغيرة قبل تبلورها بين الإخوة في الأسرة في مظاهر انفعالية بسيطة من التنافس، وهو تنافس يتخذ عدة مظاهر، منها ما يهدف إلى حيازة أكبر نصيب من عطف الأسرة وحنانها أو اهتمامها ورضائها، ومنها ما يهدف إلى حيازة أكبر نصيب أيضاً من الخبرات المادية في الأسرة أو الاستحواذ عليها كلية فيما يتعلق بالأكل والمشرب والملبس واللعب، وما إلى ذلك مما لا يمكن أن تخلو أية أسرة من وجوده وضرورة توزيعه بين الأطفال حسب معيارها. ومهما يكن المعيار فهو لا يمكن أن يحوز على رضى جميع الأطفال، حتى وإن أظهروا الرضى به والخضوع له أحياناً (خوالدة، 2004، 121).

عوامل الغيرة في الطفل:

➤ عوامل مادية اقتصادية: Economic يتوفر لدى كل أسرة كيفما كانت درجتها من الفقر أو الغنى، أمتعة وخبرات مادية توزع بين أفرادها حسب نظام ترتيب الحقوق والواجبات في هذه الأسرة وحسب الأسبقيات التي يخولها هذا الترتيب لأفراد الأسرة. ومن المؤكد إن الأبوين يكونان أول ما يمكن أن ينشأ مبدئياً عاطفة الغيرة في نفس الطفل، ولكون المكانة التي يتمتع بها الأبوان ولا سيما كونهما مصدرين للحنان وعواطف الوالدين، واستعداد الطفل المبدئي لإدماج أوامرهما ونواهيهما، وبالتالي جملة مجموعات القيم التي يمثلها عالمها في عالمه، كل ذلك يجعلهما بمنجاة إلى حد كبير من تبلور هذه العاطفة حولهما أساساً. ولكن الأخوة من الأطفال فيما بينهم لا يتمتعون بهذه المناعة النسبية بعضهم بالنسبة لبعض، رغم اختلاف أعمارهم، ومستوى إدراكهم.

لذلك فإذا كان من الواضح مبدئياً إن غنى الأسرة أو يسرها على الأقل، يمكن أن يقلل من أسباب التنافس والصراع، وبالتالي من عوامل تولد غيرة الأطفال بعضهم عن بعض بما يتبعه من إمكانيات لإرضاء أهم طلباتهم المادية وإقامة نوع من المساواة الحسابية بينهم في توزيع الحقوق والواجبات السادية.

➤ **عوامل اجتماعية ثقافية Socio-cultural:** فالمؤثرات الاجتماعية الثقافية تكون في الواقع الأسس التي تقوم عليها العوامل المادية الاقتصادية في تكوين هذه العاطفة.

من ذلك ترتيب مكانة الأفراد داخل الأسرة بناء على الجنس الذي ينتمي إليه الفرد من ذكر وأنثى، فهذا الأساس للترتيب يختلف من مجتمع لآخر وتختلف شدة التمييز بين مكانة الذكر والأنثى بين أسرة وأسرة .

كما أن لمكانة الأبناء حسب ترتيب ولادتهم من الأكبر إلى الأصغر، أو الابن الوحيد بين مجموعة بنات أو البنت الوحيدة بين مجموعة أولاد ذكور، لكل ذلك مشاكله التربوية الخاصة فيما يتعلق بتكوين عاطفة الغيرة وما يتولد عنها ويصاحبها من عواطف ومشاعر نفسية كرهية. وإن الحل الممكن سواء للتخفيف من حدة الغيرة أو تحويلها وإعلانها، يتلخص في الدور الذي تقوم به الأسرة بما تتيحه من فرص حقيقية وسليمة لبذر التعاون بين الأخوة وإدماجهم في الحياة الاجتماعية عن طريق العلاقات المنظمة (خوالدة، 2004، 123).

➤ **عوامل طبيعية وعضوية: Natural and organic** تتدخل عوامل عدة منها:

1- ولادة طفل جديد the birth of new baby: إن ازدياد طفل سواء كان ذكراً أم أنثى على الطفل الوحيد للأسرة أو على مجموعة أطفال هو حادث طبيعي عادي بالنسبة لأية أسرة. ولكنه بالنسبة لأي طفل ممن يزداد عليهم الوليد الجديد، هو بداية المأساة فيما يبدأ معاناته من آلام نفسية، ومشاعر الحسد والصراع والمنافسة. ويتولد أول إحساس من هذه المشاعر عند رؤية الطفل أو شعوره بنصيب من العناية التي كانت تصرف إليه تنتجه نحو المولود الجديد. وإن مشاعر الأطفال بالغيرة كأنفعال أولي قبل تبلورها كعاطفة فيما بعد، لا يخفى على أحد. فبعضهم ينخرط في البكاء والعيول وبعضهم ينصرف منطوياً على نفسه يراقب من بعيد معاملة الأم للوليد الجديد بغضب ظاهر، واعتداءات الأطفال على إخوتهم الرضع، وما يظهرون نحوهم من سلوك ينم عن رغبتهم في قتلهم والقضاء عليهم.

2- ثمة عامل طبيعي عضوي آخر، عدا قدوم المولود الجديد للأسرة، وهو بالغ التأثير في تكوين عاطفة الغيرة بين الأطفال رغم أن الآباء قلما ينتبهون له، وهو الناتج عن شعور الأبوين كليهما أو أحدهما، بمشابهة جسمية بينه وبين أحد الأطفال، أو بمشابهة هذا الطفل لفرد من أفراد أسرة أحد الأبوين أو كليهما، مما ينتج عنه بالتالي إضفاء معاملة خاصة على علاقتهما بهذا الطفل، ومن الواضح أن هذه المشابهة قد تكون مجرد تصور وهمي لا أساس له من الصحة.

3- عامل النقص في الخلفة Lack of appearance أو الكمال، بالنسبة لأي طفل في الأسرة. فبعض الأطفال يكونون على جانب من الجمال والاكتمال الجسمي وبعضهم قد يكون على خلاف ذلك، أو مصابا بعاهة جسمية معينة، وكل هذه الحالات تستدعي من الأبوين مواقف معينة في معاملة هذا الطفل بالنسبة لأخوته، كما أنها تركز في هذا الطفل مشاعر خاصة تجاه أخوته انطلاقاً من معاملة الأبوين له، ومن سلوك أخوته نحوه. وهذا من شأنه توليد انفعالات وعواطف غيرية في اتجاه معين حسب اتجاه العوامل المكونة لها من هذا الطفل إلى إخوته، أو من أخوته إليه (خوالدة، 2004، 126).

➤ عوامل نفسية Psychological factors : بعضها نابع من طبيعة الطفولة التي يمر بها الطفل وينمو عبر مراحلها، وبعضها ناجم عن الوسط المحيط به واستجابته لمؤثراته. من أهم عوامل هذا النوع الأنانية الطبيعية في الطفل، التي تجعله راغباً في حيازة أكبر قدر من عناية الأبوين، ومن الخبرات المادية والمعنوية للبيت. وبالتالي تجعله مستعداً لبذل أكبر جهد ممكن يحرم به إخوته من ذلك، معاناة الشعور بالحسد والضغينة لأقل ما ينالهم منه . ويتدخل عامل آخر في هذا المستوى النفسي وهو اعتقاد الأبوين كليهما أو كل منهما على حدة بوجود مشابهة نفسية بين الطفل وبينهما، أو بين أحدهما أو أحد أسلاف الأسرة. فالاعتقاد بوجود هذه المشابهة ينعكس على معاملة الأبوين للطفل وتبعاً لذلك على سلوكه إزاء إخوته، وسلوك إخوته إزاءه (خوالدة، 2004 ، 128).

مظاهر الغيرة Manifestations of jealousy :

- الغضب Anger : حيث يظهر على شكل شتائم ومضايقات وتدمير وتخريب وعصيان نتيجة الشعور بالإحباط.
- الميل إلى الصمت the tendency to silence : ويبدو على شكل انطواء Convergence وخجل وسلبية، وفقدان الشهية للطعام، والنكوص Recidivism وغيرها.
- مظاهر نفسية : psychological aspects : كالحزن، واليأس، والبكاء المتكرر، ومص الأصابع Sucking fingers، وقضم الأظافر Nail biting، والعودة إلى لغة الصغار، ومحاولة منه لكسب عطف الآخرين.

■ **مظاهر جسمية** manifestations of autosomal: وتظهر على شكل صداع، وشعور بالتعب، وتمارض، وذلك لجذب انتباه الآخرين، وربما تطور الأمر إلى تحول التوتر النفسي إلى توتر فسيولوجي يتمثل في القيء والاضطرابات المعوية.

■ **الميل إلى التحايل** Circumvention: وذلك للحصول على ما فقده، مثل تقبيل المولود الجديد للاحتفاظ بمركزه عند أمه (الشيخلي، 2009، 284).

الوسائل السلبية للتعبير عن الغيرة **Means negative expression of jealousy**: وذلك بالصراخ والعبث بأغراض الآخرين أو سرقتها أو تدميرها، وبالاعتداء الجسدي بالضرب أو القرص، وبالإزعاج وإلقاء الشتائم وإفلاق الراحة، وعندما يتقدم الطفل بالعمر (بعد العاشرة) تأخذ الغيرة شكل التجسيد والوشاية والإيقاع بالآخرين، وتظهر الغيرة عند الأطفال الصغار بالقيام بتصنع الحب الزائد نحو الطفل الجديد وذلك لإخفاء مشاعر الغيرة الدفينة (بطرس، 2008، 337).

أسباب الغيرة **Reasons of jealousy**:

■ شعور الطفل بالنقص ومروره بمواقف محبطة كنقص الجمال أو في الحاجات الاقتصادية من ملابس ونحوه ومرور الطفل بمواقف محبطة أو فشله المتكرر، ويزداد هذا الشعور ويثبت نتيجة سوء معاملة الوالدين وقسوتهم معه والسخرية من ذلك الفشل.

■ أنانية الطفل التي تجعله راغبا في حيازة أكبر قدر من عناية الوالدين.

■ قدوم طفل جديد للأسرة.

■ ظروف الأسرة الاقتصادية فبعض الأسر دخلها الاقتصادي منخفض أو شديدة البخل على أبنائها مقارنة بالأسر الأخرى فتتمو بذور الغيرة في نفس الطفل نتيجة عدم حصوله على ما يريد من أسرته.

■ المفاضلة بين الأبناء فبعض الأسر تفضل الذكور على الإناث أو عندما تفضل الصغير على الكبير وهكذا تنمو الغيرة بين الأبناء.

■ كثرة المديح للأخوة أو الأصدقاء أمام الطفل وإظهار محاسنهم أمامه (بطرس، 2008، 378).

علاج مشكلة الغيرة **Treat the Problem of jealousy**:

■ التعرف على الأسباب وعلاجها.

■ إشعار الطفل بقيمته ومكانته في الأسرة والمدرسة وبين الزملاء.

- تعويد الطفل على أن يشاركه غيره في حب الآخرين.
- تعليم الطفل على أن الحياة أخذ وعطاء منذ الصغر وأنه يجب على الإنسان أن يحترم حقوق الآخرين.
- تعويد الطفل على المنافسة competition الشريفة بروح رياضية تجاه الآخرين.
- بعث الثقة Confidence في نفس الطفل وتخفيف حدة الشعور بالنقص أو العجز عنده.
- توفير العلاقات القائمة على أساس المساواة والعدل، دون تمييز أو تفضيل على آخر، مهما كان جنسه أو سنه أو قدراته، فلا تحيز ولا امتيازات بل معاملة على قدم المساواة.
- تعويد الطفل على تقبل التفوق superiority، وتقبل الهزيمة Defeat. بحيث يعمل على تحقيق النجاح ببذل الجهد المناسب، دون غيره من تفوق الآخرين عليه، بالصورة التي تدفعه لفقد الثقة بنفسه.
- تعويد الطفل الأناني على احترام وتقدير الجماعة، ومشاطرتها الوجدانية، ومشاركة الأطفال في اللعب وفيما يملكه من أدوات.
- يجب على الآباء الحزم فيما يتعلق بمشاعر الغيرة لدى الطفل، فلا يجوز إظهار القلق Anxiety والاهتمام الزائد بتلك المشاعر، كما أنه لا ينبغي إغفال الطفل الذي لا ينفعل، ولا تظهر عليه مشاعر الغيرة Feelings of jealousy مطلقاً.
- يجب على الآباء والأمهات أن يقلعوا عن المقارنة الصريحة واعتبار كل طفل شخصية مستقلة لها استعداداتها ومزاياها الخاصة بها.
- تنمية الهوايات المختلفة بين الأخوة كالموسيقى والتصوير وجمع الطوابع... وبذلك يتفوق كل في ناحيته، ويصبح تقيمه وتقديره بلا مقارنة مع الآخرين.
- المساواة في المعاملة بين الابن والابنة، لان التفرقة في المعاملة تؤدي إلى شعور الأولاد بالغرور وتنمو عند البنات غيرة تكبت وتظهر أعراضها في صور أخرى في مستقبل حياتهن مثل كراهية Hatred الرجال وعدم الثقة بهم وغير ذلك من المظاهر الضارة بحياتهن (بطرس، 2008، 378).

❖ ثالثاً: التبول اللاإرادي (السدس الليلي) :NONORGANIC ENURESIS

وصف الاضطراب وتشخيصه:

بالرغم من أن أكثر الأطفال قادرون على التحكم بالإخراج بدون صعوبات، إلا أن اكتساب القدرة على ضبط التبول قد يتأخر أحياناً. في مثل هذه الحالات قد يستمر الطفل في تبليل ثيابه حتى بعد السن التي يكون فيها قد اكتسب قدرته على ضبط التبول. ويستخدم مصطلح التبول اللاإرادي ENURESIS ليشير إلى الحالات التي يتأخر أو يعجز فيها الطفل عن التحكم. وقد وضع الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل والرابع للأمراض النفسية المعيار التشخيصي واللوحه السريرية التالية للاضطراب:

- 1- التبول المتكرر وغير اللاإرادي خلال النهار والليل.
- 2- يحدث مرتين في الشهر على الأقل بالنسبة للأطفال بين 5-6 سنوات، ومرة واحدة في الشهر على الأقل بالنسبة للأطفال الأكبر سناً.
- 3- لا يعزى إلى أي اضطراب عضوي مثل السكري أو الدوخة والإغماء.

قد يكون التبول اللاإرادي ليلاً حيث يبلى الطفل فراشه NOCTURNAL أو يكون نهائياً حيث يبلى ثيابه أو يجمع بين الاثنين. إن التبول النهاري الذي يرافقه تبليل الفراش ليلاً هو حالة نادرة. ولكن 30% من الأطفال الذين يعانون من التبول الليلي يظهرون أيضاً تبولاً نهائياً. إن التبول الليلي هو الشائع وقد أجريت الكثير من الدراسات حوله، كما تم التمييز بين نوعين من التبول الليلي اللاإرادي: الأولي، يعزى إلى الحالات التي يفشل فيها الطفل بتطوير قدرته على عملية التحكم بالتبول إطلاقاً، والثانوي، حيث يفشل الطفل في التحكم بالتبول بعد أن يكون قد مر بمرحلة استطاع فيها ذلك.

حدوث الاضطراب وانتشاره:

يعتبر التبول اللاإرادي من الاضطرابات الشائعة عند الأطفال، فقد تبين أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية ما يقارب من 3 مليون طفل يعانون من الاضطراب، تتراوح أعمارهم بين الرابعة والسابعة عشرة. وقد تبين أيضاً أن 20% من الأطفال في سن الخامسة، و10% في سن العاشرة ما يزالون يبللون فراشهم ليلاً. وبالرغم من أن الحالة عادة تخف وتقل مع التقدم بالعمر، إلا أن بعض الأطفال تستمر عندهم الحالة حتى مرحلة الرشد.

أما عن نسبة حدوث الاضطراب وانتشاره، فبالرغم من أنه يقل مع التقدم بالسن، إلا أن كل حالة فردية لها خصائصها المميزة، وبحاجة إلى دراسة خاصة، ومع ذلك بينت الدراسات أن هذا الاضطراب ينتشر بنسبة 8% من الأطفال في سن الثالثة، وأقل من 1% عند الأطفال بين سني العاشرة والثانية عشرة.

العوامل السببية للتبول اللاإرادي:

إن التأخر في القدرة على ضبط التبول ينتج عن عوامل عديدة، وقد وضعت عدة تفسيرات حول أسبابه. ويمكن إدراج هذه الأسباب جميعها في اتجاهين رئيسيين هما، السيكو دينامي، والسلوكي - الفيزيولوجي.

فالنظريات السيكو دينامية كثيرة، ولكنها جميعاً تتفق على أن التبول اللاإرادي، ناتج عن اضطرابات انفعالية، وأنه يجب التركيز على العلاقة بين التبول اللاإرادي ومؤشرات أو علامات مرضية أخرى عند الطفل. من هنا يرى (ويري) أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين التبول اللاإرادي والأعراض المرضية عند الأطفال، وأن أكثر المصابين به يعانون من مشكلات انفعالية. إن العلاقة السببية بين التبول اللاإرادي والمشكلات الانفعالية لم تظهر في بعض الحالات، وربما يعزى هذا إلى حالات التبول اللاإرادي الثانوي.

أما النظريات السلوكية الفيزيولوجية، فتعتبر التبول اللاإرادي ناتجاً عن فشل في التحكم بالإخراج بصورة فعالة، وتبدو على شكل ضعف في العادة. وركز بعضهم الآخر على الفشل في تطوير المنعكسات الشرطية الضرورية. إن من الممكن الاعتقاد بأن كلا العاملين يتسببان في الاضطراب لأن التعلم وخبرات التدريب تساهم في تطوير عملية الضبط والتحكم الفيزيولوجي. إن العلاقة الدقيقة بين هذه العوامل ليست واضحة، وربما يكون التفسير المستند إلى النضج مهماً للغاية خاصة في التبول اللاإرادي الأولي حيث لم يكتسب على التحكم والسيطرة على عضلاته العاصرة. أما التبول اللاإرادي

غير المستمر فقد تعلم الطفل ومر بمرحلة تدرب فيها على التحكم، إلا أنه يعاني بعد ذلك من فقدان القدرة على السيطرة وضبط عضلاته العاصرة. (يمكننا أن نلاحظ أن هذين النوعين يماثلان ويقابلان التبول اللاإرادي الأولي والثانوي).

العوامل العضوية والإخراج: ORGANIC FACTORS AND OUTPUT

بالرغم من أن الدليل التشخيصي كما وضح في لوحته السريرية، أن اضطراب الإخراج اللاإرادي، لا يعزى إلى أي مرض عضوي، إلا أن أية خطوة على المعالج عملها، هي الفحص والتأكد من عدم وجود أي عامل عضوي. فقد تحدث مثل هذه الحالة بسبب خلل أو عطب في القناة الشوكية SPINAL CANAL، أو التهاب في النخاع الشوكي. إن مثل هذا الفحص العضوي للطفل ضروري لعدة أسباب أخرى، أهمها أن بعض هذه الحالات تظهر عند الطفل الذي يعاني تضخماً أو توسعاً في القولون (عبد الله، 2001، 285).

❖ رابعاً: مشكلات التغذية :Nutrition problems

يعتبر تناول الطفل الطعام والتمتع به من دلائل الصحة الجسمية والنفسية، فالاضطرابات المتعلقة بالأكل تنتم بتغيرات نفسية وسلوكية تجاه الطعام، فهناك اضطرابات تؤثر في شهية الطفل للأكل، وهناك عادات من التقوُّر أو ترجيع الطعام.

وتعتبر مشكلة تغذية الطفل من أكبر المشكلات التي تواجه الوالدين، وقد اتضح أن سلوك التغذية المتبع في مرحلة الطفولة المبكرة يؤثر في بعض نواحي من شخصية الطفل وأن قلة التغذية أو الإفراط فيها تنعكس على جوانب فيزيولوجية ونفسية (الشريبي، 2001، 147).

أشكال اضطرابات الأكل :Forms

سوف نستعرض بعض أنواع اضطرابات الأكل وأسبابها، وأساليب التغلب عليها:

1. فقدان الشهية anorexia

وهي عدم الرغبة في تناول الطعام، أو البطء الشديد في تناوله أو التأفف منه وقد يكون فقدان الشهية دائماً أو مؤقتاً ويرجع فقدان الشهية المؤقت إلى عوامل طارئة، أما فقدان الشهية الدائمة والعام فيكون لجميع المأكولات وفي جميع الأوقات أو يكون خاصاً ببعض المأكولات وضعف الشهية أكثر مشكلات التغذية انتشاراً بين الأطفال خصوصاً في مرحلة الطفولة المبكرة والوسطى.

وتعود هذه المشكلة إلى فترة الرضاعة الطبيعية وما يصاحبها من مواقف من جانب الأم والطفل ورفض الطفل الأغذية التكميلية للبن الأم بعد الشهر الرابع.

ويشكل عام تبدأ هذه المشكلة قبل عمر 10/ سنوات ولكن أكثر من 80% من الحالات تقع في الفئة العمرية 13 . 20 سنة وتصيب الإناث أكثر من الذكور بنسبة تصل إلى 20/1. (الزعيبي، 2005، 88).

أسباب فقد الشهية :reasons of anorexia

هناك العديد من الأسباب أهمها:

1- نوعية التغذية :nutritional quality

تقوم نوعية التغذية بدور مهم في هذه المشكلة، حيث إن الكثير من الأطفال لا يجوعون في الموعد المحدد بسبب كثرة أكلهم للمواد الدسمة التي يحتاج هضمها إلى وقت طويل، أو بسبب تناول الأطفال للحلوى أو الأطعمة السكرية، أو بسبب عدم انتظام المواعيد أو نقص الفيتامينات.

2- أسباب عضوية Organism reasons:

هناك صلة وثيقة بين النشاط الغدي العام، وتمثيل الطعام والقابلية لأخذه، فالصلة وثيقة بين الحياة الجسمية والحياة النفسية للطفل. كما أن إصابة الطفل بأمراض الفم والأسنان والجهاز الهضمي والتهاب اللوزتين Tonsillitis يمكن أن تسبب نفور الطفل من الطعام أو تضعف شهيته له، كما توجد بعض الخصائص الجسمية العامة التي تصاحب عادة فقدان أو ضعف الشهية للطعام، فصاحب الجسم الطويل الرفيع يكون قليل الشهية للطعام، بخلاف صاحب الجسم الواسع الثخين. وقد وجد أحد الباحثين أن 82% من الأطفال قليلي الشهية للطعام من النوع الرفيع الطويل. (الزعيبي، 2005، 88).

3- أسباب نفسية Psychological reasons:

تفقد الشهية نتيجة للخوف والقلق anxiety والغضب والحزن، أو لفقدان الشعور بالأمن مثلما نجد في فقدان الطفل لأحد الوالدين أو انفصاله عن أحدهما. وهناك أطفال يشمزنون من أفكار أو شائعات حول الطعام أو نوع منه أو طريقة إعداده أو نتيجة تعرض الطفل لخبرات غير سارة مع نوع من الأكل.

كما قد يكون رفض الطعام حيلة دفاعية لا شعورية defensive trick للتعبير عن نفوره من بعض الظروف الأسرية أو حيلة لعقاب الوالدين أو لعقاب الذات Self-punishment، كما أن إكراه الطفل على الطعام دون مراعاة لحاجاته الجسمية يؤدي إلى اضطراب فقدان الشهية، وقد يكون فقدان الشهية للطعام أو ضعفها وسيلة لجذب انتباه الآخرين له (الوالدين) فهذا الضعف للشهية يثير اهتماماً خاصاً من والديه لا يحصل عليه عادة دون هذا الإجراء، كما أنه وسيلة للسيطرة عليهما (الشربيني، 2001، 148).

4- أسباب اجتماعية Sociality reasons:

تأخذ عملية إطعام الطفل طابعاً مقدساً عند بعض الأسر خاصة في الطبقات الوسطى والعليا، حيث يترافق إطعام الطفل بالتصفيق وسرد القصص ورشوة الطفل باللعب والهدايا مما يؤدي في النتيجة إلى إعراض الطفل عن الطعام وتقززه ونفوره منه، ونتيجة اهتمام الأسرة المبالغ فيه في إطعام

الطفل تزداد المشكلة تعقيداً خاصة عندما تصبح مشكلة مزمنة وأكثر حدة بسبب الصراع والتوتر الناجم عن ذلك، كذلك قد تصبح رغبة الطفل في إنهاء الوجبة بأي شكل هو الحل الوحيد عند الطفل. وقد يكون الآباء هم أنفسهم نماذج يقلدها الأطفال في سلوكهم المتتبع في أثناء الطعام، فإذا كان الأب يصريح بما يحب وبما لا يحب من الطعام، وكذلك تقوم الأم بالأسلوب نفسه فإن ذلك ينعكس على الطفل، حيث يظهر في أكله أشكالاً من التأفف والمفاضلة ويكون هذا قائماً بأكمله على التقليد، كما أن افتقار الأطفال إلى التعليم المناسب بشأن عادات الطعام وعدم التعزيز Non-reinforcement في حالة الأكل المناسب من الأسباب التي تسبب الإعراض عن الطعام (الزعيبي، 2005، 90).

علاج فقدان الشهية Treatment of anorexia:

يمكن علاج هذه المشكلة من خلال تنظيم الوجبات الغذائية وتحديد مواعيد لتقديم الوجبات وممارسة الرياضة في الهواء الطلق. ويجب أن يكون جو العائلة عند الجلوس إلى الطعام بهيجاً خالياً من المشكلات، كذلك لابد من الجلوس إلى مائدة الطعام وقتاً كافياً، فالحد الأدنى في تناول الوجبة يجب أن يتراوح بين 20 . 30 دقيقة. ويجب عدم تهديد الطفل إذا لم يأكل، ولا داعي للانزعاج إذا ترك الطفل المائدة ثم يعود، فبمرور الوقت سوف يعود الجلوس على المائدة، والحرص على عدم تقديم الحلوى قبل الوجبات الغذائية، ومن المستحسن إذا رفض نوعاً من الطعام أن يقدم له نوع بديل ولا داعي لوضع الطعام في داخل طعام يحبه لأنه قد يكره الاثنين. ولا بد من اللجوء إلى الفحص الطبي Medical examination للكشف عن أسباب المعاناة فإن لم تكن اضطرابات عضوية في الغدد أو الجهاز العصبي، يجب عدم إعطاء أدوية لذلك. أما إذا كان الطفل مكتئباً فيمكن إعطاؤه بحذر مضادات الاكتئاب مثل الإميبرامين Alimipramen أو الأميتريتيلين Alomitriline، ويجب توفير بيئة تؤدي إلى حالة نفسية آمنة ومستقرة لدى الطفل وخاصة في حالات فقدان الوالدين أو أحدهما، ومعاونة الطفل على تجاوز تلك المرحلة. كذلك من الضروري توجيه الطفل وإعلامه بالطرق المناسبة أن بعض هذه الأطعمة ضروري له، لغذائه، لصحته ونمو ذكائه ولقوته (الشربيني، 2001، 149).

2. البدانة Obesity:

فالسمنة هي: « زيادة الوزن التي تساوي أو تتجاوز الـ 52% من الوزن المثالي للشخص/ حسب طول قامته/ على أن تتركز هذه الزيادة في الأنسجة الشحمية لجسم المريض » (بطرس، 2008، 290).

نلاحظ حالياً وجود ميل نحو تزايد انتشار السمنة فقد ازداد تكرار السمنة بين السنين الثمانينيات من القرن العشرين عند الأطفال بين سن السادسة وحتى الحادية عشرة بمقدار 54% تقريباً، ولدى اليافعين 12 . 17 بمقدار (19%) تقريباً في الولايات المتحدة الأمريكية.

وتعد البدانة شيئاً موروثاً، فحينما يكون أحد الوالدين ثخيناً فهناك فرصة 40 . 50% لأن يصبح الولد ثخيناً عند الكبر، وعندما يكون كلا الوالدين ثخيناً فهناك فرصة 80% لأن يصبح الطفل ثخيناً عند الكبر. وكذلك فإن 60 . 85 (%) من الأطفال من ذوي الصحة الزائدة سيظلون هكذا طوال حياتهم.

وهناك اختلاف في نمط الأوزان بين الأطفال الذكور والإناث، فالأطفال الذكور خلال السنوات من 10 . 1 سنوات يكونون أكثر نحافة من الإناث، وعند الكبر عادة ما تكتسب الإناث كمية أكبر من الدهن منها عند الذكور بينما يفقد الذكور كمية أكبر من الدهن عنها عند الإناث، وعند سن 17 سنة فإن الأطفال ذوي الآباء البدنيين يزيد وزنهم ثلاثة أضعاف (الشيخلي، 2005، 230).

أقسام السمنة Sections of obesity

1. المبكرة: Obesity early وهي التي تحدث قبل سن العشرين وتسمى هذه السمنة بالنمو المبالغ Hy pre- plasique وهي كناية عن زيادة عدد الخلايا الدهنية في جسم المريض. وهذه الزيادة تتحدد في سن العشرين لتبقى ثابتة بعد ذلك. وهذه الزيادة هي التي تجعل من علاج هذا النوع من السمنة عسيراً إذا لم نقل مستحيلاً. وفي نهاية حديثنا عن السمنة المبكرة لا بد لنا من الإشارة إلى أنها تتركز عادة حول الوركين .

2. السمنة المتأخرة Obesity late: وهي التي تحدث بعد سن العشرين، وفيها يكون عدد الخلايا الدهنية Fat cells طبيعياً إلا أنها تكون ضخمة بحيث يصل حجمها إلى الـ 100 ميكرون في حين أن الحجم العادي للخلية الدهنية لا يتعدى الـ 20 إلى 30 ميكرون. وهذا النوع من السمنة يتركز عادة حول البطن. وهو أسهل علاجاً من السمنة المبكرة .

ومثلها مثل بقية الأمراض فإن تحديد تاريخ السمنة وشكلها العيادي Clinical هو من الأمور الأساسية في تشخيص المرض وتحديد الخطوات العلاجية الواجب اتخاذها حياله، انطلاقاً من هذه المعطيات وجب علينا أن نحدد تاريخ بداية ارتفاع وزن المريض. ومن المهم جداً تحديد وزن المريض عندما كان في العشرين من عمره. كما أنه من المفيد لنا أن نحدد وزن المريض لدى ولادته إذا أمكن ذلك .. أما في حالة النساء فمن المهم أن نعرف وزن الأولاد الذين وضعتهم المريضة .

