

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس:

علم النفس المرضي للمتمدرس

موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر تخصص علم النفس المدرسي

السداسي الثاني

إعداد الدكتور(ة):

حافري زهية غنية

السنة الجامعية: 2020-2021

فهرس المحتويات	
الصفحة	وصف المطبوعة
	مقدمة
1	المحور الأول: الحضانة التربية التحضيرية)
1	المحاضرة الأولى: بين قلق الانفصال وحصر الانفصال
2	1- مفهوم التربية التحضيرية
3	2- دور التربية التحضيرية
3	3- التربية التحضيرية في الجزائر
4	3- اهداف المرحلة التحضيرية
6	4- تحديات ومتطلبات النمو النفسي لاطفال السنتين ونصف إلى 6 سنوات
6	5- الصعوبات المشخصة لدى أطفال المدارس التحضيرية
7	أولاً- الاضطرابات التفاعلية: ولادة أخ، مرض أحد الوالدين، انفصال الوالدين
7	1- الوصف السريري
7	2- ماذا يمكن أن تفعل المدرسة؟
8	ثانياً- قلق الانفصال ام حصر الانفصال؟
9	1- قلق الانفصال
9	1-1- التفسير السيكودينامي لقلق الانفصال
10	1-2- دور المدرسة في تسيير قلق الانفصال
10	2- حصر الانفصال
10	1-2- مؤشرات حصر الانفصال
11	2-2- تفسير حصر الانفصال حسب المنظور النفسي الجيني
12	2-3- تطور حصر الانفصال
12	2-4- التكفل العلاجي باضطرابات حصر الانفصال
13	المحاضرة الثانية: العدوانية- السلوكات العادي الانتقالي والسلوكات العدوانية المرضية
13	1- مفهوم السلوك العدواني
14	2- أشكال السلوك العدواني
14	3- النماذج التفسيرية للسلوك العدواني

16	4- التشخيص الفارقي بين سلوك المعارضة العابر والعدوانية الغيرية المفرطة
17	5- تطور العدوانية
17	6- تقويم السلوك العدواني
18	المحاضرة الثالثة: عدم الاستقرار الحركي
18	1- السلوك الاستكشافي
18	2- عدم الاستقرار النفسو حركي
19	1-2- عدم الاستقرار النفسو حركي حسب التفسير السيكودينامي
20	2-2- اضطراب النشاط المفرط مع قصور الانتباه في الطفولة الأولى
21	2-3- تطور عدم الاستقرار النفسو حركي
21	2-4- دور المدرسة لمعالجة عدم الاستقرار النفس الحركي
22	المحاضرة الرابعة: اضطرابات اللغة
22	1- اضطرابات اللغة
23	2- التثبيط العلائقي والخرس خارج الأسرة
24	3- تطور وعلاج اضطرابات اللغة والخرس الانتقائي
24	4- دور المدرسة في تجاوز اضطرابات اللغة والخرس الانتقائي
26	المحاضرة الخامسة: العزلة
26	1- تعريف اضطراب العزلة
27	أولاً- العزلة الناتجة عن القصور الفكري
27	1-أسباب القصور الفكري
28	2- دور المدرسة في التعامل مع القصور الفكري
28	ثانياً- العزلة الناتجة عن النضج الفكري المبكر
29	1- دور المدرسة في التعامل مع الموهوبين
30	ثالثاً- العزلة الناتجة عن ضعف البصر
31	1- دور المدرسة في تجاوز الضعف البصري
31	رابعاً- العزلة الناتجة عن اضطرابات طيف التوحد
31	1- حول مفهوم اضطرابات طيف التوحد
	2- الأسباب المؤدية إلى طيف التوحد
33	3- اجراءات التكفل بالطفل التوحدي
	الفصل الثاني: المدرسة الابتدائية

34	المحور الثاني: المدرسة الابتدائية
	المحاضرة السادسة: الصعوبات الأكاديمية
36	1- حول التعليم الابتدائي
36	2- خصائص التربية الابتدائية
37	3- وظائف المدرسة الابتدائية
37	4- تحديات ومتطلبات النمو النفسي لأطفال 6 إلى 11 سنة
38	5- الصعوبات التي يواجهها تلاميذ المرحلة الابتدائية
38	صعوبات التعلم
38	1- حول مفهوم صعوبات التعلم
39	2- الفرق بين صعوبات التعلم وبعض المفاهيم المشابهة
39	3- تصنيف صعوبات التعلم
40	4- صعوبات التعلم الأكاديمية
41	1-4- صعوبة القراءة أو الديسليكسيا Dyslexie
41	1-1-4- صعوبات القراءة على المستوى النفسومرضي
42	2-1-4- مظاهر صعوبات القراءة
43	2-4- صعوبات الكتابة أو الديسغرافيا Dysgraphie
43	1-2-4- أنواع صعوبات الكتابة
44	2-2-4- مظاهر صعوبات الكتابة
44	3-4- صعوبة تعلم الحساب والرياضيات؛ الديسكاليليا Dyscalculie
45	1-3-4- حول مفهوم صعوبات تعلم الرياضيات
45	2-3-4- أنواع صعوبات تعلم الرياضيات
45	4-3-4- مظاهر صعوبات تعلم الرياضيات
47	المحاضرة السابعة: اضطرابات السلوك
47	أولاً - اضطراب فرط الحركة وضعف التركيز
48	1- اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة TDAH حسب DSM-5
49	2- أسباب اضطراب فرط الحركة/ نقص الانتباه TDAH
50	3- ما الذي يمكن للمدرسة أن تفعله؟
50	ثانياً- التثبيط
50	1- حول مفهوم التثبيط

50	2- التثبيط من منظور سيكودينامي
51	3- ماذا يمكن أن تفعل المدرسة؟
51	ثالثا- العدوانية المفرطة (اضطراب التحدي الاعتراضي)
51	1- بين العدوان والعدوانية المفرطة
52	3-2- العدوانية المفرطة (اضطراب التحدي الاعتراضي) في DSM-5
53	3- تحديد السلوك العدواني
54	4- العوامل المؤدية لاضطراب التحدي الاعتراضي
54	5- علاج اضطراب التحدي الاعتراضي
55	المحاضرة الثامنة- الاضطرابات النفس مرضية
55	أولا - الخوف المدرسي
55	1- تعريف الخوف المدرسي
56	2- الوصف الاكلينيكي للخوف المدرسي
57	3- أسباب الخوف المدرسي
57	4- تطور الخوف المدرسي
57	5- التكفل العلاجي بالخوف المدرسي
58	6- دور المدرسة والاسرة في رعاية لاطفال بخوف مدرسي
59	ثانيا - الإكتئاب
59	1- حول مفهوم اكتئاب الأطفال
60	2- إشكالية تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال
60	3- مظاهر الاكتئاب لدى الطفل
62	4- عوامل الخطر المؤدية للإصابة بالاكتئاب لدى الأطفال
64	5- تطور الاكتئاب لدى الأطفال
64	6- علاج الإكتئاب لدى الأطفال وما يمكن للمدرسة أن تفعله؟
66	المحور الثالث: التعليم الثانوي
66	المحاضرة التاسعة: اضطرابات السلوك
67	1- التعليم الثانوي القضايا الديناميكية النفسية
68	2- أهداف لتعليم الثانوي
68	3- علم النفس المرضي والتدريس في المرحلة الثانوية
69	4- الصعوبات التي يواجهها طلاب المرحلة الثانوية

70	أولاً- عدم الاستقرار الحركي والهياج
70	1- الإشارات المنبهة
70	2- تساؤلات حول عدم الاستقرار الحركي والهياج
70	3- تفسير اضطراب عدم الاستقرار الحركي والهياج
71	4- دور المدرسة في التكفل باضطراب عدم الاستقرار الحركي والهياج
72	ثانياً- السلوكيات العدوانية والعنف المدرسي
72	1- الإشارات المنبهة
71	2- تساؤلات حول السلوكيات العدوانية والعنف المدرسي
73	3- عوامل الخطر ومآل الاضطراب
73	ثانياً- العنف المدرسي
74	1- تعريف العنف المدرسي
74	2- العنف في المدرسة: وضعيات الضحية والمعتدي
75	3- العوامل المؤدية للعنف المدرسي
77	4- آليات احتواء الطالب العنيف ودور المؤسسة التعليمية في ذلك
79	ثالثاً- اضطرابات الحصر
79	1- الإشارات المنبهة
79	2- تساؤلات حول اضطرابات الحصر
80	3- عوامل الخطر ومآل اضطرابات الحصر
80	4- دور لمدرسة في علاج اضطرابات الحصر
82	المحاضرة العاشرة- صعوبات التفكير
82	1- حول مفهوم صعوبات التفكير
83	2- أنواع صعوبات التفكير
83	1-2- التخلي (التوقف) عن التفكير
83	1-1-2- إشارات التنبيه
84	1-2-2- تساؤلات حول التخلي
84	1-2-3- التأويل النفسي السيكودينامي للتخلي عن التفكير
85	1-2-4- أشكال الروابط الطفولية والتخلي عن التفكير
85	1-2-4-1- الرابط الحصري
86	1-2-4-1-1- دور الثانوية في التكفل بالتخلي عن التفكير برابط حصري

86	2-1-4-2- الرباط الاعتراضي (أو رباط الإثارة المتبادل)
87	2-1-4-2-1- دور الثانوية في التكفل بالتخلي عن التفكير برباط اعتراضي
87	ثانيا- تثبيط التفكير
87	1- الإشارات السريرية
88	2- تساؤلات حول تثبيط التفكير
89	3- دور الثانوية في التكفل بتثبيط التفكير
89	ثالثا: الدخول في الفصام لدى المراهق
89	1- حول مفهوم الفصام وتعريفه
90	2- أعراض الدخول في الفصام
91	3- التظاهرات العرضية وإشارات التحذير من تطور الفصام
92	4- عوامل الخطر المؤدية للإصابة بالفصام
92	5- الانعكاس الوظيفي للفصام
93	المحاضرة الحادية عشر: التغيب عن المدرسة
93	أولا- التغيب المدرسي
93	1- حول مفهوم التغيب المدرسي
94	2- أشكال التغيب المدرسي
95	3- الأسباب المؤدية للتغيب المدرسي
96	4- حلول لمشكلة التغيب المدرسي
96	ثانيا- التسرب المدرسي (التخلي عن الدراسة)
97	1- حول مفهوم التسرب المدرسي
97	2- مؤشرات التسرب المدرسي
98	2- أشكال التسرب المدرسي
99	4- العوامل المؤدية إلى التسرب المدرسي
100	5- التسرب المدرسي من منظور علم النفس المرضي
101	6- الحلول العلاجية للحد من ظاهرة التسرب المدرسي
103	المحاضرة الاثني عشر: استهلاك المواد المهلوسة
103	1- أشكال استهلاك المادة
103	2- استهلاك المادة والادمانية لدى المراهق المتمدرس

104	أولاً- التدخين
104	1- التدخين لدى الطلاب المراهقين
105	2- أسباب التدخين
105	ثانياً - تناول الكحول
105	1- تعريف الكحول
106	2- عوامل خطر تناول الكحول والادمان عليه
107	ثالثاً - المخدرات
107	1- تعريف المخدرات وماهيتها
108	2- تصنيف المخدرات
109	3- استهلاك المخدرات لدى الطلاب المراهقين
109	4- أسباب تناول المخدرات
111	5- التفسير النفسي لتناول المخدرات
112	الخاتمة
113	المراجع

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
39	الفروق بين صعوبات التعلم، ببطء التعلم والتأخر الدراسي	1
71	ملخص لاضطراب السلوك: عدم الاستقرار الحركي والهياج	2
78	ملخص لاضطراب السلوك: السلوكيات العدوانية والعنف المدرسي	3
81	ملخص لاضطراب السلوك: اضطرابات الحصر	4
98	الملاحم المختلفة للتسرب المدرسي	5

وصف المطبوعة (مقياس علم النفس المرضي للمتمدرس)

تسلط هذه المطبوعة الضوء على أهم المجالات في حياة الفرد، ألا وهي البيئة التعليمية. هذه البيئة التي قد تكون مسرحاً لظهور بعض الردود الفعلية أو المشاكل السلوكية والاضطرابات النفس مرضية التي تعمل البيئة التعليمية على إبرازها على السطح في مختلف المراحل التعليمية، منذ المرحلة التحضيرية ووصولاً إلى المستوى الثانوي. ويعتبر ذلك من أهم ما يجب أن يطلع عليه طالب علم النفسي المدرسي كأخصائي نفسي مدرسي مستقبلاً، عليه استيعابها ورصد أعراضها وفهم الأسباب والعوامل المؤدية لتطورها، لاتخاذ الإجراءات الوقائية من الإصابة بها والتكفل بها بالتعاون مع المختصين في مجال التعليم وأيضاً في مجال الصحة العقلية والنفسية.

المطبوعة موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر تخصص علم النفس المدرسي ضمن وحدة التعليم الأساسية، تقدم في السداسي الثاني. جاءت وفقاً للمحاور المذكورة في المقرر الرسمي لمقياس علم النفس المرضي للمتمدرس والمتضمن في مجمله على 12 من هذه الاضطرابات؛ قسمت إلى: 5 اضطرابات في المرحلة التحضيرية، 3 اضطرابات في المرحلة الابتدائية، 4 اضطرابات خاصة بمرحلة المراهقة في التعليم الثانوي.

أهداف المقياس

- تتمثل الكفاءة المستهدفة من مقياس علم النفس المرضي للمتمدرس في:
- يبنى الطالب الدارس لهذا المقياس رصيماً معلوماتياً حول أساسيات علم النفس المرضي للمتمدرس،
 - أن يتمكن الطالب من التمييز بين الاضطرابات التفاعلية والاضطرابات المحددة في الجداول العيادية،
 - وأن يطلع الطالب على مختلف الاضطرابات والمشاكل الأكثر شيوعاً في المحيط المدرسي التي تطورها المتمدرس في مختلف مراحل تدرسه ابتداءً من المستوى التحضيري إلى المستوى الثانوي،
 - القدرة على تشخيص ورصد الاضطرابات في المجال الدراسي والتعرف على أهم المداخل التشخيصية والعلاجية والتربوية لها.

الأهداف الإجرائية للمقياس

- التعرف على الاضطرابات الخاصة بالمتمدرس والمرتبطة بكل مرحلة من مراحل التعليم،
- تحديد ما ينتمي لحقل الباتولوجيا وبين ما هو يرتبط بمراحل النمو العادي كردور فعلية وسلوكيات عادية لدى المتمدرسين، خاصة لدى الطفل في مرحلة التحضيري والابتدائي.
- القدرة على رصد وتشخيص الاضطرابات الخاصة بمرحلة التربية التحضيرية،
- القدرة على رصد وتشخيص الاضطرابات الخاصة بمرحلة التعليم الابتدائي،
- القدرة على رصد وتشخيص الاضطرابات الخاصة بمرحلة التعليم المتوسط والثانوي.
- تحديات ومتطلبات كل مرحلة من المراحل التعليمية
- تحديد ما يمكن للمدرسة أن تفعله،

مقدمة

تعد المدرسة بمثابة البيت الثاني بعد الاسرة ولها دور مكمل والعديد من الآثار في بناء شخصيته. فهي عماد ما يكتسبه وما يغرس فيه، بما يقضيه المتدرس من ساعات طويلة يوميا في أروقتها. يحصل خلالها نمو الطفل من جميع الجوانب: الجسمية، العقلية والنفسية والاجتماعية والاخلاقية... فلم تعد الأسرة إذا القطب الوحيد الذي يتعلم منه الطفل، بل أصبحت تتقاسم دورها إلى حد كبير مع المدرسة تمنح للمتدرس الفرصة لاكتساب المعرفة في مختلف المجالات؛ يتلقى من خلالها العديد من العلوم على عدة مراحل دراسية، تبدأ بالمرحلة التحضيرية ثم الابتدائية، ثم تأتي المرحلة المتوسطة وبعدها تأتي المرحلة الثانوية. وتعتبر جميع هذه المراحل إلزامية في معظم دول العالم يؤهل تفوق المتدرس للاتجاه بعدها إلى الجامعة أو مجال التعليم أو التكوين المهني.

وكون المدرسة هي المكان الرئيسي للاستثمار النرجسي للطفل، فيمكن للعديد من المواقف النفسومرضية أن تؤدي إلى صعوبة في التمدرس. وعكس ذلك، فإن أي صعوبة مدرسية مزمنة يمكن أن تؤدي لاضطرابات نفسومرضية لدى الطفل من السلسلة الاكتئابية النرجسية و/أو الاضطرابات السلوكية. وهو ما يدعوه Marcelli (2016) بحلقة الثقة المفرغة التي تميز العالم الداخلي (أو شعور الطفل) والعالم الخارجي (أو التعبير عن الصعوبات).

وعليه، فإن الأسرة والمدرسة لهما دور في انتاج الاضطرابات لدى الطفل، كما لديهما دورا تكامليا لتجاوز هذه العقبات والاضطرابات. فقد تمثل البيئة المدرسية فضاء لتفجير بعض الاضطرابات لتكشف عن بناء نفسي هش. ففي احتكاك الطفل أو المراهق مع اشخاص هم بذاتهم حاملين لاضطراباتهم النفسية، تصبح البيئة الدراسية بالتالي هي الواقع الخارجي التي يمكن لهم من خلاله التعبير عن قلقهم وهشاشتهم الداخلية وأحداث حياتهم اليومية باتخاذ دور القوي والنشط وممارسة سلطته على زملاءه فتنتج بعض الاضطرابات تبعا لذلك. أو على العكس من ذلك اتخاذ دور الضعيف والسلبى المتتحي وما ينتج عنها من اضطرابات ترتبط ضمنا بالمرود الدراسي. على أن لكل مرحلة اضطراباتهم النفسية وتظاهراتها السلوكية.

المحور الأول: الحضانه (التربية التحضيرية)

المحاضرة الأولى: بين قلق الانفصال وحصر الانفصال

المحاضرة الثانية: العدوانية- السلوك العادي الانتقالي والسلوكيات العدوانية المرضية

المحاضرة الثالثة: عدم الاستقرار الحركي

المحاضرة الرابعة: اضطرابات اللغة

المحاضرة الخامسة: العزلة والانسحابية

المحاضرة الأولى: بين قلق الانفصال وحصر الانفصال

الهدف العام:

- أن يشكل الطالب فكرة عامة حول مفهوم مرحلة التربية التحضيرية،
- الامام بالاضطرابات التفاعلية منها والمرضية المرتبطة بانفصال الطفل عن الاسرة،
- أن يكون الطالب على اطلاع بالأسباب المفسرة لتطوير قلق الانفصال أو حصر الانفصال

الأهداف الإجرائية:

- أن يتعرف الطالب على دور التربية التحضيرية وأهدافها، والخصائص التي تسعى لتحقيقها
- التعرف على تحديات ومتطلبات النمو النفسي لاطفال السنين ونصف إلى 6 سنوات
- التمييز بين قلق الانفصال وحصر الانفصال
- تحديد مؤشرات حصر الانفصال
- التعرف على الأسباب الجينية، والسيكودينامية لقلق الانفصال وحصر الانفصال.
- أن يتمكن الطالب من تحديد افضل الاستراتيجيات للتكفل باضطراب حصر الانفصال

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة من أهم وأصعب مراحل نمو الفرد لما تتميز به من نمو لمختلف جوانب الطفل وأكثرها تأثيراً في مستقبل الإنسان. فهي تعتبر الأساس الذي تتكون فيه جميع مقومات شخصية الطفل فالراشد لاحقاً. فهي مرحلة تأسيسية للبناءات النفسية والبنى المعرفية، إضافة إلى المكتسبات الحسوحركية. وتعتبر الروضة والمدرسة التحضيرية من أكبر التحديات التي تواجه الطفل حيث تختبر بناءاته ومدى صلابتها أو هشاشتها.

ومنذ انشاء أول روضة للأطفال عام 1837 من طرف الألماني فريدريك وليام فروبل تحت تسمية KINDERGARTEN، بدأ يتزايد انتشار رياض الأطفال عبر كل دول العالم. وبعد ما كانت تستقبل في المقام الأول الاطفال اليتامى وأبناء الفقراء، اصبحت بعد 1945 تستقبل الاطفال من كل الطبقات، وتزايد الطلب عليها من طرف الوالدين، لتمتد لجميع شرائح المجتمع. (Catheline, 2012, p.5)

1- مفهوم التربية التحضيرية

يعتبر مفهوم التربية التحضيرية أشمل من مفهوم التعليم التحضيري ويتضمنه، هو تعليم يتلقاه الطفل في المراحل الأولى من حياته، تتناول بالرعاية والإيقاظ جميع جوانب الطفل بهدف مساعدته على النمو السوي والقدرة على التكيف لاحقاً، فهو بالتالي يركز خاصة على جانب كبير من الأهمية فيما يرتبط بصقل شخصية الطفل ورسم مسارهم طيلة فترة الدراسة أو التعلم. وهو مخصص للأطفال الذين لم يبلغوا سن القبول الإلزامي

في المدرسة، تسمح لهم بتنمية إمكاناتهم، كما توفر لهم فرص النجاح في المدرسة والحياة، كما أنها تقود الطفل إلى استكشاف إمكاناته وتوظيفها في بناء فهمه للعالم. وتعمل هذه المرحلة على تكملة التربية العائلية واستدراك جوانب النقص منها ومعالجتها. (وزارة التربية الوطنية، 2004، ص.4)

اطلقت عدة تسميات على المرحلة التي يتعلم فيها الطفل قبل ولوجه إلى عالم التعليم الأساسي أو المدرسة الابتدائية. فقد نجدها تحت مصطلح دار الحضانة، روضة الأطفال،... كما فتحت اقسام خاصة بطفل ما قبل المدرسة وأطلق عليها الاقسام التحضيرية أو ما قبل المدرسي...، وتختلف النظم التعليمية وسن ولوج الأطفال فيها من بلد لآخر. واعتبرت هذه المرحلة كبيئة صالحة في حاضر ومستقبل الطفل لأجل تأهيله للمرحلة الإلزامية.

2- دور التربية التحضيرية

للتربية التحضيرية دور هام في التنشئة الاجتماعية للطفل وفي توازن نمو وتفتح شخصيته بإعداده للتعليم المدرسي وتشكيل الجوانب القاعدية للشخصية وبناء الاتجاهات وبلورة الصور الأولية حول الذات واكتساب المهارات، خاصة الحسية الحركية منها والتدريب على الاستقلالية والتفتح على المحيط وعلى الآخرين. (قطامي، 2001، ص.13) هدفها تهيئة الأطفال نفسيا ومعرفيا، لمرحلة المدرسة، مع ضرورة مراعاة خصوصيات الطفولة في هذه المرحلة من التعليم التحضيري، ومراعاة النمو الحركي والمعرفي والقيمي الخلفي واللغوي والانفعالي للطفل. فهي تسمح بتنمية كل إمكاناتهم، ولها دورها في توازن نموهم وتفتحهم نحو العالم الخارجي وتحضيرهم للحياة الاجتماعية وعلاقاتهم بالآخرين. تشكل الجوانب القاعدية لشخصيتهم، وتنمي مجالهم الوجداني؛ العاطفي والانفعالي والاجتماعي بتنمية قدراتهم على الضبط الذاتي لسلوكياتهم والسيطرة على انفعالاتهم، تساعد الأطفال على تفتح طاقتهم وقدراتهم التي تشكل قاعدة صلبة وضرورية ينطلقون منها لنمو إبداعهم العقلي وتطويره، وتشكل أرضية استعدادية لاكتساب المهارات اللاحقة المساعدة على الشروع في التعلم المدرسي. فتصبح المرحلة التحضيرية بالتالي من خلال تهيئتهم وإعدادهم للتكيف مع المرحلة الدراسية التالية كما يرى (اوحيدة، 2007) بمثابة الجسر الذي يؤمن لهم المرور الطبيعي من مرحلة ما قبل المدرسة إلى مرحلة التعليم المدرسي النظامي.

3- التربية التحضيرية في الجزائر

شهدت الجزائر انتشارا واسعا لمؤسسات التكفل بالأطفال وفتحت العديد من دور الحضانة، رياض الأطفال وبعض أقسام التعليم التحضيري بكل المدارس الابتدائية ثم انتشرت لتمتد إلى المدارس الخاصة.

أدخل التعليم التحضيري للنظام التربوي الجزائري بين عامي 1976/1977، وأحدث تغييرا على سلم الهرم التعليمي بالجزائر. وعلى الرغم من أن المرسوم القاضي بإنشاء المدرسة التحضيرية صدر سنة 1976، إلا أن

عملية التطبيق الفعلي لهذا المرسوم لم يتم حتى سنة 1989، باستثناء بعض المؤسسات والشركات الوطنية التي شرعت في إنشاء وتأسيس مدارس الحضانه ورياض الأطفال لاستقبال أبناء العاملين بها. (رابح تركي، 1990)

تعنى التربية التحضيرية كما جاءت في منهاج التربية التحضيرية "بمختلف البرامج التي توجه لهذه الفئة ويقصد بها فئة الأطفال الذين لم يبلغوا سن القبول الإلزامي في المدرسة". (مديرية التعليم الأساسي، 2004). وحددت المادة 19 من القانون الخاص بالتربية التحضيرية في تشريع التعليم في الجزائر (1981) وظائف التربية التحضيرية في الجزائر بأنها "تعليم، الغاية منه هو إدراك جوانب النقص في التربية العائلية وتهيئة الأطفال للدخول إلى المدرسة الأساسية".

وأكد المشرع الجزائري على أن لغة التعليم في التربية التحضيرية يجب أن تكون باللغة العربية فقط، وهذا ما جاء في المادة 22 من الجريدة الرسمية، أمرية 16 أفريل 1976 "لغة التعليم التحضيري هي اللغة العربية فقط"

4- أهداف المرحلة التحضيرية

حددها علماء التربية وعلماء النفس وعلماء الاجتماع من خلال ثلاث جوانب هي: المجال المعرفي/العقلي، المجال الحسي/الحركي، والمجال الاجتماعي/العاطفي. وقام المختصين في تربية طفل ما قبل المدرسة بتجسيدها على شكل أنشطة تهدف الى تلبية متطلبات كل مجال من هذه المجالات. وقسم (بن سعد، 2016) اهداف التربية التحضيرية إلى:

أ- أهداف تتصل بالطفل ذاته وما يتعلق به :

- مساعدة الأطفال على تفتح طاقتهم وقدراتهم وذلك بتدريب حواسهم وتكوين مهاراتهم العقلية،
- تحضيرهم للحياة الاجتماعية وعلاقاتهم بالآخرين، وذلك بأن يوفر لكل طفل فرص للتفاعل مع أقرانه ومع الأوساط التي يتعامل معها،
- نموه الجسمي والحسي الحركي، بأن يضبط الطفل أنشطته وفق طبيعة الوضعيات. ينفذ أنشطة من الحركات الشاملة والدقيقة بتناسق ودقة ومرونة، يتموقع في الزمان والمكان حسب المعالم الخاصة به، وأن يتعرف على إمكاناته الجسمية وحدوده الحسية والحركية،
- نمو إبداعه العقلي وتطويره،
- نموه الفني وتذوقه الجمالي.

ب- اهداف ترتبط بالتهيئة والإعداد للتكيف مع المرحلة الدراسية التالية من خلال:

- اكتشاف ميول الأطفال واستعداداتهم الخاصة والسماح لهم بالنمو مع مراعاة الفروق الفردية،
- توثيق الصلة بين ما يتعلمه الأطفال وبين حياتهم وبيئتهم،
- إثراء حصيلة الأطفال اللغوية بإكسابهم التعبير الصحيح والتراكيب الميسرة المناسبة لأعمارهم،
- اكتساب الأطفال للعادات السليمة والقيم الأخلاقية والروحية والجمالية والصحية،

- تهيئة الأطفال لمرحلة التعليم الابتدائي وتعويدهم على الجو المدرسي لنقلهم تدريجياً إلى الحياة الاجتماعية في المدرسة،

- تعويد الأطفال على تحمل بعض المسؤوليات والاعتماد على النفس والاستقلال الذاتي،
- إطلاق قدرة الأطفال الإبداعية وتعزيزها،
- تشجيع الأطفال على اتخاذ القرارات وإبداء الرأي وتنمية روح المبادرة والتساؤل لديهم،
- العناية بالأطفال الموهوبين وذوي الحاجات الخاصة (كمرحلة استكشافية و وقائية).

ج- أهداف المجال الوجداني؛ العاطفي والانفعالي والاجتماعي

- تنمية الشعور بالثقة في النفس وتقدير الذات، والاعتماد عليها والشعور بالمسؤولية ويظهر استقلالية من خلال الألعاب والأنشطة والحياة اليومية داخل القسم وخارجه،
- تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو حرية التعبير والمناقشة،
- تكوين اتجاهات سلبية نحو الأنانية، حب الذات، العدوان والسيطرة،
- تنمية قدرة الطفل على الضبط الذاتي لسلوكه والسيطرة على انفعالاته،
- تنمية السلوكات السليمة نحو النظافة والتغذية والمحافظة على الصحة،
- تنمية قدرة الطفل على التعبير عن مشاعره وأحاسيسه مع الآخر،
- تنمية الشعور بالمشاركة والرغبة في العيش مع الآخرين، والقدرة على تبادل الوظائف،
- تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو العمل وتثبيت العادات السليمة المرتبطة به،
- تنمية مشاعر الحب والانتماء للوطن وإحساسه بمعنى العطاء والتضحية،

د- أهداف المجال المهاري؛ الحسي الحركي

- تنمية التوافق العضلي/العصبي للعضلات الصغرى والكبرى للطفل،
- تنمية التوافق الحركي/ البصري، الحركي/ السمعي للطفل،
- تنمية التأزر بين اليد والعين بصفة خاصة وتهيئة الطفل لتعلم الكتابة،
- تنمية استخدام حواسه بما يساعده على التفاعل مع البيئة الطبيعية المحيطة به،
- تنمية قدرته على الاستخدام السليم والأمن للأدوات والأجهزة،
- اكتساب المهارة الحركية التي تساعده على استخدام أعضاء جسمه بطريقة فعالة،
- تنمية قدرته على تقليد الحركات،
- استثارة طاقات الطفل الإبداعية الكامنة وتوجيهها دون فرض أو إكراه،
- تنمية خيال الطفل، وإتاحة الفرص لتفتح طاقاته الإبداعية الكامنة.

5- تحديات ومتطلبات النمو النفسي لأطفال السنتين ونصف إلى 6 سنوات

تتمثل هذ التحديات والمتطلبات كما ذكرتها (Catheline, 2012, p.6) في:

◆ قبول الانفصال؛ من خلال:

- تكامل الجسم الخاص والتعرف عليه كمنفصل ومستقل،

- أن يكون الأطفال قادرين على التعرف على احتياجاتهم والاستجابة المناسبة والتعبير عنها: كطلب الذهاب إلى المراض، طلب اللباس الزائد أو نزع الثياب تبعاً لشعورهم بالبرد أو الحرارة،

◆ الانفتاح على عالم خارج المنزل والقدرة على التفاعل الاجتماعي،

◆ تطوير أسس فهم النظم العامة: كبير صغير، ذكور اناث، الأقارب والغرباء...

◆ تطوير أدوات الاتصال والاستدلال؛ اللغة، معرفة الجسد الخاص وجسد الآخرين، وتحديد معالمه في الزمان والمكان.

◆ تعلم التعايش مع باقي الاطفال وفقاً "للقوانين المدرسية". وتعتبر مشاركة لعبه مع باقي الأطفال مؤشر إيجابي لقبول هذا التعايش مع الآخر، إذ يعاش في البداية كمصادرة وانتزاع ملكيته وقد يواجهها بالعنف والعدوانية لاسترجاعها (شد الشعر، عض...). فبسبب عدم التحكم باللغة بسن 2-3 سنوات، فإن لتواصل يكون جسدياً وحركياً،

◆ تعلم الاستماع للآخر بصمت والأخذ بعين الاعتبار بآراء الآخرين، الحديث بعد الحصول على الإذن، والتعامل مع المربي كشخص لديه السلطة. ومساعدة الطفل على الوعي بالواجبات والحقوق،

◆ تعلم التحدث والبناء اللغوي، الولوج لعالم الكتابة ومساعدته على تنمية قدراته اللغوية وتنظيمها،

◆ تحفيزه على الملاحظة والبحث والتجريب والاكتشاف والتعبير واستكشاف البيئة المباشرة والبعيدة. تحديد العالم الخارجي مكانياً وزمنياً،

◆ تنمية قدراته الحسية الحركية والتواصلية والمنطقية باكتشاف عالم الأشياء، عالم المادة، عالم الفضاءات الطبيعية والبشرية (البحار، الغابات، كيفية رعاية الحيوانات...)،

◆ تطوير قدرته على التخيل، الإحساس، اختبار العواطف والانفعالات.

6- الصعوبات المشخصة لدى أطفال المدارس التحضيرية

عادة ما تظهر لدى الأطفال عند التحاقهم بالروضة أو المدرسة التحضيرية بعض الصعوبات أو الردود الفعلية النفسية والاضطرابات السلوكية قد تنتج شيئاً فشيئاً لتعوض بردود فعلية إيجابية وسلوكات سوية، وقد تستمر لمدة أطول وتزداد في شدتها وحدتها مع تكراريتها. كما قد تتفجر بعض الامراض النفسية معلنة ومشيرة عن وجود أرضية استعدادية فجرتها البيئة الدراسية والتفاعل مع المربين أو القراء من الأطفال.

أما عن اضطرابات التكيف في المدرسة فتكون عابرة، تجد جذورها إما في صعوبات التكيف مع الانفصال الطويل عن الوالدين والدخول لعالم غريب غير معروف وفضاء وزمن جديدين، وإما لظهور أحداث خارجية

جديدة في حياة الطفل. أما استمراريتها في الزمن وفي شدتها وحدتها، فقد ترتبط بالعديد من المشكلات النمائية التي تعيق من تحقيق مستوى النمو السليم لديهم أو عمليات التعلم والأداء.

سنحاول من خلال ما يأتي التمييز بين ما يمكن تسميته بـ "اضطرابات التكيف في المدرسة" من جهة، و"الاضطرابات الخاصة بالطفل" من جهة أخرى.

أما الاضطرابات الخاصة بالطفل، فتكون عادة مستمرة قد تؤدي إلى الأعراض التالية:

- حصر الانفصال.
- الاضطرابات الوسيالية (اضطرابات اللغة، عجز الحواس، العجز العقلي، الأطفال المبكرين).
- الاضطرابات النمائية الشاملة.

أولاً - الاضطرابات التفاعلية: ولادة أخ، مرض أحد الوالدين، انفصال الوالدين

1- الوصف السريري

لا يتقن الطفل في سن الروضة اللغة جيداً بما يكفي لشرح مخاوفه أو أحزانه بوضوح، ويجب أن يثير التغيير المفاجئ في سلوك الطفل انتباه المحيطين به. فقد يرجع ذلك لمظهر عدم الاستقرار أو على العكس منه وهو انسحاب والتفوق على الذات، فتظهر أحياناً على شكل عدوانية كعض رفاقه. يتشاجر الطفل بشكل مبالغ فيه مع باقي الأطفال كأنه يبحث عن العقاب من طرف الكبار كما لو أنه يخفف عن نفسه من ذنب خيالي.

2- ماذا يمكن أن تفعل المدرسة؟

إذا تقام الامر وأصبحت ردود فعل الطفل مبالغ فيها، يصبح من الضروري البحث عن سببية الأمر عن طريق استجواب احدي الوالدين. فقد يرجع الأمر إلى حدث صدمي في حياة الطفل، مع الإشارة إلى ضرورة تجنب موقفين اثنين:

- عدم التسرع في اللجوء لطلب تدخل المختص النفسي أو الطبيب العقلي بطريقة بديهية لأجل تقليص أعراضيات الصدمة وتناذر الحدث الصدمي (SPT). فقد يؤدي هذا التدخل إلى اختزال سيرورة الحداد لدى الطفل أو تكيفه مع تغير السياق الاسري. "فالنفساني لا يمكنه اتخاذ قرار بشأن كل شيء وعن أي شيء" كما يرى (Benasayag, Schmit, 2003)، ولا يمكنه التدخل إلا في الحالات المرضية التي يستدل عليها من خلال استمرار الردود الفعلية بطريقة مبالغ فيها ولا يتقبل الطفل هذا التغيير، مع عدم استنثاره لمجالات أخرى لأجل اكتمال عملية الحداد باستخدام ميكانيزمات أكثر ارتقاء وفعالية وميكانيزمات التكيف.
- من ناحية أخرى، يجب عدم أخذ الامر ببساطة والتقليل من أهميته؛ فلا ينبغي أن نطمئن عند معرفة اصل وسببية انطلاق الردود الفعلية المبالغ فيها والاضطراب السلوكي الذي يظهر لدى الطفل. لأن ذلك قد يخفي السببية

الاصولية لردود الفعل هذه من جهة، كما قد يخفي سبببات أخرى مصاحبة للاضطراب، كأن يسند سلوك فرط الحركة عند الطفل لواقع المشاجرة الوالدية مثلا، في حين هو راجع إلى فقدان السمع.

ثانيا - قلق الانفصال أم حصر الانفصال؟

غالبا ما تظهر علامات القلق وحتى البكاء عند بعض الأطفال بعد التحاقهم بالمدرسة التحضيرية كرد فعل طبيعي لقلق الانفصال الذي اختبره الطفل في الشهر الثامن والمرتببط بقلق الغرباء، إلا انه سرعان ما يختفي لدى اغلبية الأطفال، إذ يتأقلمون مع جو المدرسة التحضيرية ومجموعة الأطفال بها. ففي الأسبوع الأول، من الضروري أن يرافق أحد الوالدين طفلها إلى المدرسة والبقاء معه لفترة من الزمن، ثم ينسحب الوالد شيئا فشيئا وتدرجيا في أوقات وفترات بقاءه هناك بعد الاطمئنان عليه وطمأنته بأنه سيغيب ولكنه سيرجع. عادة ما يستأنس الطفل بعدها مع الجو الدراسي ويندمج مع رفاقه ومربيته. غير انه يمكن أن يستمر البكاء عند بعض الاطفال إلى مدة أطول قد تفوق الشهرين عندما مغادرة الوالدين للمدرسة وتركهم لوحده هناك، وهو ما قد ينبأ عن وجود حصر الانفصال لدى الطفل.

وهنا نتساءل، كيف يمكن التمييز بين قلق الانفصال الطبيعي الراجع للخوف من الانفصال لأول مرة كردود فعلية عن حصر الانفصال المرضي؟

بداية يجب الإشارة إلا انه على غرار ما جاء في دلائل (DSM-5 et CIM-10)، فإن مصطلح قلق الانفصال (Angoisse de séparation) يشير إلى ظاهرة تطويرية عادية تظهر بطريقة عابرة عند الطفل، في حين أن حصر الانفصال (Anxiété de séparation) يشير إلى السلوكات المثبتة سابقا عند الطفل. وللإجابة على السؤال، لا بد من ملاحظة وتقييم ثلاث نقاط كما نوهت به (Catheline, 2012, p.12):

- مدة استمرارية البكاء؛ فمن الشائع أن يبكي الطفل خلال الأيام الأولى من الدراسة، لكن استمراره بعد أربعة أسابيع يجب أن يثير بعض التساؤلات،
- موقف الطفل داخل حجرة الصف:

- إذ يعتبر قبول الطفل ولو لمرة واحدة المشاركة في الأنشطة التي يقترحها المعلم دون الحاجة إلى عزل نفسه مؤشر جيد وإن استمر على الرغم من ذلك البكاء لبعض الوقت. في حين أن انعزال الطفل ورفضه المشاركة في اللعب وبعض الأنشطة يعتبر مؤشرا سيئا،

- وكذا قبول الطفل تقرب اقارنه منه أو رفضه إياهم،

- قدرة الطفل على التواصل مع الأقران ومع البالغين، إذ يمكن لرفض التواصل أن يصل إلى حد البكم خارج نطاق الأسرة. غالبا ما يذكر الإباء بأن أطفالهم يتحدثون بطلاقة في البيت ولديهم رصيد لغوي جيد، إلا انه يصابون "بالصمت التام" أو بالخرس" في المدرسة.

1- قلق الانفصال

1-1- التفسير السيكودينامي لقلق الانفصال

تعتبر المدرسة التحضيرية أولى تجارب الانفصال المنتظمة التي يختبرها الطفل. وعلى هذا فإنها تضع نظم التعلق سواء كانت تلك الخاصة بالطفل أو تلك الخاصة بالوالدين قيد الاختبار والمواجهة. تعلق قد يكون من النمط الآمن أو من النمط غير الآمن؛ كلها تتجر عنها نوع خاص من العلاقة المبنية بين الطفل ووالديه (Ainsworth, 1969). كما افادت العديد من الدراسات إلى أن مشكلات التوافق الدراسي التي ستظهر لاحقا قد ترجع في أساسها إلى النمو غير السوي لشخصية الفرد في السنوات الأولى من حياة الطفل، وإلى خبرات هذه المرحلة ونوعية التفاعلات اثناءها، أو إلى مشاكل التعلق كأحد أهم الأسباب المؤدية إلى ذلك.

وحسب نوع التعلق والروابط كما تذهب اليه (Catheline, 2012, p.13)، تعتمد إمكانية تحمل الطفل أولاً، ثم استمتاعه بهذا الانفصال لاحقاً، لأن ذلك يسمح للطفل بالتميز أكثر فأكثر عن والديه. فهي تسمح له على المستوى الفردي بتأكيد هويته، كما تتيح له على المستوى العلائقي فرصة التعرف على متعة إعادة لمّ الشمل من جديد مع الوالدين.