وأيضاً يتوجب علينا أن نستجوب المريضة بدقة بهدف محاولة تحديد السبب المباشر المؤدي للسمنة هذا السبب الذي قد يكون ناجماً عن الحمل، سن اليأس، صراعات نفسية، تغيير نمط الحياة، الإقلال من الجهد الجسدي كالتوقف عن ممارسة الرياضة .. الخ . وهذه العوامل كثيراً ما تكون غامضة وصعبة التحديد . فعند فحص البدين لا بد من تحديد ما إذا كان وزنه في ارتفاع مستمر فننكلم عن السمنة في مرحلتها الدينامية Dynamic أما إذا كان الوزن ثابتاً فعندها نتكلم عن السمنة في مرحلتها المستقرة، ومن المهم أيضاً الانتباه إلى الآثار السلبية التي قد تخلفها السمنة . وقد نتجلى من خلال أمراض خطيرة ، فإذا ما وجدنا العلامت العيادية لمثل هذه الأمراض وجب علينا علاجها قبل التصدي لعلاج السمنة نفسها . خاصة في حال وجود مثل هذه الأمراض في وراثتة المريض . ومن هنا ضرورة مراجعة الطبيب قبل القيام بأي علاج للسمنة وقبل إتباع أي نوع من أنواع الحمية الغذائية . بعد حصولنا على هذه المعلومات التي تمكننا من تشخيص البدانة وتحديد درجتها وشكلها العيادي، يبدأ الفحص العيادي الجسدي للمريض . ويهدف هذا الفحص إلى تحديد ثخانة النسيج الشحمي Adipase tissue في جسم المريض وأماكن تجمع هذا النسيج . من أجل ذلك علينا أن نقوم بفحص المريض واقفاً . وبالتحديد فإننا نفحص ثخانة النسيج الشحمي في كل من المناطق التالية :

- منطقة الزند (العضلة ثلاثية الرؤوس trigger-muscle tripartit warheads).
- Region Tricipitale منطقة ما تحت الكتف .
- Scapulaire منطقة البطن Region Abdominale .

كما يتوجب علينا قياس عرض الكتفين وعرض الوركين والمقارنة بينهما .

أخطار السمنة : dangers of obesity

نمارس السمنة تأثيرات واسعة على الجسد . وقد لا نتبدى هذه الأخطار جميعها في الوقت نفسه وقد ينجو بعض المرضى من هذه الأخطار . وفيما يلي أخطار السمنة :

- اضطرابات الأيض metabolic disorders : أول ما يطالعا في هذه الاضطرابات هو اضطراب أيض السكريات Sugar metabolic وهو اضطراب يصادف لدى 50% من مرضى البدانة . وعندما تكون السمنة في مرحلتها الأولى فإننا نلاحظ تضخم حجم الخلايا الدهنية التي تصبح أقل حساسية للأنسولين مما يؤدي إلى زيادة الأنسولين في الدم مما يؤدي بالتالي إلى انخفاض إفراز الجسم لهذا الهرمون hormone وذلك بسبب استعمال الجسم

للكميات المفرزة منه . وهذا الخفض في إفراز الأنسولين Insulin يؤدي في مرحلة لاحقة للإصابة بمرض السكري Diabetes .

ولكن اضطرابات الأيض تطال أيضاً الزلال Albumin والدهنيات البروتينية Lipid plotein التي تؤدي السمنة إلى ارتفاع نسبتها في الدم مما يشجع على استقرار وظهور أمراض متعددة .

■ اضطرابات القلب والشرايين Cardiovascular disorders : يلاحظ الباحثون بأن البدانة تتسبب في ظهور وتعقيد حالات تصلب الشرايين Arteriosclerosis . ويذهب بعض هؤلاء الباحثين إلى أن نسبة تتراوح بين 40% و 50% من مرضى السمنة يصابون بمرض ارتفاع الضغط High pressure .

وبدوره يعاني القلب الكثير بسبب البدانة التي تؤدي إلى إجباره على ضخ كميات أكبر من الدم إلى كافة أنحاء الجسد المترهل . وذلك بحيث تصبح كمية الدماء المغذية للقلب غير كافية، وإذا ما أضفنا إلى هذا الإرهاق عامل ترسب الدهون في الشرايين التاجية نستنتج بأن البدانة قادرة على التسبب في إحداث كافة أنواع الأمراض القلبية . فالجهد المشار إليه أعلاه ممكن أن يؤدي إلى تضخم القلب أما الترسبات الدهنية في الشرايين التاجية فهي قد تؤدي إلى انسداد هذه الشرايين محدثة الذبحة الصدرية Angina pectoris أو حتى الموت المفاجئ . وهنا نجد من الضروري أن نعرض نتائج الدراسة التي أجراها البروفسور (W.B.kannel) إذ يلاحظ هذا الباحث أن 67% من المصابين بأمراض السكتة الدماغية Stroke وكذلك بقصور القلب هم ممن يعانون البدانة وتنخفض هذه النسبة قليلاً لتبلغ الـ 50% في حالة أمراض الشرايين التاجية Coronaries arteries . وتأتي هذه الدراسة لتؤكد عدداً من الدراسات السابقة في هذا المجال . ومن ضمن هذه الملاحظات أن معظم مرضى السمنة هن من النساء . وأن للسمنة تأثيرات شديدة السوء على صعيد الجسم وخاصة بعد سن الأربعين . بحيث لا تقتصر هذه الآثار فقط على تعريض المريض للإصابة بأمراض القلب والشرايين ولكنها تمتد لتزيد في تعقيد، أو ربما تتسبب في ظهور عدد من الأمراض كالسكري مثلاً كما ذكرنا سابقاً . ويخلص Kannel إلى القول بأن بدانة النساء وغالبية متركزة حول الوركين وتؤدي بهن إلى الإصابة بقصور القلب أو الانسداد الدماغي Cerebral embolism . في حين يكون الرجال أكثر عرضة لأمراض الشرايين التاجية (تتركز السمنة لدى الرجل في منطقة البطن) وذلك نتيجة لارتفاع نسبة الـ VLDL و LDL وبالتالي ارتفاع نسب كل من كوليستيرول Cholesterol والدهون Fat في الدم .

■ الاضطرابات التنفسية Respiratory disorders: وتتجم هذه الاضطرابات عن الحد من التهوية الرئوية. وفي حال ترافق الاضطراب التنفسي مع اضطراب ذي طبيعة انسدادية للقصبة الهوائية فإن ذلك يؤدي إلى نشوء عدم كفاية تنفسية مزمنة ممكنة التطور لتتال القلب عن طريق تسببها بأحداث مرض القلب الرئوي المزمن. Cord pulmonary Chromium وإذا ما وصل الاضطراب لهذا الحد فإننا نلاحظ بأن المريض يأخذ مظهراً عيادياً خاصاً إذ يبدو هذا المريض بديناً، مائلاً للزرقعة وراعياً دائماً في النوم وهذا ما يعرف بتأذر بيك وبك. Syndrome beck week

■ اضطرابات الكبد والمرار Liver and gallbladder disorders تدخل المواد الدهنية إلى خلايا الكبد وترسب فيها. وهذا الترسب في حال استمراره، يؤدي إلى إتلاف خلايا الكبد مؤدياً للحالة المسماة بالركون المميت للأنسجة. Steatonecrose. وفي حال السمنة المفرطة فإن هذا التلف يمكن أن يبلغ حد تشمع الكبد Cirrhosis of the liver وخاصة في حال توفر العوامل الأخرى مثل إدمان الكحول Alcoholism. كما أن البدانة تؤدي إلى كسل إفرازات الحويصلة المرارية Sloth in the secretions of gall bladder وكذلك فهي تساهم في تكوين حصى المرارة Gallstones، الأمر الذي يبرر إجراء هذه الفحوصات لمريض السمنة.

■ اضطرابات العظام والمفاصل Bone and joint disorders: هذه الاضطرابات ذات علاقة مباشرة بدرجة السمنة أي بمدى تطورها إذ إن زيادة الوزن تؤدي بالطبع إلى زيادة الضغط على الغضاريف (غضروف) المفصلي، وهذا الضغط يؤدي مع الوقت إلى انحلال هذه الغضاريف وبالتالي فهو يؤدي إلى الاعتلال المفصلي Art rose. وتجدر الإشارة إلى أن الاضطرابات المفصلي الناشئة عن السمنة تتجلى عادة على صعيد العمود الفقري ومن ثم مفاصل الورك، الركبة أو الرسغ وباختصار المفاصل التي تتحمل وزن الجسم، وبالطبع فإن الإصابة بالاعتلال المفصلي تؤدي إلى الحد من قدرة المريض على الحركة مما يزيد في بدانته وهكذا.

■ الاضطرابات الغدية Endocrine disorders: تتركز هذه الاضطرابات في نطاق الغدد التناسلية Gonads بشكل خاص، وذلك بحيث تنعكس لدى المرأة باضطراب العادة الشهرية Menstrual disorder لغاية انقطاعها. أما لدى الرجل فإن هذه الاضطرابات تنبئ من خلال الضعف الجنسي (ED)، وهذه الاضطرابات ممكنة التعديل والعلاج، على الأقل جزئياً، من خلال إنقاص الوزن.

■ الاضطرابات النفسية Psychological disorders : تتراوح هذه الاضطرابات بين الحالات الانهيارية، القلق والوساوس Whispers، ويرد العديد من العلماء هذه الاضطرابات للسمنة. في حين يعتقد بعضهم بأن هذه الاضطرابات تؤدي للسمنة وترافقها. أما المحللون فإن لهم رأي آخر يعتبرون بأن هذه الاضطرابات ما هي إلا علائم الشخصية العصابية المؤدية للإصابة بالسمنة. وسنناقش لاحقاً هذه الشخصية. ولا يفوتنا التذكير في هذا المجال بالأمراض النفسية:

➤ حالات الهوس Manias.

➤ الذهانات المزاجية Psychosis affectives .

➤ الانفجارات الغريزية المصاحبة لمظاهر الهوس.

Explosions associated with the disease instinctive mania.

➤ الاضطرابات المزاجية الرد فعلية Mood disorders respond Vgrip .

➤ الدرق المصاحبة بزيادة الشهية ليلاً.

Hypothyroidism associated with increased appetite for the night.

➤ حالات النوم الزائد المصاحبة بارتفاع الشهية

Cases of sleep associated with excessive increase of appetite.

➤ بعض الاضطرابات العقلية . الخلقية . Some mental disorders, congenital .

➤ اضطرابات الحمل والولادة عصابية (Neurosis) أو ذهانية (Psychosis).

والحقيقة أن للتشخيص التفريقي Differential diagnosis لهذه الحالات أهميته البالغة. ففي هذه الحالات تنشأ السمنة عن اضطراب غريزي . فكري . علائقي يختلف في علاجه تمام الاختلاف عن علاج اضطراب السلوك الغذائي مما تقدم تتضح لنا أهمية علاج الاضطرابات النفسية التي تأتي السمنة بمثابة انعكاس لها ومظهر من مظاهرها. وهذه الحالات تقتضي علاجاً طبياً . دوائياً إلى جانب العلاج النفسي. Psychotherapy.

أسباب البدانة Obesity reasons:

السمنة عبارة عن اضطراب غير متجانس يحتوي على عوامل كثيرة يمكن أن تسهم في نشوئها وهذه العوامل هي:

1. عوامل وراثية استقلابية Genetic factors and metabolic:

تقدمت في السنوات الأخيرة العوامل الوراثية لتحتل مركز الصدارة وما يتم توريثه هو الاستعداد للسمنة بالدرجة الأولى، إلا أن عوامل المحيط هي التي تحدد إلى أي مدى ستؤثر هذه القابلية الموروثة. ويعتقد بأن الحاجة المختلفة فردياً للطاقة يمكن أن تكون متغيرة نفسية، وتتألف الحاجة للطاقة من ثلاثة متغيرات هي أولاً الاستهلاك الأساسي للمحافظة على كل وظائف الجسد المهمة للحياة، حوالي 60% من الحاجة الكلية للطاقة. وثانياً الأثر الحراري للغذاء. وثالثاً النشاط الفيزيائي. وتدور الفكرة حول أن ذوي الوزن الزائد يحتاجون إلى كمية أقل من الطاقة وخاصة الاستهلاك الأساسي ومن ثم فهم يحتاجون لغذاء أقل، إلا أنهم يأكلون الكمية نفسها التي يأكلها الأشخاص ذوو الحاجة العالية للطاقة، ويتم تحويل الطاقة الزائدة إلى مخزون دهني (بيترمان، 2009، 529).

2. الإكثار من الطعام كمصدر من مصادر الرضا بالنفس:

A lot of food as a source of psychological gratification:

حيث أن الكثير من الأطفال يكثرون من الطعام، ذلك لأنه يعطيهم شعوراً نفسياً مرضياً وجيداً، فالأكل كثيراً يسد شعور الحرمان إلا أن البدانة عادة ما تؤدي إلى تصور سلبي خاص للشخص حيث يتصف البدينون من قبل الآخرين بعدم الجاذبية، وكما تؤدي إلى شعور الشخص بالوحدة والبؤس وتؤدي بذلك إلى الزيادة في الأكل وقد يصبح الأكل كمصدر للراحة وكبديل للرضا عن الحياة الحقيقية ويصبح الأكل رمزاً للحب، كما أن السعادة النفسية تأتي من خلال سلوك الطفل باعتباره أنه واحد من جماعة فأكّل اللعائف والسندويشات بين وجبات الطعام الرئيسية عادة ما يصبح رمزاً للطفل على أنه مقبول من جماعة أصدقائه (الشبخلي، 2005، 231).

3. البدانة وسيلة من وسائل الدفاع Obesity means of defense:

فقد يستخدمها الشخص لدرء خطر يمكن حدوثه، فالتفاعل مع الآخرين هو شيء خطر ومخيف وتصبح بذلك البدانة وسيلة لعدم التفاعل كون الطفل بديناً يبرر له عدم تفاعله مع الآخرين وذلك لعدم حب الآخرين له لكونه بديناً فتصبح البدانة أمراً يستخدمه الطفل ليغطي على مشكلاته المتعلقة بشخصيته.

4. الإفراط في الأكل سلوك مكتسب Binge eating is a learned behavior:

إن كثيراً من الأطفال يفرطون في الأكل ليدخلوا السرور على والديهم وبذلك يتعلم الأطفال الإفراط في الأكل، كما أن تعلم الإفراط بالأكل يكون عن طريق تقليد الآباء بطريقة تناولهم الطعام.

5. الحركة غير متوافرة Movement is available :

فالكثير من الأطفال يأكلون نفس كميات الطعام التي يأكلها أصدقائهم إلا أنهم لا يقومون بأي نشاط جسدي وبالتالي يصبحون أكثر سمنة من أصدقائهم.

وإن نمط الحياة العائلي هو المؤثر الفعال في هذا الاتجاه، فكثير من العائلات لا تمشي أو تركز أو تمارس الرياضة ويكون نشاط العائلة الوحيد فقط هو الأكل الجماعي وهو النشاط الذي يمددهم بالسعادة (الشيخلي، 2005، 232).

علاج البدانة Treatment of obesity :

هناك العديد من الخطوات التي يجب اتباعها في علاج البدانة:

1. يجب أن نتعامل مع الوجبات الخفيفة بحكمة فليس هناك من ضرر في تقديمها، ولكن يجب التأكد من نوعية ما نقدمه من خلالها وتكون بسيطة.
2. تخصيص مكان واحد للأكل وليس أمام التلفاز، فيمكن أن يأكل الطفل كل ما يريده ولكن على مائدة الطعام، بهذه الطريقة نجعل الطعام يتنافس مع الأعمال الأخرى المفضلة للطفل بدلاً من أن يقوم الطفل بشيئين في وقت واحد فقد يصبح هذا عادة عند الطفل.
3. يجب على الأهل أن يكونوا نموذجاً يقتدي به الطفل، فعليهم الأكل ببطء وبهدوء، ومنتظر من الطفل أن يفعل الشيء نفسه، فإذا ازدادت سرعة أكله أكثر من اللازم فإن الإشارات الفيزيولوجية ستستغرق وقتاً أطول لكي تذهب من المعدة إلى المخ لتخبرك بأنك قد شبعت، لذلك فإن الطفل سوف يأكل طعاماً أكثر من حاجته وبالتالي سيؤدي ذلك إلى السمنة.
4. يجب أن يمارس الطفل بعض التمرينات الرياضية كل يوم ولا بد أن يشارك الأهل فيها، كأن يخصص الأهل وقتاً محدداً في المساء لممارسة نشاطات مختلفة كالمشي وركوب الدراجة .. إلخ.
5. تقديم وجبات طعام صحية قليلة الكربوهيدرات Carbohydrates والدهون Fat. (الشربيني، 2006، 285).

3. الشراهة Greediness:

«وهي عبارة عن تناول الطفل لكميات كبيرة من الطعام أكثر مما يحتاجه أو أكثر مما يحتمل أو ابتلاعه دون مضغ، والشراهة قد تكون عامة أو خاصة تظهر في مناسبات معينة.» (بطرس، 2008، 284).

وهذه الحالة تصيب الإناث أكثر من الذكور، وهي أكثر حدوثاً في فترة المراهقة وبداية الرشد، وربما ظهر الولع الشديد بالطعام لبعض أنواع الأطعمة فقط وليس جميعها.

أسباب الشراهة:

1. أسباب جسمية Causes autosomal :

فقد تكون الشراهة ناتجة عن إصابة الطفل بالديدان المعوية التي تسبب له الحاجة المستمرة إلى تناول الطعام، كما قد تكون الشراهة ناجمة عن اضطراب في الغدد عند الطفل مما يشعره بالحاجة الملحة إلى تناول الطعام.

2. قد تكون الشراهة مصدراً للشعور بالرضا النفسي:

Gluttony may be a source of psychological complacency.

لأن أكل كمية كبيرة من الطعام يعوض الشعور بالحرمان، ويؤدي إلى شعور الطفل بالسلوى والعزاء من خلال الطعام. ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن الشراهة هي تثبيت لمرحلة اللذة الذاتية المرتبطة بالفم، والتي غالباً ما ترجع في أصلها إلى مشكلات مرتبطة بعملية الرضاعة.

3. تعد وسيلة دفاع وحماية للذات:

هناك أشياء يدركها الطفل على أنها مصدر خطر، لذلك يفقدان الشعور بالأمن والذي يظهر في حالات فقدان حب الآخرين، والشعور بالاكتئاب يشعر الطفل بالحاجة الشديدة إلى تسليّة النفس عن طريق الأكل.

4. الإفراط المتعلم في الطعام Over-educated in food :

فالكثير من الأطفال يكتثرون من الطعام لإرضاء آبائهم، لأن الآباء يعتقدون أن الأطفال البدينين أكثر صحة وأوفر سعادة، كما أن التعزيز الإيجابي للأبناء بالإكثار من الطعام يؤدي إلى تأصل هذه العادة مثال: «كل أكثر» أو الابتسامة والمدح (الزعيبي، 2005، 92).

علاج الشراهة Treatment:

1. الفحص الطبي Medical examination للطفل واستشارة الطبيب.
2. البحث عن عوامل الاضطراب في الحالة الغذائية عند الأخصائي النفسي بهدف تحليل الظروف المحيطة التي انعكست على الحالة النفسية للطفل ومن ثم حالة الشره.
3. تعديل السلوك عن طريق الدعم أو التعزيز لسلوك الأكل الطبيعي وإطفاء سلوك الشره (الشرييني، 2001، 151).

4. فساد الشهية (Pica):

«هي حالة من اشتها مواد ليست من الأطعمة الإنسانية مثل الطين والرمل والورق والخشب وغيرها مثل الدهانات والملابس.»

والأطفال في عمر سنة ونصف لديهم أغلبهم اشتها لتناول مواد غير مغذية، وإن كان هناك ما يقل عن 25% من الأطفال يستمرون في هذه العادة بعد ذلك، ومن المتوقع أن تنتهي هذه الحالة قرب الست سنوات من العمر (الشرييني، 2001، 151).

أسباب فساد الشهية Pica reasons:

1. شعور الطفل بفقدان حنان الأم وعطفها.
2. نقص بعض العناصر في جسم الطفل، فالطين قد يقبل عليه الأطفال عندما يعانون من نقص مادة الزنك.
3. حالات التخلف العقلي Mental retardation (الشرييني، 2001، 152).

العلاج Treatment:

يشخص فساد الشهية كاضطراب إذا استمر الطفل في أكل مواد غير صالحة للأكل لمدة شهر على الأقل، ويجب:

- متابعة الوالدين للطفل ومنعه من وضع مثل هذه الأشياء في فمه وأحياناً يكون لتحذير الوالد بصوت عالٍ للطفل أثر فعال عن مكافأة الطفل لعدم استخدام هذه المواد أو إهماله إذا استخدمها.
- إبعاد هذه المواد عن الأماكن التي يلعب بها الطفل قدر الإمكان.
- استخدام الإطفاء السلوكي بتقليل تعريض الطفل لهذه المواد.

■ علاج فقدان العناصر الغذائية اللازمة مثل الحديد والزنك والكالسيوم في جسم الطفل (الشربيني، 2001: 152).

5. القيء النفسي Psychological vomiting:

«هو حالة ترجيع الطعام من الأمعاء إلى الفم إلى خارج الفم، وتصيب الأطفال في جميع الأعمال. وقد يكون هذا القيء متكرر الحدوث أو بشكل عرضي، كالقيء المرتبط بمناسبات معينة».

الأسباب Reasons:

1. إرغام الطفل على تناول طعام لا يحبه فيكون القيء بمثابة سلوك يعبر عن شعور مكبوت.
2. التهديد والعقاب Threat and punishment: فبعد أن تستنفذ الأم جهودها في ترغيب الطفل بالطعام تلجأ إلى إرغام الطفل على الطعام، وقد تنتج أحياناً في ذلك، لكن في هذه الحالة تكون العملية الفيزيولوجية المتعلقة بالهضم قد أصابها الاضطراب، والذي ينتج عن شدة الموقف الانفعالي الذي أحاط بالطفل، مما يؤدي بالطفل إلى قذف الطعام قذفاً لا إرادياً.
3. قد يكون حيلة يستخدمها الطفل لاجتناب الرعاية والاهتمام من جانب الأم، كما قد يكون حيلة دفاعية للتعبير عن احتجاجه ونفوره وتقرزه من بعض الظروف الأسرية.
4. تعاسة الطفل، وعدم حصوله على الحنان الكافي من والديه وكذلك نزاعه المستمر مع إخوته والذي تكون نتيجته الغلبة على أمره.
5. الكبت Inhibition والحرمان Deprivation والإحباط Frustration لدوافع الطفل ورغباته، وحرص الوالدين على حجزه بالمنزل وعدم اختلاطه بالأطفال الآخرين. (الزعيبي، 2005، 91).

6. البطء في الأكل Slow food:

«هي استغراق الطفل طويلاً في مضغ وبلع وتناول الطعام مع قلة ما يتم تناوله رغم طول مدة الأكل».

الأسباب Reasons:

1. بعض الأطفال يرى أن تناول الطعام نوع من اللعب فيصرف ما يشاء من الوقت في أثناء تناوله.

2. قد يكون بسبب صعوبة المضغ الناشئة عن خلل أو ألم في الأسنان أو الفكين، أو بسبب التعب والإرهاك.

3. قد يكون السبب أحلام اليقظة Daydreaming وانشغال الذهن في أثناء تناول الطعام أو بملاحظة ما يجري حولهم من الكبار أثناء تناول الطعام.

4. إجبار الأطفال على الأكل رغم شبعه أو تقززه. (بطرس، 2008، 284).

العلاج Treatment:

1. اللامبالاة تجاه فعل الطفل والهدوء التام.

2. عدم التوسل كي يأكل أسرع، لأن ذلك يشعر بعض الأطفال بإمكانية سيطرتهم على الآباء برفضهم.

3. توجيه الطفل في هدوء (الشربيني، 2001، 154).

❖ خامساً: الخوف عند الأطفال Fear in children

انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطر أو توقع حدوثه والمخاوف متعلمة إلا أن هناك مخاوف غريزية Instinctive fears من الصوت المرتفع وفقدان التوازن والحركة المفاجئة ويشعر الأطفال بالرعب أو الخوف من عدد كبير من الأشياء أو المواقف وهو إذا كان مسيطراً شديداً يؤدي إلى حالة من الهلع بينما تسمى حالة الكراهية أو الامتناع عن مواجهة المواقف الرهبة وعندما يستمر الخوف غير المنطقي يصبح خوفاً مرضياً. (شيفر، مليمان، 1990، 128).

الخوف هو حالة انفعالية ناتجة عن الشعور بانعدام الأمن وهي من أهم الحالات الانفعالية الإنسانية وهي استجابة انفعالية تنتج عن خلل طارئ يخرج الإنسان عن مسار سلوكه الاعتيادي (القائمي، 1996، 9).

والخوف عند الأطفال هو " حالة شعورية عاطفية يصاحبها انفعال نفسي وبدني ينتاب الطفل عندما يسبب مؤثر خارجي الأساس في الخطر وقد ينبعث هذا المؤثر من داخل الطفل وليس من المحيط" (الشيخلي، 2009، 299).

المجموعات التي تدرج تحتها مخاوف الأطفال:

1. الجراح أو الإصابات الجسمية والعمليات الجراحية والحرب والاختطاف.
2. الحوادث الطبيعية-العواصف وحوادث الشغب-الظلام والموت (هذه المخاوف تقل مع التقدم في العمر).
3. التوتر النفسي والامتحانات والأخطاء والمناسبات الاجتماعية والمدرسة يبدو بعض الأطفال خوافين بشكل عام وبعضهم الآخر يخاف خوفاً محدداً من شيء أو شيئين.
4. المخاوف الأكثر شيوعاً في الأعمار بين (6-2) سنوات حيث تغلب المخاوف من الحيوانات بين سنتين و 4سنوات وتقل في عمر 5 سنوات وتخف في عمر 9 سنوات.
5. الخوف من الكائنات الخرافية (الأشباح) يبقى موجوداً لدى 20% من الأطفال حتى عمر 11 سنة.
6. الخوف من الأخطار الجسمية يتميز به الأطفال من عمر 10 سنوات فما فوق.
7. 20 % من الأطفال يخافون من الامتحانات حيث ينخفض أداؤهم بسبب هذه المخاوف (شيفر، مليمان، 1990، 128).

أعراض الخوف Symptoms of fear:

أ - أعراض الخوف الخارجية :

ارتعاش في الجسم يؤدي إلى شلله وأعاقته حتى عن المشي، شحوب في اللون، تعرق، قشعريرية وانفلات التحكم بالمثانة بشكل يصبح معه غير قادر على إمساك إدراره أو السيطرة على عضلات المثانة، جفاف الفم ويتعسر عليه النطق، انهيار القوى البدنية وفقدان القدرة على التركيز، ضيق تنفس، ازدياد ضربات القلب، التراجع أو الفرار من الساحة، الشعور بالإعباء، البكاء ولاسيما في الحالات التي يجد نفسه فيها بدون حماية، اللجوء إلى حجر الأم، الارتباك، تغطية وجهه بيديه.

ب - أعراض الخوف الداخلية:

1. اضطراب المزاج والذي يؤدي بدوره إلى اختلال الشهية أحياناً.
2. الشعور بالحيرة وانعدام الملاذ وهو ناتج عن الشعور بفقدان الأمن.
3. تقلص العضلات، وتقلص الأوتار الصوتية حيث يصبح صوته متغير ويخفت وينطق بكلمات واضحة إلا أنها ضعيفة.
4. الشعور بوجود ثقل على الصدر، وبألم في القلب وجوانبه.
5. ضعف قواه العقلية حيث يصبح غير قادر على التمييز بوضوح وعدم القدرة على تمييز الصحيح .
6. العجز عن التعلم.
7. ظهور اختلال في فهم وإدراك الأمور وحتى الرأس نفسه لا يعود يميز بين البرودة والألم والحرارة (القائمي، 1996 ، 16-12).

الأشكال السريرية للخوف :Different clinical types of fear

القلق العام Public concern :

حيث يصاب الطفل بالأعراض الجسمية والنفسية للخوف وتستمر دالته طوال اليوم وتكون مقدرة الدراسة سيئة واستيعابه ضعيف.

نوبات الفزع Panic attacks :

الطفل هنا يصاب بنوبات غريبة وفجائية من أحاسيس الخوف والتوجس لمدة لا تطول أكثر من دقائق أو ساعة لكنها تتكرر بعد فترة قصيرة ومع كل نوبة تحدث بعترية شعور شديد من الرهبة والتوجس والقلق ولا تستقر حركته ويسعى للهروب ويلتجأ إلى والديه ويعترية الخفقان والتعرق والرجفة وضيق التنفس. ثم تخبو النوبة ويتوقف الخوف.

الوسواس Whispers :

وهي هواجس تصيب الطفل ولا يستطيع الانفلات منها لذا تسمى الوسواس القهرية وتكون عادة مكتسبة عند الطفل بالإيحاء والتعلم من غيره ولكن الطفل يشعر أنها مفروضة عليه ومضطر للقيام بها ولا يستطيع التخلص منها كما سأكه المستمر بأحد الوالدين.

قد تظهر الوسواس في ظروف مرضية أو بسبب عاهة حدثت للطفل وخاصة إذا أحيط برعاية قوية من ذويها وتظهر تلك الوسواس بشكل دوافع عدوانية وقد تبدو بشكل أفعال قهرية (الحلبي، 2000، 273).

أنواع الخوف :Types of fear

1- الفطري والاكنتسابي Fungal and Alakedzabi :

قد تكون المخاوف فطرية ترافق الطفل منذ ولادته أو قد تكون اكتسابية يتعلمها من المحيط المخاوف الفطرية مثل:

1. الخوف من عدم وجود ملاذ.
2. الخوف من الأصوات المرعبة.
3. الخوف من فقدان الاتزان.
4. الخوف من السقوط أو الوقوع في الحفر والآبار.
5. الخوف من الألم أو الأشخاص الغريباء.

المخاوف الاكتسابية: الطفل يأخذها من أمه وأبيه والأشخاص المحيطين به ويمكن معالجته بنسبة كبيرة.

2- المنطقي والوهمي Logical and imaginary:

بعض أنواع الخوف له أساس منطقي والبعض الآخر وهمي لا أساس له.

- أ - يطلق كلمة الخوف المنطقي على الخوف الذي يقره العقل كالخوف من الوحوش.
- ب - يطلق كلمة الخوف الوهمي على الأوهام والخيالات مثل الخوف من الأشياء المرتفعة - الأماكن المفتوحة - الازدحام...

3- العادي والمرضي Normal and pathological:

الخوف العادي: هو ما يظهر لدى أغلب الناس نتيجة لسوء التربية وتجارب الحياة وسوابقها وما واجه من فشل وصددمات.