وعلى غرار ما ذهب إليه (Bowlby (1988، وكما أشرنا إليه سابقاً، فإن هذا الانفصال الاجباري الذي يفرضه تدرس الأطفال على الوالدين، سيعيد تنشيط منظمة التعلق الخاصة بهم، هذه الأنماط التي تظهر قريبة جداً من تلك الموجودة لدى الطفل حسب ما توصل اليه (Pierrehumbet coll, 1996) في دراستهم (نمط مستقل، نمط منفصل، نمط منشغل). إلا أن (Pitteloup, 2006) لفت الانتباه إلى حقيقة أنه لا يجب إقامة روابط سببية مباشرة بين التعلق الحصري للوالدين، الأم بالخصوص، وبين وظهور حصر الانفصال (قلق الانفصال المرضي) عند الأطفال. فهناك عوامل أخرى تتدخل، الاكتئاب الأمومي خاصة خلال طفولته المبكرة، وأيضاً الظروف المعيشية المحيطة بالطفل (عدم التوافق الزوجي وعدم الانسجام الوالدي). كما قد تتدخل بعض العوامل المحتملة الخاصة بالطفل (مزاج الطفل مثلاً). وهو ما فتح آفاق واسعة نحو دراسة انتقال نماذج التعلق بين الأجيال. أما Fonagy (1991) فيرى بأن ليس لنوع التعلق بذاته علاقة بحصر الانفصال، لكن قد يكون عاملاً مسرعاً ومساهمياً للاضطرابات عندما يكون حصرياً أو أن يكون حمائياً عندما يكون آمناً. (Ibid)

تشير دراسات (Guedeney, 2002) الاستباقية، إلى أن نظم التعلق الذي تم تقييمها عند أطفال السنة من أعمارهم، هي منبئة وبشدة لسلوكات أطفال في المدرسة التحضيرية بعد ثلاث سنوات ونصف. غير أن تحديد حصر الانفصال عند الطفل في سن مبكرة يسمح بعلاجه قبل استفحاله لينجم عنه اثار سلبية على مستوى اللغة، مستوى الخيال والتجريد، والقدرة على بناء مهارات التعامل مع الآخرين.

1-2- دور المدرسة في تسيير قلق الانفصال

على المربين تسهيل عملية الانفصال من خلال ما اقترحتها (Catheline, 2012, p.14):

- استقبال الطفل وأمه في المكان الأكثر تطرفاً في القسم حتى لا تغرق الطفل بغزو لوجوه غريبة عليه،
- عرض أنشطة وألعاب على الطفل ونطلب منه الانعزال بعيداً عن أمه لإلهائه وجعله ينسى للحظة نموذج التعلق حتى يتعود شيئاً فشيئاً عن الانفصال عنها،
- أن يقتصر احضار الطفل دون انقطاع لمدة شهرين أو ثلاثة أشهر لفترات محددة وليس ليوم كامل، وفي الحالات المستعصية احضاره في الفترة الصباحية فقط.

وعلى المربين تجنب موقفين متعاكسين:

- أخذ الطفل عنوة من ذراعي أمه التي يطلب منها بالمغادرة بحجة أنه سيهدأ بمجرد أن تبتعد عن ناظره.
- الطلب من الأم عدم ارجاعه مرة أخرى وبأن تعطيه فرصة أخرى للبقاء مع امه وأن لا تصطحب إعادته إلى المدرسة حتى الفصل القادم. فمثل هذا الموقف غير مرغوب فيه، خاصة إن كان الطفل ذو عامين أو عامين ونصف من عمره، فذلك لا يسمح له بتجاوز مخاوفه. إضافة إلى ذلك، يمكن لهذا الموقف أن يجعل الطفل يعتقد بأن لديه القدرة على السيطرة على والديه فيصبح الاحتجاج والبكاء ملاذه للتحكم بوالديه. كما يمكن من جهة أخرى أن يغدي هذا التراجع مخاوفه بأن العالم الخارجي فعلاً مخيف.

وفي كلتا الحالتين، يجب اقناع الوالدين أولاً بهذا الانفصال، وإن فهم الطفل ذلك سيقنع هو الآخر بانفصاله عن والديه خاصة وأنه يتعلم شيئاً فشيئاً بأن وليه سيرجع لاصطحابه بعد انتهاء وقت المدرسة. كما لا يجب توجيه تصريحات للآباء بكونهم مفرطي التدليل والحكم عليهم بالحماية الزائدة، ما يؤدي إلى انزعاجهم وعدم التصريح للمربين بمشاكل لاحقة قد يلاحظها على طفله في البيت.

2- حصر الانفصال

1-2- مؤشرات حصر الانفصال

تدرج هذه المؤشرات ضمن 3 نقاط أساسية:

- **ضيق وهلع أثناء الانفصال:** قد يكون الضيق طفيفاً ولكنه مرتبط بأقل حالات الانفصال الممكنة (كاستحالة فحص الطفل أثناء زيارة الطبيب، أو استحالة الذهاب للتسوق وتركه بمفرده ولو لبضع لحظات)، أو أن يكون أكثر شدة خلال فترات الانفصال الخاصة ابن يرغم الوالدين على ترك طفلهما، أو أن يذهب الطفل في رحلات مدرسية مثلاً، فيرفض بشدة مع بكاء حار وطلب الرجوع إلى كنف الأسرة، وتكون شكاوى المربين المتكررة شاهدة على ذلك. أما في الحالات القصوى، يمكن للطفل أن يقول أنه يريد أن يموت. كما يمكن أن يأخذ الحصر شكل نوبة هلع حقيقية مع ما يرافقها من تظاهرات جسدية (الصداع مثلاً كعرض أول منبأ بتشكل الاضطراب، ثم يستتبع بالغثيان والقيء وآلام المعدة). وصف هؤلاء الأطفال بأنهم متطفلين متطلبين ومتشددين، يطالبون بالاهتمام الدائم، يشكون من كونهم غير مرغوب فيهم ولا أحد يحبهم أو يهتم بهم.

• **اجترار الانشغالات مرضية:** تتعلق انشغالات الطفل بسلامة الأسرة ولكن أيضا بسلامته الخاصة. يخشى الطفل أن يحدث لوالديه شر أو حادث ما، أو أن يصيبهم مكروه. لديه خوف مبالغ فيه من اللصوص أو الخاطفين، يخشى أن يضيع ولا يمكنه إيجاد والديه... تظهر هذه المخاوف عند الأطفال بطريقة غامضة وغير محددة، كما أن الأخطار تكون غير واضحة ومحددة، ويخافون بشأن أي شيء قد يحدث. تظهر لديهم الكوابيس المتكررة والتي تدور فكرتها حول الانفصال. هذه المخاوف تفسر موقف الأطفال اللذين يصبحون مطيعين، منتبهين و "بضمير حي" ويتوقون لإرضاء الآخر.

• **حنين إلى البيت والرغبة الشديدة في اجتماع الأسرة:** يشعر هؤلاء الأطفال بالانزعاج خارج إطارهم الاسري المعتاد. يعبرون بالحاجة للعودة إلى المنزل في أقرب وقت ممكن. تظهر عليهم علامات الحزن، لا مبالين، ولا يمكنهم التركيز على أي نشاط مدرسي أو في اللعب.

وعلى المستوى العيادي، فإن اضطراب حصر الانفصال كما هو محدد في (DSM-5، CIM-10) تحتوي على إشارات لا نجدها في قلق الانفصال الطبيعي. ادرجت اضطرابات حصر الانفصال Separation Anxiety Disorder (F 93.0 [309.21]) في DSM5 ضمن أربع معايير أساسية، وهو ما سنفصل فيه في فصل المرحلة المتوسطة والثانوية (اضطرابات الحصر).

2-2- تفسير حصر الانفصال حسب المنظور النفسي الجيني

بالنسبة للباحثين (Vila, Mouren Siméoni, 1992) كما جاء في (Catheline, 2012, p.16)، فإن قلق الانفصال النمائي وحصر الانفصال المرضي يسجلان في سلسلة متصلة: حيث حصر الانفصال يرجع كميًا إلى باتولوجيا فرط التعلق، وكيفيا لاختلالات التفاعلات بين الطفل ونماذج التعلق الأساسية التي ترجع أصولها لهشاشة في تكوين الذات. من هذا المنظور، فإن حصر الانفصال يكون شكل ممدد من قلق الانفصال (يستمر لأكثر من 4 أسابيع حسب معايير DSM-5) تؤثر على السلوك الاجتماعي والأكاديمي وتضعف القدرات المعرفية والعلائقية، حيث انعكاسات وعواقب هذا الاضطراب يجعل منه باتولوجيا فعليًا وليس مجرد اضطراب نمائي (كآثار عن تمييز الطفل بين ما هو اسري مألوف وبين ما هو غريب وغير مألوف).

يذهب (Gorin et coll 1996) إلى أن القلق النمائي والحصر الانفصالي يحددان في سجلين مختلفين "يظل القلق النمائي في مجال تفاعلي وسريع الاستجابة لم يتم استدخاله بعد؛ يستجيب لانفصال تم اختباره ويترجم معاناة بسبب انقطاع رابط التعلق ذو طابع خاص تم انشاءه خلال السنة الأولى من حياة الطفل. أما حصر الانفصال المرضي فهي تنتمي للحقل لنفسي المستدخل، يستجيب لاستباق الحصر للانفصال ويترجم الطبيعة التناقضية لروابط التعلق." (Ibid)

2-3- تطور حصر الانفصال

أظهرت الدراسات البيديميولوجية أن 1.6 % من الأطفال تظهر لديهم اعراض التصنيفات الدولية المذكورة أعلاه والخاصة باضطراب حصر الانفصال يعتبر هذا الاضطراب غير معروف جيدا، يحدث بدفعات، وحسب إيقاع أحداث الحياة والوضعيات التي تتأثر بالتعلق بطريقة حقيقية أو رمزية (Catheline, 2012, p.16). يختفي الاضطراب عادة بشكل تلقائي عند حوالي ثلثي الحالات. إلا أن بعض الدراسات (Gittelman Klein et Klein, 1985, Yeragani et coll, 1989) تشير إلى أن هذا الحصر قد يستمر مثل ما هو عليه في مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ لدى عدد من الحالات. وفي غياب العلاج كما تنوه به الباحثة، فإنه:

- غالباً ما يظهر في تاريخ رهاب المدرسة حصر الانفصال المرضي،
- يسبب حصر الانفصال التغيب عن المدرسة التي تؤدي عواقبها الثانوية لاستمرار الأعراض: فشور الطفل بالاستبعاد أكثر فأكثر من العلاقات مع الآخرين يجعله يبرر هذا الوضع بتقليل عدد مرات ذهابه للمدرسة.
- يجبر حصر الانفصال الطفل على تنظيم حياته النفسية حول آليات دفاعية مكلفة، ولا سيما منع الفكر الذي سيكون له انعكاسات سلبية على استثمار المعرفة في البداية، ليصل في نهاية المطاف الى استثمار سلبي للتمدرس الذي يستشعره مع مرور الوقت كمصدر للانزعاج.
- أظهرت مراجعة الأدبيات استمرار الفوبيا الاجتماعية والمحددة واضطرابات الوسواس القهري.

2-3- التكفل العلاجي باضطرابات حصر الانفصال

- على المسؤول أو مدير المدرسة طلب المساعدة من طبيب المدرسة لتوسط العلاقة بين المعلم والطفل ولأجل مناقشة الأمر مع الوالدين بتوجيههم إلى الاستشارة والرعاية.
 - من الضروري طلب تدخل مختص نفساني المدرسة؛ وتكون مهمته مركزة على مساعدة المعلمين حول كيفية تعاملهم مع الطفل وعدم تضخيم الوضعية،
 - يجب تشجيع الانفصال المتقطع عند الطفل ليتكيف مع جو المدرسة شيئاً فشيئاً،
 - وفي المقابل؛ يجب عدم ارغام الطفل على السكوت وأخذة عنوة من والديه للالتحاق بالمدرسة التحضيرية، ولا يجب أيضاً استبعاد أهلية الوالدين في مواجهة هذا الانفصال،
 - يجب عدم عزل الطفل وتركه لوحده في ركن الحجرة بحجة أنه لا يطاق ويشوش على بقية الأطفال، أو بحجة رفضه لجميع أنشطة المجموعة،
 - تهديد الوالدين الطفل بعدم الذهاب إلى المدرسة لاصطحابه إلى البيت أو بالتخلي عنه إن لم يكف من القيام بهذه السلوكات،
 - وعلى الأسرة الاهتمام بالتكفل بطفلها، إذ يعتمد التكفل به خارج المدرسة على:
- العمل مع الأسرة لتطويع الإطار العلائقي والتعليمي،
- العلاج الجماعي مع بعض الأطفال الذين يعانون من نفس الاضطراب أو اضطرابات مشابهة في بعض أعراضياتها، وللإشارة، فإنه يمنع منعاً باتاً اللجوء إلى العلاجات الدوائية.

المحاضرة الثانية: العدوانية- السلوك العادي الانتقالي والسلوكيات العدوانية المرضية

الهدف العام:

- أن يتعرف الطالب على ماهو عدوان وما هو سلوكيات عدوانية
- أن يكون الطالب على اطلاع بالنماذج التفسيرية للسلوك العدواني

الأهداف الإجرائية:

- أن يميز الطالب بين أشكال السلوكيات العدوانية
- التمييز بين العدوانية كسلوك معارضة عابر، والسلوكيات العدوانية المفرطة المرضية المتجهة نحو الغير،
- أن يتعرف الطالب كأخصائي نفسي مدرسي مستقبلا على طرق تقويم السلوك العدواني.

1- مفهوم السلوك العدواني

يمارس أطفال المراحل العمرية المبكرة والمتوسطة بعض أنماط السلوك العدواني، ويعد مثل هذا السلوك عادياً يرتبط بالخصائص النمائية للأطفال، حيث أنهم لم يصلوا إلى مستوى كاف من النضج يمكنهم من التحمل والإدراك السليم بالإضافة إلى حالة التمرکز حول الذات وحكمهم على التصرفات من خلال النتائج المترتبة عليها وليس القصد من وراءها (عامد الزغول، 2006، ص. 167). ويضيف (سامر رضوان 2009، ص. 261) في هذا المنحى، أنه يصعب التفريق بين السلوك التوكيدي للذات السليم والتعبير السليم عن الغضب، وبين السلوك الهدام والمعاند. وبأنه غالباً ما يكون من الصعب إفهام الطفل التعبير عن هذه الانفعالات بشكل مناسب، ولذا قد تكون تصرفاته أو سلوكياته العدوانية ليست بالضرورة تعبيراً عن رغبة في أذية الآخرين أو الذات. كما قد يكون بعض الأطفال بطبيعتهم أكثر حيوية وعدوانية من الآخرين ويتعاملون ذلك لانتراع لعبة ما من طفل آخر. ومثل هذه الأنماط السلوكية العدوانية تتلاشى تدريجياً مع عمليات النمو عبر المراحل اللاحقة، ويمكن القول كما أشار إليه (أسامة مصطفى، 2011، ص. 122) بأن سلوك العدوان يظهر غالباً لدى جميع الأطفال وبدرجات متفاوتة، وبدخول الطفل الحضانه تبدأ النزعة العدوانية في التعبير عن نفسها، فتصبح أكثر وضوحاً وتأخذ اشكالا متعددة، مثل العدوان الحركي (الضرب، الرفس، العض...) والعدوان اللفظي (السب والتهكم...) أو العدوان التخريبي المتمثل في الإتلاف، العناد ويرفض الانصياع فيستخدم كلمة "لا" بقوة، وهو ما يعتبر استجابة طبيعية تجاه مثيرات خارجية جديدة بالنسبة له. وفي المقابل، يلاحظ في بعض الحالات أن شدة السلوكيات العدوانية ومدى تكرارها تكون ملفتة للنظر لدى بعض الأطفال بحيث تكون فوق الحد المقبول، وقد تستمر هذه العدوانية لدى هؤلاء الأطفال وتتفاقم خلال مراحل النمو اللاحقة لتصبح سمة بارزة في شخصياتهم، الأمر الذي يستدعي التدخل ومحاولة علاج هذه المشكلة لمساعدتهم على النمو والتكيف السليمين. (عماد الزغول، 2006، ص. 167)

2- أشكال السلوك العدواني

تم تصنيف العدوان كما جاء في (فاروق مصطفى، 2011، ص. 122) إلى:

- **عدوان سلبي:** حيث يكون الفرد عنيدا وغير متعاون، متذمر لكنه بدون مواجهة مباشرة، ويظهر عند الفتیان أكثر من الفتیان.
- **عدوان إيجابي:** وهي عبارة عن عدوانية مباشرة نحو الآخر. ويظهر هذا النوع من العدوان خاصة الجسدي منه واللفظي، عند الفتیان أكثر من الفتیات.

كما يمكن أن يأخذ السلوك العدواني أحد الأشكال التالية (عماد الزغول، 2006، ص. 168)

- **العدوان المادي:** يتمثل في أنواع السلوك التي تلحق الأذى والضرر الجسدي بالآخرين أو بإيذاء النفس، تخريب وتدمير الممتلكات. عادة هذا النوع يكون مصحوبا بمشاعر شديدة من الغضب.
- **العدوان اللفظي:** يأخذ أنماط السلوك الكلامي مثل التهديد والتشهير، الشتم والسب وقد يكون موجهاً نحو الذات أو الآخرين.
- **العدوان الرمزي:** ويعرف بالعدوان التعبيري ويتبدى في أنماط سلوكية إيمائية مثل تعابير الوجه والعيون، كالنظر للأخر بطريقة ازدراء وتحقير، أو تجاهل النظر إليه أو عمل حركات باليد.

كما يصنف البعض العدوان إلى أصناف أخرى مثل العدوان الاجتماعي مقابل العدوان غير الاجتماعي. وعليه فقد يكون العدوان كما أشار إليه فاروق مصطفى (2011)؛ عدوانا عدائيا، لفظيا، بدنيا، اشاريا، وسيليا، سلبييا، إيجابيا، مباشر أو غير مباشر. يكون موجها نحو الذات أو عدوانا عشوائيا؛ بمعنى موجه نحو هدف معين، بدوافع غامضة وأهداف مشوشة غير واضحة.

3- النماذج التفسيرية للسلوك العدواني

تباينت وجهات النظر حول أسباب السلوك العدواني، ويرجع السبب في ذلك إلى اختلاف الافتراضات النظرية والمنطلقات الفكرية التي ارتكزت عليها النظريات النفسية والاجتماعية المختلفة.

أ- **التفسير الفسيولوجي:** يكثر العدوان لدى أفراد يعانون من اضطراب أو تلف في الجهاز العصبي، كما يرتبط بالجهاز الغدي، حيث تتوافق زيادة إفراز الهرمون الجنسي المعروف بالتسترون باحتمالية زيادة حدوث السلوك العدواني. (عماد الزغول، 2006، ص. 169)

أما بخصوص الأسس البيولوجية، فإن العدوان عادة ما يأخذ واحد من هذه الاحتمالات الثلاثة كما جاء في (فاروق مصطفى، 2011، ص. 128):

- أن العدوان سلوك غريزي منظم وراثيا يتشكل خلال عملية التطور والضبط بواسطة منبهات نشأت في الأصل في سياق التطور،
- العدوان هو أساس استجابة لنشاط هرموني أو لغيره من العمليات الكيميائية الحيوية،
- وبأن العدوان يعكس نشاطا كهربائيا في الجهاز العصبي المركزي.

ب- **التفسير السلوكي:** يكون السلوك العدوانى بمثابة سلوك متعلم كباقي السلوكات والخبرات الأخرى، يكتسبه الفرد من جراء تفاعلاته المتعددة مع المثيرات البيئية التي يصادفها. حسب نظرية الاشراف، فإن العدوان سلوك انفعالي شرطي تطور لدى الفرد تجاه مثيرات معينة كنتاج لاقتران مثل هذه المثيرات بمثيرات طبيعية تثيري الغضب والانفعال والعدوان لدى الفرد. أما نظرية الاشراف الإجرائي فتتظر إلى العدوان على أنه سلوك إجرائي- وسيلي يتقوى لدى الفرد لارتباطه بالتعزيز في السابق فأصبح يتكرر لديهم لاحقاً كوسيلة للحصول على هذا التعزيز. ويرى نموذج المحاولة والخطأ أن السلوك العدوانى هو بمثابة محاولة سلوكية اكتسبها الفرد من خلال المحاولة والخطأ ووجد في العدوان حلاً للمواقف الاشكالية التي يواجهها. (عامد الزغول، 2006، ص ص. 169، 170)

ج- **نظرية الإحباط:** يؤكد دولارد وميلر Dollard & Miller أن الاحباطات المتكررة والتي تحول بين الفرد وبين تحقيق أهدافه وإشباع حاجاتهم تؤدي إلى توليد العدوان لديه كرد فعل معاكس، كما قد يؤدي الإحباط إلى شكل من أشكال العدوان. ويفترض Dollard & Miller الإحباط-العدوان من خلال تحديد أربع مجموعات من العوامل (فاروق مصطفى، 2011، ص. 133):

- العوامل المحددة لقوة الاستثارة إلى العدوان،

-العوامل ذات العلاقة بإعاقة العدوان،

-العوامل المحددة للهدف الذي يوجه اليه العدوان،

- العوامل المتعلقة بتخفيض الاستثارة للعدوان.

د- **نظرية التعلم الاجتماعي:** يرى باندورا Bandura أن السلوك العدوانى يتم تعلمه كنتاج لعمليات التفاعل الاجتماعى، فهو شكل نوعى بين السلوك الاجتماعى المتعلم، بحيث يكتسب الأفراد هذا السلوك من خلال التقليد والنمذجة. وتزداد احتمالية التأثير بالنماذج في حال توفر الدافعية لدى الأفراد في تعلم مثل هذا السلوك. (عامد الزغول، 2006، ص. 170)

ه- **التفسير السيكودينامى:** لا يمكن الحديث في البداية عن العدوانية صراحة، حيث تظهر السلوكيات العدوانية الفعلية في سن الثالثة، وهو ما يعتبر فترة المعارضة أو ما يسمى بفترة "لا". فترة تتوافق عادة مع دخول الطفل إلى الروضة. وغالبا ما تأتي ردود فعل الطفل كتقليد لسلطة الكبار اين يسعى لأن يكون لكلمة "لا" نفس التأثير كما هو الحال بالنسبة للبالغين، حيث يضع الطفل سلطته مقابل سلطتهم؛ فاعتراضه يعنى بأنه موجود. وبالتالي، فإن الإحباط وعدم تلبية حاجاته يؤدي إلى السلوكات العدوانية. وفي سن الرابعة، تتوقف هذه الردود الفعلية بسبب الرقابة الاجتماعية الراجع لاكتساب اللغة ويتم التعبير عن العدوانية لفظيا. إلا أن بعض الهوامات العدوانية تستمر وتظهر في الاحلام وبعض السلوكات العدوانية نحو بعض الحيوانات مثلا. كما تظهر أشكال جديدة للعدوانية تكون مغايرة للسلوكات الأولية (Catheline, 2012,p.20).

- كما تفسر العدوانية بسبب عدم استثمار الطفل لشخص بالغ كمرجعية له. إما بسبب:
- المواقف المتناقضة من طرف كلا الوالدين، وتفاعلات اسرية منظمة بشكل مبكر حول الابتزاز.
- أو عند طفل بريفيل طفل مهجور، فعدم الثقة في أي شخص وعدم القدرة على الاعتماد عليهم يدفعهم لتطوير استراتيجيات العلاقة مشابهة لاستراتيجيات البقاء (اطفال بتعلق غير آمن تجنبي).
- أو آباء "مثيرين" يميلون لرؤية الطفل كامتداد لهم. فيصبح البحث عن الاستفزاز كطلب للتقرب المستمر من البالغ. غالبًا ما لا يهتم هؤلاء الأطفال بأطفال آخرين في سنهم يهتمون فقط بالعلاقة مع الكبار (أطفال بتعلق غير آمن متناقض).

◀ وعليه، فإنه تدرج تحت السلوكات العدوانية:

- الرغبة في التخلص من سيطرة الكبار من خلال تقليدها،
- عدم توفر سياق أسري مناسب،
- الدلال الزائد والحب والحماية المفرطة،
- غياب السلطة الأبوية،
- الرغبة في جذب الانتباه،
- عوامل النقص التي قد تدفع الى العدوان كوسيلة تعويضية،
- الحرمان الشديد قد يولد الرغبة بالانتقام من الآخرين أو من ممتلكاتهم،
- ويبقى التعلق غير الامن والإحباط من أهم الأسباب السيكودينامية وراء السلوكات العدوانية.

4- التشخيص الفارقي بين سلوك المعارضة العابر والعدوانية الغيرية المفرطة

من المهم كما أكدت عليه (Catheline, 2012,p.19) التمييز بين عدة نقاط:

• السياق الذي يتطور فيه السلوك

- هل حدث السلوك اذى تم تشخيصه على انه عدوانية مع جميع الأشخاص أو مع البعض فقط، كأن يواجه سلوكه ضد الأشخاص المألوفين عنده وفي الاسرة مثلا أم مع الغرباء؟
- هل يظهر السلوك لسبب محدد أم أياً كان السبب؟

• مدة السلوك: هل يهدأ الطفل بسرعة أم أن تدخل الأشخاص يزيد من حدة الغضب ؟

- السن الذي يحدث فيه هذا السلوك: هل يحدث بعد سن الرابعة؟ فالمفروض أن تختفي هذه السلوكات ولا تكون إلا استثنائية. من ناحية أخرى، يفترض أن يظهر العدوان اللفظي "الكلمات البذيئة" ابتداء من سن الرابعة.

ويجب التنبيه انه لا يمكن اعتبار ذلك مرضيا قبل أن يتم استفاد كل الوسائل لطمأنة الطفل والسماح له بالانضمام إلى المجموعة. وان استمرت هذه السلوكات على الرغم من ذلك، هنا يمكن القول بأن ما يصدر عن الطفل هو فعلا مرضي.

- أما عن العدوانية الغيرية المفرطة

فإذا حدث السلوك العدوانى مع أشخاص معينين وليس مع باقي الاشخاص، فمن المحتمل أن يرجع السبب لمشكلة وخلل في العلاقات البينشخصية (أي مشكلة تعليمية). يميل هؤلاء الأطفال إلى مهاجمة الأشخاص الذين يعرفونهم ويرون أن سبب وجودهم هو لخدمتهم وتلبية أوامرهم. في حين يحترمون الشخص الغريب ويتعاملون بسهولة أكبر.

عادة يكون البالغ الضحية الذي يتعامل معه الطفل ضعيفا وغير قادر على وضع حد له. يتم الإشارة لهذه السلوكات في التصنيفات الدولية كما اوضحناه سابقا تحت الفصل الخامس قسم اضطرابات السلوك: "اضطراب التحدي الاعتراسي" (F91.3 [313.81]). مع الإشارة إلى أنها متطابقة في التصنيفين (DSM 5، CIM 10).

6- تقويم السلوك العدوانى

تلعب المدرسة دورًا هامًا، وعليها معرفة كيفية التعامل أوالتغاضي عن الاختلافات التعليمية.

- للمدرسة كطرف ثالث دور في تقويم سلوك الطفل العدوانى و وضع بعض الحدود والمسالك لتفريغ العدوانية بطرق سليمة من خلال اللعب مثلا، أو من خلال رده بطرق ايجابية.
- تجنب الطفل مواقف الإحباط ومساعدته على تجاوزها برعاية الفروق الفردية وعدم تكليفه بأمر تتجاوزها،
- قد ترجع السلوكات العدوانية للمتطلبات التعليمية والى صعوبة في التكيف، ولا ترجع للقدرات التعليمية للوالدين. ومنه، فإن للمدرسة الدور الكبير في تسهيل عملية التكيف تلك من خلال بعض الطرق التعليمية والتعاملية واكسابه السلوكات الصحيحة للتعبير عن حاجاته وانفعالاته،
- في حال العدوان المرضي المفرط، يصبح من الضروري تضمين أولياء الأمور مع مختلف الجهات الفاعلة في المدرسة: أخصائي علم النفس المدرسي، طبيب المدرسة ويتم تنفيذ مواقف متماسكة تهدف إلى دعم الآباء وليس لتعيينهم كسببية مرضية مستثيرة للعدوان لدى أطفالهم.
- عدم ترسيخ فكرة أن الاحترام يكون للاقوى، من خلال تطبيق قوانين مدرسية صارمة لتوقيف عدوانيته كسلطة عليا، بل يجب احتواءه للتخفيف من هذه العدوانية،
- عدم اذلال الطفل وتوبيخه بشكل تهكمي أو استهزائي، قد ينجر عنه انطوائية وتوقع نحو الذات ومنه الانسحابية،
- عدم التسرع في توجيه الطفل إلى مختص نفساني في بداية ظهور السلوكات العدوانى، كونها قد تتحسن في غضون الأسابيع القادمة القليلة.
- عدم أخذ قرارات بعدم إرسال الطفل إلى المدرسة وقتيا إلى أن يهدأ وتتناقص عدوانيته.

المحاضرة الثالثة: عدم الاستقرار الحركي

الهدف العام:

- أن يطلع الطالب على ماهية السلوك الاستكشافي والحركية الزائدة،
- أن يكون الطالب على اطلاع بأسباب عدم الاستقرار الحركي،

الأهداف الإجرائية:

- أن يميز الطالب بين عدم الاستقرار الحركي عن اضطرابات فرط النشاط كاضطراب يمس الفئات الأكثر سنا (بعد السادسة من العمر)،
- أن يكون الطالب قادرا على التعرف على مؤشرات تطور عدم الاستقرار الحركي،
- أن يتمكن من تحديد مؤشرات اضطراب النشاط المفرط مع نقص الانتباه في الطفولة الأولى،
- أن يكون الطالب قادرا على تحديد طرق تقويم عدم الاستقرار الحركي، ودور المدرسة في ذلك.

النشاط والحركية من أهم مميزات الطفل الصغير، إلا أن درجتها تختلف من طفل لآخر، وتظهر عند البعض منهم أكثر ديناميكية وتفجرا، كما قد تصل إلى فرط النشاط عند البعض الآخر. وهناك بعض الميزات التي تمكننا من التفريق بين سلوك استكشافي يصدر عن الطفل وبين عدم الاستقرار النفسحركي الباتولوجي وبين اضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه. وفيما يلي تفصيل لذلك كما جاء عن (Catheline, 2012):

1- السلوك الاستكشافي

يشار إليه أيضا بالسلوك الفيزيولوجي، وليس كل طفل كثير الحركة يسهل صرف انتباهه يكون مضطربا. فطفل السنتين وثلاث سنوات يحب اظهار مهاراته الحركية المكتسبة، كإكتساب التوازن الحركي مثلا وتعلم الجري. وهناك من الأطفال من تكون لديه طاقة متفجرة للحركة والنشاط، ويسمونهم بالأطفال "النشطين"، غير أن ذلك لا يسمح بالحديث عن فرط النشاط لدى الطفل، فهي تعتبر سلوكيات عادية بالرغم من كونها تزعج الإباء والمربين. ويمثل عمر 2-3 سنوات فترة استكشافية تستقر عادة في حوالي سن الرابعة من العمر.

2- عدم الاستقرار النفسو حركي

يشمل عدم الاستقرار النفسو حركي جانبين إثنين: أحدهما حركي ، والآخر نفسي

- بالنسبة للجانب الحركي: فيتمثل في الهياج، فهو نشاط غير منظم أكثر من كونه فرط في الحركية والنشاط. هم أطفال غير مستقرين، نشاطاتهم الحركية غير منتظمة، ينتقلون من نشاط إلى آخر دون إنهاء نشاط سابق.

- أما الجانب النفسي: يتميز بعدم القدرة على تركيز الاهتمام والانتباه يكون له بسرعة عواقب على معارفه (اللغة بصفة خاصة). يكون الطفل غير قادر على التزام الهدوء واليقظة لفترة طويلة لتعليقات الكبار. إضافة إلى أن انتباههم ينتشتت بسهولة من أبسط ضجيج يسمعون ما يزيد من فرص فقدان الانتباه. يقومون بتنفيذ الأنشطة بطريقة سطحية تقريبية دون ابداء عناية خاصة.

لتشخيص عدم الاستقرار، لا بد من توفر 4 معايير خاصة بـ:

- السن: لا يمكن الحديث عن عدم الاستقرار النفسحركي قبل بلوغ الطفل 3-4 سنوات من عمره.
- الشدة: الهياج والإثارة تكون أكثر أهمية وحدة مما يتظاهر لدى الطفل النشط، يهيمن عليها الطابع الاندفاعي، كما لو كان الطفل مدفوعاً ومرغماً على التحرك أو الهياج الحركي؛
- الإزمان: تكرارها واستمرارها في الزمن مع تقدم الطفل في العمر دون تعديلات،
- القصدية: فرط النشاط يكون غير منظم ولا يسمح بإتمام النشاطات التي يقوم بها.

2-1- عدم الاستقرار النفسحركي حسب التفسير السيكودينامي

يعتبر سلوك عدم الاستقرار النفسحركي كعرض، أي كحل تسوية بين التعبير عن المعاناة النفسية ومقاومة الطفل ضد هذه المعاناة. يتجه الاعتقاد السائد لعزو عدم الاستقرار النفسحركي إلى تفاعل جملة من العوامل تتمثل في:

• عدم الاستقرار كرد فعل على موقف يشمل على عواطف الحصر - الاكتئاب

لا يسمح عدم النضج النفسي للأطفال بالتأقلم مع وضعيات جديدة (كمرض احدي الوالدين، مولود جيد في الاسرة...)، وبأتي عدم الاستقرار النفسحركي كاستجابة بسيطة وتافهة إلى حد ما في مواجهة المواقف الصدمية.

• عدم الاستقرار بسبب نقص التربية

لديها نقاط مشتركة مع النقطة السابقة. فالمجهول وغير المعتاد غالباً ما يثير القلق، ويكمن الاختلاف في كون عدم استقرار هؤلاء الأطفال كطريقة لإقامة علاقة مع الآخر. فبسبب عدم ثقتهم بالآخر، فإن ذلك يدفعهم إلى الحذر واليقظة وفرط النشاط كطريقة "للبقاء على قيد الحياة". ولكون النموذج العلائقي غير معروف، يدفعهم قلقهم لإظهار أنفسهم من خلال فرط النشاط وفرط اليقظة للتكيف مع المواقف الجديدة كالمدرسة مثلاً كنظام مختلف عن النظام في الأسرة.

• عدم الاستقرار بسبب فرط التحفيز العائلي

يرافق عدم الاستقرار النفسي الحركي أحياناً بفرط في الكلام، يكون لدى الطفل رغبة لا يمكن السيطرة عليها في كلامهم المطول، سلس لفظي وفيض من الكلمات. غالباً ما يظهر هذا عند الحفيد الأول من العائلتين من جهة الاب والأم، بالغى الاندهاش بكلام الطفل واستمتاعهم بكفاءته.

• عدم الاستقرار كمؤشر عن قصور فكري

يصاحب عدم الاستقرار اضطرابات طبيعية راجعة لصعوبات في فهم الوضعيات: المعارضة، عدم تحمل الإحباط، الاندفاعية، الحصر، وفرط النشاط.

• عدم الاستقرار كمظاهر للاضطرابات الشخصية

غالبًا ما نجد عدم الاستقرار في أشكال الاضطرابات الشاملة قد تكون محددة (طيف التوحد) أو غير محددة (الذهان الطفلي). وقد يرتبط عم الاستقرار الحركي أيضا بتأخر في التفريغ للخارج.

• عدم الاستقرار كنتيجة لاضطراب في السمع

من الضروري التأكد من القدرات السمعية لكل طفل يظهر لديه سلوك هائج أو مضطرب.

• عدم استدخال الصور الأمومية

يفسر عدم الاستقرار نتيجة لعدم استدخال الصور الأمومية كمنظمة ومطمئنة بشكل كاف. هذا التشويه للروابط بين الأم/ طفل يسهم في الشعور بانعدام الأمن الداخلي وغياب الصلابة النرجسية تترجم بقلق انفصال جسيم (Laurent, Mellier, Beillard, 2013, p. 148).

◀ وفي الأخير نشير إلى ما يؤكد جميع الأطباء والباحثين عليه؛ وهو الحاجة لنموذج ادماجي تكاملي بفهم جميع العوامل (وراثية، بيئية، نفسومرضية) مع تكفل علاجي متعدد الاختصاصات.

2-2- اضطراب النشاط المفرط مع نقص الانتباه في الطفولة الأولى

تتكون الخصائص الأساسية لهذا الاضطراب Trouble Hyperactivité Avec Déficit Attentionnel (THADA) من نقص الانتباه، اندفاعية وفرط النشاط غير الطبيعي مقارنة بالمستوى التطوري. ويؤكد التصنيف الدولي (CIM-10) على الجانب الحركي لـ "اضطراب فرط الحركة". إذ لا يمكن الحديث عن هذا الاضطراب قبل سن السادسة من العمر.

قد يظهر الاضطراب عند بعض الأطفال قبل سن السادسة، غير أن الهياج الحركي قد يرجع إلى أسباب مختلفة، وهي طبائعية وعلائقية قبل كل شيء. كما أن شد الانتباه يرتبط وبشدة بالعلاقة بنماذج التعلق وبقدرتها على استقبال والحفاظ على انتباه الأطفال في تطبيقاتهم التعليمية. وإن كانت تتوفر صعوبات الهياج والاندفاعية، والانتباه في سن الثالثة من عمر الطفل كما يرى Guedeney، فإنه لا يمكن الحديث عن اضطرابات الانتباه الفعلية مع فرط النشاط قبل 5-6 سنوات. وعليه فلا يمكن وصف المنشطات النفسية ولا المهدئات العصبية قبل هذه السن، بل البحث يجب أن يركز على الجانب العلائقي. كما يمكن أن يكون السبب وراء نقص الانتباه عوز في مخزون الحديد لدى أطفال 5-6 سنوات، لذا ينصح بتزويدهم بالحديد وأيضا معالجتهم بالاميقا3 (Guedeney, 2014, p, 121). "Oméga3"

إشارات TDAH 1-3 سنوات : وتتمثل أعراضه في:

- مزاج صعب

- اضطرابات الضبط والتنظيم حسب التصنيف التشخيصي للاضطرابات العقلية وتطور الطفولة المبكرة DC (2005) 0-3R: شكل النشاط المفرط أو المختلط يمكن أن تترجم باضطرابات في النوم، اندفاعية كبرى، عدم تحمل قوي للإحباط، هياج حركي.

- صعوبات التكيف الاجتماعي.

- تفاعلات صعبة بين الوالدين والطفل.

يمكن تقييم TDAH قبل 3 سنوات تحت تشخيص اضطرابات التنظيم، لأجل تجنب تشخيصه قبل 5-6 سنوات على أنه شكل النشاط المفرط أو المختلط، المصاحب بالاضطرابات المشتركة (النوم، التغذية، اضطراب المعارضة الاستفزازي) (Guedeney, Le Foll, 2019, p.3).

2-3- تطور عدم الاستقرار النفسي حركي

تعتبر المخاطر التطورية لعدم الاستقرار الحركي النفسي كبيرة فيما يرتبط بصعوبة الطفل في استيعاب التسلسلات والمنطق وترتيب الكلمات والأفعال بسبب حركيته وعدم انتباهه للآخر، وهو ما قد يترد سلبا على ارتفاع وتيرة اضطرابات اللغة لديهم. لا ترتبط انعكاسات هذا الاضطراب بالجانب الاجتماعي والعلائقي فحسب، ولكن أيضا بالجانب المعرفي كون هذه الأخيرة تستلزم أدوات الاتصال المتمثلة في اللغة، المهارات الحركية، المعيار الزمني والفضائي.

أشارت بعض الأبحاث حول إمكانية التنبؤ بعدم الاستقرار النفس حركي، حيث يتطور في مرحلة الحمل وفي فترة ما بعد الولادة، ويتم وصف الطفل على أنه كثير الحركة في الرحم، وبأنه قبل بلوغه السنتين كان يواجه صعوبة في النوم. دورات نوم قصيرة ونوم مضطرب وبكاء متكرر. وتوصف بين 2-6 سنوات بـ "الثنائيات المربعة" المتمثلة في: الهياج، الغضب، عدم تحمل الإحباط وضعف الموساة المرتبطة بحالة من فرط التنبيه، وبأن الطفل كان لا ينام في السيارة مثلا... (Catheline, 2012, pp. 25,26)

2-4- دور المدرسة لمعالجة عدم الاستقرار النفسي حركي

من الضروري بداية التمييز بين ما هو تطوري (يدمج ضمن مراحل النمو) و/أو ما هو تكييفي، وبين ما هو مرضي. مع العلم أن معايير هذا التمييز يجب أن تكون معروفة من طرف المربين أو المعلمين.

- على المدرسة الاجتهاد لتوجيه حركية الطفل وتقنينها بمساعدة الاخصائي النفسي المدرسي،

- فحص القياس السمعي لأطفال يشتبه بأنهم يعانون من ضعف في السمع،

- مشاركة الوالدين في أي قرار يخص طفلهم وتزويدهم بمعلومات حول احتياجات النمو، ودورهم كأباء لاشباع هذه الحاجات وبكيفية تسيير وتعديل هذا السلوك،

- الاستعانة بالمختص النفسي المدرسي لمساعدة المعلم. (Ibid, pp. 28,29)

المحاضرة الرابعة: اضطرابات اللغة

الهدف العام:

- التعرف على أنواع اضطرابات اللغة التي تظهر لدى الطفل في مرحلة التحضيري.
- أن يكون الطالب ملما بأسباب هذه الاضطرابات،

الأهداف الإجرائية:

- أن يتعرف الطالب عن كيفية تمييز اضطراب اللغة في الطفولة
- أن يميز الطالب بين اضطرابات اللغة والخرس خارج الاسرة،
- أن يكون الطالب قادرا على التعرف على مؤشرات تطور اضطرابات اللغة والخرس الانتقائي،
- أن يتعرف الطالب على طرق علاج هذه الاضطرابات ودور المدرسة في تجاوزها.

تعتبر اللغة من أهم ما يميز الانسان ووسيلة مهمة للتواصل والتخاطب، وهي من أهم وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي. تساهم اللغة بشكل أساسي في عملية التعلم واكتساب بعض المهارات، وقد يظهر لدى أطفال ما قبل المدرسة الابتدائية بعض اضطرابات اللغة التي تتعدد أشكالها؛ قد تتعلق بعيوب النطق، بطبيعة الصوت، أو عيوب الكلام. ترجع هذه الاضطرابات إلى عدة عوامل؛ فقد تكون عضوية، نفسية أو بيئية، كما قد يظهر لديهم كف علائقي وخرس انتقائي يرتبط عادة بحصر الانفصال.