الخوف المرضي: المخاوف المسماة بالرهاب أو (الفوبيا phobia).

- المخاوف الناتجة عن الوسوسة كالخوف من التلوث والتماس مع الآخرين.
- الخوف من الأشياء الخطيرة كالخوف من السكين.
- الخوف من الوسواس الجنسية.

4- المخاوف الليلية والنهارية Fears of night and day :

الخوف الذي يراود الإنسان في النهار يتعلق بصميم حياته العادية اليومية كالخوف من العقوبة والاستهزاء وسوء التفاهم وفقدان حياته.

الخوف الليلي جذوره نابعة من الازدحام والتخيلات والهواجس وهو وإن كان انعكاساً لحوادث حياتية يجد نفسه ليلاً في صورة كوابيس مرعبة.

5- الخوف العام والخاص Fear of public and private:

الخوف الخاص هو الذي يتعلق بمسألة خاصة دون سواها والسبب الرئيسي في هذا الخوف هو لتجربة المؤلمة والانعكاسات التربوية الخاطئة. والخوف العام يشمل عوامل خارجية (الرعد-البرق-الجن-العفريت) .

6- الخوف العلني والخفي Fear of public and hidden :

الخوف العلني يمكن مشاهدة آثاره بشكل واضح على كثير من الناس يظهر عليهم الارتعاش أو الشحوب Paleness أما الخوف الخفي يعاني منه الأشخاص من ذوي الغرور والكبرياء ويحاولون جهد استطاعتهم كتمانهم ويضغطون على أنفسهم حتى لا يتسرب شيء منه للخارج يعاني هؤلاء عادة الاضطراب وعدم السكينة في أثناء النوم ويتجسد خوفهم على شكل أحلام مزعجة-حركات عصبية وتبول لا إرادي. (القائمي، 1996، 18-23).

إن خيال الأطفال الواسع والخصب قد يصور لهم العديد من الصور التي تحول حياتهم إلى رعب وقلق ويجب على الأسرة مساعدة الطفل حتى يتخلص من مخاوفه لأن مشكلة الخوف عند الأطفال مشكلة كبيرة متشعبة وتصيب أغلب الأطفال وهذا ناتج عن احتكاك الطفل بما يحيط به وتعرفه على العالم الخارجي (الكفافي، 2006، 242-219).

أشكال الخوف:

. الخوف من الحيوانات Animals:

هذه المخاوف مشتركة عند معظم الأطفال، وتتضاءل مع نمو عقل الطفل ومع فهمه لطبيعة بعض الحيوانات وخاصة الأليفة منها، وتوطيد العلاقة بها، لكن قسماً كبيراً منهم ترافقهم هذه المخاوف حتى مرحلة النضج والرشد، فسبقون على خوفهم من الحيوانات صغیرها وكبیرها المتوحشة منها والأليفة، والكلاب بصورة تدريجية والتعاطي معها كمخلوقات ضعيفة، وهو القوي الذي يقدم لها العون لما في قلبه من الحب والرحمة للضعفاء. إن هاتين الطريقتين: النظرية والعملية أي التعاطي العملي، وزرع مشاعر الشفقة من شأنه أن يخلق الألفة المطلوبة بين الطفل والحيوانات، ومن ثم يزيل من نفسه الخوف منها، ونستبدل هذه المشاعر بنقيضها .

. الخوف من الأماكن Places :

مثل الخوف من الأماكن الفسيحة أو الغريبة أو المظلمة .وثمة أطفال يخافون الظلمة، فلا يطبقونها، وهذا الخوف يبقى مقبولاً إذا لم يأخذ صورة الرعب والهلع وما يرتبط بالمكان المظلم من هواجس كالعفريت، والجن، والغول. كما أن بعض الأطفال يخافون من محلات الجزارة أو الصيدليات أو المستشفيات أو عيادات الأطفال .

. الخوف من ركوب بعض الوسائل Getting on & Embarking :

كالخوف من المصاعد والطائرات والسفن والسيارات والدراجات النارية .

الخوف من بعض الأدوات Tools :

كالخوف من السكاكين وشك الحقنة وإبرة الخياطة .

الخوف من دلائل الموت وما يرتبط به Death Sings :

مثل الخوف من الدم والجروح والعمليات الجراحية، وأخذ الحقن، وروائح الأدوية، وحوادث السيارات، ورائحة غاز الوقود، وبعض الأطفال يخافون المرض ويخشون انتقال العدوى إليهم، وسلوكهم هذا طبيعي شريطة ألا تتحول مخاوفهم إلى وساوس لا تغيب عن أذهانهم. إن الخوف من الموت، وهذا يحدث للأطفال نتيجة موت عزيز على قلوب العائلة، ويمتد هذا النوع من الخوف إلى كل ما له علاقة بالخوف من المقابر ولواحقها، وظاهرة الموت ظاهرة غيبية غامضة على الطفل، وكل غامض يبعث الخوف في النفس. وهناك مخاوف مؤقتة تختفي مع تقدم الطفل في النمو كالخوف من الظواهر الطبيعية، والظلام، والضوضاء، والعواصف وغيرها، كذلك الخوف من الأخطاء المتوهمة مثل الأرواح والغيلان والأشباح. وهذه أيضاً تختفي عند سن الرشد ويلحق بهذه المخاوف: الخوف من الحروب، والمسلحين، واللصوص، والجراحة .

الخوف من العداوة والنقد Antagonism Criticism :

مثل الخوف من مشاعر الغضب التي تنتاب الكبار وأصواتهم العالية، والمشاجرات، وكذا تجاهل الآخرين للطفل أو نبذه وتوجيه كلمات ناقدة له.

الخوف من فقدان الثقة Trust Loosing :

يهاب بعض الأطفال مقابلة الكبار أو الزوار، وربما صاحب ذلك مشاعر الخجل، والبعض يخاف الامتحانات أو توجيه الأسئلة له. وأحياناً تؤدي به هذه الأمور إلى خوف غير واقعي وتوقع دائم للخطر .

الخوف من أشياء ارتبطت بموقف مخيف Fearful Position – related things :

كالخوف من الرفوف نتيجة أن الطفل رأى أمه اصطدمت بها وأصيبت ونزفت، أو الخوف من العلب المغلقة نتيجة مشاهدته لأخيه يفتح علبة فيقفز منها فأر أو صرصور .

خصائص خوف الأطفال Characteristics of fear of children :

1. يتميز الخوف عند الأطفال بأنه فطري.
2. تأخذ بعض مخاوف الأطفال شكل اكتسابي منذ الشهوة الأولى.

3. يمكن توقع مخاوف الأطفال ويستطيع كل شخص معرفة المخاوف التي تنتاب الأطفال في كل مرحلة من مراحل العمر.
4. مخاوف الأطفال غير مستمرة وغير ثابتة.
5. يمكن أن يسري الخوف لدى الأطفال بسرعة من شخص لآخر فعندما يخاف أحد الأطفال ينتاب الخوف طفل آخر.
6. لا يتحمل الأطفال الضرر الناتج عن الخوف ولا يستطيع تحمل ذلك.
7. الخوف لدى الطفل صورة تخيلية من عمر 3-5 سنوات.
8. المخاوف لا تستند إلى حقيقة.
9. المخاوف الطفولية آنية وملموسة.
10. تؤثر الأشكال والقوالب والأحجام الكبيرة في مخاوف الأطفال (القائمي، 1996، 39-40).

العوامل المؤثرة في الخوف:

1. السن Age: كلما قل السن كان الخوف أشد ومسألة الخوف عند الأطفال في سن 5-3 سنوات هي أكثر من سائر سني العمر وذلك لأن قوة التخيل شديدة وبعض المخاوف تظهر في الطفولة وتزول في سنتين الفتوة.

2. الذكاء Intelligence: هناك ارتباط بين المخاوف وذكاء الأشخاص فالأشخاص الأذكاء يخافون أكثر من الأشخاص قليلي الذكاء.

3. الجنس Gender: ثمة ارتباط بين المخاوف والجنس حيث أن الخوف لدى الفتيات أكثر من الفتيان وهذا يرتبط بتكوينهن العاطفي ورقتهن كما أن الخوف يختلف من حيث النوع لدى الذكور والإناث فالبنات يخفن أكثر من الأولاد من الحضور في التجمعات والذهاب للمدرسة ولعل ذلك ناتج عن شدة استياء البنات من الانفصال عن الأم وكذلك ارتباطها غير العادي بالأسرة.

4. التجربة Experience: أثبتت البحوث أن الخوف لدى الأشخاص من ذوي التجربة الأقل في الحياة أشد من غيرهم بما أن الأطفال قليلو التجربة فهم أكثر خوفاً.

5. نوع التربية Type of Education: توجد عوامل شجاعة وطبيعية من ناحية الخوف ويحافظون على رزانتهم في مواجهة المصاعب والمشكلات لذلك يكتسب أبناء هذه الأسر الصلابة أما الآباء والأمهات الذين يخافون بشدة وينتابهم الخوف بشدة لا يستطيعون تربية أبناء شجعان.

قد تكون أساليب التربية والانضباط خشنة ومزعجة والعقاب يجعل الأطفال شديدي الخوف إلى درجة لا يستطيعون الدفاع عن أنفسهم.

6 شخصية الطفل personality: يؤثر كمال أو نقص شخصية الطفل أو مرضه إلى إيجاد الخوف لديه فهناك ارتباط بين الخوف نوعه وكمه وبين القوة البدنية -النضج الذهني -نوع القيم - نوع الصداقة (القائمي، 1996، 74-76).

أسباب الخوف عند الأطفال:

• الصدمات Shocks:

تحدث الصدمات عندما يؤدي التوتر النفسي أو الجراح الجسمية إلى خوف لا ينتهي في لحظته حيث يشعر الأولاد بعجز وبأنهم غير مهينين للتعامل مع الحوادث. ومن الخبرات التي يحتمل أن تكون صدمة الإدخال إلى المستشفى والعمليات الجراحية والحرق والمياه والرعد والاصطدامات والسقوط.

ومن الصدمات الخفية الوابل المستمر من الأخبار السيئة والمصائب التي تنقلها وسائل الإعلام مما يجعل الأولاد يكونون فكرة عن العالم بأنه شرير ومخيف (الشيخلي، 2009، 306).

• إسقاط الغضب Projection anger :

إن الشعور بالغضب والحدة نتيجة سوء المعاملة والرغبة في إيذاء الكبار هي من الاستجابات العادية في الطفولة إلا أن هذه الرغبة محرمة وتمثل شعوراً غير مقبول ولذلك يتم إسقاطها على الكبار وإن نزعات القيام بأي شكل من أشكال السلوك غير المقبول يمكن أن تؤدي إلى الشعور بالذنب والخوف من العقاب. إن لدى الأطفال جميع أشكال الأفكار الغريبة أو الجنسية أو العدوانية وكذلك التخيلات التي يمكن أن تخيفهم بشكل مباشر أو تؤدي إلى إسقاطات.

فالخوف من العقاب يتم إسقاطه على الأشخاص الذين يستثيرون الغضب وإسقاط الغضب أمر طبيعي (شيفر، مليمان، 1990، 130).

• زوال العادة The demise of habit:

يألف الطفل بسرعة أوضاعه وإمكاناته ويصعب عليه ترك الأمور المألوفة بل قد يؤدي ذلك إلى إثارة مخاوفه فالطفل إذا اعتاد مشاهدة أمه أو أبيه - يخاف من الوجوه الغريبة.

إن الأطفال يخافون من تغيير الأوضاع والبيئة ويزعجهم الابتعاد عن الظروف المألوفة إلى درجة أنهم يصابون بالأرق والهواجس إذا ناموا في غير بيوتهم (القائمي، 1996، 47).

• **التهمك الزائد والسخرية والإفراط في اللوم** **Sarcasm and irony overload and excessive blame**

يفقد الطفل ثقته بنفسه فيجعل ذلك منه طفلاً خوفاً غير مقدم، يخشى الوقوع في الخطأ نتيجة ارتباط الخط بالسخرية اللاذعة والقاسية وغالباً ما يترافق هذا النوع من الخوف بالغثيان والإسهال أو الرغبة المستمرة في التبول والتبرز أو الشعور بالقلق وقلة النوم (الأرق Restlessness).

• **المفاجأة Surprise**

الطفل يخاف إذا جذبنا الغطاء عنه بصورة مفاجئة والذي يتسبب بالخوف هنا فجائية وشدة المثير الذي يتعرض له، فإحداث أي صوت مرتفع يجعل الطفل يشعر بالخوف ويمكن إعادة مثل هذا النوع من الخوف إلى عوامل فطرية أو إلى عوامل مكتسبة (الشيخلي، 2009، 306).

• **التأثير في الآخرين Influence others**

يمكن للمخاوف أن تستخدم كوسائل للتأثير في الآخرين واستغلالهم ففي بعض الأوقات قد يكون إظهار الإنسان الخوف الطريقة الوحيدة لجذب الانتباه وهذا النموذج يعزز الطفل بشكل مباشر لوجود المخاوف لديه وهكذا يؤدي الخوف إلى حالة من الرضى والارتياح على نحو يزيد من حالة الشعور بالخوف والمشكلة هي أن الخوف يصبح مريحاً ومؤملاً في آن واحد ويزداد الوضع تعقيداً عندما يكون الخوف هو الطريقة الوحيدة لدى الأطفال للتأثير في والديهم ويتكرر سعي الوالدين لتهذئة الطفل مع الفشل في الوصول إلى هذا الهدف (شيفر وميلمان، 1990، 131).

• **التربية الخاطئة Education false**

1. الأمر والنهي المنكرر الذي يتعب الطفل ويزعجه.
2. إصدار الأوامر المتناقضة والاستجابات المتكررة من قبل أشخاص مختلفين.
3. تطبيق التعليمات الانضباطية القاسية على الطفل.
4. التوبيخ والصفع الشديد.
5. كثرة النزاع بين الوالدين (القائمي، 1996، 48).

حيث تؤدي الصراعات المستمرة في بيت الأبين والأخوة إلى جو متوتر في البيت وإلى الشعور بانعدام الأمن كما أن البيت الذي يتسم بالضبط الزائد يمكن أن ينتج أولاداً خوافين بشكل عام ويخافون من السلطة بشكل خاص.

• تقليد الخوف Tradition of fear:

بعض مخاوف الأطفال تحدث نتيجة ملاحظة الخوف لدى الكبار أو الأخوة أو الرفاق وهذا عامل مهم في تطوير الخوف (الشيخلي، 2009، 308).

حيث إن معظم المخاوف ناتجة عن التعلم أو الاكتساب مثل مشاهدة الطفل خوف الأب أو الأم حين مواجهة بعض القضايا كالرعد والبرق وهو يقلد ما يراه وما يسمعه وهذا سبب لنمو الخوف (القائمي، 1996، 46).

• الحساسية ذات المنشأ الولادي Sensitivity of congenital origin:

غالباً ما يصف الآباء بعض الأطفال بأنهم حساسين للغاية وهنا يصف الآباء نمطاً من الفعالية الزائدة يظهر منذ الولادة أو خلال السنة الأولى أو الثانية من العمر وهؤلاء الأطفال يظهرون استجابات قوية جداً للأصوات أو للحركة المفاجئة أو للتغيرات في البيئة.

والاستنتاج الواضح هو أن الأجهزة العصبية المركزية Central nervous systems لهؤلاء الأطفال هي منذ الولادة أكثر حساسية من غيرها ولذلك يستجيبون لمثيرات أضعف ويحتاجون إلى وقت أطول ليستعيدوا توازنهم وينتج ذلك عن مزيج من العوامل الوراثية وظروف الحمل والولادة والطفل الزائد الحساسية يمكن أن يطور المخاوف التي يمكن تعميمها بسرعة وبسهولة لمواقف أخرى. (شيفر وميلمان، 1990، 131-132).

• الجهل Ignorance:

يخاف بعض الأطفال لأنهم لا يعرفون ماهية القضية ومقدارها وكيفيةها. إن الجهل والخوف يترافقان ويثيران الخوف ومشاعر الغربة والاضطراب والقلق.

• العامل العاطفي Emotional factor:

هناك دافع عاطفي وراء بعض حالات الخوف فالأطفال يتصفون بشدة الخوف في كثير من الحالات والأشخاص الخجولون ينتابهم الخوف أكثر.

وينتج الخوف أحياناً من ظهار العلاقة الشديدة والدلال فالأطفال المدعومون أكثر فرصة لديهم لظهور الخوف لعدم توفر فرصة المواجهة مع البيئة (القائمي، 1996، 51).

• الضعف النفسي أو الجسمي Psychological or physical weakness:

عندما يكون الأطفال متعبين أو مرضى يكونون في الغالب أكثر استعداداً لتطوير المخاوف ويصدق هذا بشكل خاص إذا استمرت حالة الضعف الجسمي لفترة طويلة. إن حالات سوء التغذية ونقص سكر الدم ليست نادرة بين الأطفال وتؤدي حالة الضعف إلى شعور بالعجز وضعف المقاومة بحيث تصبح الدفاعات السيكلوجية للطفل أقل فاعلية.

وعندما يكون اعتبار الذات لديه منخفضاً يكون أكثر عرضة لتطوير المخاوف إن الأطفال ذوي اعتبار الذات المنخفض أو الضعيفين جسمياً يشعرون بعدم القدرة على التعامل مع الأخطار الواقعية أو المتخيلة. (شيفر وميلمان، 1990، 132).

النظريات النفسية في تفسير الخوف:

النظرية الأولى:

ترى الخوف شعوراً واستعداداً غريزياً كامناً في التكوين الأساسي النفسي والجسدي للطفل، وأن الإحساس في الخوف يأتي بعد نضج بعض المراكز الحسية والعاطفية العليا في الدماغ وأجزاء أخرى من الجهاز العصبي، فالطفل لا يعيش حالة الخوف إلا بعد اكتمال نمو مناطق معينة في الدماغ، ولكنه قبل ذلك لا يكون متجرباً بشكل مطلق من الإحساس بالخوف إذ إنه قد يبدي علامات التخوف والتردد والحذر بشكل أو بآخر في حالات مواقف معينة، أي أن بذرة الخوف موجودة وكامنة ولا تظهر بشكلها المألوف إلا بعد مرحلة من النضج العصبي Mature nervous، إن الدليل على هذا الرأي، أن الطفل قد تتنابه الرغبة المفاجئة إذا فقد توازنه أو تعرض لاحتمال السقوط من أعلى أو سمع صوتاً جديداً مفاجئاً، إن هذه الاستجابات الشبيهة بالخوف يمكن تفسيرها بعضو المنعكسات الفطرية Reflexes الكامنة في تكوين الطفل منذ الولادة أو بوجود قدر معين من الخوف الموروث.

النظرية الثانية:

تعتمد هذه النظرية مبدأ نظرية التعلم Learning Theory وترى أن الخوف شعور داخلي وانفعال وسلوك يتعلمه الطفل نتيجة تعرضه لمعطيات ومؤثرات البيئة المحيطة به وكمحصلة

لأساليب التربية والتعليم والرعاية التي يتلقاها الطفل في إطار القيم والمعتقدات والاعتبارات الاجتماعية السائدة.

إن هذه النظرية ترى الطفل مخلوقاً متجرباً من الخوف ولا تعترف بوجود جذور للخوف في تكوين الطفل فكل ما ينتابه من خوف ومشاعر أخرى هو حصيلة ما يتعلمه الطفل من مخاوفنا وانفعالاتنا فهو يقلد Imitation ويحاكي ويستنسخ المشاعر والمخاوف السائدة في مجال العائلة والمجتمع.

إن أبرز مزايا هذه النظرية في تفسير نشأة الخوف في نفس الطفل، أنها ترى في عاطفة الخوف شعوراً يمكن غرضه وإيجاده وتطويره بأي اتجاه مفيد أو غير مفيد وفي الوقت نفسه يمكن تقليده وخفضه وتلاشيهِ وربما اجتثاثه من النفس بأساليب العلاج النفسي الحديث. إن هذه النظرية في تعاملها مع الخوف تعتمد مبدأً متفائلاً ومتحدياً وهي ذات فائدة علاجية لا في ظاهرة الخوف فحسب بل في معظم الظواهر النفسية والسلوكية الشاذة. ولابد من الإشارة إلى أن هذه النظرية مستقاة بالأصل من نظرية العالم بافلوف (Pavlov) في الأشرط Conditioning.

وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات وبالتغير مع تقدم العمر، وقد تزول عن الطفل بعض المخاوف لتحل محلها مخاوف أخرى يولد الطفل وليس مجرداً من الخوف، فكل الأطفال حديثي الولادة يخفهم الضوضاء العالية، إلا إذا احتضنتهم الأم وابتسمت في حنان فقد لا يخاف الطفل وقد يتملك الخوف طفلاً حينما تحمله أمه التي رفعت شعرها بطريقة غير مألوفة أو وضعت نظارة سوداء على وجهها بدلاً من نظارتها البيضاء .

ومع ندو الطفل تزداد مثيرات الخوف وتتنوع، ويجمع أغلب العلماء أن الأصوات الشديدة المفاجئة من أهم مثيرات الخوف خلال العام الأول من حياة الطفل وبخاصة عندما يكون على غير مقربة من الأم كما أن الطفل تظهر عليه بعض علامات الخوف في منتصف العام الأول من الميلاد للوجوه غير المألوفة، ويتحاشى استمرار الزحف نحو الحافات المنحدرة أو شبه المنحدرة العميقة المرسومة تحت منضدة يغطيها زجاج شفاف وربما عاد إلى الوراء. وحينما يبلغ الطفل عمر العامين أو قبلها بقليل يخاف الظلام وربما أبدى فرعاً شديداً عند وجوده فيه فجأة. وعادةً ما يبدأ الخوف من الحيوانات في نفس العمر تقريباً، ومنها الكلاب التي تتحرك بسرعة أو تظهر مفاجئة أو تنبح بأصوات عالية، وبخاصة إذا كان لا يألفها وعندها يصبح أو يهرب ويصاحبه الرعدة .

وبين الثالثة والرابعة، يخاف الأماكن الغريبة والطيور ذات الشكل الغريب (كالنعام)، ويبدو عليه الاستعداد للجري والكلام المتقطع، وبين الرابعة والخامسة، يخشى خبرات مؤلمة مرت به، كالعلاج بالحقن أو العمليات الجراحية.

إن مخاوف الأطفال تبلغ ذروتها في عمر سنه وأربع سنوات، وتقل هذه المخاوف في عمر خمس سنوات، ثم تختفي في عمر تسع سنوات. وبناءً على هذا، فإن حوالي 90% من الأطفال دون سن السادسة من العمر يظهر لديهم خوف محدد يزول بشكل طبيعي، وموقف الطفل من أي مخاوف يعتمد إلى حد كبير على نوع التجربة اليومية التي مر بها، فالطفل في البيئة الريفية لا ينتابه الهلع عند مشاهدة الجمل، بينما يظهر الخوف الشديد على طفل المدينة الذي لم يعتد على مشاهدة هذا الحيوان الضخم وتعكس الأحلام في أغلب الأحيان مخاوفاً عند الطفل، وإذا استمعنا إلى أحلام الأطفال فيمكن الكشف مبكراً عما يعانيه وما يخفيه، وبالتالي العمل على تخليص الطفل من هذه المخاوف.

ونادراً ما نجد طفلاً لا يخاف، إلا إذا كان الأمر متعلقاً بانخفاض مستوى الإدراك، كما هو الحال في ضعاف العقول الذين يفتقدون إدراك مواطن الخطر، فقد يمسكون ثعباناً، أو أحياناً لصغر عمر الطفل، مثل طفل العام الواحد الذي يقبض على ذيل القطة الذي يخيل إليه أنه يلعب معه. إن شدة مخاوف الطفل ترتبط بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأسرته من جهة، وبالمواقف التي يشعر فيها بالتهديد وعدم الأمن من جهة أخرى.

كما تتأثر مخاوف الطفل بالجنس، فالإناث أكثر خوفاً من الذكور. كذلك فإن الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، وترتيب الطفل الميلاي، وذكاءه، عوامل مهمة تؤثر في مخاوف الأطفال.

علاج الخوف:

1- العلاج بالاستبصار Treatment foresight:

وهو نوع من العلاج النفسي يقوم على الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها من أجل مساعدته على حلها

وتنمية ثقته بنفسه وبمن حوله وتعديل مفهومه عن ذاته وتعديل اتجاهاته نحو والديه وإخوته بالإضافة إلى ذلك فلا بد من تبصير الوالدين والمدرسين وكل من له علاقة بمخاوف الطفل من أجل المساهمة في علاجها (الزعيبي، 1994، 65).

عندما يدرك الأطفال أن آباءهم متفهمون ومساعدون يشعرون بأنهم أكثر قدرة على التعامل مع المخاوف ويساعد الحب والاحترام في نمو الشعور بالأمن لدى الأطفال بعكس التهديد أو النقد المستمر ويظهر التعاطف في فهم أفكار الطفل ومشاعره ومشاركته فيها وعندما يعبر الأطفال عن

مشاعر الخوف يجب على الأهل تقبلها ومناقشتها معهم لأن الأولاد بحاجة إلى تطمين حول مخاوفهم (الشيخلي، 2009، 311).

2- العلاج السلوكي Behavioral therapy:

يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل السلوك ويتم ذلك عن طريق تحديد السلوك المطلوب تعديله والظروف التي يحدث بها تعديل العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب ويحدث ذلك عن طريق إضعاف استجابات الخوف وتقوية استجابات عدم الخوف ومن أساليب العلاج السلوكي.

أ - خفض الحساسية المنتظم Reduce the sensitivity of regular

يتم ذلك عن طريق اقتراب الطفل تدريجياً من الأشياء التي يخافها سواء إن ذلك عن طريق مواقف حقيقية أو متخيلة. (الزعيبي، 1994، 65).

حيث أن الأطفال تقل حساسيتهم من الخوف عندما يتم اقترن موضوع الخوف أو الفكرة المثيرة له بأي شيء سار (إشراط مضاد (فمن المفيد جداً جعل الأطفال يلعبون أحدث ألعابهم المفضلة أو ينهمكون بأي نشاط ممتع أثناء الخوف فجميع أشكال الخوف أمكن محوها بهذه الطريقة (شيفر وميلمان، 1990، 139).

ب - ملاحظة النماذج Note models:

الملاحظة تقع بعض الأطفال بأن ما يخافون منه هو في الواقع لا خطورة فيه (الشيخلي، 2009، 310) وتعتبر هذه الطريقة طريقة طبيعية لتقليل الحساسية فالطفل الذي يلاحظ ذلك يبدأ بشكل تدريجي بالتعامل دون خوف مع مواقف تزداد درجة الإخافة فيها شيئاً فشيئاً ويفضل أن تكون النماذج من الأشخاص العاديين حتى لا يرى الأطفال النموذج وكأنه شخص يتمتع بصفات خاصة تجله قادراً على أن يكون شجاعاً.

هذا ويمكن تقليل الحساسية بسرعة بطريقة تسمى الهدف النقيض حيث يطلب من الطفل أن يمثل دور الخائف على نحو أكثر من الواقع وتكون النتيجة في بعض الحالات أن الأطفال يبدؤون بالإحساس بأن مخاوفهم سخيفة وغير ضرورية وكذلك من الممكن التغلب على المخاوف عن طريق تكرار المواجهة (شيفر وميلمان، 1990، 141).

ومن المفضل أن تتم المزاوجة بين الرشح اللفظي وتشجيع الطفل مادياً أو جسياً على مواجهة الموقف المخيف بالتدريج وذلك بوجود الوالدين وهذا من شأنه أن يساهم في تهدئة الطفل (الزعيبي، 1994، 67).

ج - التمرين Exercise:

إن أسلوب اللعب بالطريقة التربوية السليمة يقلل ويوفر للأطفال فرصة طيبة للتعبير عن انفعالاتهم كما أن تقديم المكافآت والمدح لتعزيز مواقف جديدة حتى يقلع الطفل عن المواقف غير السارة (خلف الله، 2004، 161). ويمكن أن يتم ذلك عن طريق إعادة بض الحوادث التي تثير الخوف بشكل بسيط. فآلعاب الدمى والتمثيل تمكنهم من التعبير عن أشكال متعددة من المشاعر والمخاوف وامتداح الكبار يعزز تدريب الأطفال على التعامل مع الموضوعات المخيفة كما أن استخدام لوحة تبيين مدى التقدم هو في حد ذاته معزز.

وبعض الأطفال يستجيبون على نحو جيد للتمرين المعرفي وهو التدريب الذي يتم على شكل تخيل القيام بفاعليات متعددة وهذا يشبه ما يقوم به الشخص الراشد من مراجعة عقلية للسلوكيات البديلة من أجل الإعداد لموقف ما (شيفر وميلمان، 1990، 142).

حيث يستخدم التخيل Imagine كطريقة لكي يدرك الولد على نحو متزايد شخصاً قادراً على تحمل الخوف حتى يصل أخيراً على التحرر النسبي منه.

د - التحدث مع الذات Talk with the self:

يمكن الاقتراح على الأطفال بشكل مباشر أن يتحدثوا حديثاً لأنفسهم على نحو يخفف من مشاعرهم مع الإيضاح لهم بأن التفكير بالأفكار المخيفة يجعل الأشياء تبدو أكثر إخافة بينما يؤدي التفكير بأفكار إيجابية إلى مشاعر أهدأ وسلوك أكثر جرأة ومن الأمثلة على ذلك:

"أزمة وتمر"، "كل شيء سيكون على ما يرام"

ومن الضروري تعليم الأطفال كيف يوقفون أفكارهم المخيفة حيث يمكن أن يفكروا بكلمة "توقف" ثم يقولون لأنفسهم فوراً عبارات إيجابية مضادة (الشيخلي، 2004، 312).

هـ - الاسترخاء Relaxation:

يُعد الاسترخاء العضلي مفيداً جداً للأطفال والمرافقين لإرخاء العضلات يعارض ظهور الشعور بالخوف فالاسترخاء يعطي الأطفال تركيزاً إيجابياً وبعض الأطفال يمكن أن يتدربوا على الاسترخاء بفاعلية في أثناء حمام دافئ حيث يعطيهم ذلك تمريناً جيداً ثم يمكنهم أن يستخدموا مخيبتهم لاستعادة شعور الاسترخاء الدافئ وبذلك يصبح لديهم طريقة للتغلب على الخوف.

ومن المفيد أن يتم مزج الاسترخاء بتقليل الحساسية الموصوف سابقاً حيث من المفيد جداً أن يتم وصف مشاهد تزداد في إضافتها شيئاً فشيئاً عندما يكون الطفل في حالة استرخاء وتتناقص شدة الخوف شيئاً فشيئاً بتكرار مواجهة الطفل للمواقف المخيفة دون قلق سواء كانت هذه المواجهة متخيلة أم بالمواقف الواقعية وبهذا يتم إلغاء إشرط الخوف (شيفر وميلمان، 1990، 144).

و - التأمل Meditation :

لقد استخدمت طرق متعددة من التأمل من قبل أفراد في أعمار مختلفة من أجل الوصول إلى مشاعر الهدأ ومخاوف أقل والطريقة الأبسط والأكثر استخداماً مع الأطفال هي التنفس بتناغم والعد ببطء فقد استعمل التنفس بتناغم للتقليل من الخوف من الامتحانات ولا يؤدي ذلك إلى مجرد خفض القلق بل يزيد أيضاً من حدة الانتباه والقدرة على مقاومة التشتت .ومن المفيد تعليم الأطفال التأمل بعد تعلمهم الاسترخاء العضلي (الشيخلي، 2009، 313).

❖ سادساً: الاكتئاب Depression:

1- تعريف الاكتئاب:

الاكتئاب: "هو اضطراب انفعالي يتظاهر في الأطفال على شكل حزن غير مبرر بسبب وينقص النوم واضطرابه والشعور بالذنب مع نقص الشهية والوزن" (الحلبي، 2000، 431).

الاكتئاب: "هو مصطلح طبي يشمل نطاقاً واسعاً من الاضطرابات النفسية في أخف حالاته فإن الاكتئاب يتسبب في مزاج هابط" (حجازي، 2008، 133).

لقد عرف الاكتئاب عيادياً: بأنه حالة انفعالية يرافقها تراجع في العمليات الفكرية والنفسية والحركية إنه بعد استجابة اكتئابيه وشعور بالذنب أو النقد أو قلة القيمة ويمكن أن يشير إلى حالة المزاج النفسي أو الشعور الذاتي أو إلى مجموعة من الإشارات العيادية أو إلى هوية مرضية (دويسون وآخرون، 1998، 263).

الاكتئاب: "حالة عصابية تتميز بشعور الطفل بالحزن والكسل والقنوط وفقدان الإحساس بالبهجة والسعادة والرغبة بما حوله من أشياء وناس وفعاليات ومباهج والشعور بالتهجم والتشاؤم وضعف المعنويات والتركيز والاهتمام".

والكآبة عند الأطفال حالة مرضية نادرة ولكنها قد تحدث لبعضهم لفترات قصيرة وبدرجات متفاوتة الشدة فتمر بدون أن يدرك الطفل ما يمر به وقد لا يلحظها الكبار حوله.

عن استمرار حالة الكرب والضيق في المجال الذي يحيط بالطفل غالباً ما يكون أكثر تأثيراً في التوازن النفسي للطفل من حالات الكرب العابرة (الشيخلي، 2009، 325-326).

2- أعراض الاكتئاب symptoms of depression:

1- غير مسرور بشكل مستمر ومفرط، متسامح مع نفسه.

2- فقدان الشهية، تقطعات في النوم، نوم عميق ومستمر وبلادة.

3- الانشغال الزائد بالذات.

4- شحوب في اللون.

5- مظهر العضلات ضعيف، وضعف عام في النشاط العام.

6- مشاعر ذنب، وأفكار انتحارية.

7- الشفقة على الذات، وقلة اهتمام الآخرين (دوبسون وآخرون، 1998، 2662-263).

"كما أن الحزن يتميز بالانقباض والشعور بالضيق مصحوب بجمود الهمة وضعف في العزيمة فيوجه المريض عدوانه نحو ذاته فتجده وكأنه يتوق إلى عقاب نفسه".

يشعر الطفل المصاب بموجات من الحزن ويضطرب سلوكه فتظهر عنده الغيرة والكذب والغضب مع تقدم المرض يضطرب الانفعال عنده فتبدو لديه المخاوف واللامبالاة وينطوي على نفسه ويشعر بالاضطهاد والوسواس والخجل وسرعة الاستثارة ويضطرب كلامه وتنقص شهيته ويتمن الموت.

نقص النوم أو فقدته وعدم الطمأنينة ويشعر بالمخاطر الوهمية التي تحيط به من كل جانب ويصعب عليه الثورة على نفسه وإبعاد موجة الاكتئاب التي تصيبه.

يعاني من اختلال في تفكيره وأحياناً يصعب عليه إدراك ما حوله ويفقد ثقته بنفسه في اللعب ويتوقف عن مشاهدة التلفاز والخروج من البيت والاهتمام.

ومن أهم مظاهر الكآبة عند الأطفال ضعف التركيز والاهتمام بالدراسة وشعور الطفل بعدم الرضى والسخط على نفسه لعدم مواكبته الدرس فيبدأ بالبكاء لأدنى الأسباب وسيثور ويعاند بلا مبرر وغالباً ما يؤدي ذلك إلى الفشل في الدراسة والامتحانات والإحساس بالذنب والتقصير وقد ينخفض مستوى الأداء في المدرسة فتضطرب العائلة إلى نقل الطفل إلى مدرسة أخرى ولكن بلا جدوى (الشيخلي، 2009، 327).

لكن يجب عدم الخلط بين الاكتئاب العيادي clinical depression وبعض الحالات العيادية التي تحدث نتيجة كون الفرد متضيقاً جداً لأنها حالات عابرة وهي جزء من أمور الحياة العادية بالاكتئاب العيادي الفعلي حالة شديدة ملموسة وغالباً ذات تأثير موهن على الفرد الذي يعزل نفسه بقصد وغرض عن مجرى الحياة العيادي.

أما الاكتئاب فهو نادر لدى الأطفال إلا أن بعض الأحداث الحياتية يمكن أن تخلق اكتئاباً مؤقتاً أو طويلاً لدى الطفل يستحق الرعاية والاهتمام (دوبسون وآخرون، 1998، 263).

1- الأسباب النفسية psychological reasons

1- الشعور بالذنب Guilt:

إن الأطفال الذين يشعرون بأنهم فاسدون أو سيئون يرغبون في أن يعاقبوا ويشعرون بأنهم يستحقون العقاب بسبب أفكارهم وتصرفاتهم السيئة وتأتي مشاعر الذنب من القيام بخرق القانون والشعور بالمسؤولية عن إساءة متخيلة أو من الشعور العام بعدم الجدارة أن الأطفال الذين يشعرون بالذنب يلومون أنفسهم لأية مشكلة أو فشل وغالباً ما يتحدثون مع أنفسهم بلغة سلبية جداً وفي العادة يشعر هؤلاء الأطفال بالمسؤولية عندما يكون الآخرون منزعجين أو غاضبين أو متهيجين.

وقد ينتج الشعور بالذنب في أثناء الطفولة عن الحرمان المبكر فكثير من الأطفال لا يتلقون الرعاية الكافية من حيث العطف والانتباه وهؤلاء الأطفال لم يحصلوا على الرعاية الأساسية التي تمكنهم من الشعور بأنهم مرغوبون وآمنون نفسياً وقد طوروا شعوراً بعدم الجدارة ويشعرون بأنهم لا يستحقون أن يكونوا سعداء. (شيفر ومليمان، 1990، 168).

2- تدني مفهوم الذات والشعور بالعجز Low self-concept:

أكدت الدراسات وجود ارتباط دال بين الاكتئاب ومفهوم الذات عند أطفال المدارس ووجد أن الأطفال الذين يعانون من مرض الربو لديهم اعتبار ذات متدن بالمقارنة مع الأطفال العاديين وأن الإناث يتأثرن أكثر من الذكور. (الزعبى، 1994، 87).

كما أن الاكتئاب عادة يأتي بعد تكون قناعة لدى الفرد بأنه لا يستطيع التكيف مع مشكلات الحياة العادية والشعور المستمر بالعجز واليأس قد يؤدي إلى أفكار انتحارية.

3- الاستجابة للخسارة الفادحة Responding to the tragic loss:

يكون الأطفال مهددين إذا كانت مشاعر اعتبار الذات لديهم تعتمد كلياً على مصدر خارجي واحد فإذا لم يعد هذا المصدر متوفراً أصبح الاكتئاب نتيجة محتملة ويكون صغار الأطفال أكثر شعوراً بالتهديد بفقد الوالدين وخبرة فقدان بالنسبة للأطفال تعتبر صدمة رئيسية أي حالة من الاضطراب العقلي السلوكي ناتجة عن أزمة عاطفية هذا ويكون الأطفال تحت سن 6 سنوات أكثر عرضة للتهديد نتيجة الانفصال عن الوالدين وغالباً ما يؤدي الطلاق إلى شعورهم بأنهم منبوذون أو متخلي عنهم.

كما أن بعض الأطفال يستجيبون بانفعال قوي لفقدان حيوان أليف أو ممتلكات مادية وقد يعاني الأطفال من فقدان حب الأبوين نتيجة للخلافات المستمرة بينهما وقد يؤدي الشعور العام بالفقدان إلى سلوك تدمير الذات.

4- الحصول على الانتباه والحب والتعاطف أو الانتقام To get attention and love:

كثيراً ما يؤدي الأطفال أنفسهم أو يعبرون عن شعورهم بالحزن كطريقة للحصول على محبة الآخرين وتعاطفهم. فالأطفال يصبحون شديدي الغضب لأنهم غير محبوبين وهم في الوقت نفسه يرغبون بشدة في أن يكونوا ذوي أهمية بالنسبة لوالديهم والآخرين.

وهكذا فهم يعملون على تلقين من لا يحبههم درساً لأن الكبار سوف يشعرون بالانزعاج عندما يرون الطفل في مشكلة أو أن الأذى قد أصابه. كما يمكن التوصل للانتقام عن طريق القيام بأفعال مدمرة للذات كالانحراف أو الحصول على نتائج دراسية متدنية.

وقد يتم تعزيز بعض الأطفال على نحو غير مقصود بسبب إيذائهم لأنفسهم لأن الآباء يبدون اهتمامهم ورعايتهم للأطفال عندما يؤذون أنفسهم. (شيفر ومليمان، 1990، 171).

5- الضغوط النفسية والمدرسية Stress:

النظام المدرسي الذي يقدم على العقاب والقوة والضرب والتوبيخ يؤدي إلى شعور الطفل بالخوف من المدرسة وفقدان الثقة بالراشدين والاكنتاب.

وجد "بندلستون" أن المشكلات التي يعاني منها الأطفال ومنها الانسحاب والاكنتاب هي نتيجة حتمية للضغوط المدرسية فالعقاب غير العادل من قبل الكبار والموجه نحو الأطفال يثير التعاسة عندهم والنفور والكراهية من الكبار ويتبعه ظهور الاكنتاب (الزعيبي، 1994، 87).

6- الاستجابة للتوتر Respond to tension:

التوتر هو الشعور بالانزعاج المصحوب غالباً بمؤشرات جسمية للانفعال مثل التعرق وزيادة النبض وشد العضلات فالأطفال الذين يتعرضون على نحو متكرر من المشاعر السلبية في تفاعلهم مع الآخرين بطور حاجة للتحرر من التوتر قد يقوم الأطفال بشد شعرهم أو بخدش أنفسهم عند شعورهم بالتوتر والإرهاق وينتج الاكنتاب عندما لا يتمكن الأطفال من الثورة على التوتر بطريقة مناسبة (شيفر ومليمان، 1990، 171-172).

حيث يكون الاكتئاب وسيلة للتخلص من التوتر عندما لا يتمكن من السيطرة عليه أما اللجوء للانتحار يحدث نتيجة للبحث عن طريقة لإنهاء حالة التوتر المستمر.

7- الإحباط Frustration:

إن الأطفال الذين لا يسمح لهم بالتعبير عن غضبهم بشكل مباشر نحو الآخرين يميلون إلى توجيه الغضب نحو ذواتهم والتقليل من قيمتها ويلجؤون للاعتداء على أنفسهم بطريقة ما، إن الأطفال يصبحون غاضبين جداً بسبب عدم عدالة الآخرين فهم يرون آباءهم ومعلميهم... أشخاص ظالمين وقساة وتتكون مشاعرهم هذه من مزيج من التخيل أو المبالغة بعض الأطفال يعبرون عن الغضب بحركات جسدية أو الشتم في سرهم.. فيظهر الغضب لأن التعبير عن الغضب بشكل مباشر لا يظهر بسبب اعتمادهم على الكبار لأغراض الدعم المادي والرضى النفسي.

ب- أسباب فيزيولوجية Physiological reasons:

ينبغي أن تؤخذ الأسباب المحتملة للاكتئاب بعين الاعتبار فعندما يكون الأطفال جيدي التكيف ثم تحدث لديهم استجابات اكتئابيه على نحو مفاجئ أو تدريجي ينبغي تحري الأسباب الطبية وهذا يكون في حال غياب أسباب الاكتئاب الأخرى فقد يكون هناك اختلال في التوازن الهرموني وخاصة لدى الفتيات في أثناء البلوغ أو فقر الدم الناتج عن نقص الحديد واضطرابات في الغدة الدرقية أو فيروسات أو اضطرابات في سكر الدم. (شيفر ومليمان، 1990، 171).

ج- التفكك الأسري Family disintegration:

إن الأسرة المفككة كما في حالة الانسجام بين الوالدين-الأب مدمن-الغياب الطويل يجعل الأب ضعيف الحيلة والأم غير متكيفة ولا تتمتع بصحة نفسية جيدة ويصبح الطفل عاجزاً عن التكيف، وإصابته بالاكتئاب (الزعيبي، 1994، 89).

وتؤدي الصراعات الأسرية المتكررة أو الشديدة إلى مشاعر اكتئاب لدى الأطفال وخاصة الأكثر حساسية فهم كما أن الأطفال الصغار بشكل خاص أكثر تهديداً بالخلافات لأنهم يدركون أن الكبار يحتاجون في كثير من الأحيان إلى تكرار الحديث في المشكلات فقد يرون أن الوالدين مشتبهان في صراع شديد بينما هما في الواقع منهماك في جدل عادي نسبياً.

كما أن الصراعات المتكررة والشديدة بين الأخوة يمكن أن تؤدي إلى كثير من الحزن لدى طفل معين حيث يشعر هذا الطفل بأنه موضع للإزعاج المستمر.

كما أن بعض الآباء لا يتقبلون أي تعبير عن الفشل أو الإحباط أو عدم السعادة من قبل أطفالهم هؤلاء الآباء لا يريدون سماع أي شيء عن المشكلات ولا ينعنون إلى أطفالهم كما أنهم يتحدثون عن الأطفال أو يصدرن إليهم تعليمات بدلاً من أن يتحدثوا معهم وهكذا يصبح الطفل اكتئابياً واستمرار مثل هذا النمط من السلوك قد يؤدي إلى أفكار وأفعال انتحارية (شيفر ومليمان، 1990، 172).

2- الأسر المريضة:

أكدت العديد من الدراسات أن الاكتئاب ينقل من الأم إلى أبنائها وقد وجد "جوديسون" وآخرون أن هناك علاقة وثيقة بين اكتئاب الأم والمشكلات السلوكية عند الطفل وتبين من خلال الدراسة أن أطفال الأمهات المكتئبات يعجزن عن تقديم الأمن للطفل مما يولد لديه الشعور بالعجز والحزن والاكتئاب (الزعيبي، 1994، 89).

إن أكثر من نصف آباء الأطفال المكتئبين هم مكتئبون أيضاً ومن الصعب عند النظر إلى صفة كهذه الحكم حول كم منها يعتبر موروثاً وكم منها يعتبر مكتسباً مع العيش مع أشخاص يغلب عليهم الاكتئاب فثمة بيانات تشير إلى أن الاستعداد للاكتئاب سمة مورثة وهذا الاستعداد يتحول إلى وجود واقعي من خلال العيش مع أب أو أم هو نموذج لأسلوب الحياة الاكتئابي. وحتى دون وجود أي تهيؤ وراثي فإن النماذج الأبوية الاكتئابية سوف تؤدي بالتأكيد إلى أن يقلد الأطفال مظاهر آباءهم ونقص الاتصال بهم مباشرة في تكوين مشاعر العزلة واليأس والاكتئاب (شيفر ومليمان، 1990، 172).

نظريات تفسير الاكتئاب Theories of depression:

هناك العديد من النظريات التي فسرت حدوث الاكتئاب وفيما يلي عرض لأهم هذه النظريات:

أولاً - النظرية البيولوجية Biological theory:

ظهرت العديد من التفسيرات للاكتئاب، فقد أشار كرين (Krams) في كتاباته إلى إمكانية وجود تفسير بيولوجي للاكتئاب، واستند في ذلك على الدراسات المتعلقة بالتوائم المتطابقة وعلى وجود تفسيرات هرمونية لظهور الاكتئاب (Beck et. Al 1979).

ثانياً - نظرية العجز المتعلم Acquired disability:

ومن النظريات التي وجدت انتشاراً واسعاً ودعمها في نتائج البحوث، نظرة العجز المتعلم لسيجمان والتي تقترض أن طريقه العزو الخاطئة لدى الفرد لمصادر النجاح والفشل في حياته، ولأسباب

الخبرات السارة وغير السارة في حياة هي المسؤولة عن مشاعره الاكتئابية، حيث يعتقد سيلجمان أن الاكتئاب يحدث عادة بعد تكون قناعة لدى الفرد بأنه لا يستطيع التكيف مع مشكلات الحياة اليومية والشعور المستمر بالعجز واليأس والذي يؤدي إلى أفكار انتحارية كطريقة للهروب من موقف لا أمل فيه (داود وحمدى، 1989).

ثالثاً - نظرية التعلم الاجتماعي Social learning theory:

تقدم نظرية التعلم الاجتماعي . لباندورا تفسيراً مهماً للاكتئاب من خلال مفهوم الكفاية أو الفاعلية الشخصية الذي يبرز دور التقييم الذاتي في الاكتئاب، حيث ترى أن إدراك الفرد لمدى كفايته الشخصية وقدرته على مواجهة المشكلات التكيفية وإنتاج سلوكيات فعالة في مواجهتها تقوم بدور كبير في تحديد طبيعة مشاعره ومزاجه. (Kanfer & Zeiss 1983).

رابعاً - النظرية السلوكية Behavioral theory:

يرى بافلوف أن الاكتئاب نتيجة لتكرار الصدمات والتجارب المؤلمة التي يتعرض لها الفرد في طفولته، والتي تخلق مزاجاً مميزاً يؤثر في تجارب الفرد في كبره، كما ينطلق لوينسون (Lewinsohn) في تفسيره للاكتئاب من وجهة نظر سلوكية إذ يعتقد أن انخفاض معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد هو العامل المسؤول عن ظهور الاكتئاب لديه. ويؤكد على وجود فروق ذات دلالة بين الأفراد المكتئبين والعاديين من حيث مستوى النشاط، أو السلوك الممارس، وأن انخفاض مستوى النشاط أو السلوك الممارس، يخفض من معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد (Gottlib ، 1981) وذلك بناء على نتائج الدراسات التي قام بها فريق البحث التابع له. والذي توصل أيضاً إلى النتائج التالية:

- يمارس المكتئبون نصف ما يمارسه العاديون من السلوك اللفظي تجاه الآخرين.
 - يستجيب المكتئبون للسلوكيات الموجهة نحوهم من الآخرين بشكل إيجابي بنسبة أقل بكثير من العاديين.
 - يستجيب المكتئبون بشكل أبطأ من الأفراد العاديين للمثيرات اللفظية الموجهة نحوهم.
- ويشير (Lewinsohn, 1978) إلى العلاقة بين معدل النشاطات السارة التي يمارسها الفرد وبين مستوى المزاج كحقيقة علمية تجريبية ظهرت في الدراسات التي أجراها هو ورفاقه. ومن أسباب انخفاض معدل التعزيز التي أوردها لوينسون ضعف المهارة الاجتماعية لدى الفرد وانخفاض تفاعله مع الآخرين.

خامساً . النظرية المعرفية: Cognitive theory

وينظر بيك للاكتئاب على أنه اضطراب في التفكير ويؤكد على أن طريقة الفرد في معالجة المعلومات، وتفسيره للحوادث التي يعيشها، واعتقاداته تقوم بدور كبير في تحديد شكل ونوع مزاجه (Bums & Pedaff, 1988) ويعتمد تفسير بيك للاكتئاب على ثلاثة مفاهيم رئيسية هي:

1 . الخرائط المعرفية Schemas:

يعتبر (Bartlett) أول من قدم مفهوم الخرائط أو المخططات المعرفية التي يستخدمها الفرد لتنظيم المفاهيم والاعتقادات. وافترض بأن لكل فرد خرائطه الخاصة التي تميزه عن غيره بسبب اختلاف الأفراد في فهمهم لأنفسهم وعالمهم، وردود أفعالهم نحو المواقف المختلفة وهذه الخرائط ليست ثابتة بل تتطور وتتعدل نتيجة الخبرات والمعلومات التي يتعرض لها الفرد (Hall ، 1982) ويمكن تلخيص خصائص الخرائط المعرفية بأنها:

- تتكون نتيجة لمعلومات الفرد وخبراته.
- تلخص المفاهيم المعقدة التي تعرض على الفرد.
- تعالج المعلومات الجديدة وتنظمها وتقيمها.
- تخزن المدخلات الغامضة أو المفقودة أو الناقصة حيث تسعى إلى أن تكون واضحة (1982 Hall ،).

ويرى بيك أن الخرائط المعرفية تتوسط بين الأحداث الخارجية (المثيرات) واستجابة الفرد لها. حيث تقوم بترجمة وتفسير هذه المثيرات وتصفية وتقنين استجاباته نحوها، مما قد يؤثر سلباً أو إيجابياً على إدراكاته وبالتالي على حالته الانفعالية (هارون، 1992، 124).

2 . الأخطاء المعرفية Cognitive Errors:

ويشير بيك إلى وجود مجموعة من الخرائط المعرفية تميز الأفراد المكتئبين عن غيرهم، أطلق عليها ما يسمى بالأخطاء المعرفية «وقد أظهرت الدراسات أن لدى الأفراد المكتئبين أفكاراً لا منطقية وأخطاء معرفية، بمعدل أعلى من العاديين، وفيما يلي عرض لبعض هذه الأخطاء (Thurbere et. al 1990).

- الاستدلال الاعباطي Arbirtrey Inferenee حيث يبنى المكتئب أحكاماً غير مبرره منطقياً مما يجعله يحمل نفسه مسؤولية كثير من الأحداث السلبية التي يعيشها.

- التجريد الانتقائي Selective Abstraction حيث يركز المكنث على الأجزاء السلبية ويهمل الإيجابية، ويسمى الحدث على بناء الأجزاء السلبية التي يختارها.
- التعميم الزائد Over Generali Zation حيث يعمم المكنث الخبرة السلبية على أحداث ليس لها علاقة.
- التصغير والتكبير minimization-maximization حيث يخطئ المكنث في تقييم الأحداث والخبرات.
- كل شيء أو لا شيء all or Nothing حيث يعتبر المكنث نفسه فاشلاً كلياً إذا لم يتم بالعمل بشكل مثالي ويحدث هذا الأمر عادة نتيجة لمعايير الإنجاز غير الواقعية التي يضعها لنفسه مما يؤدي إلى الشعور بالفشل وبالتالي ارتفاع معدل العقاب الذاتي لديه. (هارون، 1992، 134).

3. الثلاثي المعرفي The Cognitive Triad:

ويظهر أثر الأخطاء المعرفية في ثلاثة أبعاد مرتبطة بالفرد هي:

1. ذاته: حيث يتصف المكنث بسمات عامة تجعله يميل إلى التقليل من قدراته والنظر إلى نفسه بصورة سلبية، ومخالفة للواقع.
 2. عالمه وواقعه: يعتقد المكنث أن العالم يحمله ما لا طاقة له به وأنه مليء بالمعتقدات التي تحول دون تحقيق أهدافه.
 3. مستقبله: يفترض المكنث أن خبراته وتجارب غير السارة التي يعاني منها في حاضره سوف تستمر وتؤثر على مستقبله فهو يتوقع الإحباط والفشل لكل مهمة قادمة عليه أداؤها. (هارون، 1992).
- وبناء على ما سبق يعرف بيك الاكتئاب على أنه حالة عيادية تصاحبها تغيرات جسمية وعقلية ومزاجية وهذه التغيرات هي:

- اليأس والحزن واللامبالاة.
- تدني مفهوم الذات.
- الميل للوحدة والعزلة.
- اضطرابات النوم والشهية والنواحي الجنسية.
- انخفاض واضح في مستوى النشاط.

سادساً . نظرية الميل الاجتماعي والنشاط Social orientation:

يفسر الأدلريون الأشخاص المكتئبين وكأنهم يحاولون التغلب على مشاعر النقص وجني مشاعر التفوق ويحاولون بشكل جدي لأن يكونوا أكثر فاعلية دون أن ينجحوا في ذلك، حيث يخفقون وبالتالي يفقدون ميلهم الاجتماعي ويصبحون في حالة احتواء الذات Self absorbed . ويصف موزاك المكتئب بأنه يعبر عن غضبه من خلال نوبات غضب هادئة وصامتة. ولا يعترف لأنه يضطر لمعالجة الموقف أو مواجهة الشخص الذي أثار غضبه (Corsining, 1995).

سابعاً . نظرية السلوك العاطفي العقلاني Emotional – rational behavior:

يؤكد البرت أليس أن مشكلة الاكتئاب تنتج من طريقة تفكير الشخص المكتئب ومعالجته للأحداث الخارجية، حيث يرى أن عواطف وانفعالات الإنسان ناتجة عن عقائده. وما يؤمن به وعن تقييمه للأمور وتعريفه لها، وفلسفته في تفسيرها وليس من الأحداث نفسها (الزيود. 1998). وينقسم نظام الأفكار التي يؤمن بها الفرد إلى قسمين هما: الأفكار العقلانية، والأفكار اللاعقلانية التي يؤدي تقبلها وتعزيزها إلى الاكتئاب ولعل من أهم الأفكار اللاعقلانية التي تسبب الاكتئاب والتي حددها أليس ما يلي:

- 1 . يجب أن أكون محبوباً من قبل كل شخص أعرفه.
- 2 . يجب أن أكون مؤهلاً، منجزاً، كفواً في كل النواحي لكي يكون لي قيمة.
- 3 . أنه مرعب ألا تسير الأشياء بالطريقة التي أريدها.
- 4 - هناك دائماً حل مثالي وصحيح لكل مشكلة، وهذا الحل لا بد من إيجادها، وإلا فإن النتيجة ستكون مفعجة. (Forggatt ، 1997).

أساليب تشخيص الاكتئاب Methods of diagnosis depression:

إن اختلاف التعاريف للاكتئاب وتباينها في مستويات التركيز على المتلازمة. الاضطرابات، المرض بسبب التعدد في أساليب جمع المعلومات بهدف التشخيص، وبتركز اهتمام معظم طرق التقييم النفسي للأطفال المكتئبين على أربعة أبعاد هي أساليب التقرير الذاتي report techniques، تقدير الراشدين Ratings by adults تقدير الزملاء Peer Rating والمقابلات العيادية Clinical interviews وقد استخدمت مقاييس التقدير الذاتية منذ مدة طويلة في الأبحاث الإكلينيكية وتتميز بأنها تقدم كشفاً لحالة الاكتئاب ومشاعرها الداخلية لكنها لا تستطيع أن تحدد المستويات العيادية للاكتئاب بالرغم من توفرها للراشدين منذ مدة طويلة، إلا أنه لم تكن متوفرة

للأطفال، وقد قامت (Kovacs، 1981) باستخدام كشاف الاكتئاب للأطفال Children's Depression Inventory (CDI) وهو عبارة عن استبيان يتضمن (27) فقرة صممت لقياس الاكتئاب لدى الأطفال في سن المدرسة ويتم الإجابة على هذه الفقرات بناء على خبرات الطفل السلوكية ولكل فقرة مقياس مدرج من (0-2).

وهناك مقاييس أخرى مشهورة مثل مقياس الاكتئاب لدى الأطفال (C.D.S) الذي طوره تيشر ولا نع والذي يحتوي على (66) فقرة ومقياس رينولدز للاكتئاب لدى الراشدين (R.A.D.S 1989 ، Clanzio).

وتتميز مقاييس تقدير الآباء أو الزملاء أو المعلمين بأنها تصف الأعراض الخارجية وصفاً جيداً إلا أنها تفشل في الكشف عن طبيعة الاكتئاب الداخلية ومعنى الأعراض بالنسبة للمريض ومشاعر الذنب لديه بالإضافة إلى الفروق الواسعة في اختلافات التقدير للأعراض لدى الآباء أو الزملاء أو المعلمين. أما المقابلات العيادية. العلاجية النفسية فتعد من أكثر الأساليب استحداثاً لتقييم الاكتئاب لدى الصغار والمراهقين. وتتطلب المقابلة عدة مهارات اجتماعية ومعرفية يجب توفرها لدى الطفل. ويستخدم المعالجون دراسة الحالة والملاحظة والتداعي الحر والاختبارات الإسقاطية لكشف الأفكار والدوافع اللاشعورية. بهدف الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة (Sharf, 1996).

مبادئ العلاج النفسي للاكتئاب Principles of psychotherapy for depression

أولاً - العلاج السلوكي Behavioral therapy

ينصب الاهتمام الرئيسي للمعالج السلوكي على توفير مصادر مختلفة وحقيقية للتعزيز الإيجابي Positive reinforcement عن طريق تقديم نشاطات توفر فرصاً أكبر للتعزيز الإيجابي (Gambrell، 1981).

وبناء على هذا الاعتقاد قام لوينسون بتطوير مجموعة من الأنشطة والمواقف المعززة التي اتفق تجريبياً على أنها تمثل نشاطات سارة تشتمل على تعزيز إيجابي. (هارون، 1992).

ثانياً - العلاج المعرفي Cognitive therapy

يهتم المعالج المعرفي بمحاولة تعديل أعراض الاكتئاب من خلال التعامل مع المفاهيم المعرفية التي تفسر ظهور هذه الأعراض وبالتالي ظهور الاكتئاب وتفسير عملية العلاج حسب وجهة نظر بيك المعرفية ضمن خطوات محددة هي:

- 1 . ملاحظة أو مراقبة المريض لأفكاره السلبية Negative thoughts.
- 2 . تنظيم العلاقة بين الإدراك والسلوك.
- 3 . اختبار المريض للدلالات والشواهد حول تفكيره الهدام.
- 4 . إبدال أفكار وطرق تفكير المريض السلبية (الخاطئة) بأفكار وطرق واقعية. (هارون 1992).