1- اضطرابات اللغة

يعرف اضطراب اللغة بأنه خلل أو اضطراب شامل في استخدام الرموز المحكية والمكتوبة. يمكن أن يشمل الاضطراب أحد الجوانب اللغوية التالية أو جميعها؛ شكل اللغة، محتوى اللغة، ووظيفة اللغة في التواصل الاجتماعي. وتعتبر اضطرابات اللغة والتأخر اللغوي منذ سن الثالثة من عمر الطفل كمؤشر يستدعي الانتباه، وترى (Catheline, 2012, p31) بضرورة الانتباه إلى أمرين اثنين:

- بداية يجب استثناء اضطراب التوحد بأعراضه
- وفي وقت ثاني، تقييم تأثير اضطرابات اللغة في بعديها: "التحدث " Le parler " و "القول" LeDire، حيث:
 - يرمي مصطلح "التحدث" إلى الشكل الملائم والمتفق عليه أو على العكس من ذلك، اضطرابات النطق، التأتأة، تأخر بسيط للكلام و/ أو للغة.
 - اما "القول" فيُعنى بمحتوى اللغة وقدرات الطفل للتعبير عن أفكاره وبالتالي القدرة عن التعبير في سياق العلاقة اللغوية بين انسانية.

وعليه، فإن "القول" يعني تفعيل التفكير/الكلام: وإذا لم تكن اللغة انعكاسًا للفكر، فستكون اللغة منتج ونتاج للفكر، فهو كما أشار إليه Blanchet "ليس رمزًا لترجمة الفكر، بل أداة لخلق الفكر". يفترض Vygotski أن الفكر "لا يتم التعبير عنه ولكن يدرك وينتظم في الكلمات"، وأن للكلام وظيفة تكوينية لنشاط الفكر". ومنه، فإن اضطراب خطير لتطور اللغة (عسر الكلام) لن يخلو من عواقب على جودة التواصل من جهة، وعلى تطور الطفل النفسي وحياته العلائقية من جهة أخرى.

يحتمل أن يعاني الطفل من اضطرابات في اللغة إذا بلغ عمر السنتين ولم يتكلم بعد على الإطلاق، أو عندما يعاني من مشكلات في بناء الجملة أو في استخدام الكلمات، وهو ما من شأنه أن يعيق التعلم كون التفكير والذاكرة مرتبطان ببعضهما في علاقة تبادلية. كما يمكن لهذه الاضطرابات أن تسبب مشكلات في جميع مجالات النمو المعرفي، بدءًا بأسلوب تفكير الطفل وإدراكه للعالم وصولًا إلى الأشكال التي يدخل فيه بعلاقة مع الآخرين. كما يمكنها أن تؤثر بصورة غير مناسبة على انفعالات الطفل وتعيق تكيفه الاجتماعي. (سامر رضوان، 2009، ص. 253)

كيفية نميز اضطراب اللغة في الطفولة؟ قبل الحديث عن اضطرابات اللغة، من الضروري الانتباه إلى بعض المصاعب التي تعزى لظروف خلقية أو مكتسبة مثل الشلل الدماغي، الصمم أو فقدان السمع...، لذا يجب أن يتوفر لدى الطفل تجهيز عصبي-حسي مكيف، إضافة إلى وجود استثارة الكلام لديه من طرف المحيطين بالحديث معه. ولأجل تمييز اضطرابات اللغة لدى الطفل قبل السن المدرسي، طرحت (Catheline, 2012) بعض النقاط التي من الضروري التعرف عليها:

- ما هو ليس اضطراب وما هو داخل في إطار تعديلات عبر الزمن،
- اضطرابات ذات تأثير ضئيل على التواصل وعلى التطور النفسي الشامل،
- تشوهات تطور اللغة التي تؤثر على الحياة العلائقية لمن يعاني من عسر الكلام،
- فقر في التعبير اللفظي
- التأتأة بأنواعها: نمائية (بين 3-4 سنوات)، معتدلة (6-8 سنوات)، دائمة (بين 3-8 سنوات)

2- التثبيط العلائقي والخرس خارج الأسرة

من الطبيعي أن يتسم بعض الأطفال الصغار في سن ما قبل المدرسة بالخجل وعدم التواصل اللفظي وحتى غير اللفظي بعد ذهابهم للروضة. وقد يكون بعض الأطفال خجولين بطبعهم ويحتاجون لوقت أطول لأجل أن يعتادوا على باقي الأولاد وجميع الأشخاص غير المألوفين بالنسبة لهم، غير أن استمرار هذا السلوك بامتناعهم عن الكلام وغياب التواصل اللفظي خارج الأسرة وبشكل رئيسي في المدرسة مع المربين وباقي الأطفال لمدة طويلة بالرغم من اكتساب الطفل للغة والتواصل داخل أسرهم فقط، قد تشير إلى الخرس الانتقائي أو الخرس الاختياري. سن بداية ظهور هذا الخرس يكون بين عمر السنتين والثلاث سنوات. ويمكن للخرس أن يكون:

- عرض في الجدول العيادي للتنشيط أين يغيب فيه حتى التواصل غير اللفظي،
- غياب تام على مستوى الكلام مع الحفاظ على باقي قنوات التواصل: النظرات، الحركات...
- كثيرا ما يرتبط الخرس بحصر الانفصال واضطرابات الأكل (فقدان الشهية). حينما يرتبط الخرس بالخجل والحصر وظهوره في الوضعيات الاجتماعية، فهذا يجعله أقرب إلى لرهاب الاجتماعي. (Catheline, 2012, p. 35)

يضيف (سامر رضوان 2009، ص. 260) أن السبب قد يرجع إلى النقص في الشعور بالأمان مع الأطفال من نفس سنه، كما قد يرجع إلى الاتجاهات الوالدية اللذين يعاقبون أولادهم أو يخجلونهم عندما يعبرون ويعلقون بتعليقات طبيعية بالنسبة لسنهم أمام الغراء. فيخشون الحديث أمام الآخر ويتصرفون بتحفظ خوفا من قول شيء رديء قد تجلب لهم العقاب. وقد يرجع أيضا نتيجة للفشل في الاتصال والمحاذة مع أشخاص آخرين كما يفهمها الطفل.

3- تطور وعلاج اضطرابات اللغة والخرس الانتقائي

تتشكل علاقة قوية بين سوابق اضطرابات اللغة في الطفولة وصعوبات في اكتساب القراءة لاحقا. ومن بين الأطفال اللذين لا يقرعون، 40 % منهم كانوا يعانون من تأخر في الكلام أو اللغة. غير أن هذه العلاقة ليست مؤكدة ومتبادلة تماما (Catheline, 2012, p. 36).

لا يجب أن تكون اضطرابات النطق والتأخرات البسيطة في الكلام مصدر قلق إلا إذا استمرت إلى حوالي منتصف السنة الثانية من الروضة (4 سنوات تقريبا). ويستحسن إن استمرت بعد هذا السن أن يوجه الطفل نحو إعادة تأهيل اطفوني. حتى ولو كانت هذه الاضطرابات معزولة، فهي عامة بدون تأثير ملحوظ على باقي خطوط تطور الطفل. ومن الضروري الأخذ بعين الاعتبار الطابع الحصري لبعض الأطفال، إذ يمكن لإعادة تأهيلهم تثبيت اضطرابات النطق لديهم. في حين يحتاج تأخر اللغة كما تتوه به Catheline إلى مزيد من الاهتمام، ومن الضروري إجراء متابعات وتقييمات اطفونية منتظمة جنبا إلى جنب مع إجراء مقابلات مع مختص في طب الأطفال العقلي بهدف تقييم تطور الطفل العلائقي إن كان على مستوى الاسرة أو مع اقرانه. أما التنشيطات العلائقية الكبرى والخرس خارج الأسرة، فيتم التعامل معها من خلال العلاج النفسي القائم على اللعب والرسم، مما يساعد على تقصي وفهم الاقتصاد النفسي. كما يمكن أيضا الاستفادة بشكل كبير من التكفل الجماعي العلاجي. (Ibid)

4- دور المدرسة في تجاوز اضطرابات اللغة والخرس الانتقائي

- ينصح بالكشف عن الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة في سن الخامسة تظهر لديه اضطرابات اللغة من طرف الأطباء، المختص النفسي المدرسي بإجراء تقييم طبي والاستعانة ببطاريات التقييم واختبارات خاصة،

- إعطاء أهمية للغة الشفوية أكثر من اللغة المكتوبة على الرغم من ضغوطات الوالدين اللذين يولون الأولوية للغة المكتوبة أكثر من المنطوقة،
- أن يترك للطفل الوقت الكافي لأجل الكلام حينما يرغب في ذلك، ولكن في المقابل ندعه يستمع كثيرا للقصص وأن يعبر عن نفسه بطريقته،
- يعتبر بعد التجاهل دون الضغط على الطفل مهما له لأجل أن يستثمر فضاءه النفسي،
- تشكيل مجموعات محادثة صغيرة ومتجانسة، تجرى لعدد من المرات خلال الأسبوع، تسمح له بتعلم التعبير والتحدث داخل المجموعة، واتقان قواعد المحادثة واستخدام أنواع مختلفة من الخطاب (السردي، البرهنة، الجدل والمناقشة، ألعاب لفظية، والحديث الخيالي).
- إعطاء اهتمام خاص لأولياء الطفل عانوا هم انفسهم من صعوبات لغوية وتزويدهم باستراتيجيات لأجل استثارة الكلام لدى طفلهم وتحفيزهم على التواصل؛ محادثته بلغة الكبار وتجنب استعمال لغة الصغار وترقيق الأصوات، إبدال الحروف أو حذفها، تشجيعهم على تسمية الأشياء بمسمياتها وليس تشجيع إعادة الكلمات.

المحاضرة الخامسة: العزلة

الهدف العام

- أن يتضح لدى الطالب أنواع العزلة في مرحلة التعليم التحضيري،
- أن يطلع على أسباب المؤدية إلى أنواع هذه العزلة ،

الأهداف الإجرائية

- تحديد العزلة الناتجة عن نمو القصور الفكري،
- تحديد العزلة الناتجة عن عجز بصري،
- تحديد العزلة الناتجة عن نمو عقلي مبكر،
- تحديد العزلة الراجعة إلى التوحد.
- ليتعرف الطالب على اجراءات التكفل ودور المدرسة في التعامل مع مختلف أنواع هذه العزلة،

1- تعريف اضطراب العزلة

- يعرف مثل هذا الاضطراب بتسميات أخرى مثل الانطواء على الذات والانسحابية، ويتجلى في جملة من المظاهر السلوكية، لخصها (عامد الزغول، 2006، ص. 154) في:
- تجنب التفاعلات الاجتماعية والمشاركة فيها،
 - الاخفاق في تكوين العلاقات والصدقات،
 - الميل إلى العزلة والابتعاد عن الآخرين،
 - التمرکز حول الذات وعدم الاتزان الانفعالي،
 - الخجل والاحجام عن اتخاذ المبادرات،
 - حب الروتين ومقاومة التغيير،
 - المعاناة من مشاعر القلق والاكتئاب والخوف والشعور بعدم الارتياح وفقدان الاحساس بالسعادة والأمن،
 - قد تترافق باضطرابات سلوكية أخرى مثل مص الإصبع وقضم الأظافر واضطراب في النطق.

ويعتبر هذا السلوك في البداية كصعوبة عابرة في التكيف، وقد يكون كمؤشر لقلق الانفصال الذي قد يأخذ شكل الخرس خارج الأسرة. ففعل الانسحاب حول الذات والتراجع إلى الوراء، يظهر كدفاع عن النفس للحفاظ على شخصيته، فهو يظهر كسلوك دفاعي ينتمي لسجل الخوف والتخدر وكمنافض للقتال أو الهروب. (Guedeney, 2014, p. 129). يرتبط سلوك الانسحاب في علم النفس المرضي في الطفولة المبكرة بعدة عوامل، تتمثل في اضطراب النمو المنتشر TED : troubles envahissants du développement ، وزن الطفل عند الولادة/العمر اثناء الحمل PN/AG: poids de naissance/âge gestationnel

اضطراب تفاعلي للتعلق RAD: troubles réactionnels de l'attachement، تشخيص قبل الولادة
DPN: diagnostic prénatal

تنوه (Catheline, 2012, p. 38) بأنه يمكن الاشتباه في تشخيص:

- اضطراب في الوظائف المعرفية سواء كان قصورا فكريا أو نضج فكري مبكر،
- اضطرابات بصرية.

أولا- العزلة الناتجة عن القصور الفكري

يشكل التخلف العقلي الخفيف (أي حاصل الذكاء QI يتراوح بين 50-70) ما نسبته 85% من مجموع الأشخاص المصابين بتخلف عقلي. وهذه الشريحة يمكنها أن تتعلم، إلا أن المؤسسات قبل مدرسية تجد صعوبات في التعامل معها. وللحديث عن القصور الفكري، فإن قياس القدرات العقلية لوحده يعتبر غير كاف، إذ يجب أن تترافق مع:

- اضطرابات في السلوك التكيفي (المعارضة، الاندفاعية، فرط النشاط، عدم الاستقرار النفسحركي، عدم تقبل الإحباط المؤدي لغضب شديد، الحصر وحساسية مفرطة)،
- ظهور القصور الفكري خلال مرحلة النمو (0-18 شهر)، ويمكن أن يتجلى هذا القصور في تباطؤ أو توقف أو عدم اكتمال النمو، كما قد يظهر من خلال النكوص. وقد تأتي على شكل:
 - تأخر معتدل في المراحل الكبرى للمهارات الحركية؛ كاكْتساب وضعية الجلوس، المشي...
 - اضطرابات اللغة،
 - تأخر في تعلم الخط بالرغم من الاهتمام الذي يبديه الطفل لهذا النشاط، وكذا فقر في مواضيع الرسومات،
 - صعوبات علائقية وميل إلى الانطواء، أو التثبيط وتفجرات من الغضب،
 - استدخال خاطئ للنواهي،
 - التثبيط بنفس العادات السلوكية ورفض تغيير ترتيب اليوم الدراسي، كإعادة نفس الرسوم يوميا،
 - خصوصيات مورفولوجية (بنية وجه خاصة) تستوجب البحث في أصول وراثية.

من الصعب التعرف على الأطفال اللذين يعانون من قصور فكري في سن ما قبل المدرسي، كونهم يستطيعون تطوير مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، لكن القصور يصبح أكثر وضوحا عندما تقدم للطفل نشاطات التعلم الدراسي لاحقا.

1-1- أسباب القصور الفكري

تنقسم أسباب القصور الفكري إلى أسباب داخلية وأخرى خارجية، وقد ترجع إلى تداخل وتعدد فئتين من العوامل (Ibid, pp. 40,41)

- عند 35% من حالات القصور الفكري الخفيف تكون أسبابه وراثية؛ قد ترجع إلى تشوهات صبغية، أو أسباب عصبية كالاكتلال الدماغي الأيضي مثلا.
- في 30% من الحالات تكون أسبابها خارجية؛ ترتبط بعوامل قبل/اثناء/أو بعد الولادة، وتكون هذه الأسباب مكتسبة بعد الولادة؛ كالورم الدموي تحت الجافية، الالتهاب الدماغي الحاد المنتنح والتهاب السحايا. كما يرتبط بالأسباب التعليمية والبيئة الاجتماعية والثقافية...
- أما 25% من الحالات فتبقى مجهولة السببية.
- وفي عدد من الحالات، ترجع إلى تداخل وتعقد فئتين من العوامل، الأسباب الوراثية، الطبية (كالمرض العقلي للوالدين، الادمان أو تناول الكحول)، أو أسباب اجتماعية-اقتصادية (الفقر، التهميش،...)
- كما تعتبر التريزوميا 21، متلازمة X الهش (le syndrome de l'X fragile)، اعتلال الجنين الكحولي، من أهم الأسباب الكروموزومية المؤدية إلى القصور الفكري.

2-1- دور المدرسة في التعامل مع القصور الفكري

- يمكن الكشف المبكر للتخلف العقلي من تكفل افضل لل صعوبات التي يواجهها هؤلاء الأطفال. فمن الضروري بما كان الإبلاغ عن أي طفل يعاني من تأخر في الكلام أو تثبيط كبير مع عدم التحسن خلال الثلاثي الأول برغم حضوره المنتظم لمدرسته.
- على طبيب الصحة المدرسية استقبال الوالدين بداية للكشف عن ظروف الحمل والتاريخ الطبي الشخصي والعائلي.
- إن كان ضروريا، الاتصال بطبيب الأطفال أو مختصين آخرين من الأطباء حسب الحاجة.
- توجيه الطفل أن استدعى الامر إلى المختص النفسي المدرسي لأجل تقييم حالته، من خلال تطبيق بعض الاختبارات ومقاييس النمو العقلي التي تتوافق وصغر سنهم؛ مثل مقياس الذكاء NÉMI، مقياس الأداء (ECPA)، (WPPSI-R)، (K-ABC) والمقاييس غير اللفظية (PM 47) (les cubes de Kohs)...إضافة إلى مقياس (WISC) الذي يحبه الأطفال، كونه لا يحمل صبغة دراسية أو لغوية. (Catheline, 2012, pp. 41-43)

2- العزلة الناتجة عن النضج الفكري المبكر

- يضاهي عدد الأطفال الموهوبين عدد الأطفال من ذوي القصور الفكري حسب منحى غوس (2.5% إلى 3%). وعلى عكس الفشل المدرسي، يشكل الأطفال ذوي النضج المبكر وضعية لا تتوقعها المدرسة، وهي في تزايد مستمر. وتشير (Catheline, 2012, p. 43) إلى انه يجب التمييز بين:
 - الأطفال الانذكاء جدا والذين يتم تسميتهم في بعض الأحيان بالموهوبين بشكل جيد (Bien doués)،
 - الأطفال ذوي النضج المبكر (Précoces)،
 - الأطفال اللذين يملكون طلاقة شفوية، غالبا ما يتم تشجيعها من طرف الإباء.

لا يوجد اتفاق محدد لتعريف ووضع حدود واضحة للتبكير في النمو، إلا أن متوسط حاصل الذكاء QI لديهم يبلغ (بين 125-135).

ففي الوقت الذي أعتبر فيه لويس ترمان Lewis Terman أن عامل الذكاء هو المعيار الوحيد الذي يمكن من خلاله التعرف على الطلبة الموهوبين، وبأنهم يمتازون بقدرات عقلية عالية. وأن التحصيل الأكاديمي المرتفع يعد مؤشرا شائعا بين الأطفال الموهوبين، فإن بعض المختصين في مجالي علم النفس والتربية مثل جالاجار وكريك (1986) Gallagher & Kirk في (سيد صلاح، 2017، 13) يقدرون أن هناك نسبة تتراوح بين (15-20% من الأطفال الموهوبين لا يحققون مستوى التحصيل الأكاديمي المتوقع منهم، والمرجح أن ذلك راجع إلى مجموعة من العوامل أهمها ضعف الدافعية للتحصيل ونقص الثقة بالنفس، وأطلق عليهم تسمية "الموهوبين من ذوي الخصوصية المزدوجة". يحتاج هؤلاء إلى علاج جوانب الضعف لديهم وتعزيز جوانب التميز في نفس الوقت. (نفس المرجع، 17)

من الصعب التعرف على الطفل الموهوب مقارنة بالطفل المتخلف عقليا. ففي سن الروضة، يظهر الطفل ذو النضج المبكر موقفا مشوشا. فمن جهة، يظهر نوع من التحفظ وكأنه يراقب ما يحيط به بحذر كبير، ويعطي انطباعا بأنه لا يهتم كثيرا للنشاطات من حوله أو للعلاقات مع الاخر. وفي المقابل، يفاجأ بأدائه المتميز من الوهلة الأولى دون المرور بمرحلة المحاولة والخطأ في انجازاته، لا يتكلم ولا يقول شيئا ويقرر العمل بعد فهمه المجل والمجمل والنشاط، ويوحي تحفته كأنه طفل مثب. أما في الأسرة، يكون الطفل الموهوب صعبا، مستبدا؛ يتصرف وكأنه يريد فهم كل شيء. لا يمكنه التحكم في انفعالاته، قد تظهر لديه نوبات من الغضب والبكاء عندما يواجه بالمنع والنهي أو الرفض. فبينما يتجاوز في البيت القوانين الاسرية، فهو يحترم القواعد بكثرة في المدرسة. وإن اظهر بعض التجاوز في المدرسة، فغالبا ما يكون في أوقات الراحة وليس في أوقات اكتساب المعارف.

يعتبر تعلم الطفل القراءة بمفرده قبل 4 سنوات كأفضل معيار للتعرف على التلميذ ذو النضج المبكر. 2/1 من الأطفال يتعلمون القراءة قبل دخولهم إلى المدرسة، 1.6% قبل سن الثالثة، 6% قبل سن الرابعة، و20% قبل سن الخامسة. هم أطفال موهوبين يجدون الكثير من التشجيع في الوسط الذي يعيشون فيه (Catheline, 2012, p. 44).

2-1- دور المدرسة في التعامل مع الموهوبين

أوضحت (Catheline, 2012) و (حمدي عبد العظيم) دور المدرسة في بعض النقاط، والمتمثلة في أن:
- المدرسة تصبح للطفل الموهوب مكان للملل والمعاناة، ويتم التعامل معهم من خلال اتباع نفس المنحى المتبع عند الأطفال ذوي القصور الفكري كما اشرنا إليه سابقا.

- لا يُنصح بانتقال الطفل الى للصف الموالي، غير انه يطلب من الأستاذ توفير كمًا كافيًا من المادة العلمية لتنمية كفاءة الطفل ذي النضج المبكر،
- ينصح بمساعدة أولياء أطفال ذوي النضج المبكر ومساندتهم ليتمكنوا من دعم أطفالهم وإعطاء الأهمية والقيمة للمعارف التي يمتلكها الطفل مع التنوع في دعم مصادر مكتسباتهم الأخرى، وكذلك الاخذ بعين الاعتبار الجوانب العلائقية وتغليب جانب المعرفة على هذا الأخير،
- وعلى المختص المدرسي القيام باتباع إجراءات تحليل نوع الموهبة التي يتمتع بها الطفل، وتوفير الوسائل والمواد اللازمة لتنمية قدراتهم ومهاراتهم في مدرسته، وإعداد البرامج والفعاليات المناسبة على مستوى المدرسة لهذه الفئة.
- التنسيق مع أسرته في عملية الرعاية والتشجيع، ورفع أعماله إلى جهات الاختصاص لمتابعتها واتخاذ الطرق المناسبة لدعمها وتشجيعها،
- بالتعاون مع الأخصائي الاجتماعي يقوم الأخصائي النفسي المدرسي بتشكيل السجل الشامل لمتابعة الطلاب الموهوبين ورعايتهم لاحقًا عبر مراحل التعليم المختلفة.

3- العزلة الناتجة عن ضعف البصر

- يمكن لضعف البصر أيضًا أن يكون مصدرًا لمواقف الانسحاب، لذا يصبح من الضروري أن تكون المدرسة قادرة على استحضار فرضية هذه الإعاقة والتعرف عليها وتحديدها، حيث:
- يبدو الطفل وكأنه يتحرك بخوف و/أو بصعوبة في غرفة الصف،
 - يميل إلى الابتعاد عن أقرانه،
 - يتبنى مواقف تعويضية للرؤية،
 - لا يكتب بطريقة منتظمة، ويظهر بطئ وإرهاق في تمارينه الرسومية ونشاطاته.

تشير التقديرات إلى أن 8/1 من الأطفال يعاني من مشاكل في الرؤية في رياض الأطفال. وهناك العديد من الاضطرابات البصرية ذات الشدة المتفاوتة، وتواترها مهم جدًا وانتشار الاضطرابات البصرية في 6 سنوات يكون بنسبة 10 إلى 20 ٪. وتختلف هذه الإعاقة من ضعف في حدة البصر، الحول، عمى الألوان، القلوكوما (زيادة الضغط داخل العين)... تترد هذه الإعاقة البصرية وتنعكس سلبًا على ثلاث مستويات: مستوى تطور الاتصال، المستوى العاطفي، المستوى المعرفي (Catheline, 2012, pp. 47,48).

عند ظهور صعوبات في تطور اللغة لدى الأطفال إضافة إلى فحص السمع، يتجه المختصون بطريقة آلية نظامية إلى فحص الرؤية لديه، للكشف عن اضطرابات التآزر الحركي البصري "Dyspraxie visuelle" وصعوبات في الكتابة. حيث يمتاز هؤلاء الاطفال بالهياج الحركي (Guedeney, 2014, p.80).

3-2- دور المدرسة في تجاوز الضعف البصري

- بعد اعلام الوالدين، من الضروري تنبيه الطبيب المدرسي لهذا الاضطراب،
- بتطبيق بعض الاختبارات التي تحتوي على صور معهودة لدى الطفل وكان بصره يمثل 10/2 من الرؤية عن بعد وحاملا للنظارات، فإنه يستحسن ترك الطفل في قسم عادي للدراسة.
- تزويد القسم بظروف ملائمة للطفل ضعيف البصر من خلال توفير وسائل خاصة لتمكينه من استغلال بصره الضعيف بأحسن طريقة: طاولة مائلة مضيئة بمصابيح مكيفة مع نوع ضعف بصره. عدسات مكبرة، تكبير في حجم الكتابة،...
- بالرغم مما يشكله هؤلاء الأطفال من تعب للمعلمين وانزعاج بسبب بطئهم في الكتابة والتقدم في الدرس الراجع لصعوبتهم في رؤية الإشارات والكتابة، فإنه لا يجب توجيه هؤلاء الأطفال إلى اقسام متخصصة إلا إذا كان بصره أقل من 10/2 (Catheline, 2012, p. 48).

4- العزلة الناتجة عن اضطرابات طيف التوحد

1- حول مفهوم التوحد وتعريفه

تمثل اضطرابات طيف التوحد مشكلة الصحة العامة، يصاب به 1 إلى 2٪ من سكان العالم ويعاني 160/1 طفلاً من اضطراب طيف التوحد. (Who, 2018) ويعتبر خطأ اعتقاد التوحد اضطراباً نفسياً، في حين هو مرض عصبي نمائي (Delorme, Amsellem, Bourgeron, 2019, p. 43). ومن الخطأ أيضاً تصنيفه لفئة الأطفال فقط. وإن كان ظهوره منذ الطفولة المبكرة، إلا انه يستمر مدى الحياة ولا يتوقف عند سن 18 سنة. يصيب الذكور أكثر من الاناث بمعدل فتاة واحدة مقابل اربع ذكور، بنسبة 42/1 للذكور و 189/ للفتيات حسب الاحصائيات التي قدمها معهد باستور في 2019. يُرافق بطيف من المظاهر المختلفة لذا سمي بـ: "اضطرابات طيف التوحد" (Maury Dupuy, 2019, p. 25).

كنا نتحدث في السابق عن "اضطرابات النمو الشاملة" «troubles envahissants du développement» (TED) وهو ما تمت الإشارة إليه في DSM-IV وكان يتضمن الاضطرابات التالية: اضطراب التوحد (أو التوحد عالي المستوى)، متلازمة أسبرجر، اضطرابات النمو غير المحددة (TED-ns)، متلازمة ريت (SR) Rett، اضطراب التفكك في مرحلة الطفولة (TDE). ومع اصدار DSM-5 لم تعد متلازمة ريت واضطراب التفكك في مرحلة الطفولة تدرجان في فئة اضطراب طيف التوحد، وتم تجميع اضطراب التوحد ومتلازمة أسبرجر TED-ns تحت مصطلح "اضطراب طيف التوحد" (TSA).

على الرغم من أنه يمكن تمييز الأشخاص من الأطفال أو البالغين المصابين باضطراب طيف التوحد عن بعضهم البعض، إلا أنه يوجد حالياً تسمية واحدة فقط لهذه الاضطرابات. لهذا السبب نتحدث عن "اضطرابات طيف التوحد" وليس "اضطراب طيف التوحد".

بالإضافة إلى تنوع شدة الأعراض الرئيسية للتوحد، هناك بعض الاضطرابات المرتبطة بها: كقرط النشاط مع نقص الانتباه، الاضطرابات الحصرية والرهاب الاجتماعي بالخصوص، الاضطراب ثنائي القطب، الهوس الاكتئابي، قد يرتبط بالفصام الذي يظهر في مرحلة البلوغ. إضافة إلى ذلك، يعاني المرضى في بعض الأحيان من صعوبات معرفية كالعجز الفكري أو ما يسمى بالاضطراب غير المنتظم (dysxécutif) يكون لديهم مشاكل في التخطيط لمهامهم. في المقابل، قد يمتلك البعض منهم مهارات معرفية استثنائية (ذاكرة استثنائية مثلا) كما يعاني البعض منهم بالصرع أو اضطرابات النوم... (Ibid, 45).

2- الأسباب المؤدية إلى طيف التوحد

يعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات التي مازالت مبهمة وتتطوي على العديد من الغموض من حيث التحديد الدقيق للعوامل المسببة له وكذلك من حيث التشخيص وأساليب التدخل العلاجي، وقد اتجهت الدراسات الحالية لإثبات دور الجانب العصبي، الجيني والبيئي في ظهوره، للقول بأن التوحد مرض عصبي نمائي وليس اضطراباً نفسياً كما كان يُعتقد سابقاً.

- التفسير الجيني

كشفت التحليلات الجزيئية أن الجينات تلعب دوراً مهماً في ما يسمى الآن باضطراب طيف التوحد، وتغيرت النظرة السببية للتوحد من خلال الاكتشافات الجينية المسؤولة عن الإصابة به، وسمحت التقنيات الوراثة الحديثة بتحديد الجينات المرتبطة بالتوحد. وبالرجوع للدراسات العلمية المقدمة في مجال البحث عن التوحد، فقد اجزمت هذه الدراسات بأن متوسط المسببات الجينية في مرض التوحد يقدر بأكثر من 80%، أما باقي العوامل المتدخلة فيه فتقدر بحوالي 20%. كما صرح معهد باستور في 2019 الى انه اكتشف إلى الان 141 جينا مسؤولاً عن الإصابة باضطراب طيف التوحد (Leblond, Delorme et Bourgeron, 2018, pp. 49, 50).

- نوروبيولوجيا دماغ التوحدين

خلافًا لما كان معمولاً به، أكد الباحثون أنه لفهم التوحد واضطراباته، لابد من دراسة الدماغ في حالة التفاعل وليس في حالة الراحة. ثم إن الاهتمام في الدراسات السابقة كان يركز بشكل خاص على مناطق القشرة الحركية ولم تأخذ بعين الاعتبار جميع الموجات الدماغية. وقد سمح دمج بيانات الدماغ بأكمله باللجوء الى تقنية hyperscanning عن كشف الاختلافات بين عدد من المشاركين الأصحاء والمصابين بالتوحد بالوقت ذاته اثناء تفاعلهم. واتضح أن خلافاً في المشابك العصبية هو وراء ظهور اعراض التوحد (Ibid, p. 58).

- دور البيئة في الإصابة بالتوحد

تتزايد الدلائل العلمية حول تدخل العوامل البيئية كبعض المبيدات مثلا من خطر زيادة الإصابة بالتوحد. وكشفت نتائج الدراسة التحليلية على التوائم أن تأثير العوامل غير الوراثية، لا سيما البيئية منها، يكون محصورا بين 7 و35%. ويبقى كما اشارت إليه (Demeneix, 2018) أن البحث يجب أن يوجه نحو تفسير كيفية تداخل المواد الكيميائية مع الجزيئات الطبيعية في أجسامنا وتفاعلها مع الجينات المتحولة الخاصة بالتوحد.

3- اجراءات التكفل بالطفل التوحدي

- اجراء مجموعة من الاختبارات والمقاييس التي يتم تمريرها على الطفل من طرف مختصين. كقياس M-CHAT الموجه لاطفال (16-30 شهر) او مقياس التواصل الاجتماعي (SCQ) لأطفال تجاوز سنهم أربع سنوات، أو مقياس ASSQ لأطفال دون اصابة بعجز فكري.
- إن استلزم الأمر، تأكيد التشخيص من طرف مختص في الطب العقلي للأطفال، أو مختص في طب الاطفال العصبي بإجراء فحص نورولوجي مع بعض الاختبارات المكملة مثل (EEG) للكشف عن الصرع والذي غالبا ما يكون مرافقا للتوحد (Asperger, 2018, pp. 46,47)
- من المهم أن تتم عملية التكفل بالشراكة بين المدرسة المدعمة بفريق خارجها، يكون متعدد التخصصات وتعليم الطفل بعض المهارات والتخفيف من بعض الاعراضيات.
- يساعد ت مدرس الطفل التوحدي على اكتساب الاستقلالية، والايمان بقدراته وامكاناته ليعمل على تطويرها، ويفضل ت مدرس الاطفال بادماجهم بمدارس عادية مع توفير داخل القسم مساعدة للحياة المدرسية «AVS aide de vie scolaire»، والتركيز على التبادلات العلائقية للخروج من عزلته والتقدم في اتصالاته الاجتماعية.
- يوضع للطفل برامج تساعد على تأهيله وتدريبه لتنمية مهاراته للتواصل اللفظي وغير اللفظي.
- كما يفضل في هذا المضمار اعتماد التكفل غير دوائي، أين تصبح الادوية ضرورية فقط إن كان التوحد مرافقا ببعض الاضطرابات؛ مثل Mélatonine التي تحدّ من اختلالات مراحل النوم، Méthylphénidate أو Ritaline في حالات فرط النشاط. إلا ان وصفها يكون مؤقتا ولا يمكن ان يستمر طوال حياة الشخص التوحدي (Baghdadli, 2018, pp: 62-64).

المحور الثاني: المدرسة الابتدائية

المحاضرة السادسة: الصعوبات الأكاديمية

المحاضرة السابعة: اضطرابات السلوك

المحاضرة الثامنة: الاضطرابات النفس مرضية

المحاضرة السادسة: الصعوبات الأكاديمية

الأهداف العامة

- الاطلاع على وظائف المدرسة الابتدائية، مهامها وأهميتها،
- أن يطلع الطالب على خصائص نمو طفل المرحلة الابتدائية،
- الاطلاع على الصعوبات الأكاديمية في هذه المرحلة.

الأهداف الإجرائية

- أن يتمكن الطالب من تحديد و وظائف المدرسة الابتدائية، مهامها وأهميتها،
- أن يقدر الطالب على ضبط مختلف المفاهيم المتشابهة في مجال صعوبات التعلم كي يستخرج أهم المداخل التشخيصية والتربوية لها، ومنها التكفل العلاجي الملائم.
- أن يتمكن من تصنيف صعوبات التعلم وتحديد الصعوبات الأكاديمية بدقة
- اكتساب المفاهيم الأساسية المرتبطة بالصعوبات الأكاديمية (القراءة، الكتابة، الحساب...) والتعرف على مظاهرها
- أن يكتشف الطالب دور المدرسة في تجاوز الصعوبات الأكاديمية.

عند الحديث عن المدرسة الابتدائية، فإننا نتحدث عن مرحلة انتقال الطفل من المرحلة التأسيسية (0-6 سنوات) إلى المرحلة التفاعلية (6 سنوات فما فوق). وأول تفاعل يختبره الطفل فعليا هو تفاعله في المدرسة، حيث تظهر بعض الصعوبات لدى البعض منهم في الاطار المدرسي وبعض الصعوبات مع الزملاء، كما قد يعاني بعض المدرسين والطاقم المدرسي من صعوبات مع الطفل. ولأجل فهم مظاهر وأسباب هذه الصعوبات يتم تناول هذين البعدين من منظور متبادل كما يقول (Marcelli, 2016, p. 599)، ففي بعض الأحيان:

- يجب البحث في المظهر المطلق للتعليم (الإيقاع المدرسي، تكتل الأقسام بعدد التلاميذ، التقدم في الإنجازات حسب سن الطفل دون مراعاة التفاوت والفروق الفردية بين الأطفال... إلخ)،
- في احيان أخرى، يتم البحث عن أسباب هذه الصعوبات في محتوى التدريس بذاته (سن الطفل وطرق تعليم القراءة، تدريب المعلمين ودافعيتهم...)،
- أحيانا في الصعوبات الخاصة بالطفل (عسر القراءة، عجز فكري... إلخ)، أحيانا في سياق الأسرة والبيئة الاجتماعية (عدم الاستقرار ومعاناة شديدة، سوء المعاملة، نقص في التحفيز...). فالمشاكل الدراسية عادة تخفي وراءها مشاكل من نوع آخر، تتبؤ ببعض الاختلال والهشاشة على المستوى النفسي قد تعبر عن مشاكل نفس مرضية. كما أن عدد من المشاكل النفسية التي يعاني منها الأطفال تحمل في طياتها شكاوى مدرسية.

1- حول التعليم الابتدائي

تعد المرحلة الابتدائية الركيزة الأساسية التي يعتمد عليها في إعداد الطفل بعد خروجه من المرحلة التأسيسية إلى المرحلة التفاعلية، يتم فيها تزويد الطفل ببعض المهارات الاجتماعية والتفاعلية، كما تحدد سلوكه داخل الجماعة المدرسية والوسط الاجتماعي بصفة عامة. وهي المرحلة الأولى من مراحل التعليم الأساسي والقاعدة التي تبنى عليها المراحل اللاحقة في مساره الدراسي. وتعتبر المدرسة الابتدائية مجتمع يتعلم فيه الأطفال أساساً أن يعيشوا كأطفال مع أطفال يتقاربون معهم في السن وخصائص النمو، فتقدم له خبرة عن بيئته.

يعرف التعليم الابتدائي بأنه التعليم الذي يشكل القاعدة الأساسية للتعليم النظامي الإلزامي، حيث يجب على كافة الأطفال الالتحاق بالمدرسة الابتدائية من مختلف الطبقات الاجتماعية والاقتصادية. فهو ذلك النوع من التعليم الرسمي، يمتد من سن 6 إلى 12 سنة. تشتمل هذه المرحلة في نظامنا التربوي الجزائري على خمسة مستويات، تنتهي بامتحان شهادة التعليم الابتدائي لينتقل الطفل إلى المرحلة التي تليها (مرحلة التعليم المتوسط).

يمكن تلخيص أهمية التعليم الابتدائي في كونها تشمل مرحلة عمرية جد مهمة من حياة الإنسان وهي مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة، تستوعب جميع الأطفال على اختلاف ظروفهم الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، وتراعي الشروط الضرورية لنمو الطفل. يقدم فيها للطفل المتمدرس آليات ومبادئ المهارات الأكاديمية التعليمية الأساسية (القراءة، الكتابة، الحساب...)، فهي بمثابة قاعدة أساسية تبنى عليها أعمدة المراحل التعليمية الأخرى.

2- خصائص التربية الابتدائية

يتمثل الهدف الأساسي للتعلم في تنمية شخصية الطفل بكل جوانبها؛ العقلية والجسمية والوجدانية الخلقية. كمؤسسة تربوية، تساعد الأسرة على تربية الطفل تربية منظمة مخطط لها وفق مناهج علمية أعدت لأجل ذلك

تتلخص أهم خصائص التربية الابتدائية كما جاءت في (بلحسين رحوي، 2012، ص. 147):

- الاهتمام بالطفل ونموه الجسدي، العقلي، الانفعالي والنفسي الاجتماعي،
- ضرورة مراعاة خصائص نمو الطفل لأجل استغلالها في تسطير ما يقدم من محتوى دراسي وأنشطة تربوية ومناهج دراسية، علاقة تلميذ/ معلم... وهو ما يعتبر ضروريا لأداء المدرسة لوظائفها كما ينبغي.
- توفير نشاطات متنوعة وربطها بالعمر الزمني للطفل،
- مساعدة الطفل وتعليمه على التحكم في المهارات التعليمية الأكاديمية مع مراعاة الفروق الفردية،
- توفير مناخ مدرسي قائم على الثقة والحرية والمواجهة والتعاون،
- تهيئة البيئة التعليمية المناسبة التي تساعد الطفل على تحقيق التوافق في العديد من المجالات،
- تحويل المعرفة النظرية إلى سلوك له مدلوله ومعناه ويعود بالفائدة في حياة الطفل.

3- وظائف المدرسة الابتدائية

أصبح للمدرسة الابتدائية مهام جديدة مختلفة عما سادت عليه في السابق، بحيث لم تعد مهمتها تقتصر على تحصيل المادة التعليمية فقط، بل أصبحت تهتم أكثر بتنمية مهارات الحصول عليها وتوظيفها، وتوليد معارف جديدة وربطها بما يمتلكه من معارف سابقة.

وللمدرسة ثلاث وظائف أساسية كما ذكرها (الرشدان، 2008، ص. 127) تتمثل في:

- **المدرسة كأداة استكمال:** إذ تقوم باستكمال ما بدأته المؤسسات الأخرى من الأعمال التربوية، البيت مثلا،
- **المدرسة أداة تصحيح:** إذ تقوم بتصحيح الأخطاء التربوية التي قد ترتكبها النظم الأخرى في المجتمع،
- **المدرسة أداة تنسيق:** إذ تقوم بتنسيق الجهود التي تبذلها سائر النظم الاجتماعية في سبيل تربية الطفل، وتبقى على اتصال دائم بها لترشدها إلى أفضل الأساليب التربوية.

4- تحديات ومتطلبات النمو النفسي لأطفال 6 إلى 11 سنة

يمر طفل 6-11 سنة بمرحلة الكمون، أين تتشكل سيرورات التقمص والتوحد مع الآخر. فهي فترة مهمة بشكل خاص لأجل تعزيز الأنا وتطوير الذات. وخلال هذا الكمون تتشكل "رغبة الفكر"، ويستثمر الطفل المعرفة للتوحد مع البالغين. فاكتساب المعارف والمعلومات يسمح له في النهاية بالقدرة على التنافس معهم. خلال هذه الفترة، العمل النفسي للطفل كله تقريبا يتم تنظيمه حول سيرورات التوحد هذه، وتصبح متعة التعلم محرك التعليم؛ ما يعني ان هذه المرحلة مهمة والالتقاء مع البالغين ستكون محددة وحاسمة لاستثمار المعرفة. فالمدرسة الابتدائية أو الأساسية كما يوحى اسمها، تسمح للطفل أن يكتسب العناصر الأساسية اللازمة للمعرفة: القراءة، الكتابة، الحساب، وهو ما يعتبر الجوهر الصلب للتعلم. ونجاح الطفل أو فشله في هذا المستوى يعتمد عليه مستقبل تعلم الطفل إلى حد كبير. (Catheline, 2012, p. 65)

وكل سيرورة للتعلم تتكون في حالة النمو العصبي العادي على ثلاثة عناصر:

- رغبة الطفل في أن يكبر؛
 - قبول الوالدين دون تحفظ لهذه الرغبة؛
 - اكتشاف متعة التفكير، استخدام السيرورات المعرفية، والتي يجب أن تدعم بتفهم الكبار.
- فالقدرة على الإيمان بسيرورات التفكير تكون هشة وضعيفة، خاصة قبل اتقان الطفل للقراءة، والذي يكون بمثابة الشاهد الأول لقدرات الطفل.