ثالثاً . العلاج السلوكي العاطفي . العقلاني Rational – irrational behavioral therapy :

أما المعالج السلوكي العاطفي - العقلاني للاكتئاب فيحاول خلال المرحلة الأولى للعلاج الكشف عن المعتقدات اللاعقلانية Irrational beliefs لدى الشخص المكتئب، حيث يحاول مساعدته في الكشف عنها وإدراكها. وفي المرحلة الثانية يحاول المعالج توعية المكتئب وتنمية قدراته على التمييز بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية Rational and irrational thoughts لتأتي بعدها الخطوة الثالثة في العلاج وهي مناقشة الأفكار اللاعقلانية من خلال طرح تساؤلات وإثارة النقاش من قبل المعالج حول أفكار المريض غير المنطقية (عبد الهادي والعزة، 1999) ونتيجة لهذه المناقشات يفقد المكتئب أفكاره اللاعقلانية ويصبح في وضع قادر على تطوير فلسفة مؤثرة تساعده في تطوير أفكار عقلانية واستبدالها بالأفكار اللاعقلانية غير الملائمة وبالتالي يحدث التأثير العلاجي وهو التغير الذي يطرأ على الانفعالات والسلوك بسبب المعالجة حيث يقوم الفرد بتقليل مشاعر الاكتئاب والكراهية الذاتية بمشاعر القناعة والسعادة. (Corsini ، 1995).

رابعاً - العلاج التحليلي Analytical therapy:

يهدف العلاج التحليلي إلى كشف محتويات اللاشعور وإخضاعها للمحاكم الشعورية وتقوية الأنا بهدف جعل السلوك مبنياً على الواقع بشكل أكبر وتركز الأساليب التحليلية على إعادة بناء خبرات الطفولة، وفهمها، ومناقشتها، وتحليلها لتطوير مستوى جيد من فهم الذات ومن ثم إحداث التغير اللازم في بناء الشخصية (يحيى، 2000) فالعلاج موجه هنا نحو التبصير الحقيقي وليس التبصير العقلي. أما أهم الأساليب العلاجية فتتضمن التداعي الحر الذي ينفّس فيه المكتئب عما يجول في خاطره من أفكار ومشاعر بحيث يتم من خلال هذا التداعي، الكشف عن الرغبات، والتخيلات، والصراعات، والدوافع اللاشعورية لديه، وتجميع الخبرات السابقة واسترجاع المشاعر المكبوتة. ويسعى المعالج إلى تشجيع الفرد على التداعي الحر Free association بالتعاطف مع خبراته ومشاعره وتفسير المقاومة للعلاج له إن حدثت، وذلك لمساعدة العميل على التعامل الفعال،

وبالتداعي الحر والأساليب الأخرى مثل تحليل الأحلام، وزلات اللسان، والاختبارات الإسقاطية Projective tests والعلاقة العلاجية نفسها، يتم الكشف عن اللاشعور، وتفسير السلوك الدفاعي والانفعال والصراع الذي يتركز عليه، ومن خلال هذا التفسير يسمح لنا باستيعاب الأحداث الجديدة المكتشفة اللاشعورية ويحدث الشفاء. (Sharf, 1996).

٥. خامساً . العلاج متعدد النماذج Multimodal Therapy

يأخذ العلاج متعدد النماذج بالاعتبار كافة العوامل المتنوعة التي تساعد على ظهور حالة الاكتئاب واستمرارها لدى الأطفال، مثل العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية والنفسية والجسمية والمعرفية. وقد قامت برامج العلاج متعدد النماذج بسبب ما يلي:

- 1 . تعدد جذور اضطراب الاكتئاب لدى الأطفال.
 - 2 . يعاني الأطفال من مشاكل متعددة، فعلى سبيل المثال قد يعاني الطفل المكتئب من مشكلات أسرية أو صحية أو نفسية أو اجتماعية أو نشاط زائد أو صعوبات تعليمية.
- ويعني العلاج متعدد النماذج باستخدام نماذج علاجية مختلفة لمواجهة هذه المشاكل التي قد تعمل كعوامل أو نتائج لحالة الاكتئاب مثل العلاج النفسي الفردي والتعليم العلاجي والعلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب، أو غير ذلك. ويتم اختيار العلاج المناسب اعتماداً على نتائج التقييم الشامل لمشاكل الطفل (Clarizio ، 1989).

1. الاتصال المفتوح والتعبير عن الانفعالات Open communication:

يزيد شعور الطفل بالدفء والتقبل من خلال الاحترام والإصغاء، إذ إن من الضروري أن يشعر الأطفال بأن الكبار يهتمون بهم بجدية، وأن من الممكن أن يلجؤوا لهم للحصول على الدعم والتوجيه ومن المهم أن يسمح الكبار للصغار بأن يعبروا بانفتاح عما يشعرون به فعلاً وخاصة الغضب. وفي مثل هذا الجو، لا تكون هناك حاجة للتعبير عن الغضب بطرق أخرى كالانتقام عن طريق القيام بتصرفات ضارة بالذات. إن جميع المشاعر يمكن أن يتم تقبلها ومناقشتها، ولا يوجد أي بديل لأن يكون الأطفال قادرين على مناقشة مشاعر الغضب والغيرة واليأس والمشاعر الجنسية وغيرها مع الوالدين أو أحد الكبار. إن عليك أن تفكر بالمشكلات المتوقعة وأن تعد الأطفال للتعامل معها بحسب الوضع الذي تحدث فيه عادة، ومناقشة أن الموت أمر طبيعي هو مثال على ذلك، إذ ينبغي مناقشة هذا الموضوع مع الأطفال من عمر 4 سنوات فما فوق بشكل دوري وعلى مستوى قدرة الطفل على الاستيعاب، فالموت أمر طبيعي والحياة تبقى مستمرة، وينبغي أن يكون الآباء أن يفكروا بأفضل الطرق لمناقشة ذلك مع أطفالهم، فبعض الآباء قد يستخدمون المفاهيم الدينية لتوضيح الموت، وبعضهم الآخر قد يتحدث عن طبيعة أن يصبح الفرد جزءاً من الكون. والمهم هو أن تتم مناقشة موضوع الموت أو فقدان حقيقة واقعة وبطريقة مفتوحة، وعندما يكون الأطفال غير معدين فهم يستجيبون بغضب شديد واكتئاب عندما يكون يعانون من خبرة وفاة أو صديق أو حيوان أليف.

والاتصال communication يتم تعريفه بأنه أي سلوك، لفظي أو غير لفظي، يحمل رسالة يتم إدراكها من قبل شخص آخر، وهناك قواعد مختلفة تساعد على الاتصال ثم اختيار بعضها وتبنيها هنا، وهي:

(أ) إن الفعل أكثر أهمية من القول، ولذا فإن ما تعمله وليس ما تقول إنك تعمله هو المهم.

(ب) كن واضحاً ومحدداً وإيجابياً في اتصالاتك.

(ج) يعتمد معنى الاتصال على خبرات كل شخص وإدراكاته.

(د) كن صادقاً وعادلاً ولبقاً ومراعياً للآخرين.

(هـ) لا تعط محاضرات أو نتذمر أو تعطي أعذاراً.

إن الاتصال الحساس والبناء يساعد على إيجاد وضع أسري يتسم بالاهتمام والتعاون.

2. ساعد الطفل لكي يشعر بالكفاءة والفاعلية Effectiveness and Efficiency:

إن الأفراد الذين لا يشعرون بالعجز لا ينزلون إلى هاوية اليأس والاكتئاب، ولذلك لا بد من تنمية الشعور بالكفاءة والاستقلال، لأن حل المشكلات الفعال واكتساب الإحساس بالرضى عن الذات يساعد في الوقاية من الشعور بالعجز وينبغي أن يعطي الأطفال مجالاً للاختيار وأن يعزز لديهم حسن الحكم المناسب بشكل مستمر، ويمكن الوصول إلى ذلك عن طريق وضع أهداف فيها تحدّ وفي الوقت نفسه قابلة للتحقق، ويتوقع من الأطفال أن يحققوها. إن عليك أن تشجع الأطفال على المحاولة وأخذ المبادرة بدلاً من أن يستخدموا أسلوباً سلبياً في المواقف المختلفة، وعليك أيضاً أن تقوي دائماً قدراتهم على حل المشكلات، وأن تناقش علاقات السبب والنتيجة بوضوح. ويمكن لصغار الأطفال أن يتعلموا أن يكونوا واعين للأسباب والنتائج سواء في الطبيعة أو في جهودهم، وتُحل المشكلات عن طريق طرح الأسئلة والتفكير بالحلول الممكنة وذلك بهدف تنمية أسلوب فعال في مواجهة المشكلات اليومية أو غير العادية.

إن الأساليب المقترحة سابقاً تستهدف تكوين مناعة لدى الأطفال ضد الوقوع بسهولة في حالة الاكتئاب والعجز عندما لا تسير الأمور بطريقة صحيحة، وبالإضافة لذلك، عليك أن تحاول جعل بيئة الطفل قابلة للضبط والتنبؤ نسبياً، ويعني ذلك أن الأطفال يجب أن يشعروا بأن لهم دوراً في التأثير على ما يحدث في البيت، ويجب علينا في الوقت نفسه أن نصغي لمقترحاتهم ونتبعها إن أمكن، وأن نتجنب عدم الثبات أو النزوية في أسلوبنا في تنشئة الأطفال. وفي هذا الصدد لا بد من ملاحظة أن بعض الآباء يحاولون بنية حسنة، وأن يكونوا منفتحين ومرنين إلا أنهم بدلاً من ذلك يسببون مشاعر الاختلاط والتشوش لدى أطفالهم الذين يكونون عرضة للشعور بالعجز عندما لا يكون سلوك الوالدين قابلاً للتنبؤ به وخاصة إذا كان هؤلاء الأطفال دون الثانية.

وبعض الأطفال الذين يشعرون بالعجز يؤذون أنفسهم كطريقة للشعور بأن لديهم بعض القوة وذلك لإظهار هذه القوة، وتنمية الكفاءة الفعلية والاستقلال تحول دون ظهور نمط سلوك إيذاء الذات.

3. اعمل على تطوير مصادر متعددة لاعتبار الذات Self - esteem:

إن وضع البيض جميعه في سلة واحدة لا يعتبر فكرة صائبة، والأطفال يصبحون معرضين للاكتئاب إذا اعتمدت قيمة الذات لديهم بشكل أساسي على مصدر واحد أو اثنين، وهذا يشبه ما يحدث للأشخاص الذين تعتمد جاذبيتهم الأساسية على مظهرهم الجمالي، فأى تشويه في مظهرهم تستثير لديهم مشاعر اكتئابيه. والأشخاص الذين يرتبطون عاطفياً بأزواجهم فقط هم من المرشحين للاكتئاب، ولسوء الحظ فإن حالات الانتحار لا تعتبر نادرة في مثل هذا الوضع. إن بعض الأطفال

بتعلقون تعلقاً شديداً بأحد الأبوين إلى الدرجة التي تصل غالباً لحد الإقصاء العاطفي Emotional exclusion لأي شخص آخر ولذلك عليك أن تشجع أطفالك ليشعروا بأنهم قريبون من كبار آخرين ومن أقرانهم فقدان الاستحسان يصبح أقل تهديداً عندما تتوافر للفرد مصادر متعددة من الاستحسان والتقبل.

ومن الضروري تطوير مهارات وميول الطفل على نحو واسع، فمفهوم الذات الجيد القوي يتم تقويته بالكفاءة في مجالات متعددة وليس بالتخصص في مجال واحد كما يعطي ذلك الطفل أساساً جيداً ليقدر فيما بعد المهارة التي ينبغي أن يطورها بشكل.





• الفصل الخامس

• العلاج السلوكي للأطفال

• Behavioral therapy for children



BEHAVIORAL THERAPY FOR CHILDREN

- ❖ تعريف العلاج السلوكي.
- ❖ خصائص العلاج السلوكي.
- ❖ العلاج السلوكي للطفل.
- ❖ أنواع الاضطرابات التي يعاني منها الطفل.
- ❖ أنواع الاضطرابات التي يعاني منها الطفل.
- ❖ إجراءات العلاج السلوكي للطفل.
- ❖ الأساليب والتقنيات:
 - أساليب التعويد والكف بالنقيض والاسترخاء.
 - التدعيم والعقاب والتجاهل.
 - تدريب المهارات الاجتماعية.
 - تعديل أخطاء التفكير.
 - المساعدة الوجدانية مع الطفل.



• تمهيد:

العلاج السلوكي علاج حديث العهد نسبياً بدأ في الخمسينات وتزايد استعماله في الثلاثين سنة الأخيرة كما تعددت أساليبه وما زالت في اتساع مستمر مما يجعل هذا العلاج من أهم الوسائل العلاجية في مجال الأمراض النفسية بوجه خاص، وتبرز أهمية هذا الأسلوب العلاجي في أنه يصلح لمعالجة بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية التي استعصت حتى الآن على أية طريقة علاجية أخرى نفسية، مادية أو دوائية مثل حالات الفكر التسلطي Authoritarian thoughts ، الفرع Panic، القلق Anxiety، حالات الإدمان على الكحول، وبعض أنواع الشذوذ الجنسي، ويستند أصحاب هذه الطريقة في العلاج إلى الرأي الذي يفسر الأمراض النفسية واضطراباتها السلوكية بأنها تنشأ في المصابين بها بسبب خطأ أساسي في عمليات التعلم (التطبيع الاجتماعي) Internalization، ونشأت الطرق العلاجية السلوكية على أساس نظري مستمد من التجارب المختبرية التي قام بها العالم بافلوف على الحيوانات خاصة الكلاب (كمال، 1994، 11).

❖ تعريف العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي هو أسلوب من الأساليب الحديثة في العلاج النفسي يقوم على أساس من نظريات التعلم ويشتمل على مجموعة كبيرة من فنيات العلاج التي تهدف إلى إحداث تغيير بناء في السلوك غير المتوافق.

ويقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي: تلك الاستجابة الظاهرة التي يمكن ملاحظتها من خارج الشخص وأيضاً الاستجابات غير الظاهرة مثل الانفعالات.

❖ خصائص العلاج السلوكي:

- 1- التركيز على السلوك (الأعراض Symptoms) أكثر من التركيز على أسباب مفترضة: فقد كانت العلاجات التقليدية مثل مدرسة التحليل النفسي التي أسسها فرويد تبني علاجاتها على أساس من الاقتناع بوجود أسباب تكمن في مراحل النمو المبكرة وأن معرفة هذه الأسباب المولدة للأعراض التي يأتي بها المريض والقضاء عليها هو الأساس في العلاج النفسي والمعالج في التحليل النفسي يقتنع أن هذه الأسباب موجودة في اللاشعور ويعمل جاهداً لاستحضار ما فيه إلى حيز الشعور أي هذه الطريق تركز على الأسباب الكامنة وراء الأعراض وتتبع ما يعرف بالنموذج الطبي أما المعالجون السلوكيون فيرون أن التركيز ينبغي أن ينصب على السلوك موضوع المشكلة "الأعراض" أكثر من البحث عن الأسباب الكامنة وراء السلوك وأن اهتمام المعالج يكون في تناول هذا السلوك أكثر مما هو في بحثه عن الأسباب أو محاولة القضاء عليها (الشناوي، بدون عام، 48).
- 2- يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات غير المتوافقة إنما هي استجابات متعلمة: حيث تركز نظريات العلاج السلوكي على أن الإنسان هو نتاج البيئة التي يعيش فيها وبذلك فإن قوانين التعلم التي يستفيد منها العلاج السلوكي تفسر لنا كيف تؤثر البيئة في الناس ورغم الاختلاف بين السلوك المتوافق وغير المتوافق في تأثيرهما على الأفراد فإن المعالجين السلوكيين ينظرون لكلا النوعين من السلوك على أنهما مكتسبان ويخضعان لنفس القواعد (الشناوي، 49).
- 3- يفترض العلاج السلوكي أن الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تفيد كثيراً في تعديل السلوك غير المتوافق، فكلما كانت الاستجابات غير المتوافقة ناتجة عن التعلم كان من الممكن أيضاً أن نعدلها باستخدام مبادئ التعلم (الشناوي، 49)

4- يتضمن العلاج السلوكي إعداد أهداف علاجية محددة واضحة: لا ينظر العلاج السلوكي إلى الاستجابات غير المتوافقة على أنها ناشئة عن شخصية مضطربة ومن ثم فلن يكون هدف المعالج أو العميل تسهيل عملية إعادة تنظيم أو إعادة بناء شخصية العميل وإنما يكون هدف العلاج هو المساعدة على إزالة المشكلات النوعية التي تؤثر في أداء العميل، وفي العلاج السلوكي يشترك المعالج والمسترشد في تحديد أهداف نوعية ومحددة للعلاج وقد تصاغ هذه الأهداف في صورة أهداف تعليمية ولا يوجد في العلاج السلوكي هدف وحيد أو مشترك كما في العلاجات الأخرى وإنما يقوم المعالج بعملية تفصيل للأهداف بما يناسب المسترشد ومشكلته.

5- يرفض العلاج السلوكي النظري الكلاسيكية للسمات Features: حيث يعتبر مفهوم السمات واحداً من المفاهيم التي لقيت جدلاً كبيراً وانتقادات كثيرة ونتيجة لهذا الموقف نشأت بدائل أخرى للسمات وهي الموقفية والتفاعلية، ولكن المعالجين السلوكيين يرفضون جميعاً النظرية التقليدية للسمات ويرون أن سلوك الشخص في مجموعة واحدة من الظروف هو دليل ضعيف عن كيفية استجابته في موقف يختلف عنه اختلافاً كبيراً.

6- يعد المعالج السلوكي طريقة العلاج بما يتناسب مع مشكلة العميل: كثيراً من الطرق التقليدية في العلاج تتبع طريقة واحدة أساسية في العلاج دون أن تأخذ في الاعتبار طبيعة المشكلة التي يعرفها المسترشد ففي طريقة التحليل النفسي على سبيل المثال يفترض أن المتاعب الحالية للمسترشد ترجع إلى نقص الاستبصار Foresight بالخبرات المؤلمة في الطفولة وبذلك يتبع المعالجون لهذه الطريقة أسلوباً واحداً في العلاج للوصول إلى الاستبصار، وكذلك فإن المعالجين بطريقة العلاج المتمركز حول العميل يرون أن مشكلات الفرد الراهنة تدل على حاجته إلى الاعتبار الإيجابي غير المشروط ومن ثم فإنهم يستخدمون أسلوباً واحداً في العلاج، أما

المعالج السلوكي يفترض تشخيصاً متنوعاً بالنسبة للمشكلات التي تقابله ولا يوجد افتراض مؤداه أن خبرات الطفولة هي المؤدية للسلوك المضطرب ولا أن مفهوم الذات المنخفض هو السبب فيه ولهذا فإن المعالج السلوكي لا يلتزم طريقة علاج واحدة (الشناوي، بدون عام، 50-51)

7- هنا - والآن: لا يهتم العلاج السلوكي بالبحث في الماضي البعيد للمسترشد وإنما يهتم بصفة أكثر بما يحدث الآن " السلوك - الأعراض " فهو يهتم بالواقع الحالي للمسترشد ماذا يحدث والبيئة التي يحدث فيها السلوك وإن كان ذلك لا يمنع من التطرق إلى الماضي في بعض الأحيان ولكن بدون تركيز شديد عليه (الشناوي، بدون عام، 52).

8- العلاج السلوكي يكون على أساس تجريبي: حيث يؤكد العلاج السلوكي على أهمية اتباع المنهج العلمي كأسلوب للحصول على النتائج التي تساعد على تحسين فنيات العلاج وفي العلاج السلوكي فإن المعالج يهتم عادة بتحديد خط البداية للسلوك الذي يتناوله كما يهتم بتقويم نتائج العلاج وبذلك يتسنى إجراء المقارنات (الشناوي، بدون عام، 52).

❖ العلاج السلوكي للطفل:

❖ الحاجة لعلاج الطفل:

من الميسور دائماً الحكم على البالغين باضطراب وعدم النضوج عندما نلاحظ تقارباً بين أنواع ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن الطفل إننا في مثل هذه الحالات نصفهم بعدم النضوج والاضطرابات بسبب صفاتهم الطفولية لكن عندما تصدر مثل هذه التصرفات من الطفل فإنها قد تكون شيئاً مقبولاً ومناسباً لعمره ومتطلبات مرحلة النمو التي يمر بها وما تتطلبه هذه المرحلة من

تغيرات فكرية وانفعالية واجتماعية لهذا يحذرنا علماء العلاج النفسي السلوكي من الاندفاع والعجلة في وصف طفل معين بالاضطراب.

ومن ثم يجب على المعالج النفسي أن يكون ملماً بقوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه معرفة ما يحتاج من سلوك الأطفال إلى تدخل مهني (طبي أو نفسي) بسبب شذوذه أو عدم ملائمته لمتطلبات النمو أو ما يحتاج إلى التجاهل أو الإغفال أو حتى التشجيع بسبب انسجامه مع تلك المتطلبات.

أن كثيراً من الاضطرابات كالعدوان Aggression والحركة الزائدة Hyperactive والتحطيم والبكاء والتبول اللاإرادي واضطرابات النوم Sleep disorder ... وهي المشكلات التي تسبب إزعاجاً للأسرة قد تكون لدى كثير من الأطفال تعبيراً يتناسب مع الفترة الزمنية التي يمر بها الطفل ومن ثم فإنه لا يجوز وصفها بالشذوذ أو المرض أو المشاكسة.

لكننا ممكن أن نقرر أن هناك كثيراً من المشكلات التي تصدر عن الأطفال لا تكون مطلباً من مطالب النمو ولا تتسجم مع التطور الزمني للطفل وما يصحبه من تطور انفعالي أو عقلي أو اجتماعي ومثل هذه المشكلات التي قد يتفاقم بعضها لدرجة ممكن وصفها بالاضطراب أو الشذوذ تتزايد تزايداً مخيفاً ففي دراسة أمريكية تبين أن نسبة 11% من الأطفال في الولايات المتحدة يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية وتؤكد تلك الدراسة أن هذه النسبة تتزايد عن ذلك بكثير إذا ما ضمنا لهذه الفئة الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الذي لم يشتد لدرجة تثير الحاجة لطلب العلاج والأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي ومشكلات التعلم (إبراهيم، 1994، 380).

❖ أنواع الاضطرابات التي يعاني منها الطفل :Types of disorder

تتنوع الاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل، ومن أحد الطرق للإلمام بهذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها التركيز على معرفة ما يرد للمتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات لمعرفة أنواع الاضطرابات التي تصدر عنها ثم تصنيفها. وإذا ما قبلنا بالتوصيف الذي يضعه المرشد الطبي النفسي الأمريكي لهذه الحالات فإن من الممكن تحديد فئات رئيسية لاضطرابات الطفولة:

- 1- مشكلات متعلقة بالنمو Growth problems: التخلف العقلي أو الدراسي Mental retardation ، ومشكلات النمو اللغوي ، صعوبات التعلم Learning difficulties.
- 2- مشكلات متعلقة باضطراب السلوك Behavior disorder: الإفراط الحركي، العدوان، تشتت الانتباه، التخريب، الجنوح، الكذب، الانحرافات الجنسية.
- 3- مشكلات القلق Anxiety problems: قلق الانفصال Separation anxiety ، القلق الاجتماعي Social anxiety، تجنب الاحتكاك بالآخرين.
- 4- الاضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام Eating disorder: النهم Gluttony، السمنة Obesity، الهزال أو النحافة المرضية Anorexia، التهام المواد الضارة.
- 5- اللوازم الحركية Tics: نتف الشعر، مص الأصابع، قضم الأظافر.
- 6- اضطرابات الإخراج: التبول اللاإرادي Bed wetting، التغوط.
- 7- اضطرابات الكلام واللغة Speech disorder: التهاة، البكم Dumb، الحبيسة الصوتية Phonic aphasia.

8- اضطرابات أخرى: ذهان الطفولة Childhood psychosis، السلوك الاجتراري.

ولا يعني تقسيم هذه الفئات المرضية الذي تتبناه جمعية الطب النفسي الأمريكية ان هذه الفئات مستقل بعضها عن بعضها الآخر، فهذه الفئات تتداخل فيما بينها مما يجعل هذا التقسيم لا يعدو عن كونه مطلباً من مطالب التبسيط العلمي الذي لا يخلو أحياناً من بعض العيوب (إبراهيم، 1994، 381).

اضطرابات نوعية:

من أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكي هو عدم الاكتفاء بوضع الاضطراب أو الأعراض أو الشكاوى في فئات عريضة بالشكل السابق، إن المطلب الأول للبدء في أي برنامج للعلاج السلوكي للطفل هو أن تحدد بالضبط السلوك الذي يرغب المعالج بعلاجه تحديداً نوعياً فالمعالج السلوكي - على سبيل المثال - لا يقبل وصف اضطراب طفل معين بالعدوان ويفضل بدلاً من ذلك مظاهر سلوكية مثل: يستخدم ألفاظاً قبيحة، يضرب أخته، يعتدي على أبويه بالضرب، يبصق، يحطم الأثاث وإلى غير ذلك من جوانب السلوك التي قد تصف السلوك العدواني، وبالمثل فالمعالج السلوكي يفضل استخدام جوانب سلوكية مثل: يخاف الظلام، يشعر بالسخونة في المدرسة... وذلك بدلاً من وصف الطفل بأنه يعاني من عصاب القلق أو تتأببه المخاوف. ويحتاج المعالج السلوكي أن يدرب نفسه جيداً على مثل هذه الصياغات السلوكية.

وعلى العموم فإن أنواع المشكلات التي يعاني منها الأطفال وفق المفهوم السلوكي تتنوع وتتعدد بتعدد المظاهر السلوكية التي تستثير قلق البالغين وقلق المعالج على السواء ويبدل لهذا المعالجون

السلوكيون جهداً كبيراً في وضع قوائم تحليل سلوكي نوعي للاضطرابات السيكامترية الشائعة (إبراهيم، 1994، 383).

❖ إجراءات العلاج السلوكي للطفل:

هناك تقريباً ست خطوات نحتاج للقيام بها لتنفيذ خطة العلاج السلوكي بطريقة التدعيم، وهذه الخطوات هي:

- الخطوة الأولى: تحديد السلوك المحوري Axial behavior:

السلوك المحوري هو السلوك الذي نريد علاجه وتعديله وقد يكون هو الشكوى المباشرة أو السلوك الذي يتفق المعالج مع المريض أو الأسرة على أن التعديل منه سيؤدي إلى تغييرات رئيسية في السلوك. ومن المطلوب أن تحدد السلوك المحوري تحديداً نوعياً. وإن استخدام عبارات مثل مكتئب أو مندفع أو لديه ضعف في الشخصية لا تكون مقبولة لأن من المطلوب وضع جوانب الشكوى في شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها مثلاً: بدلاً من ضعف الشخصية يمكن أن يقال إنه يعجز عن الاحتكاك البصري أو لا يعبر عن غضبه عندما تخرق حقوقه.

وبعد تحديد السلوك المحوري يجب أن تكون لدى المعالج والأهل والطفل جميعهم صورة واضحة من خلال البيانات والمعلومات التي أمكن جمعها بملاحظة الطفل (إبراهيم، 1994، 385).

- الخطوة الثانية: وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيعه Frequency of the behavior:

ويتطلب ذلك بالطبع جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك ويمكن لهذا الغرض أن تستخدم وسائل الملاحظة والاستمارات Forms المعدة خصيصاً لذلك وذلك حتى نصل إلى ما يسمى بحد الانتشار أي أقصى قدر يظهر فيه السلوك. وتساعد هذه البيانات على تحقيق شيئين رئيسيين:

1- نبين لنا كمياً مقدار شيعه هذا السلوك بما في ذلك الأوقات أو الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه.

2- تعطينا فرصة لمتابعة التطورات العلاجية المستخدمة بكل دقة (إبراهيم، 1994، 385).

- الخطوة الثالثة: السوابق واللواحق Pre-post behavior:

■ نحتاج في هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه.

مثال: الطفل يهجم على الأم في الأوقات التي تكون فيها مشغولة بنظافة أو إطعام أو مداعبة أخته الصغرى.

■ وتتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسة الحالة ولقاء الأبوين متى بدأ هذا السلوك الخاطئ في الظهور.

مثال: بدأ الطفل يستخدم أسلوب البصق منذ سنة عندما لاحظ أن والده قد فعل ذلك مرة مع أحد الإخوة، أو عندما ضحك الأب في السابق عندما رأى الأخ الأصغر يبصق على أمه.

■ كذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئية بعد ظهور السلوك غير المرغوب فيه.

مثال: قام الأب بضربه أو شتمه عندما رآه يبصق.

وتمثل استمارة السوابق واللواحق السلوكية نموذجاً جيداً لتقدير الاستجابات البيئية لسلوك المرضى. وهذه الاستمارة تغطي الجوانب التالية:

- ١- أنواع السلوك مصدر الشكوى (يضرب-يشتم-يبصق.. إلخ).
- ٢- تاريخ حدوثه، والوقت الذي استغرقه.
- 3- مع من حدث؟ (الأب - الأم - أحد الإخوة - الزملاء). وكم مرة يحدث في اليوم؟ (بالاستعانة بالبيانات الواردة في استمارة الملاحظات وحد الانتشار Base line data).
- 4- ما الذي حدث قبل ظهور السلوك؟ (انشغال الأم عنه، حضور الأب من الخارج-رفض طلب له-إثر مشادة-بعد توبيخه أو معاقبته.. إلخ).
- 5- كيف استجاب الآخرون (كالأسرة أو المدرس أو المشرف) للسلوك؟ (الأمر بأن يسكت -تقييد الحركة -الضرب).
- 6- ما المكاسب التي جناها الطفل من جراء سلوكه الخاطئ؟ (حصل على اللعبة التي كانت موضوعاً للشجار -عدم الذهاب للمدرسة.. إثارة غيظ الأسرة).

7- أي ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة- صراع بين الأبوين- طلاق- عطلة
- عادة شهرية- احتمالات ممارسة عادة سرية.. إلخ) (إبراهيم، 1994، 388).

- الخطوة الرابعة: برنامج العلاج والخطة العلاجية Treatment aims:

يتم في هذه المرحلة تصميم الخطة العلاجية، إذ اكتملت لدى المعالج صورة واضحة عن أنواع
السلوك المرضي (المحوري) المطلوب علاجها، وأصبحت لديه بيانات وإفارة عن شيوع هذا السلوك
والمكاسب التي يجنيها منه الطفل. فضلاً عن هذا فقد توافرت كذلك بيانات عن التدعيمات السابقة
والتدعيمات اللاحقة والتي تسهم في تقوية هذا السلوك، وتتضمن الخطة العلاجية ما يلي:

أولاً: تحديد الأهداف النوعية Qualitative aims التي تتطلع لإنجازها ويفضل المعالجون
السلوكيون أن يتم تحديد هذه الأهداف بشكل إيجابي. مثال: بدلاً من أن يكون الهدف هو: التقليل
من الشنائم والألفاظ النابية بنسبة 50 % في الأسبوع الأول يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتي:
تزايد نسبة الابتسام أو الحوار اللفظي بنسبة 50 % في الأسبوع الأول.

مثال آخر: بدلاً من التوقف عن المجادلة قل تزايد نسبة الإصغاء أو تزايد نسبة إلقاء الأسئلة أو
تزايد السلوك الدال على التعاون وضع في الخطة الشروط أو الوسط الذي سيحدث خلاله السلوك
الإيجابي ، فضلاً عن تحديد محكات أداء هذا السلوك الإيجابي.

مثال: إذا كان الهدف هو زيادة السلوك التعاوني في الأسبوع الأول بنسبة 50 % تكون محكات
هذه الزيادة مثلاً: (أ) الوقت الذي يقضيه الطفل مع والدته في المطبخ (ب) عدد المرات التي ينقل
فيها بعض الأدوات المنزلية إلى أماكنها المعدة لها، (ج) كم مرة قام بترتيب سريره في الأسبوع. (د)

يساعد الأم على تنظيف أو مداعبة الأخ أو الأخت الصغرى. أي يمكن على وجه العموم وضع محكات السلوك الإيجابي إما في شكل تحديد مقدار الوقت أو الزمن الذي يقضيه في أشياء مرتبطة بهذا السلوك، أو بإحصاء عدة نشاطات سلوكية متنوعة ثم تفسيرها بشكل إيجابي في فترة زمنية (خلال كل ساعة مثلاً).

ثانياً: أشرك الوالدين والطفل في وضع البرنامج، فمن خلال التعاون معهما يمكن أن تحدد المدعمات الإيجابية والسلبية التي ستعوق ظهور السلوك المرغوب فيه أو تيسر ظهوره.

ثالثاً: استعن بقائمة التدعيمات اللفظية أو المصورة وحاول عند اختيار هذه المدعمات أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة وأن تقدم حسب خطة التدعيم وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي.

رابعاً: وجه انتباه الوالدين إلى ضرورة الإكثار من التدعيم عند ظهور الجوانب المرغوب فيها.

خامساً: يجب أن تتضمن الخطة كل الأساليب الفنية التي ستستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب فيه وإيقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب فيه..

مثلاً: سيستخدم الأبوان طريقة الإبعاد المؤقت لمدة خمس دقائق في أي مكان منعزل إذا بدأ في نوبات الغضب أو الاعتداء.

مثال آخر: سيقوم الطفل بتنظيف أواني المطبخ إذا لم يبدأ في عمل واجباته المدرسية فور الانتهاء من طعام الغداء.

سادساً: ينبغي أن تشمل الخطة أيضاً على مدى زمني لتقييم هذا البرنامج بحيث يكون متناغماً مع خطة الأبوين العلاجية (إبراهيم، 1994، 391).

- الخطوة الخامسة: بناء توقعات علاجية:

وتتكون عناصر هذه الخطة مما يلي:

أ- تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطفل والأسرة. ويعني هذا تشجيع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الإيجابية المرغوب فيها بدلا من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب فيه. مثلاً: تقوم العائلة بعمل جلسات أسرية-ثلاث مرات أسبوعياً-لمدة نصف ساعة بحجم خلالها الأبوان عن التأنيب أو النقد، بل يتبادلان الحوار خلالها عن الأشياء الإيجابية التي يتمتع بها الطفل وأفراد الأسرة الداخلون معه في عملية التفاعل. يتخلل هذه الجلسات بعض النقاط المرححة، والقرب البدني والتربيت.

مثال آخر: مكافأة أي سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل ويمكن اعتباره إيجابياً إما لفظياً أو بدنياً أو بتسجيل هذا السلوك في كراسة معدة خصيصاً لذلك.

ب- يقسم السلوك - الهدف - إلى خطوات فرعية ، وتشجيع كل خطوة عند ظهورها.

مثلاً: عندما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على أي سلوك سلبي (غضب أو إلحاح أو نحيب) لمدة ١٥ دقيقة نذهب لنحاوره أو نتبادل معه بعض الأحاديث الودية بهدف إثابته على ذلك وزيادة فترة التوقف عن السلوك السلبي. ويمكن بعد ذلك زيادة الفترة على 15 دقيقة تدريجياً، كل أربعة أيام مثلاً ، قبل أن ننثيه.

مثال آخر: يقوم الأبوان أو المشرف بتدعيم الطفل إيجابياً (حسب الخطوة) كلما ظهر منه ما يدل على التبادل في العلاقات الاجتماعية. (مثلاً عندما يلعب أخته الصغرى أو عندما يعرض القيام بعمل شيء أو أداء نشاط مفيد).

مثال آخر: تحدد للطفل قائمة بنشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهي أداؤها دائماً بالنجاح وإثابته على ذلك لإذاقته طعم النجاح في العمل. ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال الملاحظة.

ج- ساعد الطفل على ابتكار أو دراسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك الخاطئ أو المرضي بحيث يستحيل عند دراسة هذه النماذج أداء السلوك المرضي.

- الخطوة السادسة: تعميم السلوك:

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الإيجابية للسلوك يبقى تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية. إذ ينبغي تشجيع الطفل على تعميم خبراته الإيجابية التي تعلمها في المنزل تحت إشراف مهني على مواقف جديدة كالأصدقاء. ويتطلب ذلك إثارة دوافع الطفل وتحفيزه بكل الوسائل الممكنة على محادثات إيجابية، والاحتكاك البصري، والتعبير عن الانفعالات بحرية. إلخ.. كذلك يمكننا أن نشجعه على استباق الاستجابات الملائمة للمواقف الخارجية من خلال لعب الأدوار أو استباق التعبيرات الإيجابية (مثلاً: لقد أصبح الآن بإمكانك أن تقوم برحلة مع أصحابك دون خوف من أن تفقد أعصابك) (إبراهيم، 1994، 392).

❖ الأساليب والفنيات Techniques and Methods:

➤ 1- أساليب التعويد Exposure والكف بالنقيض Challenge the Negative

Thoughts وأساليب الاسترخاء Methods Relaxation:

جاءت البدايات الأولى لاستخدام التعويد والكف بالنقيض مرتبطة بعلاج المخاوف المرضية الشديدة (الرهاب - Phobia) وهي تلك الاضطرابات Disorders التي تظهر لدى مجموعات كبيرة من المرضى من الكبار والأطفال وتأخذ شكل انزعاج شديد عند التعرض لمواقف ليست بطبيعتها شديدة التهديد ، ولا تمثل عند التعرض لها خطراً مباشراً على الشخص. ومن أكثر أنواع هذه المخاوف anxieties الخوف من بعض الحيوانات أو الظلام أو الوحدة. وتزداد خطورة هذا الاضطراب عندما يرتبط الخوف بموضوعات أو مواقف حيوية ضرورية لتطور الطفل ونموه وذلك كالمخاوف التي تصيب الأطفال من المدارس أو المخاوف الاجتماعية Phobia Social كالخجل الشديد. وتطور الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية (الخوف أو القلق Anxiety or Fear) تدريجياً من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي Contradict the Negative thoughts عند ظهور الموضوعات المرتبطة به. وقد بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام هذا المبدأ على يد ماري كوفر جونز M. C. Jones تلميذة واطسن لمساعدة أحد الأطفال للتخلص من مخاوفه المرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات. لقد كان الطفل بيتر Peter - وهو الطفل الذي قامت جونز بعلاجه - يعاني خوفاً مرضياً شديداً عندما كان يشاهد الأرنب أو الحيوانات الفرائية المشابهة بطريقة عوقت نظوره وأقضت مضجعه بأحلام مزعجة.

لقد تمكنت جونز في فترة قصيرة من إزالة مخاوف هذا الطفل وذلك بتعريضه لمصدر الخوف تدريجياً بإظهار الحيوان على مسافة بعيدة، ثم تقريبه تدريجياً في الوقت الذي كان فيه يبتر يأكل طعامه ويشجع بالربت والابتسام على المواجهة. ومازال هذا المنهج التدريجي gradual encounters في حالات الخوف والقلق لدى الأطفال من المناهج الأثيرة لدى المعالجين النفسيين للطفل حتى الآن. وفي فترة حديثه نسبياً نشر الطبيب النفسي السلوكي-المعروف "جوزيف ولبى Joseph Wolpe 1985" كتابه الشهير بعنوان العلاج بالكف المتبادل وفيه أثبت أن ما يقرب من 90% من حالات الخوف والقلق التي قام بعلاجها (نحو 200 حالة) أمكن شفاؤها باستخدام هذا المبدأ، وقد استوحى "ولبي" الفكرة الرئيسية لهذا المبدأ من القاعدة نفسها التي استخدمتها قبله "جونز" بثلاثين عاماً، ويلخص لنا ولبى طريقته على النحو الآتي:

"إذا نجحنا في استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له فإن من شأن هذه الاستجابات المعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق أو تؤدي على الأقل لكف أو توقف جزئي له إلى أن يبدأ القلق في التناقص ثم في الاختفاء التام بعد ذلك (إبراهيم، 1993، 71). ويتطلب استخدام هذا الأسلوب لدى الطفل عدداً من الشروط منها:

١- أن نكون قادرين على معرفة الاستجابات المعارضة للقلق التي إذا أحضرت عند ظهور الموقف المهدد زاحمت القلق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعده. وقد رأينا أن جونز استخدمت الطعام فقد كانت تظهر الحيوان المخيف بينما يبتر يأكل طعامه المرغوب فيه. وقد تكون الاستجابة المعارضة للقلق هي حضور الآخرين وعناقهم للطفل وتشجيعهم ومدحهم له. ولهذا يفضل بعض المعالجين أن يكون الطفل في صحبة شخص يبعث على طمأنينته وراحته عند تعريضه للمواقف

المثيرة للخوف. أما بالنسبة للأطفال الأكبر سناً فمن الممكن تدريبهم على الاسترخاء في جلسات مستقلة ثم يشجع على استحضار هذا الاسترخاء عند ظهور المواقف المهددة threatening situations.

٢- تقسيم الموقف أو الموضوعات المثيرة للاضطراب إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة بحيث يبدأ بأقلها إثارة لمخاوف الطفل. ويأخذ هذا التدرج في بعض الحالات شكل التقليل التدريجي من المسافة التي تحول بين الطفل وبين موضوع الاضطراب كما كانت تفعل جونز عندما كانت تظهر الأرنب في البداية من مسافة بعيدة جداً لا تثير مخاوف الطفل. ويمكن تدرج التعرض للموقف زمنياً أي من خلال التشجيع على التعرض للموقف المهدد لفترات زمنية قصيرة تطول تدريجياً. وكمثال على هذا ما استخدمه مجموعة من المعالجين السلوكيين المعاصرين في علاج المخاوف المرضية من الظلام Achluophobia لدى طفل في السادسة من عمره أصابه خوف شديد من الظلام إثر مشاهدته أحد الأفلام السينمائية المعروفة عن الكائنات الفضائية لقد تحكم الخوف من الظلام بهذا الطفل لدرجة جعلته يرفض أن يبقى بفرده في حجرته وبصورة أعجزته عن الذهاب للحمام بالليل. وقد انتهى به الأمر إلى أنه كان يرفض أن يغادر أمه في أثناء النوم في حجرته إلى أن أربك نظام الأسرة وعلاقاتها. وقد ابتكر المعالجون طريقة تدريجية زمنية لاحتلال الظلام يطلب فيها من الأسرة أن تقوم بممارستها مع الطفل كل أمسية وفي أثناء الليل وقبل حلول موعد النوم وفق ما يأتي:

"تريدك أن تذهب الآن إلى حجرتك وأن تجلس هناك أو أن ترقد على سريرك. سنطفئ الضوء في حجرتك ونريدك أن تحاول قدر استطاعتك أن تظل في الحجرة أطول مدة ممكنة. إذا شعرت

بالخوف الشديد لا تحاول أن تشعل الضوء لكن ببساطة افتح باب حجرتك واخرج إلينا. يمكنك بالطبع أن تترك حجرتك وتغادرها في أي وقت تشعر فيه بالخوف ولكن أريدك أن تشجع على البقاء في الحجرة أطول فترة ممكنة دون ضوء. سنكون بالخارج نرجو أيضا ألا تصرخ أو تتأدي على أحد ما عليك إذا شعرت بالخوف إلا أن تفتح الباب وتخرج إلينا بأمان. إن هذا الأسلوب الذي أثبت نجاحه في علاج هذه المخاوف يقوم على زيادة فترة التعرض للموضوع المخيف حتى تتحدد مشاعر الطفل نحوه (إبراهيم، 1993، 73).

٣- ويتم تعريف الطفل للمواقف المخيفة تدريجياً إما بطريق التخيل عندما يكون الخوف شديداً أو من خلال التعريض المباشر إذا كان ذلك ممكناً وبعد أن نتأكد من قدرة الطفل على مواجهة مواقف الخوف بطريق التخيل أولاً. خذ على سبيل المثال حالة طفل عانى من الخوف الشديد من المستشفيات وسيارات الإسعاف لدرجة أن كان يغمى عليه إذا مرت بجواره سيارة إسعاف أو إذا سمع صوتها. وكان من نتيجة ذلك أن الخوف كان منعه من الذهاب للمستشفى أو العيادة للعلاج إذا ما تطلب الأمر ذلك. لقد بدأ المعالج بتدريبه أولاً على الاسترخاء في ثلاث أو أربع جلسات. ووضع المعالج بالتعاون مع الطفل تدريجاً لمخاوفه بدءاً من رؤية سيارة إسعاف من مسافة بعيدة أو مصورة على شاشة تليفزيون وحتى رؤية أو تخيل عنبر جراحة في المستشفى. لقد أمكن بعد مرور ثلاثة أيام فقط من جلسات التعرض التدريجي أن يمشي الطفل على مقربة من سيارة إسعاف في موقف للسيارات مع تشجيعه على النظر بداخلها بعد فتح أبوابها الخلفية. وبعد عشر جلسات أجمعت كل الملاحظات وتقارير الوالدين Parents' comments and reports على تحسنه وأنه أصبح بإمكانه القيام بزيارة المستشفى وركوب سيارة الإسعاف ويتبعه بعد ذلك لمدة ثلاثة شهور لم يكن هناك ما يشير إلى انتكاس Relapse في الإنجازات العلاجية. وعموماً فإن التعرض

التدريجي للمواقف بطريق التخيل ثم التعرض المباشر لها من الأساليب التي أثبتت نجاحها في علاج مشكلات الخوف لدى الأطفال وهناك تقارير متعددة تثبت نجاح هذا المنهج في التخلص من حالات الخوف الشديد من الحيوانات والظلام والسفر والسيارات والضوضاء والخوف المرضي من المدارس وزيارة الأطباء والتعامل مع المدرسين والغرباء (إبراهيم، 1993، 74).

الاسترخاء العضلي:

عادة ما يستخدم أسلوب الاسترخاء إما كأسلوب علاجي مستقل أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض Challenge the Negative Thoughts عندما نحتاج إلى خلق استجابة معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة. ويعتمد أسلوب الاسترخاء على بديهية فسيولوجية معروفة فالقلق والخوف والانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية Organs and muscles strains ولهذا فإن الطفل في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية فتتوتر العضلات الخارجية لتتكون حركات لا إرادية مثل اللوازم القهرية involuntary reflexes في الفم والعينين والابتسامات غير الملائمة وتتوتر أيضاً أعضاؤه الداخلية فتزداد دقات القلب وتعنف ويتعطل نشاط بعض غدده كالغدة اللعابية فيجف ريقه ويسوء هضمه بسبب التقلصات التي يحدثها الخوف في معدته. ولهذا استخدم "جاكسون" ومن بعده علماء العلاج السلوكي طريقة الاسترخاء التصاعدي الذي يطلب خلاله من المريض أن يجلس في وضع مريح وأن يركز بصره على نقطة لامعة ثم يبدأ بتوجيه من المعالج بإرخاء أعضاء جسمه وفي البداية يطلب منه أن يغلق راحتي الكفين بكل قوة وإحكام، وأن يلاحظ التوترات والانقباضات Tensions and contractions التي تحدث في مقدمة الذراع (كمقياس للتوتر) ثم يطلب منه فتحهما بعد ثوان معدودة واضعاً إياهما في مكان مريح ملاحظاً ما يحدث في عضلات مقدمة

الذراعين من استرخاء وراحة عامة في الجسم كله. وهكذا ينتقل المعالج بالطفل إلى مختلف أعضاء جسمه بدءاً من القدمين ومروراً بالساقين والفخذين وعضلات البطن والصدر والوجه والفم والرقبة توتراً ثم إرخاء حتى يصل الطفل في خلال ثلاث أو أربع جلسات إلى التحكم الكامل واكتساب القدرة على الاسترخاء، وتزداد فاعلية الاسترخاء عندما يكون الاضطراب العضوي والعضلي جزءاً رئيساً من مشكلات الطفل النفسية. ولهذا تزداد فاعليته في حالات القلق والمخاوف المرضية-أكثر مثلاً من حالات الاكتئاب-بسبب النشاط الاستثاري المصاحب لهما. كذلك يبدو أن نجاح الاسترخاء في علاج حالات الربو وتحمل الألم ومشكلات علاج الأسنان يرجع إلى نفس هذا السبب وهو بروز الجانب العضوي كجانب رئيسي من جوانب التعبير عن الاضطراب النفسي. أما عندما يكون الاضطراب النفسي غير مصحوب بذلك فإن من الأفضل الاعتماد على الأساليب العلاجية الأخرى ويرتفع نجاح الاسترخاء بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك (أي بعد 8 سنوات تقريباً) وألا يكون متخلفاً، وأن تكون اضطراباته غير مرتبطة بمكاسب ثانوية Minor rewards يجنيها منها (إبراهيم، 1993، 75).

2- التدعيم والعقاب والتجاهل Reinforcement, Punishments, and

:Avoidance

(1) التدعيم (التعزيز): Reinforcement

التدعيم هو أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث سلوك معين أو إلى تكرار حدوثه. فكلما كان المدح وإظهار الاهتمام والثناء على الشخص والإثابة المادية أو المعنوية (بالشكر مثلاً) عند ظهور سلوك إيجابي معين تعتبر جميعها أمثلة للتدعيم إذا ما تلتها زيادة في انتشار السلوك الإيجابي. وقد يكون التدعيم إيجابياً أو سلبياً. ويقصد بالتدعيم الإيجابي Positive Reinforcements أي فعل أو حادثة يرتبط بتقديمها للفرد بزيادة في السلوك المرغوب فيه.

أما التدعيم السلبي Negative Reinforcements فيتمثل في توقف أو منع حدث كرهه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب فيه. والتدعيم-إيجابياً كان أو سلبياً- يؤدي دائماً إلى الإسراع في ظهور السلوك المرغوب فيه. ولكن المعالج السلوكي يفضل عادة التدعيم الإيجابي أكثر من التدعيم السلبي لسهولة تطبيقه ولأن نتائجه سريعة ولعدم وجود آثار جانبية سلبية له. والعادة أن التدعيم السلبي يتم بعد تطبيق منبه منفر فيكون التوقف عن هذا المنبه المنفر أو منعه عند ظهور سلوك معارض للسلوك السلبي، ومن ثم فقد يشتم الطفل من تطبيق التدعيم السلبي محاولة للتسلط والحرمان وفرض العقاب بكل ما للعقاب من آثار جانبية سيئة.

والمدعمات Reinforcements أنواع... فهي لا تقتصر على المكافآت المادية كما يظن بعضهم خطأً حينما يقصرون المدعمات أو المعززات على المكافأة أو الحوافز المادية. ومن المهم للمعالج السلوكي ولكل المتخصصين في مجال الصحة العقلية في ميادين العلاج الفردي أو المؤسسات

العلاجية أن يكونوا على علم بأنواع هذه المدعمات أو أن يكون لديهم رصيد منها حتى يمكن استخدامها بفعالية.

وعموماً يمكن تصنيف المدعمات إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي: مدعمات مادية materialistic rewards وممتلكات، ومدعمات اجتماعية social rewards ، ومدعمات نشاطية physical rewards (أي مرتبطة بأداء نشاطات محببة). وتدخل في المدعمات المادية كل الأشياء الملموسة التي تكون قيمتها التي فيها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية ولهذا لا يحتاج الطفل إلى تعلم فائدتها ويصلح هذا النوع من التدعيم مع الأطفال الصغار وفي حالات التخلف العقلي mental retardation وحالات الاضطرابات الذهانية mental disorders ومن أمثلتها الحلوى والطعام واللعب والمشروبات... ويمكن تقسيم المدعمات الاجتماعية إلى أربعة أقسام تمثل:

أ- إظهار الاهتمام والانتباه بكل ما يصحب ذلك من مظاهر سلوكية دالة عليه كالابتسم والإيماء بالرأس والاحتكاك البصري.

ب- الحب والود وذلك كما في حالات عناق الطفل أو تقبيله أو التريبت عليه.

ج- الاستحسان باستخدام الألفاظ الدالة على الاستحسان أو الحركات كالنصفيق والشكر والموافقة.

د- الامتثال والإذعان فإذعان الأبوين أو الإخوة إلى طلبات الطفل وإحاحه بتقديم ما يرغب فيه يعتبر ذا قيمة اجتماعية.

أما المدعمات المرتبطة بأداء نشاطات معينة فهي تشمل على سبيل لمثال، مشاهدة التلفاز، الخروج للنزهة، الذهاب للملاهي، قيادة الفصل الدراسي، أو أي نشاطات مفضلة للطفل يمكن استخلاصها بملاحظته أو استنتاجها من خلال التفاعل معه. فضلاً عن هذا فهناك طائفة أخرى من التدعيمات التي يطلق عليها العلماء اسم التدعيمات الهروبية (السلبية) أي التي ترتبط بتجنب أو منع أشياء

مزعجة أو كريمة كالتوقف عن النقد أو الضرب أو التوقف عن توقيع عقوبات معينة (إبراهيم، 1993، 83).

متى يكون التدعيم فعالاً ؟ When Does Reinforcement Work?

يجب أولاً أن يكون المدعم (المعزز) متوقف الحدوث على السلوك المرغوب فيه فقط فحدوثه اعتماداً على مسببات أخرى سيقال من كفاءته في تمكيننا من التحكم بذلك السلوك. كذلك يجب أن يقدم المدعم حال حدوث السلوك المرغوب فيه لأن التأخير في تقديمه سيقال من فعاليته في زيادة تكرار السلوك المرغوب فيه أو احتمال حدوثه. لذا يجب أن يكون التدعيم فوراً إثر حدوث السلوك المرغوب فيه فالتأخر في إعطاء المدعم قد يؤدي إلى تدعيم سلوك غير السلوك الأصلي. فالوعد بتقديم قطعة من الحلوى للطفل عندما يتبول في المكان المناسب ثم الإخفاق بالقيام بذلك وإعطائه قطعة الحلوى عندما يلح ويكرر الطلب سيؤدي إلى تدعيم سلوك الإلحاح وليس التبول في المكان المناسب. ثم إنه يجب أن يكون المدعم محبوباً ومرغوباً فيه من الطفل أي يجب أن تكون له قيمة ما عند الطفل وهذه القيمة هي التي ستحدد ما إذا كان الشخص سيبدل جهده للحصول عليه. وتلزم الملاحظة أن حجم المدعم يؤثر على فعاليته بحيث إنه كلما ازداد حجمه كان تأثيره في السلوك الذي سبقه أكثر والقاعدة التي نستخلصها هي أنه إذا قدمت مدعماً بعد سلوك معين ولم يؤد إلى تقوية ذلك السلوك فإن من الأفضل أن تبحث عن مدعم آخر لأن المدعم الأول غير فعال. كذلك فإنه يجب أن يكون هناك اتساق في تقديم المدعم بحيث يقدم دائماً بعد ظهور السلوك المرغوب فيه. لكن من الأفضل البدء بتقليل عدد المرات التي يقدم فيها المدعم بعد ملاحظة بعض التحسن. وبعبارة أخرى من الأفضل دائماً استخدام التدعيم المستمر في بداية تعلم السلوك الإيجابي ثم يمكن الانتقال إلى التدعيم المتقطع عندما يحدث تقدم في السلوك.

كما ينبغي التحرر من بعض الأفكار غير المنطقية عند استخدام مبدأ التدعيم فهناك من يعتقد أن استخدام التدعيم قد يعتبر نوعاً من الرشوة للطفل ولا شك أن المعالج أو الأب الذي يتبنى مثل هذا الاعتقاد سيستخدم التدعيم بطريقة غير فعالة. يجب أن نتذكر أن السلوك الخاطئ قد يكون بفعل التدعيم وأن التوقف عن تدعيم السلوك الخاطئ واستبداله بأسلوب جديد يمكن من خلاله تدعيم السلوك المرغوب فيه واجب خلقي وإنساني فضلاً عن فائدته الصحية ولا ننسى أننا لا نعتبرها "رشوة" عندما نجد من الضروري أن نتسلم راتبنا الشهري من صاحب العمل إنما على العكس نجد توانيه عن ذلك إثباتاً لفشله أو سوء خلقه أو ضعف مهاراته الإدارية.. إلخ. (إبراهيم، 1993، 88).

(2) العقاب وتكاليف الاستجابة والإبعاد المؤقت:

Responding, and Time out Punishments, the cost of :

يتضمن العقاب إيقاع أذى- لفظي أو بدني- أو إظهار منبه مؤلم أو منفر عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب. والعقاب يختلف عن التدعيم السلبي negative reinforcements من حيث نتائجهما ومن أمثلة العقاب الضرب والحرمان من التفاعل الاجتماعي وزجر الطفل والصراخ في وجهه وحرمانه من لعبه. وتعتبر الأساليب التي يستخدمها المدرسون أمثلة إضافية على ذلك فطرد التلميذ من الفصل أو إنقاصه درجاته عندما يظهر سلوكاً غير محبب كالإهمال والشغب هي أيضاً أنواع من العقاب.

ومن أنواع العقاب الرئيسية ما يسمى بتكاليف الاستجابة والتي تأخذ شكل الحرمان من مدعم كان يعود على الطفل بالفائدة إثر ظهور سلوكه المضطرب. ومن أهم أنواع العقاب ما يسمى بالإبعاد المؤقت time out ويتضمن إبعاد الطفل إثر ظهور السلوك عن الموقع لفترات قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات اجتماعية أو نفسية. ومن مزايا هذا الأسلوب أنه سيساعد أولاً على إنهاء

الموقف الذي يرتبط بالمشكلة أو الصراع dispute فوراً وبالتالي يقلل من التطورات السيئة. فإبعاد طفلين متشاجرين وإرسالهما لفترات قصيرة-أو إرسال المعتدي منهما- ينهي المشادة وما قد يترتب عليها من مضار بدنية أو تخريب كما أنه يسمح ثانياً بإعطاء الطفل فرصته للتأمل في سلوكه بهدوء كما يعطي الأبوين أو المشرفين فرصة أكبر للتحكم الانفعالي (فضلاً عن هذا فالإبعاد المؤقت لفترة قصيرة من شأنها أن تبعد الطفل عن المشتتات البيئية environmental distractions التي قد تعوقه عن استكشاف الطرق الأخرى للتصرف الملائم في المستقبل) على أن نجاح أسلوب الإبعاد المؤقت يرتهن بشروط متعددة منها:

أ- تجنب الهياج الانفعالي والثورة خلال تطبيقه: فلا بد من التسلح بالهدوء لأن الهياج الانفعالي قد يدفع الطفل لمزيد من الانفعال وهذا الانفعال قد يكون في حد ذاته مدعماً إضافياً للسلوك السيئ بسبب ما يتضمنه من انتباه سلبي.

ب- ينبغي تجنب الجدل والنقاش مع الطفل: إذ ينبغي أن نذكر الطفل بكل بساطة بأنه قد خرق قاعدة أساسية من القواعد التي الاتفاق عليها معه من قبل (بضربه لأخته مثلاً أو إتلافه قطعة من الأثاث) وأنه لهذا يجب أن يذهب مثلاً إلى حجرته أو إلى أي مكان منعزل في المنزل لفترة دقيقتين، الحزم والهدوء مطلبان ضروريان للنجاح في ذلك.

ج- تجاهل كل ما يصدر عن الطفل بعد ذلك من احتجاجات أو توسلات أو أعداء.

د- أما من حيث الوقت الذي ينبغي أن يبتعد فيه الطفل فيعتمد على الخبرة لكن ملاحظات خبراء العلاج النفسي ترى أن الإبعاد لمدة دقيقتين يؤدي إلى نتائج إيجابية لدى الطفل ذي العامين وقد تزداد هذه الفترة لمدة خمس دقائق لمن هم أكبر من ذلك (إبراهيم، 1993، 88).

هـ- عند تطبيق أسلوب الإبعاد المؤقت يجب إعلام الطفل بأنه وسيلة لإعطائه فرصة للتفكير في سلوكه وليس عقاباً كذلك يجب أن يلتزم الطفل خلال هذه الفترة بالهدوء.. وإلا فمن الممكن تمديد الوقت المحدد لذلك أو مضاعفته وبالرغم من الانتقادات التي توجه لأسلوب الإبعاد على أنه نوع من العقاب فإن نتائجه تكون مقبولة (خاصة إذا كان الموقف نفسه يؤدي إلى مزيد من الاضطراب والفوضى والعُدوان والتعارك) ولهذا فهو يستخدم بفاعلية في مثل هذه المواقف التي تتسم بالصراع الشديد بين الأطفال ولا ننصح من ناحيتنا باستخدامه بشكل متسلط أو متكرر من قبل المشرفين والمدرسين لأننا في مثل هذه الحالات نشجع السلوك التسلطي والخضوعي ولا نعمل على إيقاف السلوك العدواني كمطلب من مطالب العلاج (إبراهيم، 1993، 91).