فإن كان الطفل في المرحلة الأولى (6 ~ 9 سنوات) يكتشف بفضل التعلم، الرغبة في الحصول على وسائل جديدة يمكنها أن تدفع به إلى صف الكبار، فإنه خلال المرحلة الثانية (9 ~ 11 سنة) يعي الطفل بأن هذه الوسائل ليست إلا أدوات للتفكير. فيكتشف الرضا لاستخدام هذه الوسائل واستعمالها لأجل الإجابة عن

"المشكلات" المطروحة. ولا تصبح التقنية العملية هي الغرض، بل نظام التفكير. ويمثل النجاح في حل المسائل الرياضية الواردة في السنة الثالثة مؤشراً جيداً لهذا التطور (Ibid, p 66).

5- الصعوبات التي يواجهها تلاميذ المرحلة الابتدائية

تعد مرحلة الطفولة مسرحاً لظهور المشكلات والصعوبات التي تتباين في أشكالها وأعراضها ومستوى شدتها واستمراريتها وآثارها في شخصية الطفل. حيث يعاني الأطفال في المرحلة الابتدائية من العديد من المشكلات التي تعيق من تحقيق مستوى النمو السليم لديهم أو عمليات التعلم والأداء الجيد، وتتنوع مثل هذه المشكلات لتشمل عدداً من الاضطرابات. (زغلول، 2006، ص. 117)

ففي حين تحتل الاضطرابات السلوكية الصادرة في مرحلة رياض الأطفال، فإنه في المدرسة الابتدائية تكون صعوبات التعلم هي المسيطرة. وتأتي الصعوبات الأكاديمية حسب الترتيب الموالي:

- صعوبات تعلم القراءة.
- صعوبات تعلم الكتابة.
- صعوبات تعلم الرياضيات.
- الاضطرابات السلوكية: عدم الاستقرار، الكف، العدوانية.
- الاضطرابات النفسومرضية: الرهاب المدرسي، الاكتئاب.

وإن كانت بعض هذه السلوكيات أصلها صعوبات يتعرض لها الطفل في اثناء مراحل نموه، فإن التمدرس يعمل على ابرازها على السطح (حيث تصبح المدرسة هي مكان الصراع).

1- حول مفهوم صعوبات التعلم

بداية، يجب الإشارة أن ليس كل طفل يعاني من وجود مشاكل دراسية هو طفل يعاني من صعوبات التعلم، فهناك الكثير من الأطفال الذين يعانون من البطء في اكتساب بعض أنواع المهارات ولان النمو الطبيعي للأطفال يختلف من طفل لآخر، فأحياناً يكون ما يبدو أنه إعاقة تعليمية للطفل يظهر فيما بعد على أنه فقط بطلاً في عملية النمو الطبيعية. (محمود صباح الشمري، 2017) فكل طفل يتعلم بوتيرته الخاصة. والطفل الذي يعاني من صعوبات في التعلم هو طفل عادي يملك قدرة عقلية مناسبة وعمليات حسية مناسبة واستقرار انفعالي، ويقع ذكاه غالباً في المدى المتوسط، إلا أن لديه كما أشار إليه (سيد سليمان، 2001) عدداً محدداً من الصعوبات الخاصة بالادراك، التفكير والتذكر والتكامل وصعوبات خاصة في العمليات التعبيرية التي تؤثر سلباً على كفاءته في التعلم. كما قد يعاني بعض من التلاميذ من ذوي صعوبات التعلم ضعف في الذاكرة قصيرة المدى وتشنت في الانتباه. وعادة يتم التعرف على التلاميذ من ذوي صعوبات التعلم عندما يصلون الصف الثالث أو الرابع الابتدائي، حيث يتضح التباين بينهم وبين أقرانهم في الصف الدراسي.

2- الفرق بين صعوبات التعلم وبعض المفاهيم المشابهة

تتداخل بعض المفاهيم وتختلط في ذهن القارئ من حيث عدم التحديد التدقيق للفروق بين المصطلحات المتقاربة المستخدمة في مجال مشكلات ترتبط بالتعلم، من مثل صعوبات التعلم، بطء التعلم، التأخر الدراسي. وفي الجدول الموالي توضيحاً للفروق بين صعوبات التعلم، بطء التعلم والتأخر الدراسي من خلال عدة مجالات كما أشار إليها فؤاد شعلان (2009).

جدول رقم (1): الفروق بين صعوبات التعلم، بطء التعلم والتأخر الدراسي

التأخر الدراسي	بطئ التعلم	صعوبات التعلم	
منخفض في جميع المواد مع اهمال واضح أو وجود مشكلة صحية.	منخفض في جميع المواد بشكل عام مع عدم القدرة على الاستيعاب.	منخفض في المواد التي تحتوي على مهارات التعلم الأساسية (رياضيات، قراءة، املاء)	التحصيل الدراسي
عدم وجود دافعية التعلم.	انخفاض معامل الذكاء.	يرتبط التذني في التحصيل الدراسي باضطراب في العمليات الذهنية (الانتباه، الذاكرة، التركيز، الإدراك).	سبب التذني في التحصيل الدراسي
يتراوح معامل الذكاء ضمن الفئة الحدية، (70-84 درجة)	معامل الذكاء عادي أو مرتفع، يقدر بـ 90 درجة فما فوق.	معامل الذكاء عادي أو مرتفع، يقدر بـ 90 درجة فما فوق.	القدرة العقلية (معامل الذكاء)
سلوكيات غير مرغوبة أو احباط دائم بسبب تكرار تجارب فاشلة.	مشاكل في السلوك التكيفي (مهارات الحياة اليومية، التعامل مع مواقف الحياة).	مظاهر عادية، قد يصاحبها أحياناً نشاط زائد.	المظاهر السلوكية
يعرض الأطفال على المرشد الطلابي في المدرسة أو مختص نفسي مدرسي	يتعلم الأطفال بطيئ التعلم في الأقسام العادية مع بعض التعديلات في المنهج	تقدم البرامج لمن يعانون منها مع الاستفادة من أسلوب التدريس الفردي لهم.	الخدمة المقدمة لهم

2- تصنيف صعوبات التعلم

نشير بداية أن صعوبات التعلم تصنف إلى صعوبات بسيطة ومتوسطة وشديدة، وهي في ذلك تشبه التصنيف المتبع في معظم حالات الإعاقة الأخرى. وهناك عدة أنواع من صعوبات التعلم، فقد تكون موجودة بشكل انفرادي أو أكثر من واحدة منها، فقد يظهر بعض الطلبة من ذوي صعوبات التعلم مشكلات التعلم في جانب أكاديمي واحد كعسر في القراءة أو عسر الحساب مثلاً، في حين تظهر لدى البعض الآخر المشكلات الأكاديمية في جوانب أكاديمية متعددة، كما قد يرافق مشكلاتهم الأكاديمية اضطراب فرط النشاط المصحوب بضعف الانتباه، ما يسهم في تعقد وتضاعف مشكلاتهم الأكاديمية لتصبح أكثر شدة.

لصعوبات التعلم تصنيفات وتقسيمات متعددة، يوجزها (محمود صباح الشمري، 2017) فيما يلي:

- عسر القراءة - دسلكسيا (Dyslexie)
- عسر الكتابة - دسجرافيا (Dysgraphie)
- عسر الكلام - ديسفزيا (Dysphasie)
- عسر الحساب - صعوبة إجراء العمليات الحسابية (Dyscalculie)
- خلل في التناسق - دسبراكسيا (Dyspraxie)
- صعوبات التهجئة (Dysorthographie)
- صعوبة التركيز Difficulté de concentration
- فرط الحركة وضعف الانتباه (TDAH) Hyperactivité et trouble de déficit de l'attention
- مشكلة العتمة Syndrome de sensibilité scotopique

عموما يصنف الباحثون صعوبات التعلم إلى نوعين أساسيين، وقد اشار (سيد سليمان، 2001، ص. 160) إلى أكثر التصنيفات شيوعا بين المختصين في مجال صعوبات التعلم والذي أورده كيرك كالفانت (1988):

(أ) **صعوبات التعلم النمائية**: ترجع إلى وجود اضطرابات وظيفية في الجهاز العصبي المركزي مثل الإدراك الحسي (البصري والسمعي) وتشمل مشكلات الانتباه والذاكرة وعمليات التفكير والإدراك والفهم واللغة وحل المشكلات، وهي مجموعة القدرات التي توصف بأنها المتطلبات الأساسية والجوهرية لعملية التعلم، تنطبق هذه الصعوبات بالعمليات العقلية والمعرفية التي يحتاج إليها في تحصيله الأكاديمي ويكون لها تأثيرها السلبي في اكتساب اللغة والمعرفة ما ينعكس على ظهور صعوبات التعلم. قسمتها (ماجدة السيد العبيد، 2009، ص. 29) إلى الصعوبات النمائية الأولية التي تضم صعوبات الانتباه وصعوبات الإدراك وصعوبات الذاكرة. وصعوبات نمائية ثانوية تضم كل من صعوبات التفكير وصعوبات اللغة.

(ب) **صعوبات تعلم أكاديمية**: هي نتيجة ومحصلة لصعوبات التعلم النمائية ونتيجة لقصور في عمليات التفكير والإدراك والانتباه والتذكر. ترتبط هذه الصعوبات بالموضوعات الدراسية الأساسية.

3- صعوبات التعلم الأكاديمية

تمثل صعوبات التعلم الأكاديمية المجموعة الثانية من صعوبات التعلم، وهي بمثابة اضطراب واضح في تعلم القراءة، أو الكتابة، أو الحساب. يشيع استعمال صعوبات التعلم الأكاديمية كما جاء في (أسامة فاروق مصطفى، 2011) للإشارة إلى تلك الصعوبات النوعية (خلل وظيفي) وعدم القدرة على التعرف على الرموز المكتوبة، فهمها، تخزينها واسترجاعها مما يحول دون تمكن الطفل من فهم نص مقروء بالرغم من سلامة حواسه وسلامته اللغوية والعقلية. مثل هذا العجز لا يتوقف عند هذا الحد بل يمتد ليصيب جوانب أخرى من النشاط الأكاديمي كالإملاء، الخط، إجراء العمليات الحسابية، الاستدلال الرياضي. وتتمركز صعوبات التعلم الأكاديمية

على ثلاثة مكونات أساسية لصعوبات التعلم مع إمكانية إضافة مكون رابع لها يجمع بين أكثر من مظهر واحد من تلك المكونات الثلاثة الأساسية. وتتمثل هاته المكونات في:

- 1- **اللغة**؛ يضم النمط أو المكون الأول اللغة بشقيها الشفوي والمكتوب، وهي كما يلي:
- اللغة الشفوية وتتمثل في مظاهر الأصوات، الكلمات، المعاني، التراكيب النحوية، والاستخدام الاجتماعي للغة.
- القراءة؛ وتتمثل مظاهرها في مهارة تحليل حروف الكلمة، مهارة التعرف على الكلمة، طلاقة وتلقائية القراءة، والفهم القرائي.
- 2- **الكتابة**؛ تتمثل مظاهرها في التهجي، التعبير.
- 3- **الحساب**، وتتمثل مظهره في إجراء العمليات الحسابية الأولية، التفكير أو الاستدلال الرياضي.
- 4- **اما المكون الرابع**، فيتمثل في أكثر من مظهر احد من هذه المظاهر، سواء كانت تنتمي إلى نمط أو مكون واحد فقط أو أكثر. كما قد يضك من جهة أخرى أكثر من مكون واحد من تلك المكونات.

3-1- صعوبة القراءة أو الديسليكسيا Dyslexie

الديسليكسيا كلمة يونانية الأصل؛ حيث ديس تعني صعوبة أو خلل، ليكسيا تعني الكلمة، أي صعوبة تحليل الكلمة المكتوبة وصعوبات في المعالجات. واستعملت الديسليكسيا وصعوبات القراءة في الأبيات بشكل متبادل. وقدمت الجمعية العالمية للديسليكسيا تعريف اجرائيا لها على " أنها صعوبة تعلم خاصة عصبية المنشأ، تتميز بمشكلات في قة أو سرعة التعرف على المفردات والتهجئة السيئة. وهي صعوبات تنشأ عادة من مشكلة تصيب المكون الفونولوجي (الصوتي) للغة ودائما غير متوقعة من الافراد، إذا قورنت بالقدرات المعرفية الأخرى مع تفر وسائل التدريس الفعالة، والنتائج الثانوية لهذه الصعوبات قد تتضمن مشكلات القراءة، الفهم وقلة الخبرة في مجال القراءة التي تعيق بورها نمو المفردات والخبرة عند الافراد." (ركزة وصالح الأحمدى، 2016، ص ص: 25-26)

كما تعرف صعوبات القراءة بأنها اضطرابات عصبية أساسها وراثي في الغالب، قد تؤثر على اكتساب اللغة ومعالجتها، ولأنها تتنوع في درجات حدتها فإنها تظهر من خلال صعوبات الإدراك والتعبير اللغوي بما فيها المعالجة الصوتية، والقراءة، والكتابة، والتهجي، والخط والرياضيات، ولا ترجع إلى نقص الدافعية، والضعف الحسي، والفرص البيئية أو التربوية غير المناسبة، أو ظروف محددة أخرى، ولكنها ربما تحدث مقترنة بأي من هذه الظروف (سليمان عبد الواحد، 2010، ص 309).

3-1-1- صعوبات القراءة على المستوى النفسي مرضي

على المستوى النفسي مرضي، فإن الأطفال شديدا قلق لا يمكنهم تحمل الريبة وعدم التأكد ويجب أن يكون لديهم إجابات فورية. "فعندما لا نستطيع تحمل الشك، فإنه لا يمكننا التعلم" كما يرى Marcelli فالتسامح مع الشك، وقبول ما هو غير متوقع وما هو غير عادي يمثل المتطلبات الأساسية لتطوير مهارات التعلم. ويقبل الطفل الدخول في التعلم كونه يرغب في الحفاظ على شعوره المستمر بالوجود (نرجسيته). قام بعض المؤلفين

بمقارنة استراتيجيات اللعب للأطفال المتخلفين بالأطفال العاديين. ولاحظوا بأن الأطفال العاديين أو كذا الموهوبين، يسعون لتطوير منتجات مختلفة إما "من خلال البحث عن قواعد جديدة أو بالسعي إلى تعديلات نظامية في تطبيق القواعد. وعندما لا يتمكنون من ذلك، فإن هؤلاء الأطفال العاديين والموهوبين يتوقفون عن اللعب، لأن ذلك أساساً لم يعد يسليهم. في المقابل، فإن الأطفال المتخلفين، فيسعدون بتطبيق نفس القواعد. فعنصر المفاجأة إذا يشكل أرض خصبة للتعلم. وقدرته على تحملها، ولكن أيضاً الاستمتاع بان يُفاجأ هو ضمانة للتعلم الجيد (Catheline, 2012, p. 73).

وحول هذه الركائز الثلاث كما تنوه الباحثة تنتظم أسس التعليم:

- تأكيد نرجسي كافي لبناء الشخص،
- دعامة كافية مع التأكد من استمرارية التواجد، ولكن إلى جانب ذلك القليل من النقص التي يجب ملئها، غيابات صغيرة، تحقيق المثالية، لكن مثالية غير مفرطة،
- مفاجآت تزعزع استقرار المعارف والمعرفة التي تعطي هذه الإثارة النفسية.

3-1-2- مظاهر صعوبات القراءة

- 1- عيوب صوتية في اصوات الحروف، بحيث يعجز الطفل عن قراءة الكلمات وعدم القدرة على التهجي،
- 2- عيوب القدرة على ادراك الكلمات ككل، فهم ينطقون الكلمة في كل مرة وكأنها اول مرة يواجهونها. وتتمثل مظاهر صعوبات القراءة في:
 - القراءة السريعة وغير الصحيحة المصحوبة باندفاعية
 - قراءة بطيئة جدا (كلمة كلمة) مع صعوبة في التركيز
 - حذف أو إضافة لكلمات أو لاجزاء منها في الكلمات المقروءة.
 - الابدال لكلمات أو جمل، كابدال كلمات بأخرى تحمل معناها، كأن يقرأ مثلا (عالية) بدلا من (مرتفعة)
 - ضعف التمييز بين الأحرف المتشابهة رسما والمختلفة لفظا (ب،ت،ث)، (ج،ح،خ)، (ر،ز)، (ع،غ)...
 - إعادة بعض الكلمات لأكثر من مرة بدون وجود أي مبرر،
 - قراة الكلمة بطريقة عكسية، وكأنه براها في المرآة، فيقرأ كلمة (فتح) مثلا (حتف) أو قد يخطأ في ترتيب أحرف الكلمة فيقرأها (تحف)
 - صعوبة في تمييز بين الاحرف المتشابهة لفظا والمختلفة رسما: (ك،ق)، (ض،ظ)، (س،ز)، (ت،د)
 - صعوبة الانتقال بصريا بين الأسطر والكلمات وارتبাকে نتيجة لحركة العين غير طبيعية أثناء القراءة بسبب عدم وجود عملية المسح الأفقي والعمودي،
 - ضعف في تمييز حروف العلة فقد يقرأ كلمة (فول) فيقول (فيل)،
 - القصور في فهم المقروء والإخفاق في استرجاع المعلومات المقروءة.

- القراءة في اتجاه خاطئ وصعوبة تتبع اتجاه سلاسل الحروف من اليمين إلى اليسار في اللغة العربية مثلا، ومن اليسار إلى اليمين في اللغات الأجنبية.
- أما عن علاج صعوبات القراءة: تصنف الاتجاهات العلاجية الحديثة في مجال صعوبات القراءة في:
 - أ- العلاجات القائمة على تنمية العمليات المعرفية الأساسية كالانتباه والإدراك والذاكرة.
 - ب- العلاجات القائمة على تنمية المكتسبات الأولية كصورة الجسم والجانبية والبنيتين المكانية والزمانية.

3-2- صعوبات الكتابة أو الديسغرافيا Dysgraphie

تعد الكتابة من المهارات الأساسية في النظام اللغوي، حيث تتكامل مع اللغة الشفهية في هذا النظام. وهي عبارة عن اضطراب يصيب النشاط الخطي لليد أو الجانب الشكلي للكتابة بخط اليد، التي تكون إما بطيئة أو غير واضحة أو متعبة، بحيث يعجز الطفل عن تنظيم وتنسيق كتاباته الشيء الذي يجعل فهمها أمرا صعبا، ويصعب بالتالي على الطفل توصيل أفكاره وجعلها مفهومة للغير باستعمال الكتابة كونها رديئة وسيئة للغاية. وهي كما يشير إليها مصطفى الزيات (2002) عبارة عن صعوبة في آلية تذكر تعاقب الحروف وتتابعها، ومن ثم تناغم العضلات والحركات الدقيقة المطلوبة تعاقبيا أو تتابعيا لكتابة الحروف. وبصف عامة، فإنه يتم تشخيص اضطراب الكتابة عندما يصل الطفل إلى ما بعد السنة الثانية ابتدائي ولا يمتلك كتابة تلقائيا.

3-2-1- أنواع صعوبات الكتابة

أشارت (Catheline, 2012, p. 89) أنه يمكن تمييز 4 أنواع من صعوبات الكتابة هي:

- **الكتابات مشوهة:** الخط منقطع، غير منظم، حروف مفتته، والحواف المستديرة متداخلة، يكون الخط غير متواصل، وتنظيم الصفحة فوضوي؛ قد يكتب في هوامش الورقة أو يقطع السطر في منتصف الورقة.
- **الكتابات التي توصف بأنها "رديئة" أو "فوضوية":** تكثف الكتابة فوق الكلمة بعد المحو المتكرر لها، كثرة المسح والشطب، وخطوط متراكمة ومتلاحمة فوق بعض، بقع، ...
- **الكتابات غير مقروءة** حيث تكون الحروف مشوهة وغير مكتملة في كثير من الأحيان، على الرغم من المظهر الجميل في بعض الأحيان ؛
- **الكتابة البطيئة** التي لا تتوافق مع السرعة التي تفرضها وتيرة التعليم وغالبا ما تؤدي إلى النقل بصنك متزايد في الاعمال المكتوبة وضغف الانتاجية.

وخلصت (زكرة وصالح الاحمدي، 2016) إلى أن أنواع صعوبات الكتابة يمكن أن نوردتها فيما يلي:

- صعوبات خاصة في رسم الحروف والكلمات: بعدم اتقان التلميذ لمهارة الكتابة اليدوية بسبب عد ادراك المسافات بين الحروف، وادراك العلاقات المكانية... كما قد يرسم الحروف بزيادة أو نقصان، ويكون احدى الحروف كبيرا جدا أو صغيرا...

- صعوبة استخدام الفراغ عند الكتابة: راجعة لصعوبة تنظيمية للحروف الكلمات بتناسق مع إعطاء الحجم الحقيقي للحروف والكلمة مع ترك مسافة مناسبة بين الحرف والكلمات... سببها صعوبات في ادراك العلاقات المكانية التي تنتج عن ادراك بصري خاطئ للمكان.

- صعوبات التهجة "الرسم الاملائي": راجع لعد قدرة التلميذ على ترميز أو تكوين وتركيب الحروف والكلمات من خلال اصواتها المختلفة المكونة منها. ومن صعوبات التهجة الشائعة نجد: خطأ في ترتيب الحروف، وضع حرف حركة أو العكس، عدم التمييز بين الحركات الاصلية والمدود وعدم التمييز بين الألف الممدودة والألف المقصورة، عدم التمييز بين النون كحرف هجاء ونون التتوين، عم التمييز بين التاء المفتوحة والتاء المربوطة، اهمال كتابة اللام الشمسية، عدم التمكن من حالات كتابة الهمزة حسب موقعها في الكلمة، اهمال حرف الميم اذا ورد وسط الكلمة، عدم التمييز بين الحروف المتشابهة من حيث المخارج ولمختلفة في التقخيم والترقيق.

3-2-2- مظاهر صعوبات الكتابة

تتمثل أهم هذه المظاهر كما أوردتها (ركزة وصالح الاحمدي، 2016) في:

- افتقار لتنسيق والتنظيم،
- استخدام الكتابة إلى نصف الصفحة، أو قد ينهاها بحواشيتها كما قد لاينهي السطر،
- يعكس الحروف أو الكلمات كأنها تبدو في مرآة وحتى خط ترتيب الكلمات في الجملة،
- الخط في اتجاهات اكتابة، فقد يبدأ الكتابة من اليسار بدلا من اليمين،
- عدم القدرة على تتبع الكلمات في السطر الواحد.

3-3- صعوبة تعلم الحساب والرياضيات؛ الديسكالكييا Dyscalculie

بداية كما تنوه به (Catheline, 2012, p. 95)، يجب التمييز بين الحساب والرياضيات، حيث:

- الحساب هو فرع من فروع الرياضيات يعتمد على خصائص مجموعة الأعداد الصحيحة التي تم على أساسها تحديد أربع عمليات: الجمع والضرب والطرح والقسمة. ففي السنة الأولى، الثانية والثالثة ابتدائي يتم تدريس الحساب، أي تعلم حل العمليات على الأعداد الصحيحة.
- الرياضيات هي العلم الذي يدرس، عن طريق البرهان بالاستنتاج، خصائص الأشياء المجردة (أرقام، أشكال هندسية، الدوال، الفضاء،... إلخ) وكذلك العلاقات التي تنشأ بينهم. يتم تناول الرياضيات في السنتين الرابعة والخامسة ابتدائي عندما يتعلم التلميذ حل المشكلات.

وتشير الباحثة إلى انه يتم تطوير المهارات الرقمية لدى الأطفال من سن 2-3 سنوات. يتم بناؤها تدريجياً بفضل أربعة قطاعات رئيسية: المنطق، اللغة، و وظائف البصري المكاني، الوظائف التنفيذية (التي تسمح بمراقبة وتنظيم سير جميع العمليات المعرفية "المتخصصة": الذاكرة، اللغة، التطبيق العملي، البصري المكاني). تجد هذه المهارات نضجها بايقاعات مختلفة ثم تتسق شيئاً فشيئاً ولكن متأخر جداً (Ibid, p.97).

3-3-1- حول مفهوم صعوبات تعلم الرياضيات

يشير مصطلح صعوبات تعلم الرياضيات أو الديسكاليليا النمائية كما أورده (سليمان عبد الواحد، 2010) إلى اضطراب معرفي في مرحلة الطفولة أو اضطراب الاكتساب السوي للمهارات الحسابية. وكثيرا ما تستخدم الديسكاليليا كمصطلح عام يتضمن جميع جوانب الصعوبة الحسابية. يختلف مصطلح الديسكاليليا النمائية عن الاضطراب الرياضياتي الوارد في دليل DSM IV-TR. فصعوبات تعلم الرياضيات وذوي صعوبات الرياضيات والديسكاليليا وضعف المهارة والرياضياتية وذوي صعوبات الحساب والضعاف في حل المسائل الرياضية كلها مفاهيم تشير إلى مصطلح عام يتضمن صعوبة كل الجوانب الحسابية.

وغالبا ما تبدأ صعوبات تعلم الحساب أو الرياضيات منذ مرحلة الابتدائي وصولا إلى مرحلة الثانوي، بل وقد تستمر إلى المرحلة الجامعية. ويشير زكريا توفيق احمد (199، ص. 260) إلى أن صعوبات في تعلم الرياضيات تمثل الصعوبات الأكثر شيوعا وانتشارا، إذ أنها تحتل المرتبة الثانية بعد صعوبات تعلم القراءة.

3-3-2- أنواع صعوبات تعلم الرياضيات

وفيه ثلاثة أنواع:

- 1- صعوبات في الحساب (التعامل مع الأرقام والكميات). حيث لا يفهم بعض الأطفال الرمزية المستخدمة في تصنيف الأعداد الصحيحة: الوحدات، العشرات، المئات، الآلاف، إلخ...؛
- 2- صعوبات على المستوى الحسابي في التقنية العملية: الجمع والضرب والطرح والقسمة؛
- 3- يواجه البعض صعوبات على المستوى الرياضياتي، أي على مستوى البرهان ومنه في حل المشكلات.

3-3-4- مظاهر صعوبات تعلم الرياضيات

يمكن تحديد مظاهر صعوبات تعلم الرياضيات في عدد من النقاط التي أوردتها ركزة وصالح الاحمدي (2016)، و (سليمان عبد الواحد وهاني شحات أحمد (2011) في:

✓ **أخطاء في التنظيم المكاني:** بتبديل الأعداد التي يحتويها العمود الواحد في العمليات الحسابية كتبديل عددين محل بعضهما وعدم معرفة الاتجاه الصحيح للعملية وخاصة في عملية الطرح، فلا يعرف العدد المطروح منه.

- صعوبة تمييز الأرقام ذات الاتجاهات المتعكسة مثل (3 - 5) ، (6 - 9) فقد يكتب الرقم 3 على انه 5 والعكس،

- صعوبة في الربط بين الرقم ورمزه، فيطلب منه رقم ويكتب آخر،

- يعكس الأرقام الموجودة في الخانات المختلفة ، فيكتب (14) مثلا بدل من (41)

✓ **أخطاء إجرائية:** تتمثل في صعوبة في اتقان بعض المفاهيم الخاصة بالعمليات الحسابية الأساسية من جمع وضرب وطرح وقسمة. قد يقع التلميذ في أخطاء تتعلق بتصنيف القيمة المكانية للرقم (الأحاد والعشرات، المئات والآلاف) أو الجمع من اليسار إلى اليمين... أي أن التلميذ يقوم بعملية الجمع بطريقة صحيحة، إلا أن

الخلط يقع بين تحديده للأحاد والعشرات. كأن يجمع التلميذ مثلا: $27+38=02$ أين يقوم بجمع الأرقام $7+2+8+3$ ويعكس كتابة الرقم 20. كما قد يجري عمليتي الجمع والطرح في نفس العملية.

✓ **أخطاء الوصف البصري:** تظهر في قراءة المشكلات الرياضية التي تحتوي على علامات عشرية مثل ترك العلامة اوعدم معرفة مكانها.

✓ الإخفاق في تعديل الوضع النفسي تربوي:

تظهر الصعوبة عند احتواء المسألة على عمليتين رياضيتين أو أكثر.

✓ **الحركة الكتابية:** ترتبط بالاداء الكتابي في الرياضيات.

✓ **صعوبات في الذاكرة:** راجعة للاخفاق في تذكر الحقائق العددية الأساسية.

✓ **صعوبات الحكم والاستدلال:** عدم القدرة على الاستدلال والاستنتاج السليم.

✓ إضافة إلى صعوبة في التفكير المجرد، يظهر العجز عن إدراك العلاقات والمفاهيم الرياضية (العدد،

المسافة، الجذر التربيعي..)، صعوبة في ادراك اعلاقات الحجمية (كبير/ صغير) أو في العلاقات المكانية

(أعلى/ أسفل).

المحاضرة السابعة: اضطرابات السلوك

الأهداف العامة

- أن يتعرف الطالب على الاضطرابات السلوكية الخاصة بمرحلة التعليم الابتدائي.
- التعرف على اضطراب فرط الحركة وعسر الانتباه لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية
- التعرف على اضطراب التثبيط
- أن يطلع الطالب على مفهوم العدوان والعنوانية المفرطة

الأهداف الإجرائية

- يتوصل الطالب للتمييز بين عدم الاستقرار الحس حركي أو اضطراب فرط النشاط وضعف التركيز
- أن يكتشف الطالب أسباب اضطراب فرط الحركة/ نقص الانتباه TDAH حسب دليل DSM-5
- أن يكتشف الطالب تأثير التثبيط على مجالات حياة الطفل النفسية
- أن يتمكن الطالب من فهم التثبيط من منظور سيكودينامي
- أن يكتشف الطالب ما يمكن للمدرسة أن تفعله لتجاوز اضطراب السلوك التي تظهر في مرحلة الابتدائي.
- أن يحدد الطالب السلوك العدواني
- أن يميز العدوانية المفرطة (اضطراب التحدي الاعتراضي) والعوامل المؤدية إليها.

تعدُّ الاضطرابات السلوكية، إلى جانب صعوبات التعلم، السبب الرئيسي الثاني للقلق في المدرسة الابتدائية. فقد يكون لهذين الاضطرابين نقطة مشتركة، وهي صعوبات التعلم التي يمكنها أن تسبب اضطرابات سلوكية والعكس صحيح. ويمكن تمييز ثلاث فئات رئيسية من الاضطرابات السلوكية كما أوردتها (Catheline, 2012, p. 100) هي: عدم الاستقرار؛ التثبيط؛ السلوك العدواني.

أولاً- اضطراب فرط الحركة وضعف التركيز

يعد اضطراب فرط الحركة وضعف التركيز أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى الأطفال، ويشير إلى عدم استطاعة الطفل التركيز والاحتفاظ به طوال فترة ممارسة الأنشطة مع عدم الاستقرار والحركة الزائدة، كثيراً ما تزعج من حوله. ويشير إلى مقدار ما يظهر لدى الطفل من اندفاعية السلوك والاستجابة له، وعدم بقائه ثابتاً في مكانه. أما عن انتشار TDAH، فتشير الدراسات السكانية إلى أن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه موجود في معظم الثقافات في حوالي 5% من الأطفال و 2.5% من البالغين. ويعد اضطراب TDAH أكثر شيوعاً عند الذكور منه عند الإناث، حيث تبلغ النسبة تقريبا 1/2 في الأطفال و 1/1.6 في البالغين. وتكون الإناث أكثر عرضة من الذكور لإظهار خصائص عدم الانتباه منذ البداية (APA, 2015).

1- اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة TDAH حسب DSM-5

تطورت معايير التشخيص لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (TDAH) منذ (DSM-IV (1994) و (DSM-IV-TR (2000) لتصل إلى ما طرح في الدليل الخامس (DSM-5 (2013) يشار في DSM-5 أن اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط اضطراب لا يؤثر على الأطفال فحسب، بل يؤثر أيضاً على المراهقين الأكبر سناً وبالغين. لم يعد مطلوباً أن تظهر الأعراض الأولى قبل سن السابعة، ولكن فقط قبل عمر 12 سنة. عدد أعراض عدم الانتباه وفرط النشاط/ الاندفاعية المطلوبة لتلبية عتبة التشخيص يتم تخفيفها إلى 6 أو 5 أعراض ابتداءً من سن 17 عاماً. أكثر من 50% من الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه مع/أو بدون فرط نشاط، يعانون من صعوبات تعلم أخرى مرتبطة. غالباً ما تكون مصحوبة بصعوبات نفسية وسلوكية (مثل اضطراب المعارضة).

• أما عن معايير تشخيص اضطراب فرط الحركة/ نقص الانتباه حسب DSM-5؛ فسيتم هنا طرح المعايير الأساسية فقط، ولمزيد من المعلومات الاطلاع على دليل DSM-5

A- نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة-الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور، تتميز بـ (1) و/أو (2)

- **عدم الانتباه:** ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية/ الأكاديمية.

- **فرط الحركة-الاندفاعية:** ستة من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية/ الأكاديمية.

B- وجود بعض أعراض فرط الحركة-الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر 12 سنوات.

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

D- يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض/ أو إنقاصها لجودة الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

E- لا تحدث الأعراض حصراً في سياق الفصام أو أي اضطراب آخر ولا تفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب المزاج أو اضطراب قلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية، الانسحاب أو الانسحابية من مادة ما).

2- أسباب اضطراب فرط الحركة/ نقص الانتباه TDAH

حسب DSM-5، ترتبط الايتولوجيا لـ TDAH بالميزاج، البيئة، علم الوراثة وعلم وظائف الأعضاء.

- **بُعد الميزاج:** يرتبط بانخفاض التثبيط السلوكي، والحاجة إلى توفير طاقة كبيرة للسيطرة على الذات أو احتوائها، والعاطفة السلبية و/ أو الرغبة الشديدة في البحث عن ما هو جديد.
- **العوامل البيئية:** غالباً ما يضاعف الوزن المنخفض جداً عند الولادة (أقل من 1500 غرام) من خطر الإصابة بـ TDAH بالعامل 2 أو 3. وعلى الرغم من ارتباط TDAH باستخدام التبغ أثناء الحمل، إلا أن جزءاً من هذا الارتباط يعكس عوامل الخطر الجينية الشائعة. وقد يكون هناك تاريخ من إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم، أو التنبؤ المتعدد، أو التعرض للمواد السامة العصبية (كالتسمم بالرصاص)، أو الأمراض المعدية (كالتهاب الدماغ)، أو التعرض للكحول في الرحم.

- **علم الوراثة وعلم وظائف الأعضاء:** يزداد انتشار TDAH في الأقارب البيولوجية من الدرجة الأولى للأشخاص المصابين به. وعلى الرغم من ارتباط العديد من الجينات المحددة بـ TDAH، إلا أن هذه العوامل ليست عوامل سببية أو ضرورية كافية. يمكن للاضطرابات البصرية والسمعية، اضطرابات التمثيل الغذائي، اضطرابات النوم، نقص التغذية والصرع أن تؤثر على أعراضه.

- **العوامل الاسرية:** لا يمكن اعتبار أنماط التفاعل الأسري في الطفولة المبكرة كسبب لاضطراب TDAH لكن يمكن أن تؤثر على مساره أو تساهم في تطوير مشاكل السلوك في المرحلة الثانية.

- **التفسير العصبي:** اضطراب TDAH هو قبل كل شيء اضطراب أساسي ناتج عن خلل في النضج العصبي النفسي عند أطفال حاملين للاستعدادية الوراثية. يفسر بعد الاندفاعية بالافتقار إلى التحكم في أنظمة تثبيط النشاط التي تتضمن في الوقت ذاته بعض البناءات الدماغية (العقد القاعدية، أي النوى المذنبة والفصوص الأمامية، حيث تم العثور على حجم منخفض من قشرة الفص الجبهي الأيمن لدى الأشخاص مفرطي النشاط، أو حتى انعكاس في عدم تناسق النواة المذنبة) وأنظمة الكاتيكولامينات، لا سيما نظام الدوبامين، وانخفاض في تنشيط الدماغ في المناطق الجدارية اليمنى وزيادة في المناطق الأمامية. (Catheline, 2012, p. 104)

- **التفسير السيكونامي لاضطراب فرط الحركة/ نقص الانتباه:** يعتقد الأطباء العقليون السيكوناميون للأطفال أن البيئة المحيطة لم تتمكن من تقديم استجابة مناسبة للمواقف التي تؤدي لاستثارة الاكتئاب و/ أو القلق لدى الطفل. ويفهم على أنه رد فعل على موقف صدمي أو يثير لقلق الطفل. يؤكد تواتر العلامات المرتبطة بهذا العرض وانخفاض مستوى الاستثمار اللغوي والهشاشة الجسدية على أهمية تأثيرات القلق الاكتئابي التي لا يستطيع الطفل تعديلها بسبب عدم نضجه النفسي، حيث سينخفض بنسبة 50 % كل 5 سنوات ابتداءً من سن 20 عام. (Ibid).

3- ما الذي يمكن للمدرسة أن تفعله؟

- ✓ تنفيذ الإجراءات المعرفية لتخفيض امتثال الطفل في الالتزام بقواعد الأسرة والمدرسة والحياة الاجتماعية من خلال برامج محددة تتمحور حول التدريب الذاتي والتدريب على حل المشكلات.
- ✓ اقتراح الجمع بين المقابلات الفردية والعائلية التي أظهرت نجاعتها وفعاليتها،
- ✓ يجب أن يتلقى المعلمون أيضا توصيات:
 - تقريب الطفل من المعلم لإعادته إلى العمل بسهولة أكبر إذا خفف انتباهه؛
 - إبداع المعلم الذي يجب أن يعطي دروسًا حية مع الكثير من التجديد؛
 - كما يفضل العمل من خلال الكمبيوتر الذي يمنح الأطفال مكانة نشطة في التعليم؛
 - فترات عمل قصيرة وتحذير بشأن مدة التمرين حتى يتمكن من التحكم في انتباهه؛
 - من الجيد السماح للطفل مفرد النشاط بالتحرك أثناء الفصل، على سبيل المثال من خلال القيام بعمل مفيد (توزيع دفاتر الملاحظات، مسح السبورة،...) والتي تعزز قيمة الطفل؛
 - المكافآت والعقوبات تكون فورية، على أن تستهدف المكافأة الجهد وليس النتيجة.

ثانيا - التثبيط

1- حول مفهوم التثبيط

- يعدُّ سلوك التثبيط أقل اكتشافا من طرف المجتمع التربوي وأولياء الأمور في حينه، إذ يستعمل ذريعة الخجل كقناع. في أكثر صوره شيوعًا، يتسبب التثبيط الأكاديمي في ضيق الطفل غير القادر على العمل أو "التركيز" على مهمته بالرغم من رغبته. ويظهر تأثير التثبيط على مجالات حياة الطفل النفسية في:
- **المهارات الحركية:** يمكن أن تؤدي مظاهر التثبيط إلى تشكيلين من المهارات الحركية اعتمادًا على ما إذا كانت السيطرة مفردة على الحركات أو يكون توقيف المبادرة هي السائدة.
 - **السلوك الاجتماعي:** هم اطفال يتصرفون بحسن السلوك والهدوء، غالبًا هم تلاميذ جيدين، يخضعون للقلق لمن حولهم مع الخوف من أذيته. يمكن للتثبيط أن يؤدي للرهاب الاجتماعي.
 - **السلوكيات المعقنة:** كل ما يثير الرغبة، اللذة والقوة الإبداعية والتعبيرية للطفولة يكون الطفل فيها خاضعا للامتتالية مع البيئة المحيطة مع تراجع واضح فيها. هذا الاضطراب السلوكي يمر بسهولة دون أن يلاحظه أحد إذا لم يقترن بصعوبات تعلم جسيمة وكثيرة.

2- التثبيط من منظور سيكودينامي

- التصنيفات الدولية (CIM et DSM) لا تعترف بالتثبيط. وتم تطوير المفهوم عن طريق التحليل النفسي. يُفهم التثبيط على أنه قوة مضادة يظهرها الفرد لعرقلة الإنجازات غير المقبولة في اقتصاده النفسي. يعمل التثبيط

الفكري على حماية الفرد الخاضع لنزواته المتناقضة (الرغبة والخوف). تُفهم على أنه أثر للصراع داخل النفس (Catheline, 2012, pp:108.109)

ويعكس بشكل عام صراع في البنية العصابية: تظل الرغبة المعرفية معبئه بالذنب للغاية وتخضع للكبت. وآليات الدفاعية العصابية من إزاحة وتسامي لم يكتمل تطورها. في حالات أخرى، يبدو أن المعرفة مستثمرة بقوة مرعبة تعيد تنشيط التنافس مع الأب وصورته، وهو ما يمثل آليات التنظيم العصابي على حد تعبير مدرسة التحليل النفسي (Marcelli, 2016,p. 611).

أما من المنظور النمائي، يعكس بشكل عام صراع في البنية العصابية: تظل الرغبة المعرفية معبئه بالذنب للغاية وتخضع للكبت. وآليات الدفاعية العصابية من إزاحة وتسامي لم يكتمل تطورها. حين مراحل البناء النفسي، تعاش تجربة العالم الخارجي والآخرين كعقبات وليس كميادين للنمو. من هذا المنظور، يكون من المهم تحديد أسباب هذا التثبيط: صراع نفسي داخلي أو مشكلة القلق، وغالبا ما يتشابك المظهرين، وبعض الأطفال قد لا يشعرون بالأمان حقا في المدرسة.

• بعضهم لديه شعور بأنه ترك أحد الوالدين وراءه يواجه صعوبة في المنزل وجزء كبير من انتباهه قد احتجز بالأفكار المششحوحة بالقلق حول تمثيل كارثة محتملة؛

• البعض الآخر باله مشغول بتمثيلات لكلمات الآباء القلقين هم بذاتهم، وقدموا ألف توصية قبل مغادرتهم للمدرسة. يغزو قلق الوالدين عقل الطفل الذي لم يعد يستمع فجأة إلى المعلم؛

في كلتا الحالتين، لا يمكن للطفل استثمار المدرسة كمكان للمعرفة والتطوير الذاتي لأنه يكون حبيسا، إما بفعله الخاص بسبب وضع عائلي معين، أو بسبب قلق الوالدين. في ظل هذه الظروف، لا يكون التعلم ذو أهمية، كونه يبعده عن أسرته، وهو ما لا يرغب أي طفل. (Ibid)

3- ماذا يمكن للمدرسة أن تفعله؟

- تعزيز اندماج الطفل في مجموعة: تقديره من خلال منحه بعض المسؤوليات.
- تشجيع الآباء ومن ثم دعمهم في إجراءات استقلالية كتسجيلهم في أنشطة خارج مدرسية،
- يعطي العلاج خارج المدرسة في مجموعات علاجية نتائج جيدة، فبعد الجماعة، والزمانية (بداية المجموعة ونهايتها) يعتبرون تمثيلا لرمزية العمل الانفصال/ التفردن.

ثالثا- العدوانية المفرطة (اضطراب التحدي الاعتراضي)

1- بين العدوان والعدوانية المفرطة

يجب الأخذ بعين الاعتبار القصد والنية التي تكمن وراء السلوك عند التمييز بين أنماط الفعل العدوانية وأنماط السلوك الأخرى. تعني العدوانية الشدة والخشونة والتعدي على الغير وهي صفة غريزية في الإنسان. السلوك العدواني يقصد به إيذاء الشخص الآخر وهو نوع من أنواع السلوك الاجتماعي يهدف إلى تحقيق رغبة

الشخص العدواني في السيطرة وإيذاء الغير أو الذات تعويضا عن الحرمان وهو استجابة طبيعية للإحباط (الحري، 2008، ص.70).

في حوالي 6-8 سنوات من عمر الطفل، يلاحظ الآباء والمدرسون أن الطفل يكون جد حساس ويغضب بسهولة وباستمرار، ولا يمكنه تحمل أي إحباط ويتحدى السلطة التي يمكنه أن يجادلها. يعارض بنشاط الطلبات والقواعد عامة، يرفض الامتثال للأوامر. يعتمد إزعاج الآخرين ويلومهم بسهولة على أخطائه. يمكن أن يكون في بعض الأحيان شرير و وقح. تم تصنيف هذه السلوكيات العدوانية على أنها "اضطرابات سلوكية" تدرج حاليا بمسمى "اضطراب التحدي الاعتراضي". يحدث الاضطراب عادة عند الأطفال دون سن 9 أو 10 سنوات، يتميز بوجود سلوك استفزازي أو العصيان وغياب السلوك العدواني الخطير أو غير الاجتماعي الذي ينتهك القانون أو حقوق الآخرين. يعتبر الباحثون أن "اضطراب التحدي الاعتراضي" أشكال ثانوية من اضطرابات السلوك وليس اضطرابا منفصلا، وبأن هناك ارتباط نمائي بين الاضطرابين، ومع ذلك، فإن معظم الأطفال ممن يعانون من اضطراب التحدي الاعتراضي لا يصابون بالضرورة باضطراب السلوك. ومن المرجح أن يتعرض الأطفال باضطراب التحدي الاعتراضي معرضين لخطر الإصابة باضطراب القلق والاكتئاب. (Crocq et Guelfi, 2015, p.606)

2- العدوانية المفرطة (اضطراب التحدي الاعتراضي) في DSM-5

تم تصنيفها على أنها "اضطرابات سلوكية" في قسم "اضطراب التحدي الاعتراضي" (TOP) Trouble (TOP) oppositionnel avec provocation ويدرج في فئة "الاضطرابات التخريبية والتحكم في الاندفاع والسلوك" في DSM-5 وتتمثل المعايير التشخيصية (313.81) (F91.3) في:

A- نمط من المزاج الغاضب/العصبي، والسلوك المجادل/المتحدي، أو الانتقامي يدوم لفترة لا تقل عن 6 أشهر كما يتضح بما لا يقل عن أربعة أعراض من أي من الفئات التالية، تجلت خلال التفاعل مع شخص واحد على الأقل من غير الأشقاء.

*المزاج الغاضب/العصبي

*السلوك المجادل/المتحدي

*نزعة الانتقام

ملاحظة: يجب استخدام الاستمرار وتكرر هذه السلوكيات للتمييز بين السلوك الذي هو ضمن الحدود الطبيعية من السلوك العرضي. بالنسبة لمن تقل أعمارهم عن 5 سنوات، يجب أن يحدث السلوك مرة واحدة في الاسبوع على الأقل لمدة 6 أشهر على الأقل، ما لم يذكر خلاف ذلك. بينما توفر معايير التكرار الدالة على الحد الأدنى من التردد لتحديد الأعراض، كما ينبغي النظر في ما إذا كان تواتر وشدة هذه السلوكيات خارج النطاق المقبول لمستوى الفرد التطوري، الجنس والثقافة.

- B** - يرتبط الاضطراب السلوك مع إحباط لدى الفرد في السياق الاجتماعي المباشر له (العائلة، مجموعة الأقران...)، أو أنه يؤثر سلبا على مجالات الاداء الاجتماعية والتعليمية والمهنية...
- C** - لا تحدث السلوكيات حصرا أثناء سير اضطراب (ذهاني، استعمال المادة، الاكتئاب، ثنائي القطب). ولم يتم الوفاء بمعايير اضطراب المزاج المتقلب المشوش.

3 - تحديد السلوك العدواني

- للتمييز بين ما قد يكون اضطرابًا متأصلاً في الطفل (من اضطرابات السلوك) وما قد يكون مؤشرا على مرحلة النمو وتلبية لمطالب تعليمية غير المناسبة، لا بد من أخذ ما يلي في الاعتبار:
- **السن:** يعتبر ظهور ل 4 على الأقل من المظاهر المذكورة في DSM-5 قبل 8 سنوات عامل خطر. تميل معظم هذه السلوكيات للتزايد مع تقدم السن. ويعتبر تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي كفاءة محورية لتقدير الخطورة.
 - **الجنس:** تظهر لدى الذكور بشكل مفرط قبل سن البلوغ، وتكون لديهم سلوكيات مجابهة وتصادمية. لذلك ينبغي توخي الحذر عند إجراء تشخيص الذكور والمطالبة بمعايير صارمة.
 - **المكان الذي يتم فيه التعبير عن السلوك:** في الفصل أو أثناء وقت الفراغ (استراحة، المطعم).
 - **أثناء وقت الراحة:** قد يكون هؤلاء الأطفال مشاغبين بشكل خاص بسبب قوتهم البدنية ومهاراتهم الحركية المتفجرة،
 - **في داخل الفصل،** يُنصح بالتمييز بين العدوانية الجسدية عن المواقف المؤهلة على أنها عدوانية أو مزعجة يكون الغرض منها ازعاج المعلم والتلاميذ واستفزازهم والاخلال بالسير الحسن للحصة الدراسية. ويعتبر حدوث هذه السلوكيات أثناء وقت الدراسة علامة حول خطورة الاضطراب.
 - **مدة الاضطراب:** استمرار الاضطراب لمدة 6 أشهر على الأقل قبل الحديث عن اضطرابات السلوك، وهذه المدة تجعل من الممكن التمييز بين الاضطراب الينائي المتأصل والاضطراب كرد الفعل.
- (Catheline, 2012, p:111)

كما أشار (أسامة فاروق، 2011، ص. 124) نقلا عن باندورا Bandura (1973) إلى أن تحديد السلوك العدواني يتوقف على العوامل التالية:

- **خصائص السلوك نفسه** بصرف النظر عن تأثيرات السلوك على الشخص المتلقي له
- **شدة السلوك** إن كان مصحوبا باستجابات عالية الشدة
- **تعبيرات عن الأذى أو الضرر أو الألم أو الهروب** في سلوك الشخص المتلقي للفعل العدواني.
- **مقاصد واضحة عند الشخص الممارس للفعل العدواني.**
- **خصائص الشخص الملاحظ** أو الأشخاص الملاحظين (أي الخصائص المتعلقة بنوع الجنس ذكورا وإناثا، المكانة الاجتماعية والاقتصادية، الخلفية العرقية، تاريخ السلوك العدواني...).
- **خصائص الشخص المعتدي،** تتحدد هنا المتغيرات نفسها الواردة في خصائص الشخص الملاحظ.

4- العوامل المؤدية اضطراب التحدي الاعتراضي

أورد DSM-5 بعض العوامل من شأنها أن تؤدي إلى ظهور اضطراب التحدي الاعتراضي وهي:

- عامل المزاج: كالعوامل الأساسية المتعلقة بمشاكل التنظيم العاطفي (قلة تحمل الإحباط مثلاً)
- العامل البيئي: تلعب الممارسات التربوية القاسية أو المتناقضة أو الإهمال دور مهم في ظهوره.
- العامل الجيني والفسولوجي: ارتبطت باضطراب التحدي الاعتراضي بالعديد من العلامات العصبية الحيوية (انخفاض تفاعلية ضربات القلب واستجابة التوصيل الجلدي، انخفاض استجابة الكورتيزول القاعدية، والتشوهات في قشرة الفص الجبهي واللوزة). إلا أن الكثير من الدراسات لم تفصل بين أطفال يعانون من اضطراب التحدي الاعتراضي ممن يعانون من اضطراب السلوك،

أما Catheline (2012) فتري أن اضطراب التحدي الاعتراضي يرتبط:

- بالأخطاء التعليمية الراجعة بشكل خاص إلى الصعوبات التي يواجهها الآباء في إدارة النواهي مع أبناءهم، قد ترجع للدلال المفرط وعدم قدرتهم على التنظيم الانفعالي للطفل وتسير غضبه.
- تؤكد على دور المدرسة في التعبير عن هذه المظاهر على وجه الخصوص. وقد يرجع لسوء إدارة وقت الفراغ من قبل الهيئة التعليمية بأكملها.
- التغاضي عن أن الطفل لديه احتياجات حركية يومية طوال الأسبوع، إضافة إلى ما يتم تشجيعه من سلوكيات عدوانية وخطيرة من خلال ألعاب الفيديو.

5- علاج اضطراب التحدي الاعتراضي

- يقع العلاج في منتصف الطريق بين التهويل والتهوين في الأمر. وهناك عدة نقاط مرجعية يُستند إليها لاتخاذ الإجراءات اللازمة كما أوردتها (Catheline, 2012, p:112):
- تجنب أن يتخذ المعلم أو الإباء القرارات بمفردهم. من الأسهل أيضاً احتواء سلوك الطفل إذا اتفق الجميع على قرار موحد وإعادة تحديد أدوارهم؛
 - طلب وجهة نظر خارجية (أخصائي نفسي خارجي يلاحظ سلوكيات الطفل داخل القسم وخارجه)
 - مشاركة الوالدين ومحاورتهم واقتراح برامج موثوقة ومعمول بها كبرامج وقائية وعلاجية،
 - دور المعلم ضروري لمساعدة للطفل على تطوير مهاراته الاجتماعية وحل المشكلات وتطوير استراتيجيات التعلم وبناء احترامه لذاته؛
 - اسناد الاهتمام للدور الإيجابي للأقران، و يعطي العمل في مجموعة الفصل نتائج إيجابية.

المحاضرة الثامنة: الاضطرابات النفسو مرضية

الأهداف العامة

- ليكون الطالب ملما بالاضطرابات النفسو مرضية المميزة للمتمدرس في المرحلة الابتدائية،
- أن يطلع الطالب على الخواف المدرسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية،
- التعرف على خصوصية الاكتئاب لدى الطفل.

الأهداف الاجرائية

- أن يتمكن الطالب من تحديد الوصف الاكلينيكي للخواف المدرسي أو الرفض الحصري المدرسي،
- أن يتعرف على أسباب الخواف المدرسي ومظاهره،
- أن يتعرف الطالب على إشكالية تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال،
- أن يتعرف على عوامل الخطر المؤدية للإصابة بالاكتئاب لدى الأطفال ومظاهره،
- أن يكتشف الطالب دور المدرسة والاسرة في رعاية لاطفال باضطرابات نفسومرضية (الخواف المدرسي والاكتئاب) التي تظهر في مرحلة الابتدائي.

أولاً- الخواف المدرسي

أشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2000) إلى أن الفوبيا هي: "خوف غير معقول من موضوعات محددة أو أنشطة ومواقف معينة بالمنبه الرهابي وينتج عنه رغبة ضاغطة لتجنب هذا المنبه، ويؤدي ذلك عادة إما لتجنبه وإما تحمله مع درجة من الفزع والهيبة والرغبة منه.

كما تعرف على أنها خوف مستمر متطرف ذو طبيعة غير معقولة، ويتضمن توقعا مستمرا لموقف مخيف، وهو فكرة متسلطة وملحة وغير منطقية، ويعرف الشخص تماما هذا الموضوع أو الموقف ويبتعد عنه ومن ثم يسلك سلوكا قهريا (أمال عمور، 2018، ص.ص، 36-37).

1- تعريف الخواف المدرسي

استخدم مصطلح "الخواف المدرسي أو الرفض الحصري المدرسي" لوصف الأطفال الذين يرفضون الذهاب إلى المدرسة لأسباب غير منطقية ومقاومة الذهاب إليها من خلال ظهور استجابات حصرية حادة أو من خلال الذعر عندما يُجبر الطفل على ذلك. يعرف الخواف المدرسي بأنه "خوف الطفل الشديد أو خوف حاد مقترن بالمدرسة، ويظل القلق الذي يرتبط بالموقف المدرسي قويا وشديدا لدرجة أن الطفل لا يمكنه البقاء بالمدرسة، يعمل بكل الطرق على عودته إلى المنزل والاستمرارية". عادة ما يكون مصحوبا بأعراض جسمانية خاصة في

الجهاز الهضمي (المعوي) من آلام معوية وغثيان. وقد يعاني الطفل الخائف من المدرسة من مخاوف مرضية أخرى كالخوف من الظلام، الخوف من الوحدة، أو العزلة (أمال عمور، 2018، ص. 41).

يتصاعد ظهور الرهاب المدرسي في مراحل عمرية خاصة، كسن 5-7 سنوات (عند دخول السنة أولى ابتدائي)، حوالي 10-11 سنة (عند دخول المتوسطة)، و 12-15 سنة (أثناء تواجده بالمتوسطة). ويبدو قلق الانفصال هو المحور المرضي السائد.

للإشارة؛ كلما كان الطفل أصغر سناً، كلما كان صعباً التمييز بين ما يسمى بقلق الانفصال النمائي والقلق المرضي، وهو السبب الذي ترى (Catheline, 2012, p:112) أنه من الحكمة الاحتفاظ بمصطلح "الرفض الحصري المدرسي" من لحظة دخول الأطفال إلى المدرسة الابتدائية (6-7 سنوات).

2- الوصف الاكلينيكي للخوف المدرسي

في بعض الأحيان تكون البداية تدريجية، وغالباً ما تظهر بطريقة مفاجئة عند الأطفال الصغار. وإن كان من الضروري الأخذ بالظروف البيئية في عين الاعتبار، لكن تظل حقيقة أن الطفل غالباً ما يقدم أيضاً سمات نفس مرضية يسيطر عليها القلق والتثبيط. (Ibid, p. 114)

- في الأشكال النموذجية للخوف المرضي، يظهر الطفل استجابة قلق شديد عند الذهاب للمدرسة. يبكي، يتوسل والديه، ويعددهم بأنه سيذهب في الغد. إذا حاول الآباء إجباره، فإن الأزمة تأخذ منعطفاً دراماتيكياً: يحبس نفسه في غرفته، يهرب... وقد يصل الأمر أن لم يفلح في هروبه إلى أشكال أخرى من الهروب من خلال شكاوي جسدية والادعاء بوجود آلام شديدة في المعدة.

- من ناحية أخرى، لن يكون هناك رفض للعمل المدرسي في المنزل: فهو يوافق على أداء واجباته المدرسية، ويحاول استدراك ما فاتته، وأحياناً يكون استثمار مفرط للعمل فيقضي يومه في أداء وظائفه بشكل جيد لدرجة أنه على الرغم من غيابه الطويل عن المدرسة، إلا أن مستواه التعليمي يبقى ممتازاً.

هناك أيضاً سلوكيات أخرى ترافق الخوف المدرسي وتتمثل في:

- أعراض بمظاهر عصابية كحصر الانفصال أو الترقب الحصري للانفصال، صعوبة النوم، الكوابيس، أنواع الرهابات المختلفة (الخوف من الظلام، رهاب الخلاء) تكون مصاحبة لخوفه أو موجودة سابقاً. قد يسبق الخوف المدرسي المظاهر الطقوسية من سلسلة الوسواس، وتتركز بشكل خاص على المدرسة؛ كترتيب الحقيبة المدرسية باستمرار، دقة شديدة في العمل؛
- السلوك العدواني أو الاندفاعي وعلاقة ساديو مازوخية مع أحد أفراد الأسرة، الأم خاصة؛
- الحالة الاكتئابية غالباً ما ترتبط بالخوف المدرسي، لا سيما في مرحلة ما قبل المراهقة.

يجب الإشارة بشكل خاص إلى "الرفض الحصري المدرسي على مرحلتين" والذي يميز الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 9-10 سنوات (الرابعة والخامسة ابتدائي)، فبعد رحلة مدرسية، أو مرض مثلاً، يرفض الطفل

الأكبر سنًا الذهاب إلى المدرسة ويميل الآباء إلى عدم الإصرار على أساس قرب نهاية العام. تمر هذه الحلقة دون أن يلاحظها أحد تقريبًا، لكنها تعاد بعد عام مع ظهور خواف مدرسي واضح في الصف المدرسي الموالي (Catheline, 2012, p. 115).

3- أسباب الخواف المدرسي

يرجع الخواف المدرسي حسب (أمال عمور، 2018، ص ص، 45-47) إلى عدة أسباب: **شخصية الطفل:** يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبات في تحقيق استقلاليتهم، والتحكم في ذواتهم عندما يتواجدون لوحدهم بعيدين عن الأهل، وغالبا ما يظهر هؤلاء الأطفال الانطواء أو العزلة الاجتماعية، مفرطي الاتكالية، يشعرون بالقلق والتهديد وهم بعيدين عن أوليائهم. **الحماية الزائدة والتدليل المفرط:** تنمي الام بحمايتها المفرطة لدى ابنها روح الاتكالية والاعتماد عليها في كل شيء، مما يجعله يتعلق بها، ولا يستطيع الابتعاد عنها مهما كان الأمر. **الخلافات الأسرية:** إحساس الطفل بوجود خلافات ومشاجرات بين والديه تجعله يخاف من ترك البيت والذهاب إلى المدرسة لما قد يحدث في البيت أثناء تواجده في المدرسة. **قلق الأم على طفلها:** تنتقل مشاعر قلق الأم على طفلها بالتعلم والنمذجة من خلال ما يستشعره، فيصبح قلقا ويشعر بالخوف من مكان لا تكون فيه أمه، فتظهر عليه الأعراض الفوبيا المدرسية. **الخبرات المؤلمة في المدرسة:** قد تتسبب بعض الخبرات القاسية في المدرسة بالخواف لدى حيث العقاب، التخويف، التحقير، كثرة الواجبات، وغيرها من الخبرات المؤلمة تولد له خوفا مدرسيا.

4- تطور الخواف المدرسي

يعتمد تطور الخواف المدرسي على البنية النفسومرضية الأساسية ودينامية الصراع في الأسرة كما تنوه به (Catheline, 2012, p:112) إذ ترى بأن:

- 30-50% من الحالات لديها تطور إيجابي سواء من حيث إعادة الإدماج المدرسي أو الحياة خارج مدرسية؛
- ما يقرب من 30% لديهم تطور ملحوظ من خلال استمرار الصعوبات العصبية مع الحفاظ في بعض الأحيان على الخواف المدرس، لكن الاندماج الاجتماعي يكون جيدا؛
- يعاني 20 إلى 30% من تطور غير جيد، يتسم باستمرار الخواف المدرسي، ولكن أيضا بوجود أعراض مختلفة تسبب لهم صعوبات كبيرة في التكيف الاجتماعي.

5- التكفل العلاجي بالخواف المدرسي

على المختص التمييز بين عدم الاهتمام الدراسي وإهمال الاستثمار الدراسي والرفض المدرسي، فإهمال الاستثمار الدراسي لا يرتبط بالانقطاع عن الذهاب إلى الدراسة كما أن سلوكيات الطفل لا توحى بشدة القلق، أما

- بالنسبة للرفض المدرسي فالاهتمام بالمحتوى الدراسي وبالمدرسة والتحصيل الدراسي لا يزال قائماً إلا أن صعوبة الطفل تكمن في عدم قدرته على تجاوز القلق الذي ينتابه أثناء محاولاته لتحقيق هذا النجاح .
- يعتمد العلاجي على ما إذا كان العرض ثابتاً أم لا، ولكنه أيضاً على الموقف المضاد الذي يحرضه؛ ويعمل موقف التقيد والاجبار على تعزيز الأعراض؛
- العلاج النفسي مستحسن ولكنه طويل الأمد. لا ينبغي توقع أن يكون لذلك أي تأثير مباشر على الأعراض. لكن من ناحية أخرى، يمكن حل القلق وارسائه وتخفيف مستواه؛
- لاغنى على المقاربة الأسرية (المعالج النفسي للطفل الصغير هو نفسه بالنسبة للأسرة، ومعالج مختلف مع طفل يبلغ من العمر 9-13 سنة) لإعادة تحديد الأدوار واستعادة وظيفة الأب الرمزية؛
- يستحسن عدم إدماج الأطفال مع المراهقين في الحصة العلاجية؛
- يمكن استخدام مضادات الاكتئاب عندما يكون رد الفعل الاكتئابي مصحوباً برفض حصري، ومضادات الاكتئاب الوحيدة المسموح باستخدامها للأطفال دون سن 15 هي مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات) والتي غالباً ما يرفضها الطفل و والديه (Catheline, 2012, p:117).

6- دور المدرسة والأسرة في رعاية لاطفال بخواف مدرسي

يتمثل دور المدرسة كما أوردته (أمال عمور، 2018) و (Catheline, 2012) في:

- فحص بديهي للأطفال يعانون من قلق انفصال والخواف المدرسي من قبل طبيب الصحة المدرسية والمختص النفسي المدرسي،
- تشكل الجسدية والغياب المتكرر بسبب المرض، آلام المعدة، ... علامة لا ينبغي إغفالها.
- يمكن للأخصائي النفسي اتخاذ القرار بشأن المتابعة المتخصصة خارج المدرسة. يمكنه أيضاً أن يضع نفسه كوسيط عندما تجعله الأسرة والطفل والمعلم كمسؤول مباشر عن هذه الاضطرابات.
- عدم السماح للطفل بالبقاء في المنزل في حالة ادعائه المرض، إلا إذا تأكد الوالدان من أن الطفل مريض فعلاً؛
- تشجيع الطفل على الحديث عن خبراته في المدرسة، وذلك للتعرف على مؤشرات أولية لاحتمالات تطويره لفوبيا مدرسية.
- زيارة المدرسة مع الطفل قبل بدء العام الدراسي عدة مرات حتى يتعود الطفل على مشاهدة المعلمين ومرافق المدرسة. وتعمل الأم على تحقيق انفصال تدريجي عن طفلها وتوفر له فرصاً للاستقلالية والاعتماد على نفسه.
- توفير فرص للتفاعل الاجتماعي في مرحلة ما قبل المدرسة، وذلك داخل الأسرة وخارجها، بحيث تسهم فرص التفاعل هذه في اكتساب الطفل للمهارات اللازمة للتواصل والتكيف المدرسي.
- بناء مناخ مدرسي إيجابي يوفر فرصاً للتفاعل الآمن والبناء بين المعلمين والطلبة من جهة، وبين الطلبة أنفسهم من جهة أخرى.
- مكافأة الطفل على كل سلوك يقوم به في المدرسة، ولا يكافأ على أي سلوك يبغده عنها،

- الاهتمام به للتخفيف من مخاوفه وقلق الانفصال لديه، وإشعاره بالأمن عند تواجده بالمدرسة.
- تشجيع التلاميذ للقيام بالواجبات المدرسية والابتعاد عن الضرب، التوبيخ، التخويف والسخرية...

ثانياً - الأكتئاب

1- حول مفهوم اكتئاب الأطفال

يعرف الاكتئاب بأنه اضطراب مزاجي وحالة من الحزن العميق يشعر فيها الفرد يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق وعدم الرضا وفقدان القدرة على القيام بنشاطاته السابقة ويأسه في مواجهة المستقبل وصعوبة في التركيز... يصاحب بأعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية. ناتج عن تفاعل عوامل نفسية وبيولوجية واجتماعية وبيئية متعددة، ويتميز بأعراضيته، مدته، شدته، والمعاناة التي يسببها ما يؤثر على الأداء في الحياة اليومية للفرد.

تم الاعتراف بالاكتئاب كوحدة نوزولوجية في تصنيف الأمراض منذ سبعينيات القرن الماضي، وفي مؤتمر الإجماع في ديسمبر 1995 تم تحديد معايير الاكتئاب عند الأطفال حيث كان ولفترة طويلة يخلط بينه وبين نقص الحرمان العاطفي (اكتئاب الخور الاتكالي)، في 1971 ظهرت الحقيقة السريرية للاكتئاب عند الأطفال في مؤتمر ستوكهولم. وان كان هناك إجماع نسبي على سيميولوجيا الحالة الاكتئابية في وقتنا الحالي، فمن ناحية أخرى تظل الأسئلة عديدة حول صلاتها المحتملة بالعواطف الأخرى. والتعارض بين نوبة اكتئابية والاكتئاب يدفعنا للتساؤل كما يقول مارسلي عن المكان الذي تشغله حالة اكتئاب دائمة محتملة في سياق نمو الطفل ونضجه، وعن استراتيجيات مكافحة هذا الاكتئاب من خلال الآليات الدفاعية. (Catheline, 2012, p:118)

يمكن أن يتجلى اكتئاب الطفولة بطرق مختلفة جداً، بل وحتى معاكسة، وهو اكتئاب لانمطي. ومنه، فقد يكون من الصعب اكتشافه لدى الطفل. يمكن لعواقبه أن تكون خطيرة على التوظيف والأداء العام، إن كان على مستوى تنشئته الاجتماعية، أو من ناحية التحاقه بمجال التعليم أو حتى بخصوص استثمار جسده الخاص ونرجسيته.

تتمثل خصوصية الاكتئاب لدى الأطفال بتطوير اضطرابات مصاحبة قد تترافق معه (الاضطراب الاعتراضي، فرط النشاط، اضطراب السلوك) وتكون في كثير من الأحيان مسؤولة عن أخطاء التشخيص. ولابد من الاعتراف بمعاناة الطفل بدمج الجانب النمائي والنفوسومرضي وتدعيم الاستراتيجيات مضاعفة في التكفل بالطفل. (Brunelle et Cohen, 2016).

2- إشكالية تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال

غالبًا ما تكون أعراض الاكتئاب عند الأطفال متعددة الأشكال وغير محددة وتكون الأعراض مختلفة تبعًا لعمر الطفل. وغالبًا ما تضلل الشكاوى الجسدية أطباء الأطفال والممارسين العاميين. وقد تؤدي الاضطرابات السلوكية مثل الاحتياج إلى الإضرار بالأسرة والبيئة المدرسية وتؤدي إلى تشخيصات فارقية مُضللة. كما أن وجود الأمراض المشتركة لا تسهل من عملية تشخيص الاكتئاب. تتراوح أعراض الاكتئاب لدى الأطفال بين معتدلة أو حادة مما قد يؤخر التشخيص: فقد تتبع فترات الحمول أو حتى الانسحاب لحظات الاحتياج. إضافة إلى ذلك، فإن انتشار الأمراض المصاحبة والتعافي من الأعراض الشائعة للاكتئاب والوحدات النزولوجية الأخرى مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. ونظرًا لارتفاع معدل الاضطراب الاعتراضي المرتبط بالاكتئاب لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة، وكذا ظهور الأمراض المشتركة TDHA للاكتئاب الأطفال في سن المدرسة، فإن بعض الباحثين يعتبرون أن اكتئاب الطفولة هو أكثر دلالة على عدم التنظيم الانفعالي العام وكمعادل للاكتئاب البالغين (Brunelle et Cohen, 2016).

قد لا يتحدث بعض الأطفال عن أفكارهم اليأسية والبائسة وقد لا يظهرون الحزن. كما يمكن للاكتئاب أيضًا أن يقود الطفل لخلق المشاكل أو التصرف دون وجود دافع، ما يجعل الآخرين لا يلاحظون بأن الطفل مصاب بالاكتئاب فيصفوا الطفل خطأ بأنه مثير للمشاكل أو كسول.

3- مظاهر الاكتئاب لدى الطفل

استخدم في تشخيص الاكتئاب لدى الاطفال والمراهقين نفس المحكات التي تستخدم في تشخيصه لدى البالغين. ومع ذلك، قد يواجه الأطفال صعوبة في التعبير عن أنفسهم والتعبير عن هذه المشاعر بسبب نقص مفرداتهم وكلماتهم التعبيرية الانفعالية التي تكون محدودة. ويمكن أن تظهر نوبة الاكتئاب عند الأطفال في ظل السمات الشائعة للاكتئاب لدى البالغين المتمثلة في: الحزن، التباطؤ النفسي، الوهن، فقدان الاهتمام، فقدان الثقة بالنفس، أفكار الشعور بالذنب، اضطرابات التركيز والانتباه. مع الاشارة إلى أنه قد لا يعاني الأطفال المصابون بالاكتئاب من كل هذه الأعراض، وقد تكون بعض لاعراض أكثر أهمية من البعض الآخر، يمكن تشخيص 3 أنواع من الاكتئاب لدى الأطفال.

- **اكتئاب حاد:** تظهر الأعراض بطريقة مفاجئة بسبب تعرض الطفل لصدمة معينة (كانفصال الوالدين أو وفاة شخص عزيز مثلاً) ولكن أيضًا بسبب حدث قد يبدو في أعين البالغين تافه ولا يستدعي تلك الاستجابة الاكتئابية، كموت حيوانه الأليف، الانتقال إلى منزل جديد...

- **اكتئاب مزمن:** أسبابه ترتبط بالعوامل الفردية والخصائص الشخصية للطفل، أو بسبب العامل الوراثي. تظهر نوبة الاكتئاب تدريجياً لكن السلوك يتغير بشكل ملحوظ مقارنة بالوضع السابق.

- **الاكتئاب المقنع:** لا تظهر فيه الاعراض المعهودة للاكتئاب بل تظهر أعراضيات أخرى معاكسة من مثل الحركة المفرطة والهيياج.

قدمت (Catheline, 2012, pp: 118, 119) وصفا اكلينيكيًا للاكتئاب لدى الأطفال:

على المستوى السلوكي: يمكن للطفل أن يتبنى نوعين من المواقف.

- ينجز الطفل كل شيء ببطء مثل البالغين المكتئبين (جانب "منكمش" لرجل عجوز صغير). أحيانًا يوصف الطفل بأنه حكيم، بل "حكيم جدًا"، غير مبالٍ تقريبًا، خاضع لكل ما يُعرض عليه؛
- أو قد يكون مضطربًا ولا يمكنه الصمود. يتحرك طوال الوقت، يغضب من أي شيء. غالبًا ما تتخلل لحظات الإهتمام هذه لحظات من الانسحابية أو الخمول؛
- عدم الاستقرار يكون مصحوبًا بتقلبات مزاجية، أين يأخذ التهيج شكل الغضب. يصرخ لاتفه الاسباب، دوما في حالة مزاجية سيئة، لا يمكن اسعاده. وقد يعبر الطفل أحيانًا عن حالته بوضوح بأن يقول "أشعر بالملل"، "سئمت"؛

- يُظهر الطفل فقدان الثقة بالنفس وفقدان احترامه لذاته بإبداء ملاحظات حول ذاته بعدم فائدته لأي أمر. يطلق في كثير من الأحيان تعبيرات مثل "أنا مزعج" أو "لا أستحق لأن أكون محبوبًا...".
- يمكن أن يكون الحصر بارزا لدى الطفل ويظهر في المقدمة، يرتبط بالحمى، الحركية العقيمة ومخاوف متعددة وشكاوى وظيفية. تظهر شكاوى جسدية مباشرة (ألم في البطن، صداع)، خاصةً عندما يكون الطفل صغيراً. كما يميل الأطفال المكتئبين إلى العدوانية، خاصة الذكور منهم.
- كثيرًا ما يبلغ الآباء عن اضطرابات النوم والأكل التي غالبًا ما تأخذ شكل معارضة وقت النوم أو تظهر لديه الكوابيس. كما يكون هناك أيضًا مخاوف تساهم في مكون الحصر لديه.
- وفي الحالات الشديدة قد يتم التعبير عن أفكار الموت أو الانتحار بوضوح من طرف الطفل، ويعتبر الانتحار ثالث مصدر رئيسي للوفاة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 14 عاما.
- وفي بعض الحالات، خاصة إذا كان عمر الطفل أكثر من 12 عاما، يمكنه البدء في تعاطي المخدرات، التدخين أو تناول الكحول.

في الفصل الدراسي: لحالة الاكتئاب تداعيات فورية على الإنجازات الأكاديمية. وهي من الصعوبات الأولى التي يواجهها الطفل، يبرر فشله بشعوره الشديد بإنخفاض قيمته. غالبًا ما تعزز صعوبات التركيز لديه صعوبات الفهم وتدهور الأداء المدرسي.

العمل المدرسي في المنزل: نقص النشاط الذهني والحركي ويشيع الشعور بالتعب الشديد وضعف البديهة والاستجابة الانفعالية وتردد في إتخاذ القرار وفقدان التلقائية، وضعف التركيز عند التفكير واجترار المخاوف والأفكار التشاؤمية والهموم والشعور بالذنب وتأنيب الضمير. في بعض الحالات يقضي الطفل ساعات طويلة أمام واجباته المدرسية دون أن يتمكن من حفظ دروسه.

أخيرًا، التغيير في السلوك يكون مفاجئًا، وغالبًا ما يتحدث الوالدين عن "قبل" و "بعد". لذلك يجب أن ينتبه المعلمون بشكل خاص للأطفال الذين يغيرون موقفهم فجأة وكذلك أولئك الذين يبدون غير سعداء مع أنفسهم، أو يقومون بشطب عملهم باستمرار، أو يمزقون عملهم، يكونون حالمون، ويواجهون صعوبة في التركيز

ويتصرفون بطريقة مبالغ فيها مع أي تصرف انعكاسي من الآخر يمكن أن يؤدي سحب الاستثمار المدرسي إلى فجوات في التعليم تظهر آثارها في السنوات التالية. زعندا يكون الفشل المدرسي شديداً، يكون تكرار عام واحد بمثابة عقوبة، مما يؤدي إلى تفاقم مشاعر عدم الفهم والذنب لدى الطفل. قد تؤدي نوبة اكتئاب طويلة زمنياً إلى رفض الدراسة وانهاؤها في وقت مبكر. لذلك، فمن المهم التعرف على هذا النوع من النوبات ومعالجته.

4- عوامل الخطر المؤدية للإصابة بالاكتئاب لدى الأطفال

يظهر اكتئاب الطفولة نتيجة لمجموعة من العوامل. قد لا تفسر عوامل الخطر هذه وحدها هذا الاضطراب، لكنها قد تلعب دوراً مهماً في ظهوره. ويكون سبب الاكتئاب لدى الطفل مزيجاً من المشكلات الصحية أو أحداث الحياة أو التاريخ العائلي أو الضعف الوراثي. فأسباب الاكتئاب لدى الأطفال عامة وفي الوسط المدرسي ضمناً ترجع إلى عوامل ظاهرية جلية وأخرى كامنة خفية، منها ما يرتبط بعوامل خطر فردية ومنها ما يرتبط بالبيئة المحيطة به، وهو ما أورده كل من (Brunelle et Cohen, 2016) و (RENAUD–Yang et Askenazy, 2016) في النقاط التالية:

- 1- **عوامل الخطر الفردية:** أشار (Benny et al, 2016, p. 149) بأن العوامل الفطرية تتدخل في خطر الإصابة بالاكتئاب لدى الأطفال بشكل أقل منها لدى البالغين والمراهقين.
 - ووفقاً لبعض الباحثين، فأكثر من كونها مجرد ضعف وراثي معزول، يُعتقد أن التفاعلات الجينية البيئية هي ما يشكل خطر الإصابة بالاكتئاب عند الأطفال كذلك.
 - معروف أن التغيرات في وظائف الدماغ المدعومة بالتغيرات في التعبير الجيني تكون محتملة كاستجابة للتغيرات في البيئة. ويكون حاملو الأليل (allèle) القصير أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب إذا كانوا تحت العوامل الضاغطة؛
 - يمكن أن تؤثر الاختلالات البيوكيميائية واختلالات بعض النواقل العصبية والهرمونات في عمل الدماغ، وأول الخصائص العصبية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب هو ضعف التنظيم لثلاث مواد كيميائية: السيروتونين؛ الكورتيزول والنورادرينالين، حيث انخفاض مستويات السيروتونين وارتفاع نسبة الكورتيزول واختلال النورادرينالين هو ما يؤدي إلى الاكتئاب.
 - يمكن أن يكون اكتئاب الطفل جزءاً من مرض جسدي مزمن، أو حتى تشوه بسيط، أو اضطراب تعليم محدد؛
 - الخصائص المزاجية: حيث كشفت الأبحاث عن خصائص مزاجية معينة تجعل الأطفال الذين يمتلكونها أكثر قابلية للتهيج والاثارة. تتميز ردود أفعالهم للمثيرات السلبية والانسحاب الاجتماعي؛
 - خصائص الشخصية التي تجعل الطفل أكثر استهدافاً للإصابة بالاكتئاب، من مثل سمات الشخصية المنطوية، الانسحابية والشعور بالنقص وتدني مفهوم الذات والاحباطات الشديدة...

- الأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (TDAH)، والحصر الاكلينيكي أو يعانون من مشاكل معرفية أو التعلم، إضافة إلى صعوبة الانخراط في الأنشطة الاجتماعية، هي أيضا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب؛
- العوامل النفسية؛ كتندي احترام الذات، والمهارات الاجتماعية السلبية، صورة الجسم السلبية، الإفراط في النقد الذاتي، والشعور بالعجز في مواجهة الأحداث السلبية؛
- العوامل المعرفية مثل انماط واساليب التفكير الخاطئة وغير المنطقية.

2- العوامل البيئية تلعب دورا رئيسيا في خطر الإصابة بالاكتئاب عند الاطفال أكثر منه عند البالغين كما توصلت إليه دراسة (Jaffe et al (2002) التي كشفت أن عوامل خطر للإصابة بالاكتئاب لدى الصغار تختلف عن تلك الموجودة في بداية الاكتئاب في مرحلة البلوغ؛

- بالنسبة لاكتئاب الصغار والاحداث، عادة ما تتكرر وراء ظهور الاكتئاب قصص الانفصال الوالدي؛ التفكك الأسري اضطراب المناخ الأسري، الإجرام والاضطراب النفسي في الأسرة؛
- بوجود تاريخ عائلي من العنف أو الاعتداء الجسدي أو الجنسي أو تعاطي المخدرات والكحول؛
- من المرجح أن يكون الطفل أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب في سن مبكرة إن كان في أسرة لديها تاريخ من الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين، الأم على وجه الخصوص؛
- عوامل بيئية إجتماعية؛ من بينها الأساليب الوالدية اللاسوية في التنشئة كإهمال الأبناء ونبذهم، القسوة وسوء المعاملة كعوامل خطر قوية تزيد من خطر إصابة الطفل بالاكتئاب؛
- يشكل التعرض للاذلال والتمتر عوامل مرتبطة بإمكانية الإصابة بالاكتئاب عند الأطفال؛
- نقص أو قصور علاقات التواصل الاجتماعي، قصور مهارات حل المشكلات؛
- الاكتئاب كرد فعل لضغوط الحياة كحالة فقدان، الإساءة اللفظية أو الجسدية أو الجنسية.

3- أما في مجال علم النفس المرضي النمائي كما أشار إليه (RENAUD-Yang et Askenazy, 2016) فترتكز على مقارنة الانفعالات. ومن هذا المنظور، يُنظر إلى الاكتئاب على أنه اضطراب في تنظيم العواطف. فانقطاع المريض عن تمثيلاته السابقة، وصعوبة الشعور بالعواطف الإيجابية مثل المتعة، وكثرة التأثيرات السلبية مثل الحزن والتهيج التي تؤدي بوضوح إلى عدم تنظيم الانفعالات. وقد أظهرت الأبحاث التي أجريت على البالغين المصابين بالاكتئاب تغيرات معينة في أداء الأنظمة العصبية المشاركة الخاصة بتنظيم الانفعالات الإيجابية بإشراك المناطق المخططة، والقشرة الأمامية المدارية واللوزة. إلا أن دورها في الاكتئاب عند الأطفال لم يتم اثباته بعد، ويبقى السؤال مطروحا، خاصة وان ما يميز مرحلة الطفولة هو أن الباحث المعرفية والعاطفية لا تزال في طور التطور. وظهور البداية المبكرة للاكتئاب قد يكون له عواقبه وتأثيره على هذا التطور.

5- تطور الاكتئاب لدى الأطفال

ليس واضحاً وجود سلسلة متصلة بين اكتئاب الطفولة واكتئاب البالغين. ومع ذلك، فإن البداية المبكرة لنوبة الاكتئاب الكبرى (Episode dépressif majeur (EDM) هي عامل خطر للانتكاسة، ولكن أيضاً لتطور اضطراب عسر المزاج. والتطور الهائل في السنوات الأخيرة في مجال المعرفة باضطرابات المزاج لدى البالغين يفتح مجالات للتفكير والعمل في حالات الاكتئاب المبكر (Ibid).

ومن أهم الأسئلة التي أثرت في الأدبيات هو نوع الاستمرارية بين الاكتئاب عند الأطفال والاكتئاب عند البالغين. ولا تزال الدراسات المستقبلية في المجال نادرة وافضت نتائجها لصالح:

✓ **استمرارية النمط المتجانس (Homotypique)؛** بمعنى استمرار نفس الاضطراب مع مظاهر مشتركة خلال مراحل النمو. حيث أظهرت الدراسات في هذا المضمار والتي شملت الأطفال في سن ما قبل المدرسة وجود خطر مستمر للإصابة بالاكتئاب بين سن الإدماج والسنوات الأولى من الدراسة. وعلى العكس من ذلك، على المدى الطويل، وجدت الدراسات التتبعية النادرة، زيادة خطر قليلة أو عدم استمرارية الإصابة بالاكتئاب في مرحلة البلوغ. من ناحية أخرى، يرى البعض أن الاكتئاب المبكر في الطفولة عامل خطر لاضطرابات السلوك وتعاطي المخدرات ومحاولات الانتحار في مرحلة البلوغ.