(3) استخدام التجاهل:

تعرف البديهة الاجتماعية ويعرف اختصاصيو الصحة العقلية أن كثيراً من أنواع السلوك التي تسبب الإزعاج للأسرة يمكن أن تختفي في فترات قصيرة بمجرد تجاهلها. فمن المعروف أن تجاهل كثير من جوانب السلوك المزعجة (خاصة إذا كانت غير ضارة بشكل مباشر) ستؤدي إلى اختفائها تدريجياً ولهذا فإن الآباء بانزعاجهم الشديد من بعض مشكلات أطفالهم وما يقومون به من محاولات للتصحيح غالباً ما يؤدي إلى عكس ما يرغبون فيه. ومن الأمثلة على أنواع السلوك التي يمكن علاجها بتجاهلها: البكاء المستمر، العويل، النهة، العزوف عن الطعام، الشكاوي المرضية العابرة، وكذلك أنواع السلوك أو الاستجابات التي تصدر للمرة الأولى من الطفل كقضم الأظافر أو ننف الشعر، أو تحطيم شيء عفوي. ولكي يكون التجاهل فعالاً، أي لكي يؤدي إلى النتيجة المرجوة وهي انطفاء السلوك السلبي فلا بد من توفر شروط منها:

أ- الانتظام والاتساق strict and disciplined في تطبيق طريقة التجاهل فمن المعروف أن التجاهل-خاصة بعد أن يكون الطفل قد اعتاد الانتباه من الآباء- سيؤدي في بداية تطبيقه إلى ما يسمى بفترة الاختبار وفي خلال هذه الفترة- التي قد تمتد أحيانا أياما أو أسابيع- قد يتزايد السلوك غير المرغوب فيه أكثر مما كان عليه من قبل.

هذا التزايد شيء يقوم به الطفل ليتأكد من أن النمط القديم من الاستجابات والاهتمام مازال ممكنا. ولهذا فإن علماء الصحة يحذرون بشدة من التراجع في هذه الفترة الاختبارية عن استخدام التجاهل ويرون أنه لا بد من الانتظام والاستمرار فيه.

ب- اللغة البدنية الملائمة Accurate Body Language : عند تطبيق التجاهل تجنب الاحتكاك البصري بالطفل والتفت بعيدا عنه حتى لا يرى تعبيراتك.

ج- ابعد نفسك مكانيا distance yourself أي لا تكن قريبا منه خلال ظهور السلوك الذي أدى إلى استخدامك التجاهل إن مجرد القرب البدني يعتبر تدعيما للسلوك غير المرغوب فيه وغالبا ما سيتوقف الطفل (عن عويله مثلا) إذا كان متأكداً من أن أحداً لا يسمعه أو يراه.

د- احتفظ بتعبيرات وجهك Keep your face void of expressions محايدة فاختراس النظر للطفل أو إظهار الغضب أو وقوفك أمامه مترقبا أن ينهي تصرفاته كلها تفسد من التجاهل المنظم لأنها تكافئ الطفل بالانتباه لأخطائه.

هـ- خلال فترة التجاهل ينبغي ألا تدخل في حوار أو جدل مع الطفل.

و- يجب أن يكون التجاهل فوراً Immediate avoidance أي حالما يصدر السلوك غير المرغوب فيه. كما ينصح العلماء كقاعدة رئيسية من قواعد نجاح العلاج أن تتجاهل السلوك ولا تتجاهل الشخص ويتطلب ذلك أن تدعم الطفل إيجابياً وبشتى الوسائل بما فيها إظهار الود والاهتمام والمشاركة في شيء إيجابي حالما يتوقف السلوك الخاطئ. إن المقصود من التجاهل هو التخلي عن بعض الجوانب السيئة لكن الاهتمام الإيجابي والرعاية وامتداد قدرات الطفل تعتبر من أقصر الطرق لتكوين طفولة ناجحة كما أنها تقوي العلاقة بين الأبوين والطفولة مبكراً، يجعل آثارها التالية لا تقدر من حيث الارتباط الوجداني الإيجابي بينهما فضلاً عن هذا فإن هناك اضطرابات سلوكية ومشكلات ترتبط بالطفل قد يكون تجاهلها خطراً فالسلوك العدواني المستمر والتهديد والاعتداء على الأطفال الآخرين أو البالغين بالضرب والشتائم وتدمير الملكية وأنواع السلوك الجنسي المرتبط بجرح مشاعر الآخرين أو الأخريات كلها جوانب لا يصلح التجاهل في علاجها بل تحتاج إلى تدخل مباشر. وفي هذه الحالة يمكن استخدام أساليب علاجية أخرى مثل الإبعاد المؤقت أو أسلوب آخر طُوّر حديثاً يسمى أسلوب التعليم الملطف يصلح بشكل خاص لعلاج العدوان والتحكم فيه دون نتائج سلبية إضافية، وعلى وجه العموم نجد أن استخدام أسلوب العقاب وما يرتبط به من مناهج وأساليب علاجية أخرى بما فيها تكاليف الاستجابة والإبعاد والتجاهل قد تكون لها فائدتها إذا ما استخدمت بشكل هادئ وحازم وكانت مرتبطة بتوقف سلوك ضار. وبعبارة أخرى إذا كان تجنب القيام بسلوك خاطئ يتضمن علاجاً للمشكلة فإن العقاب السريع المتسق سيكون من شأنه إيقاف الطفل عن ذلك ومن أمثلة هذا: أن يضع الطفل مسماراً في أذنه أو يحاول أن يلعب مع الأطفال الصغار بوضع شيء حاد في عيونهم أو يحاول أن يشعل البوتجاز أو من عادته الاندفاع خارج المنزل إلى الشارع حيث السيارات والأخطار غير المتوقعة... إلخ. في مثل هذه المواقف

تعرف أن علاج المشكلة يكمن أساساً في تجنب وتحاشي القيام بهذا السلوك الضار... ولهذا يصلح مع هذه الأنواع من السلوك استخدام العقاب وعلى العموم فإن للعقاب آثاراً جانبية ومن ثم يجب عدم استخدامه في الحالات التي يكون فيها الاضطراب متعدداً في جوانبه بل إن استخدامه في بعض المشكلات - مثل ضرب الطفل نتيجة اعتدائه على شخص آخر - قد يؤدي إلى نتيجة معاكسة لأن العدوان بالضرب هنا يمنح الطفل نموذجاً عدوانياً يشجع على تدعيم العدوان وليس على توقفه والعقاب يؤدي إلى تولد الخوف والقلق كما أنه يشعر الوالدين بالذنب مما يجعلهما يتصرفان نحو الطفل بعد ذلك بطريقة غير متسقة وهو يوقف السلوك الخاطئ ولكنه لا يبين السلوك السليم لهذا من الأفضل أن يكون العقاب مصحوباً بتعليمات لفظية واضحة لما يجب أن يتصرف عليه الطفل في المرات القادمة. فضلاً عن هذا فإنه يوقف السلوك الخاطئ مؤقتاً إذ قد يظهر عندما يخفي الشخص القائم بالعقاب والشخص الذي يُسرف في العقاب قد يفقد جاذبيته وخاصيته التدميمية للطفل ويرتبط لدى الطفل بمشاعر الكراهية والغور والخوف.

ومثل هذا الشخص لا تكون له القدرة التأثيرية في الطفل في المواقف الإيجابية ويحذر المعالجون السلوكيون من تأجيل العقاب إذا كان من الضروري ممارسته. فالأم التي ترى ابنها وهو يخرب أحد الأشياء في المنزل وتنتظر حتى يعود الأب لكي يقوم بدور العقاب فإنها بهذا الفعل لا تعاقب الفعل المخرب ولكنها عاقبت حضور الأب مما يجعل الأب مرتبطاً بإيقاع العقاب والأذى ويقلل فرص التقبل الوجداني له من قبل أطفاله وإنها ملاحظة منا تستحق البحث والتأمل إن ما تلاحظه من رفض بين كثير من أطفالنا لأبائهم إنما يعود في حقيقة الأمر لارتباط الأب بعقاب الطفل وتهذيبه. وتدعم الأمهات هذه الصورة الكريهة للأب عندما تحاول - بشكل مقصود أو غير مقصود - أن تدافع

عن الطفل وتحميه من غضب الأب بعد أن تكون هي التي تسببت في ذلك بتأجيلها عملية تعديل السلوك لحين عودة الأب (إبراهيم، 1993، 94).

➤ 3- تدريب المهارات الاجتماعية Exercise Social Skills:

تتطلب نظرية التعلم الاجتماعي social learning theory التعامل مع كثير من أنواع السلوك - مرضية كانت أم عادية - على أساس أنها تكونت بفعل التعلم من الآخرين عن طريق الملاحظة. وبالنسبة للأطفال على وجه الخصوص فقد بينت المحاولات المبكرة لهذه النظرية أن كثيراً من جوانب الاضطراب النفسي بما فيها العدوان والقلق aggressiveness and anxiety تكتسب من قبل الطفل بتأثير الآخرين عن طريق ملاحظته لهم. كما تشير بعض الدراسات إلى أنه من الممكن علاج الأطفال من المخاوف المرضية بالطريقة نفسها، أي بملاحظة أشخاص آخرين يتفاعلون بطمأنينة ودون خوف مع الموضوعات المرتبطة بخوف هؤلاء الأطفال وتؤيد ملاحظات الأشخاص العاديين أننا نكتسب بالفعل رصيداً سلوكياً هائلاً من خلال ملاحظتنا للآخرين ومحاكاتها لما يفعلون. لكن ما نكتسبه من الآخرين لا يكون بالضرورة إيجابياً. فالطفل الذي تحيط به أسرة خائفة جزعة سيكتسب بالفعل منها مخاوفها وموضوعات جزعها. والأب الذي يهرب من الضغوط بتناول المهدئات والعقاقير يرسم أمام الطفل نموذجاً سلوكياً هروبياً يشجع على عدم مواجهة المشكلات وحلها في وقتها المناسب. وقد سبق أن وضحنا أن من الأسباب التي تجعل بعض فنيات العلاج بالعقاب أسلوباً ممقوتاً، أنها ترسم أمام الطفل نموذجاً عدوانياً يشجع على استخدام العدوان ويؤدي إلى عكس ما يهدف إليه الوالدان تماماً وتوضح نظرية حديثة في العلاج الأسري أن هناك دائماً ارتباطاً قوياً بين مخاوف الطفل ومخاوف آبائهم. ولهذا فقد نجد أسرة كاملة تخاف من حيوانات

معينة، أو تتحكم فيها اضطرابات محددة كالقلق الاجتماعي social anxiety ، أو تنتشر في أفرادها اضطرابات سيكوسوماتية psychosomatic disorders خاصة بها كالصداع والأرق، وقرحة المعدة... إلخ. ونظراً لأن كثيراً من هذه الاضطرابات لا تخضع للوراثة بكاملها، فإنها في الغالب قد اكتسبت بفعل ملاحظة أفراد الأسرة الآخرين أو بسبب ما يخلفه كل منهم أمام الآخر - خاصة أمام الصغار - من أنماذج سلوكية وتدعيمات لهذه الشكاوي. وتسهم عمليات التعلم الاجتماعي في نمو أنماط الاضطراب الشديدة بما فيها الاضطرابات العقلية لدى البالغين والأطفال على حد سواء. وفي الحالات الأخرى الأقل خطورة من الأمراض العقلية تسهم عمليات التعلم الاجتماعي في ظهور الاضطرابات الاجتماعية بدرجات متفاوتة فتضعف قدرة الشخص على التفاعل الاجتماعي في المنزل أو المدرسة. ومن الأسس الرئيسة للاضطراب النفسي لدى الأطفال، القصور في المهارات الاجتماعية بكل ما يرتبط به من جوانب ضعف في التفاعل الاجتماعي الإيجابي. وقد يجيء قصور المهارات الاجتماعية مستقلاً في شكل اضطرابات يقوم فيها هذا القصور بالدور الأساسي كما هي الحال في حالات القلق الاجتماعي والخجل، والتعبير عن الانفعالات الإيجابية positive reactions (كالعجز عن إظهار الحب والمودة والاهتمام) أو السلبية (كالعجز عن التعبير عن الاحتجاج أو رد العدوان). وقد يجيء القصور الاجتماعي مصاحباً لكثير من الاضطرابات الأخرى.

فقد تبين أن أنواعاً كثيرة من الاضطراب السلوكي بين الأطفال - بما فيها الاضطرابات العصبية psychoneurotic disorder والذهانية mental disorder والسيكو فيزيولوجية - يصاحبها قصور تدريب المهارات الاجتماعية للطفل واضح في المهارات الاجتماعية بها فيها العجز عن الاحتكاك البصري visual interaction أو تبادل الحوار، والجمود الحركي freezing of

movement وعدم الاستجابة للتفاعل الاجتماعي. ويوجد من الطرق العلاجية المبنية على نظرية التعلم الاجتماعي ما يمكننا من تدريب الطفل على العديد من المهارات الاجتماعية لعل من أهمها:

- التعلم من خلال ملاحظة النماذج (أو التعلم بالقوة).

- تدريب القدرة على توكيد الذات ولعب الأدوار.

- الاقتداء والملاحظة (إبراهيم، 1993، 103).

➤ 4- تعديل أخطاء التفكير **Fixing Inaccurate Mindsets**:

لا يمكن في الحقيقة عزل اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم السلوكية عن الطريقة التي يفكرون بها، وعما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم ونحو المواقف التي يتفاعلون معها. فالاضطرابات النفسية على وجه العموم بما فيها اضطرابات الطفل تعتبر من وجهة نظر المعالج السلوكي -المعرفي نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص عن نفسه وعن العالم. وتبين ملاحظات أخرى أن ما يريده الطفل من أقوال لنفسه عندما يواجه المواقف هو مصدر رئيسي من مصادر الاضطراب. ولذلك يركز المعالج السلوكي-المعرفي أكثر من زملائه الآخرين على علاج أساليب إدراك الطفل واتجاهه نحو المواقف أكثر من تركيزه على تحليل المواقف الخارجية المصادر المعرفية المرتبطة بالاضطراب النفسي عند الطفل.

يمكن تحديد أربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي lack of knowledge يرتبط ظهورها باضطرابات الطفولة وهي:

١- نقص المعلومات والخبرة lack of information and experience:

إن جزءاً كبيراً من الأخطاء التي يرتكبها الطفل قد تكون نتيجة مباشرة لجهله بالطرق الصحيحة في التصرف أو التفكير ومن ثم يجب علينا ألا ننسى عند تعاملنا مع الطفل أن ما يصدر عنه من مشكلات هو في واقع الأمر نتيجة لقصور في فرص التعلم والممارسة والتفاعل في جوانب مختلفة من الحياة. ولهذا يتطلب العلاج المعرفي للطفل في بعض مراحله التركيز على التربية المباشرة بإعطاء الطفل معلومات دقيقة ومفصلة عن كيفية السلوك السليم وما تتطلبه التفاعلات الناجمة من شروط. ويفضل "إليس" (Ellis, 1996) أن نعلم أطفالنا من خلال التربية المباشرة والمفصلة كيفية الطفل بأنها غير حقيقية أو حمقاء. ومن هذا المنطلق تمكن (أزرين ونان Azrin & Nunn 1977) أن يعالجا صعوبات الكلام والتعثر في نطق بعض الحروف من خلال تدريب الأطفال مباشرة على نطق الكلمات التي تحتوي على الحروف التي يتعثر الطفل في نطقها مع التدريب خلال عملية النطق على التنفس المنتظم والقراءة بصوت عال. واعتماداً على هذا التصور يمكن أيضاً النظر إلى مشكلات الطفل الانفعالية - كالقلق والاكتئاب anxiety and depression - على أنها نتيجة مباشرة للعجز عن اكتساب أو تعلم الأساليب الملائمة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية ونجد لهذا اهتماماً واضحاً بين علماء العلاج السلوكي- المعرفي لابتكار مناهج علاجية تقوم على تدريب الطفل وتعليمه مباشرة الأساليب الفعالة في حل المشكلات.

٢- المعتقدات وأخطاء التفكير Believes and Inaccurate Thinking:

ثمة عدد آخر من الاضطرابات يتطور لدى الطفل بسبب ما يحمله من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين وعن المواقف التي يتفاعل معها. فالعدوان أو الاندفاع في التصرف عند الطفل

مثلاً قد لا يكون بالضرورة نتيجة مباشرة لاضطراب عضوي أو مواقف بيئية ولكن قد يكون أحياناً انعكاساً لتفسير الطفل للمواقف الخارجية على أنها مهددة ومحبطة متأثراً بإدراكه لها ويصوغ بيك (Beck, 1967) نظرية متكاملة يفسر على أساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية-- وعلى وجه الخصوص الاكتئاب-- في ضوء المعتقدات أو الآراء السلبية التي يحملها المريض عن النفس والعالم والمستقبل. ومن رأيه أن الخبرات التي مر بها الشخص تستمد دلالتها اليأسية أو المكتئبة أو الانهزامية من خلال التحامها بهذا الأسلوب. فتبني مثل هذا الاعتقاد يؤدي إلى تشويه إدراك الواقع بشكل سلبي ثم تأتي بعد ذلك الاستجابة الانفعالية أو السلوكية اليأسية والتي نسميها اكتئاباً. وبعبارة أخرى فإن المواقف المحايدة أو الغامضة تكتسب دلالتها ومعناها من خلال ما نعتقده بشأنها ومن خلال قدراتنا على مواجهتها (إبراهيم، 1993، 119).

٣- التوقعات السلبية Negative Expectations:

تتلائم حالات الاضطراب -كالاكتئاب- توقعات أو أحداث سلبية أو مهينة للمرضى مما يجعلهم يعتقدون أنه لن يكون بمقدورهم تجنب حدوث هذه الأحداث. فعندما يتوقع الشخص أن شيئاً ما سيحدث ولن يكون بإمكانه تغييره أو تغيير نتائجه يبرز الاكتئاب كمجموعة من الاستجابات المصاحبة لهذه التوقعات ويفسر هذا التصور انخفاض مستوى الدافعية وكذلك انخفاض العمل النشط الإيجابي على حل المشكلة كخاصية رئيسية من خصائص الاكتئاب. وتبين بحوث "سليجمان Seligman 1977" أن الاكتئاب لدى الطفل يعبر عن نفس هذه المعاني فالأطفال المكتئبون يكشفون عن قصور شديد في حل المشكلات العقلية والاجتماعية بالرغم من أن ذكاءهم قد يكون مرتفعاً أكثر من غيرهم. وقد اقترح "سليجمان" مفهوم العجز المكتسب كخاصية رئيسية من

خصائص الاكتئاب عند الإنسان العادي البالغ والطفل وحتى الحيوان. وفي إحدى تجاربه وضع كلبا في صندوق مكهرب لا يمكنه الهرب منه فكان الكلب في البداية يظهر علامات الانزعاج بما فيها العواء والنشاط الشديد للهرب من الصندوق (وكانه قد أصيب بحالة جزع وخوف مرضي). لكن عندما استمرت الصدمات الكهربائية استسلم الكلب في قاع الصندوق في حالة يائسة. ومن الطريف أن الكلب لم يبد أي محاولة للهرب من هذا الموقف إلى صندوق مجاور حتى عندما أتيحت له الفرصة. كما أنه عزف عن تناول الطعام وأصابه الهزال وكأنه قد أصيب بحالة اكتئاب شديد. لقد أثبت المجرب هنا أن الاكتئاب يمكن أن يكون نتيجة مباشرة للعجز عن إيقاف الألم أو ضبطه والذي أدى إلى تقاعسه وعجزه عن التخلص من هذه البيئة المؤلمة حتى بعد أن تتوفر له الفرصة لتحقيق ذلك. ولعلاج الاكتئاب المكتسب *acquired depression* بهذه الطريقة يقترح "سيلجمان" مفهوم الأمل المكتسب *acquired hope* الذي يمكن اكتسابه وفق خطة مماثلة. ففي تجارب "سيلجمان" التي أشرنا إليها بدأت الكلاب تنشط في الهرب من البيئة المؤلمة عندما قام المجرب عمدا بنقلها من الصناديق المكهربة إلى الصناديق الأخرى المجاورة عددا من المرات. وبعبارة أخرى فقد تكون لديها الأمل من جديد (من خلال محاولة الهرب وتجدد مصادر الأمل في البيئة) عندما تعتمد المجرب نفسه تشجيعها على ذلك. وتماشيا مع هذه النتيجة يمكن القول إن إصابة الطفل بالاكتئاب هي تعبير مباشر عن سلسلة من الأخطاء الاجتماعية في حقه مما يجعله يتجه لتبني أسلوب العجز المكتسب فيعتريه التشاؤم ويلزمه فقدان الثقة بالنفس والعجز عن تطوير نفسه بالإمكانات المتوافرة لديه فعلا. وسيكون من الصعب علاج مثل هؤلاء الأطفال من اضطراباتهم دون أن تتولى البيئة عامدة متعمدة استبدال عجزهم المكتسب بالأمل المكتسب من خلال وضعهم في تجارب ناجحة وفي مواقف مضمونة الفوز إلى أن تتشكل لديهم توقعات إيجابية وأمل جديد. من

المعروف أن بعض أنواع الاضطراب النفسي لدى بعض البالغين والأطفال على السواء عادة ما تكون مصحوبة بخصائص فكرية في الشخص كالمبالغة والتهويل وتوقع الشر. فالاضطراب يلتحم بطرق خاطئة من التفكير (إبراهيم، 1993، 122).

ومن الممكن حصر الأساليب المعرفية الخاطئة in accurate knowledge methods والتي من شأنها أن تؤدي إلى الاضطراب ولدعمه في عدد من النقاط التي أمكن لنا حصرها فيما يأتي:

١- التعميم السلبي الشديد Extreme Generalizations: كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة أو حمقاء.

٢- التوقعات الكوارثية The Expectation Disasters: مثال الطفل الذي يتجنب الدخول في مواقف خوفاً من أن يرتكب خطأ قد يراه على أنه كارثة له أو لأسرته أو لسمعته.

٣- الكل أو لا شيء Everything or Nothing: يتصرف الطفل باضطراب إذا كانت تصوراته للأمور قائمة إما على النجاح الكامل أو الفشل الذريع. التطرف هنا تصحبه عادة مشاعر شديدة بالإحباط أو القلق الحاد عندما يتعرض الطفل لأي إحباط أو توتر مهما كان تافهاً.

٤- قراءة أفكار الآخرين سلباً Negative Assumptions to Others Thoughts: فالطفل الذي يردد بينه وبين نفسه عندما يوشك على الدخول في تفاعلات اجتماعية عبارات مثل: "سيجعلونني موضوعاً لسخريتهم إذا لم أفعل ذلك" أو "إنهم يظنون بأنني أقل منهم" أو "أعتقد أنهم يضحكون علي الآن" مثل هذا الطفل سيكون من السهل عليه أن ينزلق في كثير من أنواع الاضطراب والانحراف بما فيها تعاطي مواد ضارة أو العدوان أو القلق الاجتماعي والانسحاب.

٥- المقارنة Comparison: ستتأثر كثير من الوظائف الاجتماعية والعقلية وتتعلل قدرة الطفل على النشاط والدافعية مما يجعله عرضة للاضطراب الانفعالي كالاكتئاب أو القلق إذا كان من النوع الذي يسرف في استخدام عبارات مثل: إنهم أكثر قدرة مني إن هناك شيئاً ما خاطئاً في بالمقارنة بهم إنني لست كذا مثله.

٦- تجريد إيجابيات الشخصية من مزاياها Stripping One's Personality From All of it's Positives: إنني لا أستحق هذا الإطراء إنني لا أستحق هذه الدرجات العالية هذا الاهتمام نوع من العطف فلا يوجد في أو في شخصيتي شيء يستحق ذلك.

٧- التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية Thinking Based on Inaccurate Analysis: فالطفل الذي يفسر سلوك الآخرين تفسيراً انفعالياً سيجد نفسه عاجزاً عن التفاعل الاجتماعي الفعال وسيجد نفسه غالباً عرضة لكثير من المخاوف الاجتماعية والوساوس والاضطرابات العضوية. ومن ثم فإن مهمة المعالج السلوكي- المعرفي في هذه الحالات تجنب الطفل أفكاراً مثل: "التراجع عن الرأي معناه ضعف" القبول بالنصيحة امتهان للكرامة.

٨- تحميل الشخصية مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل: توضح لنا ملاحظات المعالجين السلوكيين أن الاضطرابات النفسية - بين البالغين والأطفال- تتميز في بعض الحالات بتفكير يناسب الشخص بمقتضاه فشل أشخاص أو جماعات خارجية إلى نفسه. مثلاً: فشل هذه المجموعة في المسابقة كان بسببي وبسبب كسلي (إبراهيم، 1993، 124).

٩- الاتجاهات الكمالية- المطلقة Perfectionism: فالطفل الذي يجد نفسه - ربما نتيجة لتربية خاطئة- يفكر في الأمور بطريقة كمالية مطلقة يصبح كشخص يسبح في محيط ليست له معالم

محدده أو كجواد يعدو في خطوط لا نهاية لها. ولذلك يحذر المعالجون من هذه العبارات التي تنتشر بين المضطربين يجب ألا يكون فيّ أو في عملي أي ثغرة أو خطأ يجب ألا أترك بالمرّة أي شيء للصدفة إنني لو نقصت درجة واحدة فستكون علامة على فشل كل ما فعلت. والتفكير الكمالي يختلف عن التفكير الإكمالي فلا بأس بالطبع أن يكمل الإنسان عمله بأحسن صورة ممكنة وفي أوقات ملائمة. إلا أن المشكلة التي تثير قلق الأخصائيين النفسيين تكمن في أن يتحول هذا الاتجاه في التفكير إلى مصدر للاضطراب والجزع بسبب جوانب نقص غير معلومة ومخاوف من العجز عن الوصول إلى كمال ليس له وجود فعلي.

١٠ - إطلاقاً وحتماً Absolutely and Definitely: تنتشر في عبارات الأطفال في حالات القلق والاكتئاب عبارات تدل على استخدام الحتميات كأسلوب من أساليب التفكير.

١١ - ربط الاحترام الشخصي وتقدير الطفل لنفسه بعوامل خارجية: ويتميز هذا التفكير بترديد عبارات تتضمن ضرورة وجود عوامل خارجية لكي يشعر الطفل بقيمته مثلاً: إذا لم يتصل بي أحد أو لم يدعني زملائي لهذا الحفل فأنا شخص باهت.

- الأساليب المستخدمة في تعديل أخطاء التفكير :

Methods Used for Correcting Inaccurate Thinking :

1- التوجيه المباشر والتربية وإعطاء المعلومات الدقيقة عن موضوعات التهديد والخوف:

يقوم المعالج هنا بدور شبيه بدور المدرس الماهر الذي يلحق تلميذه أساليب جيدة للحفظ والتذكر وحل المسائل العلمية لكن مع فرق واحد وهو أن ما يعلمه المعالج النفسي للمريض يرتبط بقدراته على حل المشكلات النفسية ومواجهة المواقف الصعبة. ويمتد هذا الأسلوب ليشمل العناصر الآتية:
أ- إعطاء معلومات دقيقة عن موضوعات الخوف والتهديد من أجل أن يكتشف الطفل أن مخاوفه غير موضوعية.

ب- تربية الطفل وتدريبه على مواجهة المواقف المعقدة: كيف يهرب من الخطر مثلا ؟ كيف يستغيث بالناس في مواقف الخطر؟ كيف يستخدم الهاتف؟

ج- تدريب الطفل على بعض النشاطات الاجتماعية التي تعمل على تحسين علاقاته بالآخرين وتنميتها. فالانسحاب الاجتماعي والانعزالية لدى طفل معين قد يكونان نتيجة مباشرة لعدم إتقانه بعض المهارات الاجتماعية بما فيها من ألعاب أو مهارة في التحدث ولهذا فمن المطالب الرئيسية لزيادة الفاعلية الاجتماعية للطفل أن ندرسه على إتقان بعض الألعاب الشائعة ككرة القدم أو السلة أو الشطرنج لأنها تحول له عضو حيوي في جماعات خارجية.

د- التدريب المباشر وإعطاء معلومات موضوعية عن مظاهر قلقه ومخاوفه واضطرابه حتى يمكن من التعرف إلى مصادرها ويستبق حدوثها ويقيس مدى تفوقه في علاجها. ونجد من ناحيتنا أن

إعطاء معلومات- مثلاً عن الاستجابات الفسيولوجية- بما فيها تزايد دقات القلب وشحوب الوجه وغيرها من النشاطات الاستثنائية- في حالات القلق والاضطرابات المرتبطة به قد يكون ذا فائدة عظيمة للطفل. فهي من ناحية تنبئه إلى الإحساسات العضوية في المواقف الانفعالية وتعود من ناحية أخرى قدراته ضبط هذه الإحساسات والتحكم فيها من خلال الاسترخاء كوسيلة من وسائل العلاج (إبراهيم، 1993، 125).

2- الحوارات مع النفس (المونولوج) Monologues:

يبين مايكنباوم «1977 Meichenbaum» أن من أنجح الوسائل للتغلب على المعتقدات الخاطئة أن ننبه الطفل إلى الأفكار أو الآراء التي يرددها بينه وبين نفسه عندما يواجه بعض المواقف المهددة. إن الاضطراب الذي يصيب الطفل (بما في ذلك الخوف الشديد والقلق والاندفاع والعُدوان في المواقف التي يواجهها اجتماعية كانت أم دراسية) يعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه ومع ما تقنع به نفسه من أفكار أو حوادث. ويقيم "مايكنباوم" شهرته في مجال العلاج المعرفي على نجاحه في ابتكار وسائل أمكنه من خلالها أن يحدد أنواع هذه العبارات وما تنتجها من استجابات انفعالية مهددة وعلى استبدالها بأفكار أو عبارات أو تعليمات وإرشادات يرددها الطفل خلال تعامله مع هذه المواقف (إبراهيم، 1993، 128).

3- الوعي بالذات ومراقبتها Self Recognition and watch:

ويتضمن هذا الأسلوب تمكين الطفل من مشاهدة نفسه من خلال مرآة أو كاميرات تصوير (فيديو) وهو يتصرف في مواقف اجتماعية مختلفة. وبهذه الطريقة يستطيع الطفل أن يطور قدرته على ضبط ذاته وتصرفاته من خلال مراقبته لنفسه. ولهذا الأسلوب قيمة أخرى فهو يطلع الطفل مباشرة

على الكيفية التي يدركه بها الآخرون. لكن نظرا لأن إعادة ا لمشاهد قد تكون لها نتائج انفعالية سيئة عند البعض فإنه يجب الحذر الشديد عند استخدام هذه الطريقة مع العمل على الانتقاء الجيد للمشاهد التي تكون لها قيمة علاجية وكذلك تجنب ا لمشاهد التي يعلم المعالج أن الطفل سيكون حساسا تجاهها.

4- تخيل النتائج:

يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على تخيل الموقف المهدد الذي حدث وأن يصف ما يراه من انطباعات ذهنية وأن يتحدث عن مشاعره والتغيرات الفسيولوجية التي تعثره وما يصحبها من أفكار وحوارات ذهنية. ومن خلال ذلك يساعد المعالج الطفل على استنتاج نوع الفكرة العقلانية التي يميل الطفل عادة إلى تكرارها حتى يمكن إخضاعها بعد ذلك للتعديل. فإذا حدث وتبين للمعالج أن أفكار الطفل هي بالفعل أفكار صحيحة وعقلانية وملائمة لتحليل الموقف فإنه يوجه جهده لأساليب علاجية أخرى (غير معرفية) كالاسترخاء أو مهارات التكيف.

5- استخدام أسلوب التشبع بالفكرة الخاطئة Maximizing the Negative Thoughts:

يتطلب هذا الأسلوب حث الطفل بعد تحديد الفكرة أو مجموعة الأفكار المسؤولة عن اضطرابه على أن يعيشها بكل قوة وأن يتصور أقصى ما يمكن أن تؤدي إليه من نتائج. والهدف من ذلك ليس أن تستخف بالطفل أو توضح له سخافة أفكاره لكن الهدف هو الوصول به إلى إدراك أن التفكير في الأشياء قد يكون أسوأ من الأشياء نفسها وأن الخوف من الأشياء وتجنبها قد يزيد من سوءها. ويفضل المعالجون استخدام هذا الأسلوب مع الطفل بعد توطيد العلاقة العلاجية معه (إبراهيم، 1993، 130).

6- توليد البدائل واستكشاف الإمكانيات المختلفة للحل:

Creating Alternatives and Finding Different Solutions:

يؤدي الاستغراق الانفعالي الشديد في المشكلة بالطفل أحياناً إلى أن يظن أنه لن تكون لديه بدائل لما سيخسر أو لما سيحدث من نتائج سيئة. ولهذا يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على إفراز أكبر قدر ممكن من الحلول. ويمكن بموجب هذه الطريقة مثلاً أن يتخيل الطفل صديقاً له جاءه يطلب نصيحته في مشكلة عارضة (هي مشكلة الطفل نفسها) وأن يحاول أن يعطيه أكبر عدد ممكن من الحلول ويوجه انتباهه بعدئذٍ إلى مناسبة تطبيق هذه الحلول على مشكلته وإلى تدعيم هذا الأسلوب من التفكير عندما تعرض له مشكلات أخرى.

7- التقليل من أهمية بعض الأهداف التي يسعى لها الطفل Minimizing the Importance

:of Some of the Child's Goals

إن الطفل الذي يشعر مثلاً أن حب الجميع مطلب ضروري وحتمي من مطالب السعادة والرضا عن النفس قد يدخل نتيجة لهذا في المواقف الاجتماعية وهو غير قادر على تأكيد قدراته العقلية والحيوية. فقد يعزف- نتيجة لحرصه الشديد على أن يحظى بحب الجميع- عن تأكيد نفسه ويتأخر عندما يتطلب الموقف إبراز مكاسبه أو إنجازاته أو يصر على الاقتراب من آخرين أو البقاء معهم في مواقف مكروهة.

وبمساعدة الطفل على التقليل من أهمية هذا الهدف: «حب الجميع ضرورة حتمية» سنمكنه من تطوير قدرته على تحمل الرفض والقدرة على تأكيد الذات وغيرها من الخصائص المرتبطة بالصحة.

8- لعب الأدوار Role Playing:

إذا تأتى للطفل أن يعبر عن اتجاه جديد أو معتقد عقلاني ومناسب وإذا تأتى له أن يعيد ويكرر ذلك فإن الاتجاه الجديد سيتحول في الغالب إلى خاصية دائمة. ومن المعروف أن التغيير الناتج عن لعب الأدوار يرجع إلى استباق حدوث الأشياء قبل وقوعها. فالطفل- من خلال القيام بلعب أدوار مختلفة تمثل المواقف التي ممكن أن تؤدي إلى اضطرابه- سيتمكن من أن يستبق- من خلال التفكير في هذه المواقف- التغيير أو السلوك الذي سيحدث. ومن ثم فهو سيدخل المواقف الحية بثقة أكبر. فضلاً عن هذا فإن المشاعر الإيجابية التي تسيطر على الطفل بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية ملائمة ستطلعه بشكل مباشر على المقولة الرئيسية في العلاج المعرفي وهي أن التفكير في حدوث الأشياء بشكل مخيف أو مقلق عادة ما يكون أسوأ من الأشياء نفسها وأن الاضطراب يتولد من التفكير في الأمور أكثر من أن يتولد من تلك الأمور نفسها. كما أن لعب الأدوار- من جهة ثالثة- يساعد الطفل على تعلم المهارات الاجتماعية المصاحبة للدور ومباشرتها.

9- الواجبات المنزلية والخارجية:

لكي يتمكن الطفل من أن يعمم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في العيادة مع معالجه ولكي نساعد على أن ينقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الحية ولكي نقوي وتدعم أفكاره أو معتقداته الصحية الجديدة يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الأعمال أو المجازفات الخارجية. وتعد هذه الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية. فإذا كان الهدف من العلاج-مثلاً هو تدريب مهاراته الاجتماعية فإننا قد نطلب منه أن يقوم خلال الفترة السابقة على الجلسة القادمة بعمل اتصالات هاتفية بأصدقائه أو أن يبادر زملاءه بالتحية أو أن يتدرب على جمع أسئلة حول

موضوع معين وي طرح هذه الأسئلة على مدرسيه أو زملائه وأن يقوم بطريقة تلقائية بالتقرب والتعرف على الغرباء. وبشكل عام قد تكون الواجبات المنزلية معرفية أو سلوكية كأن نطلب منه أن يدخل في سلسلة من المواقف ثم يوجه إلى أن يتصرف نحوها بطريقة مغايرة لطرقه السلوكية السابقة والعصابية. ويمكن أن تكون معرفية كأن نطلب منه أن يمارس بعض المهارات المعرفية مثل ممارسة الإصغاء الإيجابي واستخدام عبارات ذات محتويات انفعالية متنوعة عند التفاعل مع الآخرين. كذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة ولترتبط بالأهداف القريبة والبعيدة للعلاج (إبراهيم، 1993، 132).

➤ 5- المساندة الوجدانية مع الطفل (منهج التعليم الملطف):

: Child Emotional Support (Soft Educational Method)

برزت في السنوات الأخيرة حركة جديدة في العلاج ويرأها بعض الباحثين بديلاً للعلاجات السلوكية التقليدية في مجال التعامل مع المشكلات النفسية والسلوكية بين المتخلفين عقلياً المضطربين ويطلق أصحاب هذه الحركة عليها اسم التعليم الملطف. وبالرغم من بعض الاختلافات الرئيسية بين التعليم الملطف والعلاج السلوكي فإن هناك نقاط تماثل تجعل أوجه الشبه بينهما أكثر من أوجه الاختلاف. فالتعليم الملطف-مثله في ذلك مثل العلاج السلوكي- يبدأ بتحديد المشكلة تحديداً نوعياً ويرسم أهدافاً مسبقة للعلاج ويستخدم كثيراً من الأساليب الشائعة في العلاج السلوكي كالتدعيم والتجاهل. ومن ثم فإننا نراه مكماً - وليس بديلاً - عن العلاج السلوكي. لكن التعليم الملطف يختلف عن المناهج السلوكية التقليدية في جوانب منها:

1- أنه يرفض استخدام العقاب تماماً ويتجنب استخدام الأساليب التنفيرية في تعديل السلوك بما في ذلك كل أشكال العقاب كتكاليف الاستجابة والإبعاد المؤقت.

2- يرفض عملية الضبط والتحكم كهدف من الأهداف العلاجية. ويبرش بأن أهداف العلاج يجب أن تكون متجهة لتكوين رابطة وجدانية بين المريض والقوة المعالجة.

3- يتبنى فلسفة ديمقراطية في مقابل الفلسفة التسلطية (التي يرى أصحاب التعليم الملطف أنها تميز حركة العلاج السلوكي). بعبارة أخرى فعملية العلاج في ضوء هذا المنهج تتجه إلى تكوين صلات وجدانية قوية بالمريض وتتبنى وجهة نظر تربوية نحو مشكلاته وتركز على التبادل والأخذ والعطاء بين الطفل والمعالج خلال عملية العلاج.

4- يراعي العلاج الملطف الجوانب الوجدانية ويجعل لها موقعاً قوياً في أي خطة علاجية بما في ذلك التركيز على الحب والتقبل والتسامح والدفء واحترام المريض.

الهدف الرئيسي من التعليم الملطف:

إن الهدف الرئيسي من العلاج الملطف هو تكوين رابطة وجدانية قائمة على مساندة المريض. ومن ثم يهدف المعالج هنا إلى تطوير علاقة إيجابية بالطفل قبل الدخول في خطة العلاج. ونتيجة للرابطة الوجدانية التي تتكون تدريجياً مع الطفل يتعلم الطفل ثلاثة أشياء هي:

1- إن وجودنا يرتبط لدى الطفل بالأمان والطمأنينة.

2- إن كلماتنا وإيماءاتنا (بما فيها اللمس والابتسام والعناق) تعني الإثابة والمكافأة في ذاتها وليس التحكم والرغبة في الضبط.

٣- إن مكافأة الطفل تأتي من إسهامه (وليس من مجرد خضوعه). ويفترض أن تشكيل الرابطة بالطفل وفق المبادئ الثلاثة السابقة سيجعل من الميسور علينا تحقيق تغيرات إيجابية في تفاعلاتنا مع الطفل. فمن ناحية سيتمكن المشرف أو المعالج في مثل هذه الأحوال من الدخول في علاقات متبادلة ومكافئة ومدعمة للطفل ومن ثم سيكون بإمكانه أن يستبق الأمور لا أن تكون خطته قائمة على مجرد رد الفعل ودرء الخطر. فالمعالج الذي استطاع أن يبني علاقة دافئة واستطاع أن يجعل هذه العلاقة هي صاحبة التدعيم الرئيسي للطفل سيكون بإمكانه التنبؤ بالسلوك قبل حدوثه وسيكون بإمكانه الاستفادة من هذه الرابطة في أكثر المواقف خطراً وحرماً. أي عندما يكون المريض في فترات هياج وعنف وغضب. ولهذا نجد أن العلاج اللطيف غالباً ما يحقق نجاحاً كبيراً في مثل هذه الحالات بالذات. وتكوين علاقة قائمة على الترابط والموازنة ومساندة الطفل له قواعده وشروطه التي يحددها أصحاب هذه النظرية على النحو الآتي:

أ- اجعل وجودك مدعماً للطفل وبعبارة أخرى يحتاج الوالدان والمشرفون على تربية الطفل إلى أن يجعلوا حضورهم أو وجودهم مع الطفل مرتبطاً بالدفع والرعاية والتقبل والاهتمام.

ب- شجع الطفل على الإسهام والتبادل. ومن ثم يجب أن ترتبط استجابات الطفل الدالة على التفاعل والإسهام والتواصل بالنجاح والتدعيم دائماً. ومن هنا تأتي الاستفادة المعالج بالتعليم اللطيف من المبادئ السلوكية المرتبطة بالتدعيم الإيجابي (كالتبسم والعناق). لكن استخدام التدعيم هنا مرتبط بالنجاح في العلاقة الإيجابية والاتصال وليس كمجرد استجابة لسلوك يصفه المعالج السلوكي بأنه سلوك جيد أو غير مرضي.

ج- أن تكون تفاعلاتنا مع الطفل مرتبطة بنفس المبادئ:

د-عندما يعزف الطفل عن الإسهام والتفاعل لأي سبب يجب على المعالج (أو الأبوين) أن يخلقوا الظروف الملائمة التي من شأنها أن تجعل الإسهام والتفاعل ضروريين للطفل (إبراهيم، 1993، 137).





قائمة المراجع

أولاً - المراجع العربية:

- ❖ إبراهيم، ريكان. (2004). النفس والعدوان "دراسة نفسية اجتماعية في ظاهرة العدوان البشري". عمان، الأردن.
- ❖ إبراهيم، عبد الستار. (1993). العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته. الكويت: عالم المعرفة.
- ❖ إبراهيم، علا عبد الباقي. (1995). دراسة مدى فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال. كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- ❖ إبراهيم، علا عبد الباقي. (1999). علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك. جامعة عين شمس، القاهرة.
- ❖ إبراهيم، عبد الستار. (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه ومبادئ تطبيقه. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- ❖ أبو جادو، صالح. (2007). علم النفس التطوري الطفولة والمراهقة. ط2، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ❖ أحمد، سهير كامل. (2003). أساليب تربية الطفل بين النظرية والتطبيق. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- ❖ أحمد، عدنان إبراهيم، الشيخ، تاج عبد الله. (1998). الأطفال المشكلون. دمشق: دار مشرق.

- ❖ الأزرق، عبد الرحمن صالح. (2000). علم النفس التربوي للمعلمين. ليبيا: مكتبة طرابلس العلمية والعالمية.
- ❖ أسعد ميخائيل. (1994). علم الاضطرابات السلوكية. بيروت: دار الجيل.
- ❖ اسكالونا، سيبيل. (1973). عدوان الأطفال. ترجمة عبد المنعم المليجي، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ❖ الباشا، مرزوق. (2000). أطفالنا كيف نحل مشاكلهم؟ كيف نواجه المشكلة؟. بيروت: دار المأمون للتراث.
- ❖ بتروفسكي، أف. (1996). معجم علم النفس المعاصر. ترجمة حمدي عبد الجواد، القاهرة: دار العالم الجديد.
- ❖ بشناق، رافت محمد. (2001). سيكولوجيا الأطفال. دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية، دمشق: دار النفائس.
- ❖ بطرس، بطرس. (2008). المشكلات النفسية وعلاجها. عمان: دار المسيرة.
- ❖ بطرس، حافظ بطرس. (2008). المشكلات النفسية وعلاجها. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- ❖ ببيي، هدى الحسيني. (2000). المرجع في الإرشاد التربوي أكاديميا. بيروت: دار العلم للملايين.
- ❖ بيترمان، فرانس. (2009). علم نفس الأطفال الإكلينيكي. فلسطين: دار الكتاب الجامعي.

- ❖ جابر، جابر عبد الحميد. (2000). مدرس القرن الحادي والعشرين الفعال (المهارات والتنمية المهنية). القاهرة: دار الفكر العربي.
- ❖ جبل، فوزي محمد. (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
- ❖ جبل، فوزي محمد. (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
- ❖ جعفر، غسان. (2002). الأمراض النفسية والعصبية. بيروت: دار المناهل.
- ❖ الجمالي، حافظ. (1965). علم النفس الطفل من الولادة وحتى المراهقة. مطبعة جامعة دمشق.
- ❖ جمعة، عبلة. (2002). مهارات في التربية النفسية لفرد متوازن وأسرته متماسكة. بيروت: دار المعرفة.
- ❖ الحاج، فايز. (1987). الأمراض النفسية. ط2، بيروت: المكتب الإسلامي.
- ❖ الحجار، محمد حمدي. (1990). فن العلاج في الطب النفسي السلوكي. بيروت: دار العلم للملايين.
- ❖ حجار، محمد حمدي. (2004). تشخيص الأمراض النفسية. دمشق: دار النفائس.
- ❖ حجازي، سناء. (2008). الشخصية لدى الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ❖ حجي، أحمد إسماعيل. (2000). إدارة بيئة التعليم والتعلم. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ❖ حريفة، يولا. (2001). موسوعة الأسرة الحديثة. بسيكوبديا، الجزء الحادي عشر، لبنان.

❖ الحلبي، موفق هاشم صفر. (2000). الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين. ط2، بيروت: مؤسسة الرسالة.

❖ الخالدي، أديب. (2009). المرجع في الصحة النفسية. ط3، عمان: دار وائل.

❖ الخطيب، أماني. (2004). المعاملة الوالدية وأثرها على تحصيل الطلبة في الثالث الثانوي

"دراسة ميدانية أعددت لنيل درجة مساعد مجاز في الخدمة الاجتماعية". دمشق: مكتبة النعيم.

❖ خطيب، جمال. (1993). تعديل سلوك الأطفال المعوقين. دليل الآباء والمعلمين، عمان:

إشراق للتوزيع والنشر.

❖ الخطيب، جمال. (2007). تعديل السلوك الإنساني. عمان: مكتبة الفلاح للتوزيع والنشر.

❖ الخطيب، محمد جواد. (1998). التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق. غزة: مطابع

المنصورة.

❖ خلف الله، سلمان. (2004). الطفولة المشكلات الرئيسية التعليمية والسلوكية العادية وغير

العادية، الأسباب والعوامل الوقائية والاحتراز والعلاج. عمان: دار جهينة.

❖ خلف الله، سلمان. (2004). الطفولة المشكلات الرئيسية. الجزء الأول، عمان: دار جهينة.

❖ خليفة، عبد اللطيف. (1997). الدوافع والانفعالات. الكويت: مكتبة المنار الإسلامية.

❖ خوالدة، محمود. (2004). الذكاء العاطفي. عمان: دار الشروق.

❖ دويسون وآخرون. (1998). الأطفال المشكلون. ترجمة: عدنان إبراهيم الأحمد، تاج السر

عبد الله الشيخ، دمشق: دار شروق.

❖ رشان، عبد الله. (1999). المدخل إلى التربية والتعليم. ط2، عمان: دار الشروق.

- ❖ الرفاعي، نعيم. (1998). الصحة النفسية، ط2، منشورات جامعة دمشق، سورية.
- ❖ ريس، نيك باركارد فيل. (2001). 2000 نصيحة تربوية للمعلمين. القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع.
- ❖ الزراد، فيصل محمد خير. (2002). اضطراب فرط الحركة والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال. منشورات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الإمارات.
- ❖ الزعبي، أحمد محمد. (2005). مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية أسبابها وسبل علاجها. دمشق: دار الفكر.
- ❖ الزعبي، أحمد. (1994). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال. صنعاء: دار الحكمة اليمانية.
- ❖ الزعبي، أحمد. (2001). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال. عمان: دار زهران.
- ❖ الزغول، عماد عبد الرحيم. (2006). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. عمان: دار الشروق.
- ❖ زهران، حامد عبد السلام. (1986). علم نفس النمو. القاهرة: عالم الكتب.
- ❖ زهران، حامد. (1977). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط2، القاهرة: عالم المكتب.
- ❖ زهران، حامد. (1980). التوجيه والإرشاد النفسي. ط2، القاهرة: عالم الكتب.
- ❖ زهران، حامد. (1998). التوجيه والإرشاد النفسي. ط3، القاهرة: عالم الكتب.
- ❖ سالم، رائدة خليل. (2006). المدرسة والمجتمع، بيروت: مكتبة المجتمع العربي.
- ❖ سعد، علي. (2002). علم الشذوذ النفسي. ط3، منشورات جامعة دمشق، سورية.

- ❖ سغان، محمد أحمد إبراهيم. (2001). الإرشاد النفسي للأطفال. الجزء الثاني. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- ❖ سليمان، عبد الرحمن سيد. (1997). الإعاقة البدنية. القاهرة: مكتبة زهرة الشرق.
- ❖ الشخص، عبد العزيز السيد. (1984). قياس ن - ز، للتعرف على النشاط الزائد. مجلة كلية التربية، الجزء الأول، جامعة عين شمس، القاهرة.
- ❖ الشربيني، زكريا. (2001). المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ❖ الشربيني، زكريا. (2006). تنشئة الطفل. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ❖ شرف، محمد. (1990). دليل الأمراض النفسية. بيروت: مؤسسة عز الدين.
- ❖ الشناوي، محمد محروس، عبد الرحمن، محمد السيد. (1998). العلاج السلوكي الحديث (أسسه وتطبيقاته). القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ❖ الشناوي، محمد محروس. (2004). نظريات العلاج والإرشاد النفسي. القاهرة: دار غري للطباعة والنشر.
- ❖ شور، كينيث. (2005). دليل المعلم لحل مشكلات الانضباط في المرحلة الابتدائية. الرياض: مكتبة جرير.
- ❖ الشخيلي خالد. (2009). سيكولوجية الطفولة والمراهقة، غزة: دار الكتاب الجامعي.
- ❖ الشخيلي، خالد. (2005). المشكلات السلوكية لدى الأطفال. العين: دار الكتاب الجامعي.
- ❖ شيفر، ميلمان، شارلزاي، هواردل. (1990). مشكلات الأطفال والمراهقين. بدون دار نشر.
- ❖ صادق، فاروق محمد. (1985). دليل السلوك التكيفي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ❖ طه، فرج. (2000). أصول علم النفس الحديث. القاهرة: دار قباء.

- ❖ عبد الرحمن، محمد. (1999). علم الأمراض النفسية والعقلية. القاهرة: دار قباء.
- ❖ عبد الكافي، إسماعيل عبد الفتاح. (2006). مشكلات الطفولة. القاهرة: الدار الثقافية.
- ❖ عبد الله، محمد قاسم. (2001). مدخل إلى الصحة النفسية. عمان: دار الفكر.
- ❖ عدس، عبد الرحمن. (1998). المدخل إلى علم النفس. ط5، عمان: دار الفكر.
- ❖ العزة، سعيد. (2002). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. عمان: الدار العلمية للنشر والتوزيع.
- ❖ العناني، حنان. (1997). الصحة النفسية للطفل. عمان: دار الفكر.
- ❖ العنود، أمينة.، صالح بن إبراهيم. (2001). التفكك الأسري الأسباب والحلول المقترحة. قطر: وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية.
- ❖ العيسوي: عبد الرحمن. (2000). سيكولوجية العنف والعدوان. دمشق: دار الأنوار.
- ❖ الغريب، رمزية. (1968). العلاقات الإنسانية في حياة الصغير ومشكلاته اليومية. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ❖ الفتلاوي، سهيلة محسن كاظم. (2005). تعديل السلوك في التدريس. عمان: دار الشروق.
- ❖ فرج، عبد اللطيف. (2006). المعلم والمشكلات الصفية السلوكية والتعليمية للتلاميذ. عمان: دار مجدلاوي.
- ❖ الفرماوي، حمدي علي. (1988). استخدام فنية التعلم بالنموذج في اكتساب الأطفال المندفعين لأسلوب التربوي المعرفي. بحوث المؤتمر الرابع لعلم النفس بمصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

- ❖ الفسفوس، عدنان أحمد. (2006). الدليل الإرشادي لمواجهة السلوك العدواني لدى طلبة المدارس في فلسطين، منشور عبر موقع المنشاوي للدراسات والبحوث.
- ❖ فهمي، مصطفى. (1976). الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة الخانجي.
- ❖ القاسم، جمال. وآخرون. (2000). الاضطرابات السلوكية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- ❖ القائمى، علي. (1996). الأطفال ومشاعر الخوف والقلق. المنامة: مكتبة فخرأوي.
- ❖ القريطي، عبد المطلب. (1998). في الصحة النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ❖ القمش، مصطفى نوري. (2007). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الميسرة.
- ❖ كازدين، ألان. (2003). الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين. ترجمة عادل عبد الله محمد. ط2، القاهرة: دار الرشاد.
- ❖ كفاقي، علاء الدين. (1990). الصحة النفسية. القاهرة: هجر للطباعة.
- ❖ كمال، علي. (1994). العلاج النفسي قديماً وحديثاً. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- ❖ لجنة الدراسات المركزية، الاتحاد العام النسائي في القطر العربي السوري، مشكلات الأطفال النفسية.
- ❖ مبيض، مأمون. (1997). أولادنا من الطفولة إلى الشباب. دمشق: المكتب الإسلامي.
- ❖ محجوب، عبد الوهاب. (2001). السلوك العدواني. تونس: بيت الحكمة.
- ❖ محمد، انتصار. (2004). عدم التواصل بين الآباء والأبناء أسبابه ونتائجه. بحث أعد لنيل درجة مساعد مجاز في الخدمة الاجتماعية، دمشق.

- ❖ مختار، وفيق صفوت. (2001). أبناءنا وصحتهم النفسية. القاهرة: دار العلم والثقافية.
- ❖ المدني، عز الدين. (1988). العدوان. تونس: الدار التونسية.
- ❖ مزروع، طاهر. (لا يوجد عام): علم النفس للمعلم والمربي. جامعة طنطا، القاهرة.
- ❖ مليكة، لويس كامل. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- ❖ منصور، عبد المجيد سيد أحمد. (2000). علم النفس التربوي. ط3، الرياض: مكتبة العبيكان.
- ❖ منصور، محمد جميل. (1990). النشاط المفرط لدى الأطفال. سلسلة بحوث نفسية وتربوية، الرياض: دار المهدي.
- ❖ مياسا، محمد. (1997). الصحة النفسية. بيروت: دار الجبل.
- ❖ ميخائيل، سعد. (1986). علم الاضطرابات السلوكية. دمشق: دار الفكر.
- ❖ النجار، عبد الرحمن. (1997). أطفالنا ومشكلاتهم النفسية. القاهرة: دار الفكر.
- ❖ نشواتي، عبد المجيد. (1980). مشكلات الطفولة. دمشق: مطابع دار البعث.
- ❖ نمر، أسعد. (1994). في سيكولوجية العدوان. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- ❖ النمر، أسعد. (1995). في سيكولوجية العدوان. الدمام: توزيع الدار الجديدة، السعودية.
- ❖ يحيى، خولة. (2000). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- ❖ يعقوب، سعيد. (2007). الهستيريا. سلسلة الطب النفسي.

❖ يوسف، عصام عز . (1985). الأسرة ومشكلات أطفالها. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

ثانياً . المراجع الأجنبية:

- ❖ A Lexicon of psychology, psychiatry and psychoanalysis-EDIED BY JESSICA KUPER NEW YORK LONDON 1988.
- ❖ A.V.petrovesky and yaroshevesky Aconcise psychological Dictio-nary, progress publishers Moscow, 1985.
- ❖ Alter, P. J. & Conroy, M. A. (2006): Recommended Practices (Preventing Challenging Behavior In Young Children :Effective Practice). Center For Evidence – Based Practice: Young Children With Challenging Behavior ,Retrieved 15|9|2006, From: University Of South Florida, <http://chlliging behavior .fmhi.usf.edu/resources.html>–18k.
- ❖ Berger, K. (1988). The Developing Person through the Life Span. (2nd ed), New york: Worth Publishers, Inc.
- ❖ Brown (J-F) \$ MENENGER (karal a) the paychdinamica of abnormal behavior. mac Graw CO,1st India Repent .1969.
- ❖ Bruce, M. (1991): Learning In The Multigrade Classroom: Student Performance And Instructional. Eric Clearing House On Rural Education And Small Schools Charleston WV, Available 15| 10| 2006, From:|| EDRS Data Base.

- ❖ Buff, L. (2001): "When School Anti- Socializes Students". The Education Digest, United State, Vol. 67, No. 4, December.
- ❖ Charles. Shaefer & Millman, Howard, 1993, How to help children with common problems.
- ❖ Charlottesville, VA: Pitchstone Publishing Journal for Social Action in Counseling and Psychology Volume 1, Number 2 fall 2007.
- ❖ Dean, J. (1995): Managing The Primary School, Rutledge, London.
- ❖ Erickson, M. t. (1997): Behavior Disorders of Children And Adolescents (Assessment, Etiology, And Intervention). 3rd Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River- New Jersey.
- ❖ Fogler, D. (1999): All The Things I Wish Some One Had Told Me As A first Year Art Teacher.... Or Every Things You Ever Wanted To Know About A successful First Year But Were Afraid To Ask Or How To Survire Your First Year of Teaching, NAEA Advisory, The National Art Education Association, Drive, Reston, Winter, Retrieved 10|10|2006, From <http://www.naea-reston.org/pdf/5all.pdf>.
- ❖ Hamilton, Deborah H. (1998). The mental health counseling experiences of lesbian women. Dissertation Abstracts International.

- ❖ Herbert, M. (1998): Clinical Child Psychology (Social Learning, Development And Behavior). 2nd Edition, John Willey & Sons, Inc, Chi Chester.
- ❖ Johnson, Davied L. (1993). Toward a synthesis of a theory: Adopting a new perspective to advance the field of mental health counseling.. Journal of mental health counseling.
- ❖ Kolata. G. 1978. childhood hyperactivity, a new look at treatment and causes, jou of Ed Horizons First mosby Medical Library printing.
- ❖ Lagache D.I,unit de la psychologie,P.U.F.1979.
- ❖ McBride, Martha C. & Marten, G. Eric (1990). A framework for eclecticism: The importance of theory to mental health counseling. Journal of mental health counseling.
- ❖ Patterson c.h teorias del counseling y psicoterapia. editorial Descale de BROUWER S.A Bilbao 1979.
- ❖ Robinson, R., et al. (1999). Cognitive Behavior Modification of Hyperactivity Impulsivity And Aggression Ameta Analysis of School- Based Studies, Journal of Education Psychology, Vol.91, No.2, June.
- ❖ Safford, Philip L. (1978). Mental health counseling dimensions of special education programs. Journal of school health.

- ❖ Small Wood, D. (2003): Defusing Violent Behavior In Young Children: Announce of Prevention. National Association Of School Psychologists, Spring, Retrieved 17| 9| 2006 , From: www.prodinc.com/store/index.php.
- ❖ Steenbarger, Brett N. & LeClair, Scott (1995). Beyond remediation and development: mental health counseling in context. Journal of mental health counseling.
- ❖ Stratton, P. & Hayes, N. (1999): A Student's Dictionary of Psychology. 3rd Edition, Arnold, London.
- ❖ Teacher Education Program Students, Massachusetts Institute of Technology, Tips for Beginning Teachers in Middle and Secondary School: Classroom Management, March 2003, retrieved 15|9|2006, From [www.core.org.cn/.../832E061F-26F4-4DDF-A7CB-79B|2F49E9FF|0|tips for teachers PDF](http://www.core.org.cn/.../832E061F-26F4-4DDF-A7CB-79B|2F49E9FF|0|tips%20for%20teachers.pdf).
- ❖ Zill, N. & West, J. (2001): Entering Kinder garden, U.S. Department of Education Office of Educational Research and Improvement. Washington, March, Retrieved 15| 9|2006, from <http://nces.ed.gov/pubs2001/2001|035.pdf>.



أسماء اللجنة العلمية

- أ. د. سامر رضوان الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي
أ. د. محمد الشيخ حمود الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي
أ. د. رياض العاسمي الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي

المدقق اللغوي
د. يوسف الحاج أحمد

جميع حقوق الطبع والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب
والمطبوعات