✓ **استمرارية النمط غير المتجانس (Hétérotypique)،** أي سيرورة تطويرية يكون الاضطراب الأولي بموجبها عامل خطر لتطوير اضطراب آخر. وفيه يؤكد بعض الباحثين أن التسلسل الزمني بين اضطراب الحصر والاكتئاب يختلف بين الأطفال والمراهقين: فعند الأطفال الحصر هو ما يسبق الاكتئاب، بينما لدى المراهقين يمكن عمل الرباط الزمني في كلا الاتجاهين (Brunelle et Cohen, 2016).

أما (Benny et al, 2016, p. 149) فيرى بأن تطور الاكتئاب يعتمد على 3 عوامل في خط متواصل وكلما توفر إحدى هذه العوامل عزز ظهور الاكتئاب واستمراره.

- عوامل استعدادية (هشاشة وراثية للنظام العصبي في تسيير الضغط والانفعالات)؛

- عوامل معجلة (أحداث الحياة الصادمة، والضغط)؛

- عوامل الحفاظ عليها (ظروف الحياة، الأفكار السلبية والميولات التشاؤمية، الانعزال الاجتماعي).

6- علاج الإكتئاب لدى الأطفال وما يمكن للمدرسة أن تفعله؟

- يمكن أن يمنع التدخل المبكر والفعال في حالة الطفل المكتئب عواقب متعددة، مثل تطور الأمراض المصاحبة أو خطر تكرار ظهوره في مرحلة المراهقة أو في مرحلة البلوغ.

- بداية يجب التأكد من تشخيص الاكتئاب من خلال الخضوع لتقييم بدني وطبي شامل. ويجب أن تستبعد

الحالات المعروفة بأنها تسبب أعراض الاكتئاب: ارتجاج في المخ، داء السكري، الصرع، فقر الدم، قصور

أو فرط نشاط الغدة الدرقية، Mononucléose، نقص فيتامين D.

- للمساعدة في تشخيص الاكتئاب عند الأطفال، يجب أن يتضمن تقييم الصحة العقلية مقابلات مع الوالدين والطفل للحصول على المعلومات الشخصية والتاريخ العائلي. وكذا معلومات من المعلمين والأصدقاء وزملاء الدراسة حول التغييرات في مزاج الطفل وسلوكه في المدرسة؛
- علاج أي حالة طبية تسببت في المرض أو أدت إلى تفاقمه؛ والتكفل بالحالات النفسية لمن يعانون من اضطرابات السلوك، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، والحصص الاكلينيكي أو يعانون من مشاكل معرفية أو التعلم وصعوبة الانخراط في الأنشطة الاجتماعية؛
- غالباً ما يكون البدء بالعلاج النفسي هو السبيل الأول الذي يلجأ اليه المختص خاصة إن كان الاكتئاب من النوع المعتدل أو الخفيف. يُعد العلاج بين شخصي والعلاج السلوكي المعرفي من الأساليب الرئيسية المستخدمة بشكل شائع وفعال لعلاج اكتئاب الطفولة.
- من المهم أن يعتمد المختص النفسي المدرسي إلى التربية السيكولوجية بطرح مجموعة من البرامج والأنشطة التي تستهدف اكتساب أو تعليم التلاميذ مجموعة من المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل الاج وحل المشكلات في الوسط المدرسي؛
- قد لا يكون العلاج بالكلام مع الأطفال فعالاً نظراً لمحدودية مفرداتهم. ويمكن أن يساعد العلاج باللعب على تعلم الأطفال كيفية تعزيز مشاعرهم وخبراتهم. كما أن العلاج بالفن من خلال الرسم والتقنيات الفنية الأخرى كعلاج تعبيرية يمكنه أن يساعد الأطفال في مواجهة أعراض الاكتئاب؛
- وصف العلاج الدوائي باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء العقلين والنفسانيين. وأكثر مضادات الاكتئاب شيوعاً عند الأطفال هي مثبطات اعادة امتصاص السيروتونين (ISRS)، يتم وصف هذا العلاج مع إجراءات التربية العلاجية والعلاج النفسي للاكتئاب (من المعتدل إلى الشديد). ومع ذلك، فمن غير المألوف أن يتم وصف مضادات الاكتئاب قبل سن 12 عاماً، على الرغم من أنه يمكن وصفها بدءاً من سن 8 سنوات.
- توصلت أفضل الدراسات التي أجريت حتى الآن أن الجمع بين العلاج النفسي والأدوية هو الأكثر فعالية في علاج الاكتئاب لدى الأطفال (Dryden-Edwards & Shiel Jr, 2020).

المحور الثالث: التعليم الثانوي

المحاضرة التاسعة: اضطرابات السلوك

المحاضرة العاشرة: صعوبات التفكير

المحاضرة الحادية عشر: التغيب المدرسي

المحاضرة الإثني عشر: استهلاك المواد المهلوسة

المحاضرة التاسعة: اضطرابات السلوك

الأهداف العامة

- أن يطلع الطالب على الاضطرابات السلوكية الخاصة بمرحلة التعليم الثانوي،
- أن يفهم الطالب سلوك الهياج والعدونية، والعنف المدرسي في مرحلة الثانوي،
- أن يستكشف الطالب كل ما يرتبط باضطرابات الحصر لدى طالب المرحلة الثانوية.

الأهداف الإجرائية

- تشخيص الاعراض المرتبطة بالاضطرابات الخاصة بمرحلة التعليم الثانوي،
- تحديد اضطرابات السلوك الخاصة بمرحلة التعليم الثانوي (سلوك الهياج والعدونية، العنف المدرسي، اضطرابات الحصر)،
- التمييز بين الهياج الحركي ، واضطرابات الانتباه ، المعالجة باضطرابات التفكير،
- تحديد المؤشرات المنبهة لاضطرابات السلوك في مرحلة التعليم الثانوي،
- التعرف على الأسباب المؤدية إلى اضطرابات السلوك لدى الطالب في مرحلة التعليم الثانوي،
- أن يكتشف آليات احتواء الطالب الثانوي ودور المؤسسة التعليمية في تجاوز اضطرابات السلوك.

تشكل المرحلة الثانوية فترة بناء للفرد تسمح له بالهروب من إعادة بناء التوظيف الوالدي بنفس طريقتيها والخروج من حالة التطابق معهما. وبالرغم من الحرية النسبية التي تعطى للمراهق في هذه المرحلة، إلا أن الحرية تكون ظاهرية فقط وهي مدعومة بتوقعات قلقه من جانب الكبار والآباء أولاً وقبل كل شيء. يضطر

المراهق إلى تغيير الطريقة التي يفهم بها بيئته. لكن هذه السيرورة الإدراكية البحتة في البداية يتم إضفاء الطابع الجنسي عليها بشكل ثانوي والتوجه للتعامل مع جنس واحد. يفتح تكامل الجنسين مسألة رغبة الآخر.

ويمكن تناول الاضطرابات الخاصة بمرحلة الثانوي من خلال ثلاثة محاور:

- **حسب المحور النوزوغرافي (التصنيفي)؛** يتم فيه تصنيف الصعوبات إلى اضطرابات سلوكية وصعوبات في التفكير؛
- **حسب المحور النمائي** يتم تصنيف الصعوبات حسب ارتباطها المباشر بسن البلوغ، بمعنى آخر عن الكيفية التي تعدل المراهقة بالعلاقة بالمعرفة وبالراشدين وكيف يمكن للمراهقين التعايش مع المطالب التي تفرضها المؤسسة التعليمية عليهم؟
- **حسب العوامل السائدة في حدوث هذه الاضطرابات،** وفيه يتم تمييز الصعوبات الشخصية التي يعبر عنها المراهق في مؤسسته التعليمية (كمكان لإسقاط الصراع)؛ أو الصعوبات التي تولدها المؤسسة التعليمية (كموضوع مولد للصراع الذي يعاني منه المراهق).

1- التعليم الثانوي والقضايا الديناميكية النفسية

يعتبر التعليم الثانوي آخر مرحلة من التعليم النظامي، فهو المرحلة الوسط من سلم التعليم وبشكل حلقة وصل بين مرحلتى التعليم المتوسط والتعليم الجامعي، تُسمى مدارس التعليم الثانوي في الجزائر بالثانوية "Lycée"، وتحتوي المرحلة الثانوية على فروع وشعب مختلفة يلتحق بها حاملو الشهادة المتوسطة وفق الأنظمة التي تضعها الجهات المختصة، ويدوم التدريس فيها ثلاث سنوات تنتهي بامتحان البكالوريا.

تقحم الثانوية المراهق في وجه واقع حدوده وقدراته التي يجدها من خلال التعلم والقواعد المدرسية. يثير التمدرس "صلابة" التطور النفسي ويكشف عن نقاط الضعف لدى المراهق، بل وحتى بعض الفوضى في هذا التطور، والتي قد تستثير بعض الاضطرابات العقلية. ويكمن الخطر هنا هي مواجهة المراهق للصعوبات في تعليمه فينتج عنه الفشل المدرسي. وفي المقابل، يمكن لهذه الصعوبات المدرسية أن تزعزع استقرار المراهق وبالتالي تساهم في تفاقم الاضطرابات الخفيفة. وعليه، فمن ناحية يمكن أن تدل الصعوبات المدرسية على ضعف نفسي أو اضطرابات نفسية، كما يمكنها المساهمة في ظهور الاضطرابات في المجال النفس المرضي من ناحية أخرى.

بالنسبة لهؤلاء الطلاب الذين يعانون من اضطرابات نفسية مرضية، يمكن أن تنتقل المؤسسة التعليمية من دور ادماجي إلى دور دافع للتسرب الدراسي، مما يؤدي في النهاية إلى خطر الاستبعاد الاجتماعي. لذلك، من الأساسي لهؤلاء المراهقين الذين يعانون من اضطرابات عقلية و/أو أمراض نفسية أن يكونوا قادرين على الاستفادة من الرعاية التي لن يكون هدفها تحسين الاضطراب فقط، ولكن أيضاً الحفاظ على تمدرس مناسب بما

يتجاوز مجرد حقيقة اكتساب المعلومات. ويبقى أن الهدف الأساسي هو أن يحتفظ التعليم بوظيفته في دعم التطور النفسي للمراهق. (Colin-Madan, 2011, p. 15)

2- أهداف التعليم الثانوي

مرحلة الثانوية هي النواة الفارقة في حياة الطالب المراهق بشكل رئيسي، فهي تحتاج إلى دقة وعناية في التخطيط لأجل تنميته بشكل ناجح، ليعود بشكل ايجابي على الفرد نفسه وعلى مجتمعه. من الضروري أن تعمل المؤسسة التعليمية بطاقتها ومناهجها على مساندة خصائص مرحلة المراهقة للطلاب ومساعدتهم على النمو السوي روحيا، بدنيا، عقليا، نفسيا، عاطفيا، واجتماعيا. ومن بين الاهداف المسطرة للتعليم الثانوي نذكر ما يلي:

- تعزيز شخصية الطلاب ومساعدتهم على تحقق الذات وبناء قدراتهم البدنية والفكرية والمعنوية؛
- توفير المسارات الدراسية المتنوعة تسمح له بالتخصص التدريجي في مختلف الشعب؛
- اعداد الطلاب ثقافيا وعمليا لتمكينهم من الالتحاق بمؤسسات التعليم العالي واكمال دراساتهم التخصصية؛
- تنمية التفكير العلمي لدى الطلاب، وتعميق روح البحث وحب المعرفة؛
- بما أن الطالب اصبح قادرا على التفكير المجرد، فيكون قادرا على تنمية وعي متكامل لماضيه ويفكر في مستقبله. لذا، فإن هدف التعليم الثانوي يركز على تهيئة الطلاب للعمل في ميادين الحياة وجعلهم مستعدين للحياة العلمية في المستقبل؛
- العمل على تزويد الطلاب بمهارات أساسية تنمي شخصياتهم بشكل كبير وتحقق اهدافهم في الحياة الواقعية العلمية؛
- ولأن مرحلة الثانوية تكون مصحوبة بتغيرات في البناء والإدراك والسلوك لدى الطالب المراهق، فيصبح هدف التعليم الثانوي هو تكوين الوعي الإيجابي ليتولد السلوك السوي؛
- تزويد كافة الطلاب ببعض المهارات تعمل على تنمية إبداعهم وابتكارهم، كل في ميدانه؛
- تزويد الطلاب بكافة المعلومات والخبرات حول ما يدور في الواقع الحقيقي للمجتمع والانفتاح على المحيط الخارجي والقيام بدوره المجتمعي بالشكل الأمثل؛
- تعريف الطلاب بكل ما يخص حقوقهم وواجباتهم؛
- غرس القيم والمبادئ الأخلاقية في الطلاب التي تجعلهم قادرين على تطوير أنفسهم ومجتمعهم، وغرس روح المسؤوليات المدنية فيهم.

3 - علم النفس المرضي والتمدرس في المرحلة الثانوية

ارتباط مرحلة الثانوي بمرحلة المراهقة يجعلها مرتبطة بمشكلات البيئة المحيطة والاسرة بأكثر تحديد، فكثيرا ما تكون مشكلات هذا المراهق انعكاسا للأحداث والأفكار والأزمات التي تحدث في اسرته وامتدادا لمشكلات البيئة التي تحيط به ومجتمعهم. في بعض الأحيان قد لا تصل السيرورات النفسية العادية للمراهق إلى النضج، ويُنظر حينها للولوج إلى التعلم على أنه تهديد للتوازن النفسي للمراهق. يمكن أن يتبنى هذا الأخير سلوكيات

مختلفة في الثانوية، وهو ما يمكن تشيبيه بـ "علامات الإنذار" أو "إشارات التحذير" تشير لعدم التوازن ويمكنها أن تؤدي إلى الانسحاب المدرسي إذا استمرت مع مرور الوقت. كما يمكن من ناحية أخرى أن يكشف التعليم عن خلل أو نقاط الضعف والهشاشة أو حتى عدم تنظيم تطور المراهق، والذي قد ينم عن اضطرابات عقلية (Colin-Madan, 2011, p. 35).

في واقع الأمر، إضافة لكونها فترة من التعديلات النفسية، فإن المراهقة هي أيضا سن لظهور الأمراض النفسية التي تظهر عند البالغين. وعليه، فإن الصعوبات المدرسية ترتبط بالباتولوجية النفسية أو العقلية التي تبرز في هذه المرحلة، فهي بالتالي تقدم مجالا للتعبير عن الأعراض النفسومرضية. فكما يمكن للحياة المدرسية أن تكشف عن الصعوبات النفسية الموجودة، فإنها يمكن أن تسهم أيضا في المعاناة النفسية (Oppetit et al, 2017).

4- الصعوبات التي يواجهها طلاب المرحلة الثانوية

تعتبر مسألة علم النفس المرضي في مرحلة المراهقة معقدة بسبب سيرورة هذه الفترة بذاتها. وتتمثل خصوصية هذه الاضطرابات العقلية من كونها تطويرية ضمنا، كما تتنوع تعبيرات الأعراض. لذلك من الضروري وضع الباتولوجيا النفسية في إطار شخصية في طور انتظامها. وهو ما أشار إليه راكمي Racamier بقوله « سنجد أنفسنا باستمرار، مع هؤلاء المرضى، في نوع من الغموض المزدوج، من التوازن المزدوج: هو مريض بالتأكيد، ولكن لم يصبح مريضا بالكامل بعد؛ راشدين في طور التكوين، لكنهم لم يصبحوا كذلك بعد». (Ibid)

يمكن أن تظهر صعوبات النمو المحددة في مرحلة المراهقة، والمرتبطة بالتغيرات العاطفية والعلائقية في مجال التعليم من خلال سلوكيات مختلفة وتتمثل السلوكيات الأكثر تمثيلا في: التغيب، الفشل، المعارضة والاستثمار المفرط. تدعمهم عناصر الانعكاس السيكودينامي.

يمكن ادراج هذه الاضطرابات كما اشرنا اليه في أربعة فئات هي: - اضطرابات السلوك، - صعوبات التفكير، - صعوبات مدرسية، - سلوكيات انحرافية.

تظهر اضطرابات السلوك من خلال الهياج والعوانية، العنف المدرسي؛ أو اضطرابات الحصر. أما صعوبات التفكير فتتظاهر من خلال التوقف عن التفكير أو تثبيط التفكير وقد يصل الامر إلى الدخول في الفصام. يكون التعبير على الصعوبة أو الفشل والتغيب المدرسي من خلال الرفض المدرسي والتخلي. وقد يصل لدى البعض من المراهقين إلى سلوكيات انحرافية وتتمثل في استهلاك المواد المهلوسة، التدخين، تناول الكحول والمخدرات، وفيما يلي تفصيل ذلك.

على غرار ما طرحته (2012) Catheline في كتابها حول الصعوبات التي يواجهها طلاب المرحلة الثانوية، ولكي يسهل على القارئ استيعابها؛ سنقوم بتلخيص كل اضطراب من هذه الاضطرابات في الفئات الأربع باتباع تسلسل معين في عرضها، والمتمثلة في: الإشارات المنبهة، تساؤلات حول الاضطراب، التفسيرات، التكفل بالاضطراب.

أولاً: عدم الاستقرار الحركي والهيلاج

على عكس المدرسة الابتدائية، ترى (Catheline, 2012, p.250) بضرورة التمييز بين الهيلاج الحركي من جهة، واضطرابات الانتباه من جهة أخرى، المعالجة باضطرابات التفكير.

1- الإشارات المنبهة، ترد شكاوى المدرسين على انه يظهر الكثير من الهيلاج وعدم الثبات في مكانه، كثير الكلام والدردشة المستمرة، يسقط ادواته دون توقف، وطرح أسئلة غير مناسبة، كثير الفوضى داخل الصف ويقوم بالتهريج أثناء الفصول الدراسية.

من جانبهم، يلاحظ الأولياء أن ابنهم لا يمكنه البقاء في نشاط ما لفترة طويلة (باستثناء ألعاب الفيديو)، فقدان أو إتلاف أدواته في كثير من الأحيان، لا ينجز جميع واجباته المدرسية ولا يرتب حقيبته المدرسية، إزعاج إخوانه طوال الوقت واقتحامه لغرفهم وأغراضهم.

2- تساؤلات حول عدم الاستقرار الحركي والهيلاج

وأمام هذا الهيلاج وعدم الاستقرار الحركي، على المختص أن يستفسر عن:

- منذ متى ومدة استمراريتها؟
- ان كان الاضطراب قد ظهر حالياً أم كان موجوداً منذ المدرسة الابتدائية؟
- ان كان هذا الموقف ينطبق على جميع فصول الدراسة أم أنه يحدث مع بعض المعلمين فقط؟
- ان كان الاضطراب يظهر أيضاً في البيئة الأسرية؟
- ان كانت هناك مظاهر أخرى ترافق هذا الاضطراب (السلوك العدواني مثلاً) ؟
- ان كان يعاني في مراحل دراسية سابقة من صعوبات في التعلم؟
- ان كان سلوكه هذا يظهر لدى العديد من الطلاب في صفه أو حتى الفصل بأكمله؟

3- تفسير الاضطراب

حسب الإجابات المتحصل عليها يمكن وضع القرارات الملائمة، إذ يمكن أن يكون عدم الاستقرار:

- كعلامة لعدم الراحة وصعوبة في التكيف: يكون مؤقتاً ويتوافق مع التكيف الضروري مع متطلبات البيئة المدرسية. لكنها يمكن أن تعكس أيضاً قلقاً أعمق. يمكن أن يتعلق هذا إما بالتاريخ الشخصي للطلاب أو بتاريخ علاقته بالمدرسة والمعرفة.

- عدم جاهزيته واستعداديته للتعلم

- يمكن أن يكون عدم الاستقرار كرد فعل على مشاكل أسرية، مثل مرض خطير لأحد الوالدين، الانفصال والطلاق،... ومن الضروري أيضًا الاستفسار عن وجود أو عدم وجود حالات عنف داخل الأسرة أو عنف موجه نحو المراهق (الابتزاز أو التحرش على سبيل المثال)

أما من جانب علم النفس المرضي: فيجب أن يُفهم عدم الاستقرار الحركي على أنه حل وسط بين الحاجة إلى التعبير عن ضيق يشعر به المراهق وطريقة علاجه عن طريق الهياج هروباً من التفكير بواقعه الداخلي وضيقة، كما يفسر على أنه سعي للعقاب الذاتي من أجل التخفيف من ذنب وهمي.

غالباً ما تكون المواقف التعليمية غير كافية من جانب الآباء بسبب ما يواجهه المراهق من مواقف مزعجة للاستقرار في بيئته العائلية، كالعنف اللفظي، حالات الإذلال، والظلم، والمواقف غير المتماسكة التي تدعو إلى إساءة أخلاقية حقيقية. في هذه الحالة، يجب فهم عدم الاستقرار وما يحدث من مواقف في البيئة المدرسية ذو صلة بالظروف العائلية.

4- دور المدرسة في التكفل باضطراب عدم الاستقرار الحركي والهياج

- يؤدي استمرار هذا السلوك بشكل عام إلى تأخير عمليات اكتساب المعلومات. ويختلف العلاج حسب اختلاف السبب الكامن وراء ظهور الاضطراب. وقد يكون العلاج على شكل تقييم ارطوفوني، أو علاجاً جماعياً (كالسيكودراما مثلاً)

- تقديم الدروس الخصوصية بدوام جزئي التي تعمل بوساطة المجموعات العلاجية المؤسسية، على أن يكون بناءً على طلب صريح من الطالب وعادة ما تؤدي نتائج جيدة.

- قد يكون لتشجيع التقارب الأبوي الوثيق تأثير مهيج، مما يؤدي إلى رفض المراهق الانخراط في هذا النشاط حتى لا يجازف في تواجده في وضعية الخضوع مع والديه.

وفي الجدول الموالي تلخيصاً لما تم تناوله حول الإشارات المنبهة، التساؤلات، التفسيرات، الصعوبات والتكفل باضطراب السلوك الخاص بعدم الاستقرار الحركي والهياج.

جدول (2): ملخص لاضطراب السلوك: عدم الاستقرار الحركي والهياج

الإشارات المنبهة	تساؤلات	تفسيرات	الصعوبات	التكفل
• الهياج وعدم الثبات	• منذ متى؟ • هل هي في كل الفصول؟	• عدم الراحة وصعوبة في التكيف	• صعوبات في الحصول على اللغة المكتوبة والتعبير اللفظي	• تقييم ارطوفوني • علاج جماعي (كالسيكودراما) • دروس خصوصية
• الثثرة	• البيئـة الأسرية؟ • المطاهر	• عدم الجاهزية للتعلم	• صعوبات الوصول	
• يسقط ادواته		• كرد فعل على مشاكل أسرية (طلاق، انفصال)		
• كثير الفوضى				

• عدم ارغامه على التقارب الابوي عنوة	إلى عملية التجريد • غير قادر على تحمل السلبية الكامنة في البعد التعلم.	• المواقف التعليمية غير الملائمة (الاذلال،...) • علم النفس المرضي - هروب من التفكير بواقعه الداخلي - عقاب ذاتي للتخفيف من ذنب وهمي	المرافقة (العدوانية)؟ • صعوبات في التعلم؟ سلوكه معمم في الصف؟	• التهريج • فقدان/إتلاف الادوات • غير مرتب • إزعاج الإخوة
--	--	---	--	---

ثانيا: السلوكات العدوانية والعنف المدرسي

يعتبر العنف المدرسي ظاهرة عالمية، لاتخص المؤسسات التعليمية في بلاد معينة دون أخرى، أو ثقافة دون أخرى. بل اشكال العنف والتعبير عنه والظروف المحيطة به ومعالجته هو ما يختلف، ويجد مرجعيته في سياق العنف العام للمجتمع بمختلف وجوهه، وفي ظل منظومة القيم التي سادت المؤسسات التعليمية حاليا.

1- الإشارات المنبهة

تتمثل الإشارات المنبهة التي ترد من شكاوى المدرسين بأنه يلعب ألعابا خطيرة في فترة الاستراحة، وبأنه غالبا ما يثير الشجارات مع أصدقائه في الصف، يقوم بإزعاج الفتيات والتحرش بهن بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، تعريض نفسه والآخرين للخطر، التتمر المباشر أو غير المباشر، تخريب الأدوات والممتلكات المدرسية، إحداث الفوضى داخل الصف والشجار مع المدرسين، عدم الامتثال لأوامر المؤسسة وضوابطه.

كما يشتكى الآباء من ردود اطفالهم أو مراقبيهم بطريقة عنيفة وبغضب، انتهاك قواعد الاسرة ورفض الامتثال لمتطلبات الأسرة عندما لا يستجيب الآباء لمطالبه أو عندما يطلب منه القيام بواجباته المدرسية، ويمكنه أن يصبح عنيفا بكلمات جارحة أو حركات عنيفة، اتلاف أشياء خاصة به أو أثاث البيت ...، ازعاج اخوته وخلق مناخ من الرعب في الاسرة، الهروب من البيت، احداث الكثير من الشغب في الحي، تدمير أشياء بدون إلحاق الأذى بالناس، وغالبًا ما يتم ارتكاب هذه الأفعال مع مرهق واحد أو اثنين فقط من المراهقين معه ولا يتعلق الامر هنا بتشكيل "عصابة" بل بالأحرى مجموعة صغيرة فقط (Catheline, 2012, p. 254).

2- تساؤلات حول السلوكات العدوانية والعنف المدرسي

من الأسئلة الواجب طرحها عند مواجهة هذه الأعراض كما أوردتها الباحثة Catheline هي:
هل كان هناك هذه السلوكات موجودة منذ المدرسة الابتدائية؟

- هل هناك بعد اندفاعي تم رصدده في سلوك هذا المراهق؟
 - في أي سياق عائلي يعيش هذا المراهق؟
 - هل هناك تطابق في المواقف التربوية لكلا الوالدين؟
 - هل توجد نفس هذه الأعراض لدى الاخوة؟
 - هل توجد اضطرابات سلوكية أخرى خارج البيئة المدرسية: هروب من البيت، تعاطي الكحول أو التبغ..؟
 - ماذا عن ادائه ونجاحه في المدرسة؟
- وفي هذه التساؤلات التي طرحتها الباحثة، تشابه كبير بالمعايير الخاصة باضطرابات المسلك (Trouble des conduites) التي جاءت في الدلائل التصنيفية (CIM-10; DSM-5).

3- عوامل الخطر ومآل الاضطراب

- ترجع العدوانية لعوامل تمت الإشارة إليها في الدليل الخامس DSM-5، أوردها المؤلفون في 4 عوامل هي:
- عوامل الخطر المزاجية (مزاج صعب ومستوى ذكاء أقل من المتوسط، خاصة الذكاء اللفظي)
 - عوامل بيئية (عوامل الخطر الأسري رفض الوالدين ونقص الرعاية، الامراضية النفسية العائلية)
 - عوامل الخطر المجتمعية (تشمل رفض الأقران له، والارتباط بعصابات من المتسكعين...)
 - العوامل الجينية والفيزيولوجية (يزداد خطر الإصابة بهذا الاضطراب أفراد يعانون والديهم من اضطراب السلوك، أو يعانون أقاربهم من الإدمان الشديد على الكحول، الاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب، الفصام أو تاريخ من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط أو اضطراب السلوك) كما تم تحديد اختلافات تشريحية ووظيفية في مناطق الدماغ المرتبطة بتنظيم ومعالجة العاطفة لا سيما الوصلات الجبهية-الصدغية الحوفية بإشراكها لقشرة الفص الجبهي البطني واللوزة.
- أما على المستوى النفس مرضي، فقد أضافت (Catheline, 2012, p. 256) بأن السلوك العدواني و/أو العنيف في مرحلة المراهقة هو دعوة مستمرة بأن يكون موضوع اهتمام الراشدين، وبشكل عام يعكس محاولة الحفاظ على مركز القوة وكل السلطة، وتجنب الصراع الأوديبي والقيام بالعمل النفسي للمراهق. في كثير من الأحيان، تظهر إخفاقات في سيرورات التماهي، فبدلاً من أن تتشكل من خلال عمل الاستدخال، يتم موقعة هذه السيرورات لدى المراهق بطريقة " اللصق"، كأن يقوم الابن مثلاً بنسخ الأب في سلوكياته، يتطابق معه حرفياً، مثل طفل صغير.

ثانياً - العنف المدرسي

أخذت مسألة العنف حالياً أبعاداً كبيرة، وتوسعت دائرتها لتخرج عن حيز الأسرة والمحيط الضيق للفرد، واتسعت لتمس المؤسسات التعليمية التي يفترض أن تكون أماكن للتنشئة الاجتماعية تنتظم فيها الصراعات التي يعانيها المتمدرسون. وأصبحت المؤسسات التعليمية بمختلف مستوياتها تعاني من بعض الوضعيات المأزمية، وقد سجل في السنوات الأخيرة انتشار رهيب لهذه الظاهرة على المستوى الأفقي والعمودي، وارتفاع موجات

العنف المدرسي. ولا يقتصر العنف المدرسي بين الطلبة بعضهم بعضا، بل على المتدربين، كما قد يصدر العنف أيضا من الطاقم التربوي على التلاميذ والطلاب.

1- تعريف العنف المدرسي

يتضمن العنف ثلاثة معانٍ فرعية هي الشدة والإيذاء والقوة البدنية. "فهو استجابة متطرفة فجأة وشكل من أشكال السلوك العدواني، تتسم بالشدّة والتصلب والتطرف والتهيج والتهجم وشدّة الانفعال والاستخدام غير المشروع للقوة تجاه شخص ما أو موضوع معين ولا يمكن إخفاؤه وإذا زاد تكون نتيجة مدمرة، يرجع إلى انخفاض مستوى البصيرة والتفكير، يتخذ عدة أشكال (جسمية، لفظية، مادية، غير مباشرة) ويهدف إلى إلحاق الأذى والضرر بالنفس أو بالآخرين أو بموضوع ما هو إما يكون فرديا أو جماعيا" (محمود سعيد الخولي، 2008، ص. 61).

يظهر العنف في المراهقة بصورة واضحة ويزداد كما أشار إليه الخولي وآخرون (2008) كرد فعل عصبي انفعالي لفشل شخصي أو عند مواجهة الفرد معوقات كثيرة مثل مرض يهدد كيان الأسرة أو انفصال أحد الوالدين...، وقد تكون نتيجة لصراعات أو فشل متكرر لم يتم معالجته، قد تؤدي لازمة نفسية في حياة المراهق باحداث اختلال في جهازه النفسي، فتزداد شدة العنف بالتالي كلما وجدت استعدادية نفسية، نزعات عدوانية وعوامل بيئية ودوافع خارجية لا تجد ما يوقفها. ويمكن أن يتراوح سلوك الطلاب العنيفين من نوبات غضب متكررة بسيطة إلى أحداث أكثر أهمية، ويندرج تحت مفهوم العنف العديد من المفاهيم وأشكال مختلفة؛ مثلا اللاتحضر، التتمر...

2- العنف في المدرسة: وضعيات الضحية والمعتدي

إضافة لاتخاذ العنف المدرسي أشكال مختلفة، فإن وضعيات ارتكاب العنف وتلقيه وأخذ دور الضحية أو المعتدي تأخذ عدة أشكال هي الأخرى، أوردها (2005) Pulido في:

1. **العنف بين الطلاب:** نميز بين حالتين من العنف في هذا المضمار. من جهة الحالة التي يهاجم فيها الفرد فردا آخر، والحالة التي يصبح فيها المعتدي مجموعة من الأفراد من جهة أخرى.

2. **العنف بين الفرد والفرد:** وفيه ثلاث وضعيات؛

• القوي والضعيف، يمتاز الضعفاء بالتحفظ وتدني احترام الذات، القلق الشديد، الانسحاب والتوقع حول الذات وهم "الضحايا السليبيون". كما قد يستثير سلوك الضحايا المشاكس أو العدوانى ردود فعل عنيفة من رفاقهم وهو ما يدخل في خانة "الضحايا الاستقزازيون".

• المهاجمين الأقوياء، لا يخاف هؤلاء من استخدام العنف لتحقيق أهدافهم، يرغبون في الهيمنة، غالبا ما يكونون على خلاف مع بيئتهم، ويسعون لتأكيد ذاتهم من خلال التقليل من شأن الآخر.

• الند للند (تساوي القوى)، في حالة وجود شخصين متساويين في القوة، غالبا ما يكون دافع العنف تصفية الحسابات.

3. **الجماعة ضد فرد واحد:** من آليات الجماعة أن يتبع الأفراد فيها "المعتدي الرئيسي" ويصبح نموذجا يحتذى به. غالبًا ما يكون الأفراد ذوو الشخصية الهشة هم من يحاولون تأكيد أنفسهم بالانضمام إلى العصابة. وتؤدي نظرتهم المثالية للمعتدي إلى تغيير تخوفهم من العنف. كما يؤدي "تأثير الجماعة" إلى انخفاض مسؤوليتهم الفردية ولا يشعرون بالذنب اتجاه الضحية.

4. **العنف بين الطلاب والمدرسين:** يتأرجح دور الضحية بين الطالب ومدرسه حسب سمات وظروف كليهما: - فعندما يكون المدرس ضحية للعنف من طلابه: عادة يكون العنف لفظي ويصدر عن الطالب ضد مدرسه كلام بذيء، يسعى لإهانته ويوجه له الكلام بوقاحة. يتسبب هذا العنف النفسي في توترات يومية تؤثر على الحالة النفسية للمدرس. أما العنف الجسدي فهو نادر الحدوث، لا يتجرؤ الطالب على ضرب مدرسه، ولو أن الرغبة في ضربه موجودة في كثير من الأحيان.

- المدرس هو المعتدي: حيث يضرب المدرس طلابه ويهينهم. إلا أن هذه الأساليب القديمة "التربوية السوداء" قد ولّت، حيث تطورت المؤسسات التعليمية وتغيرت الذهنيات. وقد يكون العنف الموجه للطالب من مدرسه من نوع العنف الجسدي، النفسي، أو الجنسي (خاصة اللمس) يتزايد بتقدم سن الفتيات، يصل إلى الابتزاز لدى بعض المدرسين نحو طالباتهم وتهديدهم بالرسوب مثلاً.

3 - العوامل المؤدية للعنف المدرسي

يرجع العنف المدرسي لعدة عوامل تشترك في اثارته وحدوثه داخل المجتمع المدرسي منها العوامل الذاتية المرتبطة بجوانب شخصية الطلاب، ومنها العوامل البيئية المرتبطة بالمجتمع سواء داخل المدرسة أو خارجها.

• **المحددات الشخصية:** يمتاز الطالب العنيف بالرغبة في جذب الانتباه وعدم احترام الآخر، يشعر بعدم احترام الآخرين له، عدم الشعور بالأمن فيتخذ العنف كوسيلة للدفاع عن النفس.

اما عن السمات المرتبطة بالتحصيل الدراسي، أوضحت التحقيقات أن متوسط الأداء المدرسي للمعتدين لا يختلف كثيرا عن متوسطات الطلاب الآخرين، بل إن بعضهم يكونون جيدين جدا وينتمون إلى جميع الاوساط الاجتماعية. أما الضحايا، فهم ليسوا بالضرورة طلابا جيدين ومجتهدين، بل أن بعضهم يواجه صعوبات دراسية كبيرة.

• **المحدد الموقعي:** يتفق المؤلفين على الاعتراف بأهمية السياق الاجتماعي لمعظم الأفراد دون وجود استعدادية من أي نوع. ففي مرحلة المراهقة، تكون الحساسية تجاه العنف كبيرة، كما يتسبب التعود ومشاعر الإفلات من العقاب التي يمنحها الانتماء إلى مجموعات الأقران يتسببان في زيادة المرور إلى الفعل العنيف لدى أفراد يلجؤون للعدوانية بطريقة عرضية فقط. وأعمال العنف التي تحدث في مكان به العنف مسبقا، تميل إلى أن تكون درامية. (Catheline, 2012, p. 257).

• **العوامل الأسرية:** أورد (Pulido (2005 أربعة عوامل رئيسية هي أصل العنف لدى الأبناء:

- الموقف العاطفي للوالدين تجاه الابن، حيث يتسبب قلة المودة، غياب الوالدين واختلال التواصل بين الإباء والابناء في سلوك عدائي لدى الأطفال الذين يصبحون عنيفين بسهولة أكبر. وعلى النقيض، فإن الإفراط في التدليل يجعله يتوقع على نفسه ويكون له صورة الضحية النموذجية.
- التعليم القمعي أين يتعرض الابن للعقاب البدني المفرط، أو يتعرضون لأساليب صادمة ليحقق الإباء سلطتهم، ويتبناها الأبناء فيما بعد كطريقة للتواصل، فالعنف يولد العنف.
- التعليم المترخي وتحدي الإباء عن أداء ادوارهم واستنقالتهم من مسؤولياتهم، عدم سن القوانين الاسرية والتساهل المفرط، عدم تأنيب الابن عند لجوءه للعنف وردعه عما هو خاطئ، عدم مراقبته خارج البيت وعدم الاهتمام بنتائجهم الدراسية هي كلها عوامل تساهم في ظهور العنف لدى الابن.
- يتعلق العامل الأخير بما توفره الاسرة من معالم محددة ونموذج يحتذى به، كمرجع يمكنه الاعتماد عليه، حيث الخلافات الأبوية المتكررة وعدم الاستقرار الأسرة وما يتولد عنه من انزعاجات لدى الابن قد تدفعه إلى تبني سلوكات غير مستقرة.
- قد ينتمي الطلاب العنيفين لعائلات جيدة التنظيم، غير أنهم لم يتعلموا في اطارها استراتيجيات اجتماعية دفاعية. فالعنف يجب أن يفهم في نظام دينامي لتداخل العديد من العوامل.

أضاف (محمود سعيد الخولي، 2008، ص 53-68) بعض المحددات والمتمثلة في:

• المحددات الاجتماعية: يندرج تحتها

- الإحباط كأهم عامل لاستثارة العنف لدى الانسان وليس معنى هذا ان كل احباط يؤدي الى العنف. ولكي يؤدي الإحباط الى العنف فلا بد ان يتوفر عاملان اساسيان: أولهما ان يكون الإحباط شديدا، وثانيهما ان يستقبل الشخص هذا الإحباط على أنه ظلم واقع عليه ولايستحقه.
- الاستثارة المباشرة من الآخرين، ربما تكون هذه الاستثارة بسيطة في البداية كلفظة جارحة، لكن يمكن ان تتضاعف الاستثارات المتبادلة لتصل بالشخص الى اقصى درجات العنف.
- التعرض لنماذج العنف، مشاهدة نماذج العنف في التلفزيون يجعل المراهق أكثر ميلاً للعنف.
- المكانة الاجتماعية والشعبية العالية التي يحققها الطالب العنيف بين اقرانه الذين يرون فيه القوة ويحققون رغباتهم دون خوف كونهم تحت امرتهم ويسعون لارضائه ودعمه يشجعه على العنف.

• المحددات الموقفيه:

- الاستثارة الفسيولوجية العالية: كالمنافسة الشديدة في المسابقات، او التدريبات الرياضية العنيفة.
- الاستثارة الجنسية: التعرض للاستثارة الجنسية العالية يهيئ الشخص لاستجابات العنف.
- الألم: فحين يتعرض الانسان للألم الجسدي يكون أكثر ميلا للعنف نحو أي شخص أمامه.

• محددات البنية الجسدية والنوروبيولوجية:

- يتميز الطلبة ببنية جسدية قوية تجعلهم يتفوقون على ضحاياهم.
- الهرمونات والعقاقير: كارتفاع نسبة هرمون الأندروجين في الدم.

-الناقلات العصبية: ترتبط زيادة الدوبامين ونقص السيروتونين بالعنف، في حين ان زيادة السيروتونين والـ GABA تؤدي الى التقليل من السلوك العنيف.

- الاستعداد الوراثي: اكدت الدراسات ظهور سلوكيات عنيفة عند الأخ التوأم إن كان الآخر عنيفا.

• المحددات المرتبطة بالبيئة المدرسية:

- حجم المؤسسة التعليمية وموظفيها: حيث يكون العنف أعلى في المؤسسات الكبيرة أين يكون عدد الطلاب أكبر من العدد المخطط في البداية وأكثر من عدد المسيرين والمراقبين فنقل الرقابة.

- أظهر الباحثين علاقة بين زيادة العنف وزيادة معدل الرسوب المدرسي. فالفشل المدرسي يؤدي إلى ردود فعل عنيفة لدى بعض الطلاب. فالملل الذي ينشأ من قلة الاهتمام الناجم عن عدم تحقيق نتائج إيجابية يثير روح التمرد لديهم ويدخلون في حلقة مفرغة من العنف والفشل.

- التأطير السيء وعدم اتخاذ الطاقم المدرسي الإجراءات النظامية اللازمة مع الطلاب العنفين، إذ لابد من مراقبة مستمرة لتصرفات هؤلاء وإعلام أهاليهم فور ملاحظة هذه السلوكيات قبل تفاقمها.

4- آليات احتواء الطالب العنيف ودور المؤسسة التعليمية في ذلك

قدم (2005) Pulido و (2012) Catheline بعض الآليات والحلول الواجب اتباعها لأجل معالجة

ظاهرة السلوك العدواني والعنف المدرسي، تتمثل في النقاط التالية:

- في معظم الأحيان يكون العنف اضطرابا متأصلا في المراهق ويقوم بنقله إلى المدرسة. ومع ذلك، يمكن أن تؤدي المدرسة إلى تفاقم الوضع أو استقراره. ويمكن للاخصائي النفسي المدرسي الاعتناء بهذا النوع من المراهقين بالعمل مع فريق العمل بالمؤسسة التعليمية والتركيز على الموقف الذي يجب أن يتبناه أمام هؤلاء الطلاب.

- **على مستوى المدرسة:** من الضروري تشجيع الجماعة، والإجراءات المتخذة على هذا المستوى تشمل القوى العاملة بأكملها. وهي تهدف إلى تطوير المواقف وتهيئة الظروف التي تساعد على الحد من العنف في المدرسة ككل. من خلال تنمية احترام الذات ومواقف الاحترام والاستماع والتسامح تجاه الآخرين. على أن يكون المدرسين قد تلقوا تدريباً مناسباً على مفهوم العنف في المدارس وخاصة في الوقاية منه. ونفس التدريب يتلقاه المراقبون خاصة، كون العنف يحدث أكثر في الساحات وقت الاستراحة (فمن بين 75.9% من حوادث العنف المسجلة داخل المؤسسة التعليمية، 56% منها تحدث في الساحة).

- **على المستوى الفردي:** تهدف التدابير في هذا المستوى إلى تعديل سلوك أو وضعية الطلبة، سواء كانوا معتدين أو ضحايا.

(أ) **مقابلة المعتدي:** عندما يشتبه المدرس أو يعرف بوجود العنف بين طلابه، فعليه التصرف دون تأخير. من الضروري إجراء حوار سريع مع المعتدي وكذلك الضحية، ويجب أن تكون الرسالة واضحة ومباشرة. وفي حالة وجود جماعة من المعتدين، يفضل التحدث معهم بشكل فردي لأجل تقليل احتمالية اجتماعهم وتبني استراتيجية مشتركة ضد المختص. فهؤلاء الطلاب العنيفون لا يدعمون القاعدة المشتركة ويميلون دائماً للبحث عن حدود

وتناقضات نظام المؤسسة. يسعون دائما للاستفادة من تعدد أصحاب المصلحة في النظام المدرسي، ويتصيدون الفرص للانقلاب عليه.

ب) مقابلة الضحية: في ظل التهديدات التي يتلقاها معظم الضحايا خوفا من انتقام المعتدين إن قام بالوشاية بهم، فإن معظمهم يعانون في صمت. لذا، لا بد من توفير الحماية للضحية من خلال التعاون الوثيق بين المدرسة وعائلة الطالب. وإن استمر العنف أو تفاقم رغم ذلك، فلا بد من تدخل المختص النفسي للتعامل مع الضغوطات والصدمة التي قد تنتج لأجل تجنب المعاناة من الآثار طويلة المدى في وقت لاحق. تنطبق هذه التدبير على المدرسين ضحايا العنف.

- تسطير البرامج الوقائية التي تستهدف المدرسين والطلاب على حد سواء حتى يتمكنوا من إدراك ماهية العنف، التنمر، والتفريق بينها وبين الممازحة، التنكيد، المضايقة، الاستفزاز والشجارات العادية التي تحدث بين الاقران.

- التكفل النفسي: اتخاذ إجراءات ملموسة لا سيما من خلال خطة علاجية معدلة مع المختص نفساني تسمح للطالب ضحية العنف بالتحدث عن مخاوفه، فزعه، قلقه حتى يتمكن من تفريغها على مستوى خارجي لأجل التحكم فيها بشكل أفضل. يقوم بعد ذلك باقتراح علاج يتلاءم مع احتياجات الضحية، على أن يكون العمل تعاوني يشارك فيه فريق العمل والاسرة. التكفل النفسي والخطة العلاجية هي نفسها مع المدرسين المعنفين، مع تعديلها لتناسب سنه ووضعيته.

- إذا استمرت المشكلة على الرغم من المحاولات المتكررة لإنهائها، فيمكن النظر في حل تغيير الفصل أو المدرسة للمعتدين وليس الضحايا. كفصل المعتدي الرئيسي واللجوء لتشتيت "العصابة". نفس الترتيبات أيضا يجب اعتمادها عندما يتعلق الأمر بالمدرسين سواء كانوا معتدين أو ضحايا.

جدول (3): ملخص لاضطراب السلوك: السلوكيات العدوانية والعنف المدرسي

الإشارات المنبهة	تساؤلات	تفسير	الصعوبات	التكفل
<ul style="list-style-type: none"> • اللعب الخطير • الشجارات • إزعاج الفتيات • تعريض نفسه • والأخرين للخطر • التخريب • التنمر • الفوضى داخل الصف • عدم الامتثال • انتهاك القواعد • إزعاج الاخوة • الشغب في الحي • الهروب من البيت 	<ul style="list-style-type: none"> • منذ متى؟ • بعد اندفاعي؟ • السياق • الأسري؟ • نفس • الصعوبات لدى الاخوة؟ • اضطرابات المسلك؟ • الاداء المدرسي؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • مشكلة عائلية مع اختلالات تربوية • عدم تطابق في المواقف التربوية لكلا الوالدين . • عوامل النمو • العوامل الاجتماعية • علم النفس المرضي • رغبة لأن يكون موضع اهتمام الكبار • محاولة الحفاظ على موقف القوة المطلقة، • اقتصاد العمل النفسي 	<ul style="list-style-type: none"> • ملل • المستوى التعليمي غير الكافي • غياب الرقابة • تثبيط بعض المعلمين 	<ul style="list-style-type: none"> • التكفل الفردي • تجنب أي شكل من أشكال التقدير بالحكم على قيمه (كإهانتة) • تنويع المناهج البيداغوجية • تشجيع الجماعة • تعديل سلوك أو وضعية الطلبة • التكفل النفسي • تغيير المدرسة بنقل الضحية أو المعتدي

ثالثا - اضطرابات الحصر

تجمع الاضطرابات الحصرية الاضطرابات التي تشترك في خصائص الخوف المفرط والحصر المبالغ فيه والاضطرابات السلوكية التي ترتبط بهم. ويشير الخوف إلى الاستجابة العاطفية لتهديد وشيك، حقيقي أو مدرك، في حين أن الحصر هو توقع تهديد مستقبلي. يتضح أن هاتين الحالتين تتداخلان ولكنهما تختلفان أيضا؛ فالخوف مرتبط في كثير من الأحيان بزيادة حادة في فرط النشاط العصبي الاعاشي الضروري للهروب أو القتال، تقييم الخطر الفوري والسماح بالهروب. والحصر يكون مرتبط في كثير من الأحيان بتوتر في العضلات واليقظة استعدادًا لخطر في المستقبل وسلوك الحذر أو تجنب.

الخصائص الأساسية للحصر المعمم هي الحصر المفرط والمستمر، وكذا القلق بشأن مجالات مختلفة، بما في ذلك الأداء المدرسي أو المهني، والتي يجد فيها صعوبة في السيطرة عليها. بالإضافة إلى ذلك، يعاني الشخص من أعراض جسدية مثل الهياج، والشعور بالتوتر أو الانفعال، الشعور بالتعب بسهولة، وصعوبة التركيز، الحساسية، توتر العضلات، واضطرابات النوم. (Crocq et Guelfi, 2015, p. 238)

1- الإشارات المنبهة

يتقدم المدرسون بالشكاوى التالية: يذهب الطالب إلى مستوصف المؤسسة بشكل متكرر، يشكو كثيرًا من آلام في البطن، الصداع... وما إلى ذلك، ويشعر بالتوعك (سرعة خفقان القلب، الخوف من أن يُغمي عليه)، غالبا ما يتغيب عن الصف الدراسي.

من جهتهم، يشتكي الآباء من ابنهم المراهق بأنه غالبا ما يعاني من آلام في البطن قبل الذهاب إلى المدرسة، وينام بشكل سيء في الليل خلال عطلة نهاية الأسبوع قبل العودة إلى المدرسة، يخاف بشكل غير طبيعي قبل كل اختبار أكاديمي، ويتغيب بانتظام عنه. وعلى الرغم من تأدية المراهق فروضه ومراجعتة الكثيفة التي يفحصها الوالدين بقوة، إلا إنه يسلم ورقته ببيضاء دون إجابات. (Catheline, 2012, p. 265).

2- تساؤلات حول اضطرابات الحصر: أمام هذه الأعراض، علينا أن نتساءل حول ما يلي:

- هل كانت هذه الأعراض موجودة في نهاية دراسته في المرحلة الابتدائية؟
- هل كانت هناك أي صعوبات أثناء الرحلات المدرسية في ذلك الوقت (مضايقة واستهزاء من زملاء الدراسة، رفض العودة إلى الفصل بعد الرحلة)؟
- هل يقبل المراهق فترات الانفصال عن البيئة الأسرية (من غير الأجداد)؟
- في تاريخ العائلة، هل كانت هناك فترات مولدة للحصر: الانفصال الزوجي، تغيير السكن، مرض أحد الوالدين (على وجه الخصوص إن تم استشفاءهم)... إلخ؛
- هل هذه الاضطرابات مازالت قائمة (الصراع الزوجي الخطير مع خطر الانفصال مثلا)

- هل واجه أحد الوالدين (أو كليهما) صعوبات مماثلة -اضطراب الحصر)؟
- هل لدى المراهق مخاوف أخرى غير منطقية (الخوف من حيوانات معينة، من أشخاص معينين: المعوق مثلا، من مواقف معينة: كالخوف من الاختطاف،... إلخ)؛
- هل يتقرب المراهق مع المقربين منه عندما يكون في المنزل؟ هل يجد صعوبة في النوم (ضرورة النوم مع أحد الوالدين أو الأشقاء). وقد تصل إلى حد المطالب الاستبدادية «عدم القدرة على البقاء بمفرده ولو لبضع لحظات» (Ibid, p. 266)

تعكس هذه الأعراض باتولوجية حصرية تم إدراجها في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية الخامس تحت تسمية "حصر الانفصال" وللحديث عن حصر الانفصال كما اشرنا إليه سابقا، من الضروري تحديد ثلاثة على الأقل من هذه المظاهر، التي تستمر لأكثر من أربعة أسابيع.

3- عوامل الخطر ومآل اضطرابات الحصر

- **العوامل البيئية:** يتطور حصر الانفصال عادة نتيجة لحدث صادم، خاصة بعد الخسارة أو الفقد، الدخول في علاقة عاطفية فاشلة، الحماية الأبوية المفرطة والسلوك الأبوي الخانق.
- **العوامل الجينية والفزيولوجية:** يمكن أن يكون وراثيا. وقد تم تقدير معدل التوريث في عينة من التوائم بلغت أعمارهم 6 سنوات ما نسبته 73%، مع نسبة أعلى عند الفتيات. يُظهر الأطفال حساسية متزايدة بشكل خاص لتحفيز الجهاز التنفسي باستخدام الهواء المخصب بـ CO2.

4- دور المدرسة في علاج اضطرابات الحصر

درجة الحصر متغيرة اعتمادًا على طبيعة المواقف المولدة للحصر بشكل أو بآخر. ويكون من الأفضل تنبيه الوالدين بدون تأخير في حالة ظهور بعض علامات التحذير وإن كانت صغيرة كأن تظهر بعض المشكلات في اثناء الرحلة المدرسية مثلا. غالبا، لا يدرك البالغون أهمية الحصر لدى المراهق إلا في حالة التغيب الكبير عن المدرسة، أو ظهور تظاهرات أو أعراض حادة. يفضل في هذه الحالة إجراء مقابلة مع طبيب المدرسة بمجرد التعرف على العلامات الأولى للحصر. ونظرا لكون الحصر يحدث في المواقف الاجتماعية، فليس من السهل دائما التعرف على طبيعته الطبية. يمكن أن تساعد النصائح التفصيلية للطبيب في هذا الوعي. خارج المدرسة: يوفر استخدام العلاج الجماعي والسيكودراما إمكانيات علاجية مثيرة للاهتمام.

في الجدول الموالي ملخص لاضطراب السلوك حول اضطرابات الحصر

جدول (4): ملخص لاضطراب السلوك: اضطرابات الحصر

التكفل	تفسير	تساؤلات	الإشارات المنبهاة
<ul style="list-style-type: none"> • تنبيه الآباء • مقابلة مع طبيب المدرسة • العلاج الجماعي • السيكودراما 	<ul style="list-style-type: none"> • ضائقة مفرطة للانفصال عن نماذج التعلق، أو توقع ذلك. • خوف مبالغ من اختفاء نماذج التعلق الأساسية، أو من حدث مؤسف قد يحدث لهم. 	<ul style="list-style-type: none"> • سلوكه في الابتدائي؟ • الاشقاء؟ • فترات مولدة للحصر في الأسرة؟ (الانفصال، مرض أحد الوالدين...) • صعوبات مماثلة عند الوالدين؟ • مخاوف أخرى غير منطقية؟ • التصاق مع المقربين؟ • مطالب مستبدة؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • ذهاب متكرر للمستوصف • شكاوى من آلام البطن... • عدم الراحة (الخوف من الإغماء) • تكرار التغيب الدراسي • النوم بشكل سيء • ليلة نهاية عطلة الاسبوع • مخاوف قبل الامتحان • فشل في فروضه على الرغم من مراجعات الوالدين معه.

المحاضرة العاشرة : صعوبات التفكير

الأهداف العامة

- أن يكون الطالب ملماً بمفهوم صعوبات التفكير لدى طلاب الثانوية،
- أن يتعرف على أنواع صعوبات التفكير،
- أن يتعرف الطالب عن أسباب دخول المراهق في الفصام.

الأهداف الإجرائية

- تحديد معنى صعوبات التفكير
- التمييز بين تثبيط التفكير أوالتخلي عن التفكير لدى طلاب الثانوي والتوقف عن التفكير،
- تحديد المؤشرات المنبهة للتوقف عن التفكير والتخلي عن التفكير في مرحلة التعليم الثانوي،
- أن يميز أشكال الروابط الطفولية والتخلي عن التفكير (برابط حصري، برابط اعتراضى)،
- أن يكتشف دور الثانوية في التكفل بصعوبات التفكير،
- أن يتعرف على التظاهرات العرضية وإشارات التحذير من تطور الفصام،
- أن يحدد عوامل الخطر المؤدية للإصابة بالفصام.

1- حول مفهوم صعوبات التفكير

تعد ظاهرة التفكير الانساني ظاهرة عقلية وانسانية، ومن أهم واعقد الظواهر السيكولوجية. التفكير من القدرات العقلية العليا التي تميز الانسان عن بقية الكائنات الحية التي لا تستطيع ان تستخدم التجريدات والرموز. يعرف سولسو SOLSO التفكير في (العشاوي، 2004) بأنه "عملية تتكون من خلالها تمثيلات عقلية جديدة من تحويل المعلومات من الصور المعقدة إلى صورة أبسط من خلال التفاعل بين الخصائص العقلية مثل الحكم والتجريد والتخيل وحل المشكلات."

من وجهة نظر التطور الفكري، كما أوضح بياجيه، يصبح الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-13 سنة قادرين على التجريد. ويمكنه الوصول إلى ما يسمى بالفكر الرسمي الذي يسمح له بطرح الاستنتاجات من خلال افتراضات بحتة دون اللجوء إلى الملاحظة الحقيقية؛ يتم نقل العمليات المنطقية من مستوى المعالجة الملموسة إلى مستوى الأفكار وحدها؛ ينتقل من الكتابة (سرد إجازته) إلى الطرح (ماذا تعني هذه الإجازة؟)؛ وينتقل من عمليات الحساب إلى حل المسائل. والصعوبات في الوصول إلى التفكير المجرد ستعزز لدى البعض، صعوبات في الانتباه وفي الاهتمام بالتمدرس. فبالإضافة إلى الاختلافات بين التفكير الملموس والتفكير المجرد، هناك اختلافات بين التفكير التباعدي (توجيه الفكر إلى إجابة واحدة تعتبر صحيحة) والتفكير المتقارب

(إجراء البحث في اتجاهات عديدة عندما لا يكون هناك حل واحد يناسب الجميع) (Marcelli et Braconnier, Tandonnet, 2018, p. 670).

هناك العديد من السلوكيات المتنوعة التي يمكن ان تصدر عن الفرد والتي يتضح منها انه يعاني من صعوبة في التفكير، تتمثل هذه السلوكيات كما أوردها (سليمان عبد الواحد، 2010) في: الإندفاعية، الاعتمادية الزائدة على الآخرين، عدم القدرة على التركيز، تصلب التفكير وعدم المرونة، النقص الشديد بالثقة بالنفس، فقدان المعنى، مقاومة محاولة التفكير، الصعوبة في تركيز الانتباه واستمراريته، ضعف التنظيم والتصنيف. إضافة لكونه:

- يجد صعوبة في التوصل الى حل مناسب لمشكلة بسيطة .
- لايمكنه تحديد الهدف المراد الوصول اليه امامه.
- غير قادر على ترتيب أفكاره للوصول الى حل مناسب للمشكلة المعروضة عليه.
- عادة مايكون لديه اسلوب واحد لاداء الاشياء.
- يجد صعوبة في القيام بتنوع الاداء.
- عدم قدرته على التفكير في طريقة معينة تساعده على مواجهة العائق الذي يحول دون وصوله لهدف معين في مشكلة ما أو موضوع محدد.
- لا يتمكن من وضع وتصور خطوات معينة لحل مشكلة تواجهه.
- عدم قدرته على ان يتأكد من سلامة حله للمشكلة.

2- أنواع صعوبات التفكير

سنعتمد فيما يأتي بخصوص صعوبات التفكير بما جاء في (Catheline, 2012, pp. 267,278) وفيه ميزت المؤلفة بين نوعين من صعوبات التفكير، هي:

- التخلي (التوقف) عن التفكير؛ في شكله الإكلينيكيين: رابط الحصر ورابط المعارضة.
- تثبيط الفكر، وأكثر أشكاله كلاسيكية "التدهور الأكاديمي".

2-1- التخلي (التوقف) عن التفكير

2-1-1- إشارات التنبيه

يذكر المدرسون الحقائق الظاهرة على الطلاب تتمثل في كونه: حالم ودائما في فضاءات السماء، لا يفكر إلا في اللعب، يفتقر إلى التركيز، طائش وشارد الذهن، غالبا ما ينسى أشياءه.

يشتكى الآباء من جهتهم من أن ابنهم المراهق، لا يسجل فروضه وجميع واجباته المدرسية في كراسة المدرسة، ولا يعمل إلا بتتبع الوالدين ومرافقتهم، ولا يمكن الوثوق به للقيام بواجباته دون مراقبة حثيثة له، وكأنه "طفل كبير" لا يتحمل مسؤوليته، لديه مشكله في الذاكرة، لا يعمل بشكل كاف بخصوص أداءه المدرسي

(علاماته الدراسية تتراوح من 3 أو 4 / 20 إلى 17 أو 18 / 20)، فهو "يمكنه تحقيق النجاح لو أراد" كما يصرح أولياءهم. فهؤلاء المراهقون يفشلون في نزع المثالية عن النماذج الأبوية القديمة. ويكونون غير قادرين على قبول موقفهم المتناقض اتجاه الوالدين (حيث يفقد الآباء قوتهم الوصائية في بداية مرحلة المراهقة)، وبالتالي يحرمون أنفسهم من القدرة على الشك التي من شأنها أن تسمح لهم بالانخراط في عملية تأملية. يشكل هذا "الادعاء بعدم القدرة على التفكير" درعا حقيقيا، بل وأداة قوة نحو الآخرين، الذين يتعين عليهم الاعتراف بهذه القوة واحترامه.

2-1-2- تساؤلات حول التخلي الأسئلة التي يجب طرحها أمام هذه الأعراض هي التالية:

- هل يستمر هذا العرض منذ التعليم الابتدائي؟
- هل يجب أن يكون دائما شخص خلفه كي ينجز اعماله المدرسية؟
- هل يكون أدائه أفضل في بعض المواد؟
- هل هو معتاد لأن يفصل عن والديه لفترات قصيرة (الذهاب للنوم في منزل أحد الأصدقاء...)?
- هل تعرض مؤخرًا لحدث فقدان أو انفصال؟
- هل هذا السلوك منعزل أم مصحوبًا بصعوبات أخرى: عزلة علائقية كأن يبقى المراهق وحده في فترة الراحة مثلا، هل هو الحلقة الأضعف في الصف، هل هو كبش فداء في الثانوية؟

2-1-3- التأويل النفسي السيكودينامي للتخلي عن التفكير

يعتبر التمكين وجعل المراهق المتمدرس مستقلا شعار المرحلة الثانوية من التعليم؛ حيث يجب أن يكون المراهق خلال سنوات دراسته قادرا للوصول إلى إمكانية تنفيذ استراتيجيات التعلم الخاصة به. فالشروط وعدم التفكير في أي شيء وعدم التركيز بشكل كاف يشكل عائق أساسي أمام مشروعه الدراسي. ومن لا يريد أو لا يستطيع تمكين نفسه، يكون في بحث عن قرب دائم من شخص بالغ.

يعتبر عدم التركيز كترجمة لتعلق حصري تجاه أحد الوالدين أكثر من كونه عدم نضج. ومع تقدم السن، يظهر التعلق الحصري في سلسلة كاملة من العلامات التي تشكل جدولا قريبا من التمويه والسلوكيات الاعتراضية: رفض انجاز الواجب المنزلي، إخفاء كراس المراسلات أو فقدانه... تأتي هذه المواقف في المقدمة ما يجعلنا لا ننتبه للأعراض الأولى.

- **على المستوى السيكودينامي:** يشكل "الشروط" الذي يتحدث عنه الآباء رفضًا لاستثمار فكر الخاص. إذ يواصل المراهق تفويض توظيفه النفسي لمن حوله. فهي عبارة عن محاولة للحفاظ على جانب الطفولة بأي ثمن حتى لا يتنازل عن فوائدها. بطريقة ما، يتجاوز المراهق الحركة التراجعية لما قبل المراهقة. وتسمح هذه الحركة العابرة للفرد بإقامة اتصال انفعالي مع عواطف طفولته المبكرة حتى يتمكن من التخلص منها بسحب استثماره منها. أو كما شبهته (2012) Catheline "بمشاهدة فيلم بمشاهد تراجعية للوراء"؛ فهذه السيرورة للبناء النفسي تعتبر خطوة ضرورية في التطور العادي، حيث يعتبر النكوص هنا كإعادة تجربة لحالات الأنا المهملة جزئيا

أو كليا والتي شكلت ذات مرة حصن آمن وطريقة لمواجهة الضغوط والتوترات. لذا يفضل بعض المراهقين التخلي عن احراز التقدم في النمو؛ أي التخلي عن التفكير لحماية رابطهم الطفولي مع والديهم.

2-1-4- أشكال الروابط الطفولية والتخلي عن التفكير

وفي هذا يتم تمييز شكلين من هذه الروابط: الرابط الحصري؛ والرابط الاعتراضي.

2-1-4-1- الرابط الحصري

• **سريريا**، يمكن الاستدلال عليه بعبارات من مثل: "إنه يحلم ... يفتقر إلى التركيز ... لا يفكر إلا في اللعب ...". عند قول هذا، يؤكد الآباء على حقيقة أن طفلهم لا يريد أن يكبر، وأنه يرغب في التوضع في جانب مرحلة الطفولة. وإن كان الظاهر هي معاناة الوالدين لكون طفلهم لا يحصل على النتائج المرغوبة في الفصل الدراسي، إلا انه من جهة أخرى، فيه نوع من المسايرة من جانبهم لإطالة هذا الرابط الطفولي. وبطريقة ما، فإن ذلك يسمح لهما بتحمل الصعوبات بشكل أفضل.

• **لا ترافقه اضطرابات سلوكية أخرى**، وغالبا ما يسود نوع من "الغباء المعرفي"، ما يؤخر الوعي بالصعوبات التي تُعزى غالبا إلى "عدم التكيف مع هذه المرحلة من التعليم". وكلما تقدم في سنوات دراسته، تظهر سلوكيات عدم الراحة، التجنب، إخفاء علامات الامتحانات، وإخفاء الفروض المنزلية التي عليه القيام بها... والكثير من المواقف التي تفهم بأنها محاولة لتكيف المراهق مع متطلبات النمو؛ أي ضرورة فك الارتباط بالوالدين. إنه نوع من البيان الذي يعلن فيه المراهق لوالديه بأنه ليس عليهما أن يعرفا الكثير عنه من هنا وصاعدا. وفي المنزل، يتحول وقت الواجب المنزلي بسرعة إلى مواجهة بين الطرفين.

• على المستوى السيكودينامي:

بيدي المراهقين عدم الراحة بكل ما له علاقة بالتفكير، وقبل كل شيء بالمدرسة. يصبح استثمار الفكر مؤلماً لأنه يرمز إلى القدرة على تمثيل الانفصال وبالتالي امتداد الرابط مع البالغين. وسريريا، تتضح الصعوبة في قبول المراهق للفجوة بين تفكيره وتفكير الآخر. وغالبا ما يظهر في التاريخ الدراسي له في مرحلة الابتدائي مدرسا لعب دوراً مهماً بشكل خاص إما من حيث الشعور بالاشمئزاز من المدرسة أو على العكس من ذلك توافق مع التعلم. كما لا تكشف المقابلة عن أي تجربة إيجابية للانفصال.

• أما عن العلاقة الشخصية للوالدين بالمعرفة:

فهي توفر لنا معلومات هامة حول إمكانية إنشاء رابط حصري حول المعرفة والمدرسة. فإما أن يكون لدى الآباء استثمار هام للتعليم (المتعلمون)، أو على العكس من ذلك، هم آباء عانوا من فشل أكاديمي وأصبح لديهم بالتالي استثمار حصري ومتناقض للتمدرس مع الرغبة لتعويض فشلهم مع الخوف من أن يتجاوزهم أبناءهم.

2-1-5- دور الثانوية في التكفل بالتخلي عن التفكير برابط حصري

- من الضروري التعجيل بتقديم الدعم. و من المرجح أن لا تتجح العلاجات النفسية التقليدية القائمة على التعبير اللفظي عن العواطف. ويفضل إعادة تنشيط سيرورات التفكير باستخدام الوسائل التي تفاجئ المراهق. بالجوء إلى الوطاء، أين يمكن للطبيب خلال الاستشارات العائلية صقل نموذج التوظيف النفسي.

- من ناحية أخرى، قد يكون اتفاق الآباء والمدرسين على تعزيز الإشراف المتبادل للمراهق وتواطؤهم عليه أكثر ضرراً من نفعه. وغالبا ما يلاحظ سرعة الانتكاسة للحالة السابقة بعد فترة من التحسن. ويؤدي احباط المدرس إلى سحب استثمار علاقة المساعدة هذه.

2-1-4-2- الرابط الاعتراضي (أو رابط الإثارة المتبادل)

غالبا ما يتقدم الطلاب بشكاوى من نوع هذا الرابط بخصوص الصعوبات الأكاديمية.

• سريريا: يمكن التعرف عليه بعبارات خاصة من جانب الاولياء والمدرسين. إذ يصرح هؤلاء بأن "لديه إمكانيات، لكنه لا يستغلها" ؛ "قد يكون سلوكه لطيفاً أو بغيضا وفقا للمدرسين".

أما من جانب الآباء: فيصرحون بعبارات من مثل "إنه يعمل لصالحه الشخصي" ؛ "يمكنه إذا أراد النجاح"، كما تأتي عبارات التهديد من طرفهم. كما يقدم الإباء بتصريحات للفاحص بأن ابنهم المراهق لا يريد أن يذهب اليه، وبأنه سيأتي في استشارات لاحقة. وبأنه لا يمكنهم اجباره على المجيء، وبأن الأمر متروك له ليقرر.

تسمح لك هذه الجمل القليلة بتحديد نوع العلاقة بين الوالدين والطفل بسرعة، والتي، على عكس الرابط السابق أين ينظم القلق العلاقة، وتتمحور حول الإرغام والاعتراض.

• **المشكلات السلوكية** تكون غالبا في المقدمة عكس الحالة السابقة، مما يعكس الصعوبة التي يواجهها المراهق في الخضوع للإرغام تقييده. يدهش هؤلاء المراهقون المدرسين بمهارات التفكير الممتازة أو الجيدة إلى حد ما إلى جانب النجاح في بعض المواد التي غالبا ما يتم استثمارها بسبب التأثير العاطفي للمدرس عليه. هؤلاء المراهقون حساسون للغاية لجو الفصل الدراسي ويمكن أن يصبحوا بسرعة كبيرة كبش فداء أو على العكس من ذلك أن يصبحوا زعماء مع الانتقال من وضع لآخر بشكل متكرر.

• **على المستوى الأسري**، إشراف الوالدين لا يقوم على الواجبات المنزلية في سياق المساعدة ولكن بالأحرى في سياق الشك ولا يتعلق فعليا بالتعليم. يعتبر الطفل ضمنيا خاملا وكسولاً ولا يفكر إلا في اللذة والاستمتاع وسعادته الشخصية ويرفض أي جهد. غالبا ما تكون متطلبات الوالدين غير واقعية بالنسبة لمراهق بمستوى متوسط تتجاوز قدراته، وهو بالكاد يؤدي واجباته في الفصل. ولا يكون موقف الوالدين تجاه التعليم تحقيق متعة مشتركة في تعلم الأشياء ولكن الحصول على معدل جيد والحصول على مرتبة جيدة. نادرا ما يهتم هؤلاء الآباء

بمحتوى العمل، بل يريدون رؤية طفلهم في وضع العمل. ولا يعترف الوالدين بقيمة المتعة، بل فقط التعب وما يبذله من جهد هوما يهتمهم، بتقديم تاريخهم الشخصي أو وضعهم المهني كنموذج ونتيجة.

• **خارج المؤسسة التعليمية**، يعاني هؤلاء المراهقون من صعوبات علائقية: فهم غالباً ما يكونون في صلب مشاكل الحي. لا يمكن توقع سلوك هؤلاء المراهقين. ومع ذلك، فهم ليسوا جزءاً من عصابة ما أو جماعة من الرفاق، بل مع صديق أو اثنين فقط من ذوي السمعة السيئة. لكنهم يظلون دائماً في النطاق الأبوي ويحافظون على العلاقة معهم.

• **على المستوى النفسي المرضي**، في طفولتهم، تم استثمار المراهقين بنموذج نرجسي للغاية من قبل والديهم. وعليهم أن يستجيبوا لتوقعاتهم مع الحرص على عدم تجاوزهم، وكأنهم يحتفظون بثقل وسعر دين عبر الأجيال الذي لا يستطيع أحد الوفاء به. في التاريخ العائلي لهم، نجد نوعين من الوضعيات أين تكون النقطة المشتركة بينهما هي شعور الوالدين "بأنهم خُدعوا" في حياتهم وأنه ليس لديهم المكان أو الوضع الاجتماعي أو العاطفي الذي يطمحون إليه. يطالب الإباء من ابناءهم تعويض "فشلهم الاجتماعي". كما قد يتماهى الأب مع ابنه المراهق ولا يترك له مساحة للتطور الشخصي. في هذه المرحلة، لا يكون استثمار المعرفة هو المشكلة، بل العلاقة مع الكبار بشكل عام. إذ تكون علاقة التحكم والسطو في قلب النظام العلائقي لهؤلاء المراهقين.

- دور الثانوية في التكفل بالتخلي عن التفكير برابط اعتراضى

- على الطاقم التعليمي أن يتقبل بضرورة التكفل بهؤلاء الطلاب وعدم الاكتفاء بإحالة المراهق وعائلته إلى الطبيب العقلي أو الاختصاصي النفسي دون تغيير الطريقة التي يتم التعامل بها معه.
- يقوم طبيب المؤسسة بتنسيق العلاقة بين الثانوية والطبيب العقلي لأجل التكفل بالمراهق.
- يجب على المؤسسة تشجيع المراهقين على التعبير عن أفكارهم، ليس فقط في مخرجاتهم الأكاديمية ولكن بخصوص حياتهم اليومية بالمؤسسة التعليمية.
- يمكن للمدرسين أيضاً ترقية الطلاب الأقل اندماجاً بشكل جيد وتعزيزهم من خلال منحهم مسؤوليات، كأن يرشحو لرئاسة القسم أو المشاركة في مشاريع الثانوية.

ثانياً: تثبيط التفكير

يرتبط تثبيط التفكير ارتباطاً مباشراً بظهور التحولات الأولى للبلوغ لدى المراهق. وغالباً ما يبدأ ظهورها في منتصف الصف الرابع متوسط، خاصة في فئة الذكور.

1- الإشارات السريرية

يكون تثبيط التفكير قريب من تخلي التفكير برابط اعتراضى، إلا أنه يختلف عنه بغياب السلوكات المزاجية (أي غياب ردود الأفعال العاطفية والحادة غير متوقعة. تتمثل السلوكات المزاجية في الغضب المتكرر غير

العقلاني؛ تعبير واضح عن السلوكيات المتعلقة بانعدام الثقة بالآخرين مثل الشك والغيرة؛ ردود فعل مضخمة مثل الحساسية؛ اندفاعية ملحوظة؛ نقص المرونة العاطفية والسلوكية؛ علاقات بينشخصية تتميز بديناميكية حب/كراهية؛ علاقات بينشخصية بالية مستهلكة وضعيفة...)

- يعطي الطلاب انطباعا على أنهم غرباء عن أنفسهم،
- لا يمكن تفسير الانخفاض الكبير في نتائجهم الدراسية،
- تستقر فترة من التردد،
- تترجم الجملة المميزة "لا أعرف" بوضوح جدول منع التفكير،
- لا يفقد الطالب اهتمامه بتعليمه، ويمكنه الحصول على علامات جيدة هنا وهناك في بعض المواد أو التدريبات التي لا تستدعي التفكير،
- يشككي الآباء من نقص إرادة ولا مبالاة ابناءهم المراهقين،
- اعتماداً على جودة المكتسب العلمية، يمكن للطالب الانتقال إلى الفصل الموالي، إلا انه في الكثير من الأحيان يعيد السنة،

- لا يفهم المراهق ما يحدث له ويعتقد بصدق أنه سيعوض نقص اداءه في السداسي المقبل،
- في شكله الأقل خطورة، يتوافق تثبيط التفكير مع "التراجع الدراسي". ويختلف هذا الأخير عن الفشل الدراسي؛ حيث تظهر الصعوبات بشكل ثانوي بعد فترة أولية دون صعوبات.
تشكل هذه الأعراض أثراً سريرياً للعمل النفسي كنوع من العمل على الذات؛ إخضاع المرافقة.
- باعتبار التمدرس نشاطاً رئيسياً في حياة المراهق، فإنه سيحاول من خلال مواجهة عالم المدرسة وعالم الوالدين تصفية صراعه الداخلي. يعتبر التراجع المدرسي أحد الأعراض التي تكشف جميع أنواع الصراعات، من بينها صراعات الهوية التي تعتبر الأكثر شيوعاً في هذه المرحلة.

2- تساؤلات حول تثبيط التفكير من الأسئلة التي يجب طرحها أمام هذه الأعراضية هي:

- هل بدأت تحولات البلوغ لدى المراهق ؟
- هل كان التمدرس في وقت سابق جيداً؟
- هل توجد علامات أخرى مثيرة للقلق: صعوبات علائقية على سبيل المثال؟ علامات من السلسلة الاكنتائية لا سيما سحب الاستثمار التدريجي من جميع الأنشطة الخارج مدرسية السابقة؟

على المستوى النفس مرضي، يأتي تثبيط الفكر من مرحلة النكوص الضروري لعمل الذات، ويرتبط بالنكوص النزوي. وهو ما يعمل على إعادة طفو هومات فترة أوديب على السطح. يمكن لنا أن نتخلى عن استخدام التفكير للحماية من ظهور القلق الناجم عن هومات الغمر النزوي (الجنسي والعدواني). فالشعور بالفراغ الدماغي هو حماية المراهق من إضفاء الطابع الجنسي على الفكر. وهو أيضاً محاولة لإتقان المعرفة الزائدة التي تخاطر بسحق المراهق الشاب في أي لحظة.

عندما تكون مثل هذه التنظيمة النفسية مؤقتة (يتعلق الأمر هنا بسنة دراسية واحدة فقط)، فلا داعي لأن يثير ذلك القلق. في حين أن الحفاظ على ذلك لمدة سنتين أو العديد من السنوات يستدعي استشارة الأخصائي.

3- دور الثانوية في التكفل بتثبيط التفكير

من الضروري أن يفهم الطاقم التعليمي والفاعلون في الثانوية التطابق بين تطوير التفكير السليم في مرحلة المراهقة المبكرة وسنوات الدراسة الثانوية. ولابد من التأكيد على التأثير الذي يمكن أن يحدثه تنظيم هذه المؤسسة التعليمية في تسهيل أو تثبيط إنشاء هذا التفكير.

في حين لا يمكن تحميل هذه المؤسسات مسؤولية صعوبات التفكير خلال فترة المراهقة، إلا أنه يمكن القول مع ذلك أن الاستخدام الأفضل والتنظيم الجيد لها سيكون له دوره الحاسم.

من خلال العمل الذي تقدمه الثانوية للمراهق حول مواضيع التفكير، فيمكنها، بل ومن الضروري أن تكون جزءاً من عمل وقائي حقيقي. والمسألة ليست مجرد مسألة التأكد من أن ينجح الطالب في ثانويته، بل هي مسألة للانفتاح ثم الحفاظ على مساحة تفكير تسمح بإبقاء الاهتمام بالمعرفة المقدمة من قبل الآخرين دينامياً وحيوياً.

ثالثاً - الدخول في الفصام لدى المراهق

1- حول مفهوم الفصام وتعريفه

ترجع تسمية الفصام في الأصل لأوجين بلوير Eugen Bleuler سنة 1908. أصل المصطلح «schizophrénie» من اليونانية ويتكون من مقطعين: (schizein) تعني الانقسام و(phrèn) العقل. لا يزال تشخيص بداية الفصام صعباً. وعلى الرغم من استخدام منهجية موضوعية وأكثر صرامة في أحدث الدراسات حول تشخيص الفصام من خلال المقابلات المنظمة للمتلازمات البادية، فإن حساسية وخصوصية الاشارات البادية للفصام لا تزال منخفضة. ويمكن التمييز بين ثلاث مراحل تطويرية (Marcelli et Braconnier, Tandonnet 2018, p.455):

- مرحلة ما قبل المرضية (prémorbide) تحدد الأشخاص المعرضين للخطر؛
- مرحلة بادرية (prodromique) ؛
- مرحلة ذهانية صريحة، يمكن وصف 3 مجالات من الاضطرابات التي تميز هذه المرحلة: الفشل النفس حركي، عدم تنظيم الفكر، تشويه الواقع

يمكن القول أن عامل الوقت هو العامل المحدد في تشخيص الاضطراب لدى المراهق، من خلال تواترها. وبسبب عواقب هذا المرض على متابعة الدراسة والادماج الاجتماعي، يصبح من الضروري إجراء التشخيص في أقرب وقت ممكن. ففي بداية ظهور الفصام، يزيد الجدول العيادي غير المكتمل بالاعراض من تعقيد التشخيص.

وبالرغم من تنوع السلوكيات الأولية، يمكن بشكل كلاسيكي التمييز بين 3 أنواع رئيسية من البداية كما ذهب إليه Marcelli وزملاءه (2018):

- **الأشكال الحادة**، يقدر تواترها من 30 إلى 50 % وتمثل ثلثي أوضاع الدخول في الفصام: تظهر الهجمات الهذائية أو حالة الارتباك الحاد، ولكن أيضًا اضطراب بمظهر هوسي أو مناخولي (كآبة حادة) أو بمظهر مختلط، تكون مزعجة ومثيرة للقلق بطابعها غير النمطي. على الرغم من أنها استثنائية في مرحلة المراهقة، إلا أنه يجب أن نذكر بشكل منفصل متلازمات الجمود والتي يحتمل أن تكون مسبباتها عضوية؛
- **الأشكال التقدمية أو شبه الحادة**: بشكل عام، تأخذ الحالات الهذائية بتطور تحت الحاد نوع من الاتوماتيكية العقلية ولكن أيضًا الحالات العصابية الزائفة؛
- **الأشكال الخفية (الخبیثة)**: وهي الأكثر صعوبة في اكتشافها، يمكننا أن نلاحظ بسهولة حدوث تراجع أو تقهقر دراسي حاد، سلوكيات غريبة اندفاعية أو قهرية.

2- أعراض الدخول في الفصام

- يتم في هذه المرحلة من الدخول في الفصام احصاء 7 فئات من الأعراض "السلبية"، مايسمى "بالحالات العقلية بمخاطر اكلينيكية"، أوردتها (Catheline, 2012, pp. 336, 337) في:
- أعراض من النمط العصابي: الحصر، التهيج، نفاذ الصبر، الغضب، اضطرابات الوسواس القهري أو الهستيريا؛
 - أعراض المزاج: تقلبات مزاجية، مزاج مكتئب، انعدام التلذذ أو فقدان القدرة على الاستمتاع، الشعور بالذنب، أفكار انتحارية،... إلخ؛
 - اضطرابات الإرادة: اللامبالاة، فقدان التحفيز والاهتمام، الملل، التعب،... إلخ؛
 - الاضطرابات المعرفية: اضطرابات الانتباه، التركيز والذاكرة، ظواهر ايقاف التفكير، استمرار أحلام اليقظة، تناوب الشعور بالفراغ والإثارة أو انتشار التفكير يعطي للشخص انطباعا بفقدان السيطرة. على المستوى الدراسي يظهر في الكثير من الأحيان انخفاضًا غير مبرر في العلامات الدراسية، أي أنه لا يُعزى إلى حدث خارجي كتعاطي الحشيش مثلاً. لكن في بعض الأحيان، يمكن للزيادة المفاجئة والكبيرة في هذا الاستهلاك أن تخفي المرحلة البادئة للفصام؛
 - تتكون الأعراض الجسدية من شكاوى حول الانطباعات الجسدية الغريبة والمتنوعة، مثل الشعور بالحركة، الشعور بالشد، التفريغ الكهربائي، الألم أو تعديلات الأعضاء،... إلخ؛
 - تتميز التغيرات السلوكية بالانسحاب الاجتماعي، تدهور الأداء الأكاديمي أو المهني، الاندفاعية، الشعور بالغرابة، الاهتمام بالشعوذة والتنجيم والسحر واتباع الطوائف. في الفصل الدراسي، يظهر التعبير عن الغرابة في الواجبات المنزلية المكتوبة (محتوى وشكلا)، كما يبدو الفكر مشوشا.

- هناك أعراض مختلفة مثل عدم الثقة، الحساسية في العلاقات الشخصية، شذوذ خفي في الإدراك، في اللغة، أو في المهارات الحركية. ومن بين الأعراض الأكثر تحديدا نجد: انعدام اللذة واضطرابات الإرادة. ومع ذلك، يمكن الخلط بينها وبين "لامبالاة" المراهقين.

- بالإضافة إلى ذلك، يمكن لاضطرابات المزاج في مرحلة المراهقة يمكن أن تترك التشخيص. في الوقت ذاته، تظهر تكرارات من الأعراض الاكتئابية في الفصام. وبالموازاة تمثل الأعراض الكثيرة من الاضطرابات ثنائية القطب سمات ذهانية خلال الحلقة الافتتاحية للدخول في الفصام.

- يصعب التمييز بين السيمولوجية السلبية للاعراضية المزاجية الاكتئابية: اللامبالاة، الانسحاب، انعدام اللذة. كما أن وجود الاضطرابات الفصامية الانفعالية التي تنتمي إلى كلا السجلين؛ أي مجموعة الفصامات والاضطرابات ثنائية القطب، يزيد من تعقيد إمكانية التشخيص المبكر.

3- التظاهرات العرضية وإشارات التحذير من تطور الفصام

تتغير المرحلة البادية في شدتها ومدتها وطريقة التعبير عنها. يمكن للأعراض أن تظل متخفية أو حتى صامتة تماما، وعلى المختصين البحث عن الأعراض من خلال البحث عن إشارات التحذير المتمثلة في:

• الشخصية الفصامية؛

• ضعف التكيف الاجتماعي؛

• تاريخ العائلة والسوابق المرضية العقلية لهم؛

• بداية مآكرة غير واضحة.

• تناول المواد السامة واستهلاك بعض المؤثرات العقلية.

• تطور الأعراض لأكثر من ثلاثة أشهر مضت.

• وجود الأعراض السلبية التي أشرنا إليها سابقا.

ومادامت لم تظهر هجمات سيرورات التفكير وما يترتب على ذلك من تدهور وهلوسة وهذيانات، يكون من الصعب إجراء تشخيص الفصام. ومع ذلك، ومن الأفضل البحث عن الأعراض "الأعراض الإيجابية" المبكرة واستجواب المريض حولها وخاصة أفكار الاضطهاد، الاقتناع بالظواهر التخاطرية، الهلوس السمعية... هذه الأعراض تتطلب تسريع العلاج بمضادات الذهان مع ضرورة الإشارة بشكل خاص إلى النوبات الذهانية التي تظهر عند المراهقين الذين يستهلكون كميات كبيرة من القنب، كون تأثيراته العقلية بالنسبة لكثير منهم تبدو كالأعراض المصادفة في الفصام، لا سيما ما يسمى بالأعراض المنتجة كالحالة الانفعالية المنفصلة عن الواقع لدى بعض المراهقين اللذين يستهلكون جرعات عالية من القنب قد تصل للسُّكر فتظهر حالات الهذيان الحادة المستتارة". كما يُعتقد أن ظهور الأعراض ناتج عن تغيرات الدماغ الطبيعية في مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر. وعلى المستوى العلاجي، من المهم إجراء التشخيص المبكر للفصام من أجل التمكن من بدء العلاج بسرعة، والهدف منه قبل كل شيء هو الحد من مخاطر الانتحار الكبيرة في هذا العمر نظرا لأهمية العوامل

الميزاجية. وفي هذا الصدد، غالباً يتم جمع العلاج الكيميائي بين مضادات الذهان (الجيل الجديد) ومنظمات الحالة المزاجية و/أو مضادات الاكتئاب.

4- عوامل الخطر المؤدية للإصابة بالفصام

أورد (2015) Crocq et Guelfi عوامل الخطر هذه في:

العوامل البيئية: ربط حدوث الفصام بموسم الولادة، كأواخر فصل الشتاء وأوائل الربيع في بعض المناطق، والصيف لشكل عجز المرض. يكون معدل حدوث الفصام والاضطرابات المرتبطة به أكبر في الأطفال الذين ينشأون في بيئة حضرية وفي بعض مجموعات الأقليات العرقية.

العوامل الجينية والفسولوجية: المساهمة تكون من خلال مجموعة من الأليلات "allèles" الخطرة، الشائعة والنادرة. يرتبط ارتفاع خطر الإصابة بالفصام بالنسبة للجنين بمضاعفات الحمل، ترتبط مضاعفات حديثي الولادة بنقص الأكسجة وبتقدم عمر الأب. كما ربطت الأحداث المسببة للفصام قبل الولادة وفي أثناء الولادة بالإجهاد والالتهابات، سوء التغذية، سكر الأم أو غيرها من الحالات الطبية الأخرى. إلا أن الغالبية العظمى من الأطفال المعرضين لعوامل الخطر هذه لا يصابون بالضرورة بالفصام.

العوامل البيولوجية: توجد اختلافات واضحة بين الأشخاص المصابين بالفصام والأشخاص الأصحاء في مناطق متعددة من الدماغ وفقاً لدراسات التصوير العصبي وعلم الأمراض العصبية والفيزيولوجية العصبية. تظهر الاختلافات أيضاً في بنية الخلية، واتصال المادة البيضاء وحجم المادة الرمادية في العديد من المناطق مثل قشرة الفص الجبهي والصدغي. لوحظ انخفاض في الحجم الكلي للدماغ، إضافة لتناقص حجم الدماغ مع تقدم السن. يبدو أن الأشخاص المصابين بالفصام يختلفون عن غير المصابين بالفصام في التتبع البصري والإشارات الكهروفيزيولوجية. العلامات العصبية البسيطة الشائعة لدى الأشخاص المصابين بالفصام هي تشوهات في التنسيق الحركي والتكامل الحسي والتسلسل الحركي للحركات المعقدة، الخلط بين اليمين واليسار وما يرتبط بذلك من إزالة التثبيط للحركة. كما قد تظهر تشوهات جسدية طفيفة في الوجه والأطراف.

العوامل الثقافية ترتبط بالدرجة الأولى بأشكالية التشخيص، فقد تشخص بعض الأفكار الهذيانية والهالوس السمعية التي تشجعها ثقافة ما في تصنيف الفرد ضمن الجدول العيادي للفصام.

5- الانعكاس الوظيفي للفصام

يرتبط الفصام باختلالات كبيرة على المستوى الاجتماعي والمهني. غالباً ما تتعرض الجهود المدرسية والاحتفاظ بالوظيفة للخطر بسبب انخفاض الإرادة المرضي ومظاهر أخرى من الاضطراب، بالرغم من كون المهارات المعرفية كافية لإكمال المهام المطلوبة بنجاح. كما يؤدي الفصام إلى محدودية الاتصال الاجتماعي خارج الأسرة.

عدد كبير من الفصاميين لديه أفكار انتحارية صريحة وواضحة، ويحاول 20% منهم الانتحار في واحدة أو أكثر من المناسبات، وينجح حوالي 5-6% منهم في محاولاته الانتحارية. في بعض الأحيان يحدث السلوك

الانتحاري كاستجابة لأوامر الهلوسة لإيذاء النفس أو إيذاء الآخرين. يظل خطر الانتحار قائما طوال حياة الشخص الفصامي سواء كان من الرجال أو النساء، على الرغم من أنه مرتفع بشكل خاص عند الرجال الشباب، بالخصوص إن كانوا يستهلكون المخدرات. يضاف ظهور أعراض الاكتئاب، الشعور باليأس، البطالة وعوامل خطر أخرى كدوافع للقيام بالانتحار عند الفصامين، كما أن الخطر يكون أعلى في الفترة التي تلي نوبة ذهانية أو بعد خروج المريض من المستشفى (Ibid).

المحاضرة الحادية عشر: التغيب عن المدرسة

الأهداف العامة

- أن يفهم الطالب الصعوبات المرتبطة بالتغيب المدرسي في مرحلة الثانوي،

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف الطالب على أشكال التغيب المدرسي
- أن يحدد الأسباب المؤدية للتغيب المدرسي والتسرب المدرسي،
- أن يكتشف حلول التغيب المدرسي والحلول العلاجية للحد من ظاهرة التسرب المدرسي.

يكاد لا يخلو صف من الصفوف المدرسية من بعض المشكلات التي تتفاوت في حد ذاتها من صف لآخر ومن بين هذه المشكلات نجد مشكلة التغيب عن المدرسة، لها العديد من التداعيات التربوية والنفسية والاجتماعية واقتصادية لما تسببه من هدر للموارد المالية المستثمرة في التربية والتعليم.

أولا: التغيب المدرسي

1- حول مفهوم التغيب المدرسي

يشير الغياب المدرسي إلى عدم الانتظام في حضور الطلاب في كل أو بعض الدروس في بعض الايام المدرسية. فهو عبارة عن غياب متكرر طوال العام الدراسي، أو في فترات معينة، تتعدد أسبابه بين عوامل خارجية تحتمها الظروف المدرسية، الاجتماعية أو الاقتصادية... أو قد ترجع لاسباب ذاتية ترتبط بشخصية الطالب، ظروفه الصحية، أو لغياب استثمار التعليم استثمرا ايجابيا وعدم دافعيته، كما قد ترجع لأسباب نفسية داخلية ترتبط بالجوانب السيكودينامية.

يعرف الغياب المدرسي بأنه عدم حضور الطالب الى المدرسة دون سبب أو عذر وجيه، وهناك من يعرف غياب الطالب عن المدرسة بانه هو عدم تواجده بها خلال اليوم الدراسي الرسمي أو جزء منه، سواء كان هذا الغياب من بداية اليوم الدراسي، أو كان بعد وصوله للمدرسة والتنسيق مع بعض زملائه حول الغياب، أو حضوره للمدرسة والانتظام بها ثم مغادرته لها قبل نهاية اليوم الدراسي الرسمي، دون عذر مشروع (رون و زيارو، 2012، ص.117).

2- أشكال التغيب المدرسي

كشفت التحقيقات أن نسبة التغيب المدرسي لدى طلاب الثانوية يكون أكبر منه لدى تلاميذ المتوسطة، يمكن تمييز 5 أنواع من التغيب كما اشارت إليه (Catheline, 2012)

1 • **تغيب القرب:** وهو الشكل الأقرب للمدرسة الغابية الألمانية. يبتعد المراهق عن الصف ويتخطاه دون مغادرة المدرسة. التلميذ يدرس متى يشاء ويغيب متى يشاء، يتهرب من الدخول للصف الدراسي لأنه لم يؤد واجباته المدرسية أو لكونه لم يستعد جيداً للاختبار.

على المستوى النفس مرضي، يتوافق هذا السلوك مع الحفاظ على قوة الطفل ويشير إلى توظيف الفكر. إذا كان التغيب نادراً (أقل من 4.5 يوم من الغياب في الثلاثي الواحد)، في هذه الحالة لا داعي للقلق. في حين أن تكرار هذا السلوك بكثرة يستدعي جذب الانتباه وأن يتم تقييمه من قبل الأخصائيين (طبيب الأطفال المختص في الطب العقلي والمختص النفسي)؛

2 • **التغيب الاستفزازي:** يمكن مقارنة هذا النموذج بالصيغة السابقة. يغادر المراهق ليتم ملاحظته ويثبت وجوده. يتم الجمع بين حاجة الفرد للنمو والهجوم ضد المؤسسة التي تميل إلى استصغار الطلاب. يرى البعض بضررة استبدال مصطلح التغيب بمصطلح "الانسحاب". وهو شكلاً من أشكال التخلي عن المدرسة في مواجهة مدرسة ديمقراطية جماعية، يعتقد طلابها بانه لا يمكن أن يكون لديهم سوى تجارب سلبية في مدرسة تقيم طلابها من خلال الفشل.

3 • **التغيب الاستهلاكي:** على خلاف النوعين السابقين من التغيب، يلاحظ ظهور حديث للسلوك الاستهلاكي لدى بعض المراهقين. حيث يختار المراهق دروسه حسب الطلب، فيختار مواداً ثانوية دون أخرى مايسمح له بالتهرب من المواد التي لا يستثمرها. لا يفوت الطالب امتحاناته، وهو طالب جيد جداً. وما يهيمه هو النجاح والشهادة دون الاهتمام بمحتوى التعليم أو نظام المؤسسة. يرفض الخضوع لإملاءات الكبار، وهم عكس الفئة الأولى تماماً، يشترك في استخدام القدرة المطلقة للفكر، لكن بهدف حماية نفسه من إضفاء الطابع المثالي على النماذج الأبوية والاساتذة.

4 • **التغيب بالحضور (الحضور الجسدي):** المراهق موجود في الفصل لكنه شارد الذهن ولا يشارك المراهق في الحياة المدرسية (حضور جسدي فقط). وهذا النوع من التغيب يخص الطلبة الذين وجهوا عن طريق الخطأ أو لديهم صعوبات في التعلم. ومع ذلك، من الضروري البحث عن علامات من السلسلة الاكتئابية. والفشل الأكاديمي لا يكون هو النتيجة بل السبب وراء ذلك.

5 • **التغيب الرهابي:** يظهر المراهق للاستاذة على أنه "تافه وكسول"، وبأنه غير مسؤول، تولد المدرسة لديه رهاباً مدرسياً.

ترتبط الأنواع الثلاثة الأولى من التغيب الدراسي بالعمل النفسي للمراقبة لكن مع استعارة واضحة للخلفية الاجتماعية في تعبيرها، في حين أن النوعين الأخيرين يتوافقان أكثر مع المشكلات الفردية التي يترك فيها الفشل المدرسي والاكنتاب.

3- الأسباب المؤدية للتغيب المدرسي

يرجع غياب الطالب من المدرسة لأسباب ذاتية شخصية وأخرى مدرسية، إضافة لعوامل اسرية، تتمثل هذه الاسباب كما اوردها (قطامي، 1999)، (فرج، 2006)، (المعاينة، 2009) في:

1. العوامل الذاتية: عوامل تعود للطالب نفسه وتتمثل في:

- شخصية الطالب وتركيبته النفسية بما يمتلكه من استعدادات وقدرات وميولات تجعله لايقبل العمل المدرسي ولايقبل عليه.

- الإعاقات والعياهات الصحية والنفسية الملازمة للطالب، والتي تمنعه عن مسايرة زملائه فتجعله موضعاً لسخريتهم، فتصبح المدرسة بالنسبة له خبرة غير سارة مما يدفعه الى البحث عن وسائل يحاول عن طريقها اثبات ذاته.

- عدم قدرة الطالب على استغلال وتنظيم وقته وجهل افضل طرق الاستذكار، ممايسبب له احباط واحساسا بالعجز عن مسايرة زملائه تحصيلياً.

- الرغبة في تأكيد الاستقلالية واثبات الذات فيظهر الاستهتار والعناد وكسر الانظمة والقوانين التي يضعها الكبار (المدرسة والمنزل) والتي يلجأ اليها كوسائل ضغط لاثبات وجوده.

2. **العوامل المدرسية:** عوامل تعود لطبيعة الجو المدرسي والنظام القائم بها والظروف السائدة التي تحكم العلاقة بين عناصر المجتمع المدرسي مثل:

- عدم سلامة النظام المدرسي، وتأرجحه بين الصرامة والقسوة وسيطرة العقاب كوسيلة للتعامل مع الطلاب أو التراخي والاهمال، وعدم توفر وسائل الضبط المناسبة.

- سيطرة بعض انواع العقاب بشكل عشوائي وغير مقنن مثل تكليف الطالب بكتابة الواجب عدة مرات والحرمان من بعض الحصص الدراسية والتهديد بالإجراءات العقابية...الخ.

- عدم توفر الأنشطة الكافية والمناسبة لميول الطالب، قدراته واستعداداته التي تساعد في خفض التوتر لديه، وتحقيق المزيد من الاشباع النفسي.

- كثرة الأعباء والواجبات، خاصة المنزلية التي يعجز الطالب عن الوفاء بمتطلباتها.

- عدم تقبل الطالب والتعرف على مشكلاته، ووضع الحلول المناسبة لها مما أوجد فجوة بينه وبين بقية عناصر المجتمع المدرسي، فكان ذلك سببا في فقدان الثقة في مخرجات العملية التعليمية برمتها، واللجوء الى مصادر اخرى لتقبله

3. العوامل الاسرية: تتمثل في طبيعة الحياة المنزلية والاسرية، والظروف المختلفة التي تعيشها والروابط التي تحكم العلاقة بين اعضائها، ومما يلاحظ في هذا الشأن مايلي:

- اضطراب العلاقات الاسرية وما يشوبها من عوامل التوتر والفشل من خلال كثرة الخلافات والمشاجرات بين اعضائها مما يشعر الطالب بالحرمان وفقدان الامن النفسي.
- ضعف عوامل الضبط والرقابة الاسرية بسبب ثقة الوالدين المفرطة في الابناء واهمالهم وانشغالهم عن متابعتهم، فوجدوا في عدم المتابعة فرصة لاتخاذ قراراتهم الفردية بعيدا عن الاباء.
- عدم قدرة الاسرة على الايفاء بمتطلبات واحتياجات الثانوية، وحاجات الطالب بشكل عام، مما يدفعه لتعمد الغايات منعا للإحراج ومحاولة للبحث عما يفي بمتطلباته.
- إذلال الطالب وعدم حثه على الذهاب الى المدرسة.

4- حلول لمشكلة التغيب المدرسي

- من الضروري أن تشمل الحلول المقترحة في هذا المضمار على النقاط التي اثارتها، وبتعديل العوامل التي ساهمت في ظهورها. أورد (الحريري، بن رجب، 2008، ص.121) بعض الحلول نختصرها في النقاط التالية:
- البحث عن أسباب المشكلة مع ولي الامر عن طريق المختص النفسي ومحاولة فهمها؛
 - تعرف الاستاذ على اهتمامات التلميذ وحاجاته النفسية ومشكلاته ومراعاة الفروق الفردية؛
 - تشجيع المدرس على الحوار الدافئ ومعاملة التلميذ بلطف بعيدا عن استخدام التهديد والعقاب.
 - اعطاء التلميذ بعض المسؤوليات اليومية التي تتوافق مع قدراته.
 - توفير بيئة تعليمية سليمة تشد التلميذ للحضور اليومي.
 - تعديل المناهج والتقليص من الواجبات المنزلية بحيث لا تستنفد قوة الطالب.

ثانيا: التسرب المدرسي (التخلي عن الدراسة)

يعتبر التسرب المدرسي (التخلي) احدى المشاكل الرئيسية التي تعيق سير العملية التربوية، كما تشكل تحديات كبيرة تهدد النظم التربوية بصفة عامة، المدرسية والمؤسسية التربوية بصفة خاصة، حيث تعيق أهدافها التي تسعى إلى تحقيقها. إضافة إلى ما لها من عواقب على المستوى الفردي للمتسربين ولعائلاتهم وجميع المحيطين بهم.

1- حول مفهوم التسرب المدرسي

يعتبر الغياب المدرسي أول خطوة نحو التسرب من المدرسة كما هو الحال مع التغيب عن الدراسة. ويجب أيضا اعتبار التسرب علامة تحذير أكثر شمولية وليس تحفيز استجابة تعليمية فقط، حيث أظهرت العديد من الدراسات أهمية الصلة بين التغيب والتسرب. وبأن التغيب ليس مؤشرا تنبؤيا (بالمعنى الإحصائي) للتسرب من المدرسة فقط، بل هو عرض قوي يجب أن يثير انتباه الباحثين كونه يعتبر أحد العلامات الملاحظة التي تترجم الخطوات الأولى للطالب للدخول في دورة التسرب من المدرسة.

ظهر مصطلح التسرب المدرسي في الاتحاد الأوروبي، إلا أنه كان موجود منذ فترة طويلة في البلدان الأنجلوساكسونية (drop out). وظهرت قضية التسرب المدرسي في الوقت الذي أصبحت فيه الدراسة الزامية، والتخرج يحدث في وقت متأخر. وعرفت منظمة اليونيسكو المتسرب بأنه: التلميذ الذي يترك المدرسة قبل السنة الأخيرة من المرحلة الدراسية التي سجل فيها. ويعرف أيضا بأنه ترك المدرسة قبل إنهاء مرحلة معينة من التعليم.

حاليا، هناك إجماع علمي على فهم التسرب من المدرسة كسيرورة يمكن وصفها في معظم الحالات على ثلاث مراحل قبل الوصول إلى حالة التسرب المدرسي: صعوبات مدرسية مبكرة، مشاكل سلوكية، والتغيب. تتوافق هذه السيرة مع البروفيل السائد للمتسرب، على الرغم من تعدد بروفيلات المتسربين.

2- مؤشرات التسرب المدرسي

ويقصد بها المؤشرات التي تسبق التسرب المدرسي، أوجز الباحثون هذه المؤشرات في عدد من النقاط أوردها (عمر عبد الرحيم نصر الله، 2004) فيما يلي:

- كلما كان المتمدرس غير ناضج لجأ إلى الشكاوى الجسدية؛
- العدوان والمعارضة لنموذج الوالدين فيما يخص الأمور المدرسية؛
- عدم الانتباه والتشتت في القسم،
- العنف الزائد في المدرسة؛
- ضعف الدافعية للدراسة؛
- تمرد على النظام في القسم ومحاولة دائمة للتخلي؛
- إهمال كلي للنظام المدرسي ولإمبالاة مطلقة اتجاه النظام المدرسي.
- خمول تتبعه فوضى في التنظيم الخاص والعام.
- تصرفات عدوانية تتميز بالمشاكسة وعدم الانضباط، والسعي لتحدي كل ما هو نظامي؛
- تناول المخدرات أو قضاء الكثير من الوقت أمام ألعاب الفيديو، وعدم انجاز واجباته المدرسية.

3- أشكال التسرب المدرسي

سعى باحثون في أمريكا الشمالية، لا سيما في كندا منذ منتصف السبعينيات لإنشاء تصنيف للتسرب المدرسي التي تأخذ أشكالاً وصوراً مختلفة. وقام (Eliot et Voss 1974) بالتمييز بين:

- 1• المتسربين الذين لا يستطيع النظام دمجهم بسبب محدودية إمكاناتهم الذهنية ("المعوقون فكرياً" أو "المتسربون العاجزون")؛
- 2• المتسربين الذين لديهم نشاطاً أكثر في أحد الأبعاد؛ أي ("المتسربين القادرين").

كما اقترح (Kronick et Hargis 1990) تصوراً مختلفاً، يميزون فيه بين أولئك الذين ينجحون في المدرسة عن أولئك الذين يفشلون. ففي فئة "الطلاب المتفوقين"، يحددون المراهقين الذين يتركون المدرسة لطردهم منها بسبب مشاكل سلوكية. أما في فئة أولئك الذين يفشلون بإنجاز منخفض، فهم يأخذون في الاعتبار ثلاثة أنواع من المتسربين:

- المطرودين بسبب مشاكل سلوكية كرد فعل لتجربة الفشل.
- المتسربين المتكتمين الذين ينتظرون دون أن يظهروا استياءهم كونهم كبروا في العمر كفاية لترك المدرسة؛
- المتسربين الذين أكملوا تعليمهم الثانوي، لكن دون الحصول على الشهادة.

أما جانوزس وزملاءه (Janosz et al, 2000)، فقد تبينوا نموذجاً نظرياً يربط التسرب من المدرسة بثلاثة أنواع من المعايير: سوء التكيف الأكاديمي السلوكي، الالتزام بالتمدرس، والمردود الدراسي. حيث يتيح تقاطع هذه الأبعاد الثلاثة إلى ظهور أربعة ملامح للمتسربين: المتكتمون، والمحزونون ممن تم فك ارتباطهم، ذوو الأداء الضعيف، وغير المتكفيين. تتمثل سمات مختلف هذه الملامح الأربع كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول (5) الملامح المختلفة للتسرب المدرسي (Janosz et al., 2000)

المتسربون المتكتمون	المتسربون المتحزونون	المتسربون بأداء ضعيف	المتسربون غير التكفيين
<ul style="list-style-type: none"> • هم طلاب جادون؛ • ممتثلون لقواعد المدرسة؛ • نتائجهم المدرسية أقل من المتوسط. 	<ul style="list-style-type: none"> • يتميزون خاصة بتطلعات تعليمية منخفضة؛ • مستوى منخفض من الكفاءة المدركة؛ • نتائجهم ليست سيئة كثيراً؛ • غالباً ما يتم رفضهم من المؤسسة التعليمية. 	<ul style="list-style-type: none"> • التلاميذ الذين حصلوا على نتائج سيئة للغاية؛ • عدم إظهار أي معارضة للمدرسة من خلال سلوكهم. 	<ul style="list-style-type: none"> • يشمل الطلاب الذين يعانون من مشاكل فس السلوك ومشاكل في التعلم في الوقت ذاته.

4- العوامل المؤدية إلى التسرب المدرسي

الكثير من الأبحاث تسلط الضوء على العوامل المؤدية إلى التسرب المدرسي، سواء كانت على المستوى الفردي أو السياقي كما قد يكون بعضها متداخلا. عوامل رئيسية كثيرة تؤدي إلى انقطاع الطالب عن الدراسة، وفي ذلك تختلف هذه العوامل في مدى تأثيرها بين طالب وآخر، ويبقى من الصعب تحديد التفاعلات بين هذه العوامل.

تشمل **العوامل الفردية**: الجنس، الخلفية الاجتماعية، هيكل الأسرة والظروف المحيطة بها، العوامل النفسية والاجتماعية (البروفيل النفسي اجتماعي)، المهارات الأكاديمية أو الخصائص الأكاديمية للأفراد. أما عوامل السياق، فترتبط بالخصائص الاقتصادية والاجتماعية للسكان في منطقة ما، والمؤسسات المتوفرة فيها.

يمكن أن نوجز هذه العوامل في النقاط التالية:

- أسباب تتعلق بالطالب؛ تتمثل في ضعف الحالة الصحية، أو الإصابة ببعض الإعاقات الحسية أو العاهات؛
- انخفاض القدرات العقلية والتطويرية للطالب، وقصور القدرات الذي يعرضه إلى الرسوب المتكرر،
- تدني التحصيل الدراسي وصعوبات التعلم؛
- الغياب المدرسي المتكرر وضعف المتابعة من قبل إدارة المؤسسة التعليمية؛
- أسباب ترتبط بالأهداف التعليمية والنظام التعليمي الذي يجعل الطالب يعزف عن الدراسة؛
- كثرة الواجبات المدرسية واستخدام العقاب البدني والمعنوي الذي يجعل الطالب ينفر من الدراسة؛
- ضعف المستوى العلمي للطلبة والرسوب المدرسي والذي يعتبر من أهم الأسباب؛
- عدم وضوح أهداف التعليم وأهداف الدراسة في أذهان المتعلمين وأولياء أمورهم؛
- محتوى المناهج؛ فإذا كانت المواد الدراسية لا تفسح المجال للنشاطات وفعاليات ترتبط بالحياة الإنسانية للتلاميذ، فإن البقاء في المدرسة يصبح مملا؛
- عدم تلبية المناهج لاحتياجات الطلاب ومراعاة ميولاتهم الشخصية؛
- طرق التدريس العقيمة التي تعتمد على الحفظ والتكرار؛
- العدد الكبير للطلبة في الفصل الواحد، ما يحول دون متابعتهم من قبل مدرسيهم؛
- ضعف أو عدم إهتمام الأسرة بالتعليم الذي يتضح في إهمال الآباء وانشغالهم بأمر أخرى، ما يحول دون مراقبة الأبناء وتشجيعهم على الدراسة؛
- المشاكل الأسرية التي تؤدي إلى إهمال الطفل وعدم رعايته،
- الوضع الأسري، حيث يتضخم التسرب المدرسي كلما كان هناك انحدار في السلم الاجتماعي، ففي الغالبية العظمى من الحالات، يتطور التسرب المبكر من المدرسة في العائلات حيث يمثل الفشل المدرسي جانبا "مشتركا بين الأجيال"؛
- ضعف العلاقة بين الأسرة والمؤسسة التعليمية، وضعف التنسيق بين المرشد الطلابي وإدارة المدرسة وأسرة الطالب؛

- قصور الإمكانيات الاقتصادية عن الوفاء بمتطلبات الدراسة وتشجيع الأبناء للعمل على حساب التعليم؛
- يظهر تأثير المدرسة من خلال النفور من الجو المدرسي الذي لا يوفر العطف والإحترام، فيشعر المتعلم بعدم الإلتزام للمجتمع المدرسي والنفور منه؛
- العلاقات ما بين الطلاب بعضهم بعضاً؛ قد يكون للتفاعل السلبي الذي يأخذ مظاهر الكراهية، المشاحنات والمنافسة الهدامة تأثيراً سلبياً على التوافق والإنسجام المدرسي للمتعلم، ومنه الهروب من المناخ المدرسي؛
- يرتبط التسرب المدرسي بسبب بعض المشاكل أو الاضطرابات النفسية كحالات الاكتئاب التي يختبرها المراهق دون أن يلاحظها أحد، رهاب المدرسة... إلى غيرها من المشاكل النفسية أو الانفعالية والسلوكية؛
- إضافة إلى كثرة المغريات في عصرنا الحالي والتي تشد الطالب وتلهيه عن دراسته.

5- التسرب المدرسي من منظور علم النفس المرضي

من المعروف بأن الأمراض العقلية لها تأثيرها على جودة التعليم قد تصل الى الفشل المدرسي التام. وكشفت جميع الدراسات الاستقصائية الوبائية الأخيرة التي قام بها المعهد الوطني للصحة والبحوث الطبية INSERM وجود صلة بين الفشل المدرسي، والتسرب المدرسي بدرجة أولى وبين مختلف المشاكل، لا سيما المشاكل السلوكية (المشاجرات، استهلاك المواد والمخدرات، ...)

يشير Marcelli وزملاءه أن التسرب المدرسي يحدث في حالتين مختلفتين. فقد تكون رغبة يعبر عنها المراهق بوحشية دون أن تسبقها عناصر مقلقة بصراحة. تكمن خطورة هذه الرغبة في القناعة المعبر عنها، ويصر المراهق بشدة على مقاطعة دراسته، ويعبر عن سلسلة كاملة من الأسباب التي يصعب أحياناً كسر منطقتها. غالباً ما يظهر هذا الجانب المنطقي والوحشي والصلب بمظهر رد الفعل بجنون العظمة نفهم بنائه من وجهة نظر نفسية مرضية. يكون الاكتئاب دائماً محرك رد الفعل هذا. علاوة على ذلك، يمكن أن يحدث هذا بعد التخلي عن المدرسة أو يسبقه حالة من الاكتئاب الأساسي التي لم يلاحظها أحد أو قد يظهر كإكتئاب صريح. يمثل الوصول إلى البعد الإكتئابي لهذا التفاعل إمكانية تحرير الذات منه.

من جهة أخرى، يعتبر التسرب المدرسي كامتداد للتدهور المدرسي المرتبط بزيادة التغييب. وقد يترافق في بعض الأحيان الهروب من الوسط الأسري أيضاً. يكمن الخطر في التصعيد نحو أشكال أكثر خطورة مع تعاقب المرور للفعل، ظهور الكسل والخمول، والسلبية. ويأخذ البعد التفاعلي بين التسرب المدرسي والسلوكيات الأخرى من جهة، البيئة الأسرية والاجتماعية من جهة أخرى كل أهميته.

وكما هو الحال في الصعوبات المدرسية العابرة التي تستثيرها وزن التغيرات العاطفية والعلائقية في سيرورة المراهقة، والمتمثلة في فئتين رئيسيتين من الصعوبات؛ فرط الاستثمار المدرسي والتدهور المدرسي، أو في حالة الرهاب المدرسي؛ فإنه في حالة التسرب المدرسي تمثل وضعية استقطاب الصراعات النفسية الداخلية في مجال معين، لكنها ترتبط أكثر بالتوظيف النفسي أين يتم التعبير عن التخلي المدرسي بعناصر أخرى تعززها، يصبح التنسيق بعدها أكثر تنظيماً كي يحدث التخلي بشكل حقيقي ونهائي. (Marcelli et

Braconnier, Tandonnet 2018, p. 685)

تتراكم العلامات وسلوكيات الخطر بما في ذلك التظاهرات العرضية من السلسلة الاكتئابية، ولا سيما محاولات الانتحار لدى المتسربين من المراهقين والشباب. ويأتي استثمار العمل المدرسي والفكر في مرحلة المراهقة من الاستثمارات النزوية المباشرة وتخضع لعمل نزع الطابع الجنسي والتسامي الثانوي. فكلما زادت الصراعات النفسية في بيئته، زاد إضفاء الطابع الجنسي على الفكر؛ حيث ينظر إلى نشاط الفكر كـ "ذنب" كونه قريب من الرغبات المحظورة. وبالتالي فإن "إضفاء الطابع الجنسي" على الفكر هو أصل تثبيط التفكير، وفي أخطر الحالات عبارة عن سيرورة الهجوم على افكر من النمط الذهاني.

في التنظيمات العصابية، تسود سيرورات التثبيط التي يمكن ملاحظتها بسهولة في حالات الوسواسية الحادة في مرحلة المراهقة، وغالبا ما يبدأ الفشل في هذا العمر بفشل أكاديمي متكرر. في الباتولوجية الحدية، يمكن لآلية الانشطار أن تحافظ على عمليات التفكير لفترة من الوقت. حتى أنه يمكن ملاحظة فرط الاستثمار الدفاعي كما هو الحال في فقدان الشهية العصبي. لكن هذا الاستثمار غالبا ما يتميز بصلابته وعدم قدرة المتمدرس على استخدام معرفته بطريقة ملائمة اجتماعيا كنتيجة للانشطار؛ أي نادرا ما يصل المراهقون إلى المستوى الاجتماعي والمهني الذي كانت جودة دراساتهم ستمكنهم من تحقيقه. أما في الباتولوجية الذهانية، فإن سيرورات التفكير ذاتها هي التي تتعرض للهجوم على وجه الخصوص من خلال الإنكار والقدرة المطلقة والانشطار. وتعتبر العلامات السريرية هي علامات التدهور؛ إذ تكون الاضطرابات المدرسية هي العلامات الأولى لبداية حالة الفصام أو نتيجة حالة ذهانية حادة، وتتم حالة التخلي عن الدراسة تدريجيا. والعائق الذي يحول دون القدرة على الانتباه من خلال العمليات الأولية وغزو الفكر من قبل المحتوى القديم المقلق والمخيف، يرتبط ارتباطاً مباشراً بالتنظيم الذهاني للشخصية. (Ibid, p. 686)

6- الحلول العلاجية للحد من ظاهرة التسرب المدرسي

طرح الباحثون عددا من الحلول للتصدي لظاهرة التسرب المدرسي، أوردها (2016) حسب الأدوار المنوطة بالفاعلين التربويين (المعلم، الأسرة، وزارة التربية والنظام التربوي)

1- دور المعلم العلاجي لظاهرة التسرب المدرسي

- احترام المدرسين لطلابهم ومعاملتهم معاملة تليق به كطالب يشعره باحترامه لذاته وينمي ثقته في نفسه مما يعزز لديه روح الانتماء والاحساس بالأمان،
- مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وتجنب اشعارهم بالدونية مما يسهل استمرار عملية التعلم.
- لجوء المدرسين لاستعمال طرق مرنة للتدريس تجاوب معها الطالب وتجذبه إلى حب التعلم.
- العمل على تغيير معتقدات الطلبة وسلوكهم حول العملية التعليمية.

2. دور الأسرة العلاجي لظاهرة التسرب المدرسي

- تجنب إصدار الأحكام المسبقة السلبية عن المؤسسة التعليمية امام الأبناء حتى لا تكون ذريعة للنفور من عملية التعليم،

- تعزيز رغبة الابن في إثبات ذاته وتأكيد لها امام الآخرين، وتجنب المقارنات بينه وبين باقي الطلبة من الاقران أو أبناء معارفهم؛
- توثيق الصلة بين البيت والمؤسسة التعليمية واحاطة الابن بالرعاية والاهتمام في المجال الدراسي، وإظهار اهتمامهم هم بذاتهم لأهمية التعليم دون افراط أو تفريط.
- الإرشاد السلوكي للأسرة بعقد اجتماعات لأولياء أمور الطلبة.
- 3- الاهتمام بالمنظومة التعليمية والمهنية: من خلال**
- تأهيل المعلمين والاهتمام بالعملية التعليمية، التأهيل المهاري والخبرة للمعلمين،
- إنشاء مراكز التكوين المهني في مختلف المناطق، وتسهيل إجراءات الالتحاق بها؛
- التنويع في برامج التكوين المهني وسن القوانين والتشريعات اللازمة التي تحدد آلياتها.

المحاضرة الاثني عشر: استهلاك المواد المهلوسة

الهدف العام

- أن يطلع الطالب كل ما يرتبط باستهلاك المادة لدى طالب المرحلة الثانوية.

الأهداف الإجرائية

- أن يتعرف على الاخطار المرتبطة باستهلاك المواد المهلوسة،
- أن يتعرف على أشكال استهلاك المادة (التدخين، الكحول، المخدرات) وخصوصيتها لدى المراهق،
- أن يتعرف على الأسباب السيكودينامية وراء استهلاك المادة،
- أن يميز بين أنواع المخدرات واصنافها،
- أن يكتشف الأسباب والتفسيرات المطروحة حول تناول المخدرات.

يعتبر استهلاك المادة بين المراهقين والشباب مشكلة لها أصولها الفردية، الأسرية والمجتمعية. قد تبدأ من انحراف أو خطأ بسيط نتيجة الصدفة وحب التجريب أو بضغط من رفاقاء السوء... وصولا للإدمان لدى البعض.

1- أشكال استهلاك المادة

ميّز العلماء أربعة أشكال من الاستهلاك، تتمثل كما اوردها (Catheline, 2012, p.395) في:

- الاستخدام الذي لا يمكن اعتباره باتولوجيا كونه يتوافق مع الاستهلاك غير المنتظم دون الإضرار بالصحة الجسدية أو النفسية؛
- الاستخدام الخطر، يتوافق مع الاستهلاك الذي يمكن أن يكون له عواقب صحية أو مشاكل طبية- شرعية سواء للشخص نفسه أو للآخر،
- يكون للاستخدام الضار (أو المبالغة في الاستهلاك) عواقب اجتماعية كبيرة: كاستحالة الوفاء بالالتزامات الرئيسية في العمل أو في المدرسة، مشاكل قانونية، الحفاظ على الاستهلاك على الرغم من وجود مشاكل شخصية ناجمة عن هذا الاستهلاك؛
- أخيرا، الاعتماد مع وجود متلازمة الانسحاب في حالة عدم تناول المادة.

2- استهلاك المادة والإدمانية لدى المراهق المتمدرس

بعض النظر عن بعض الحالات الخاصة، لا يمكن اعتبار استهلاك الطلاب لهذه المواد استهلاك ادماني بل غالبا ما يكون بشكل استثنائي وعرضي؛ عبارة عن بحث عن الأحاسيس لتجنب التفكير على وجه التحديد، ووضع الكلمات في معاشه الذي لا يتوافق مع مشروع الطالب. في أغلب الأحيان، يبدأ استهلاك هذه المواد في

الثانوية كمكمل مزيل للقلق في مواجهة المواقف المسببة للقلق، دون أن يدرك الكثيرون مخاطر هذا الاستهلاك الذي يتأرجح بين الاستخدام الخطر والاستخدام الضار (أو المبالغة في الاستهلاك) والاعتماد أو الإدمان.

ويعتبر سن المراهقة هو السن الذهبي لبداية استهلاك المادة، بالخصوص بداية التدخين، استهلاك الكحول أو تناول المخدرا ، فهو يمثل النافذة التي يطل منها الفرد إلى عالم جديد هروبا من واقعه، أو كربة لاستكشاف ما هو جديد تستثيرها ظروف المرحلة، غير أن أغلبيتهم يتوقف عن استهلاكها في بداية سن الشباب. وهذه المواد الثلاث (التدخين، الكحول، المخدرات) هو ما سنفصل فيه، كونها أكثر سلوك يظهر لدى المراهقين في استهلاك المادة.

أولاً: التدخين

على الرغم من الآثار السلبية للتدخين على العديد من الأصعدة، وبالرغم من كونه عامل خطر للإصابة ببعض الامراض الخطيرة وما ينجر عنها من وفيات، وعلى الرغم من مجهودات منظمة الصحة العالمية وحملات التوعية حول الأخطار الصحية للتدخين، إلا أن ظاهرة انتشار التدخين في تفاقم مستمر. تعرف المنظمة العلمية للصحة التدخين على انه عادة سلوكية تتضمن عملية استكشاف مادة التبغ التي تحتوي على كميات من القطران والنيكوتين، ويؤدي الاستخدام المزمن للنيكوتين إلى الاعتماد عليه، وعند التوقف عن التدخين يشعر المدخن معه بالآلم البدني والنفسي، ما يؤدي لان يصبح التدخين سلوكا قسريا متمكنا من المدخن.

1- التدخين لدى الطلاب المراهقين

يزداد سلوك التدخين بقوة بين صفوف الطلبة المراهقين بالمدارس الثانوية كونها المرحلة التي ينزع فيها المراهق لتجربة استهلاك السجائر واستكشافها. بل وأصبحت تمس الشرائح الأقل سنا من طلاب مدارس المتوسطة، بل وحتى تلاميذ الابتدائي في وقتنا الحالي.

ينتشر التدخين بشكل واسع كأول سلوك استهلاكي للمواد لدى المراهقين، وتزداد نسبة المدخنين بشكل كبير بين سن 13-18 سنة، ومن النادر بدء التدخين بعد سن 21 كما اوضحته احصائيات التي اجراها فريق DSM-5. ففترة المراهقة بحد ذاتها هي فترة انتقالية أين تكون العلاقة مع البالغين معقدة. يبدأ استهلاك التبغ كعامل اجتماعي، ولا يزال موضع تقدير من قبل بعض الثقافات والاقران خاصة. يبدأ بالسجارة الأولى ليجعل المدخن بعدها حببسا في فخ ليس من السهل الهروب منه كون الاعتماد يكون قوي للغاية.

يتميز التبغ بين الشباب بخصائص معينة سواء من حيث الاستهلاك أو من حيث الإقلاع عنه أو حتى في إمكانية كشفه. فالمراهق يدخن أحيانا بانتظام، بكميات كبيرة أو صغيرة جداً، وأحيانا بشكل غير منتظم، وأحيانا فقط في مناسبات محددة جداً كما يشير إليه (Kerjean, 2005).

2-أسباب التدخين

- هناك العديد من الأسباب التي تجعل بعض المراهقين يتجهون نحو التدخين، نذكر أهمها:
- التقليد والظهور بسنٍ أكبر، فالمرهق يريد أن يشعر بأنه صار رجلاً ويتباهى أمام أقرانه؛
 - سلوكيات متعلمة وتقليد للاباء والمدرسين وأبطال الأفلام الذين يشكلون القدوة له، كما انه ينجرف مع أصدقائه في المدرسة والشارع؛
 - شعور المراهق بالإحباط وعدم القدرة على تغيير واقعة الاجتماعي، الاقتصادي، والسياسي...
 - يتخذ المراهق من التدخين كنوع من إثبات الذات وكاستكمال لرجولته وكرمز للحرية والقوة وتعويض الفشل في مجالات اخرى كالفشل المدرسي مثلا.
 - التجربة والفضول من أهم الأسباب التي تدفع إلى إدمان التدخين، بالخصوص عند المراهقات؛
 - البيئة المساندة و واقع مشكلات الحياة وغياب دور الأسرة في توجيه المراهقين وارشادهم؛
 - باعتبار التمدن بالثانوية كمرحلة انتقالية يتعرض فيها المراهق للعديد من التغيرات. فقد يساهم السياق الدراسي الضاغط والمزمن كعامل خطر دور مشجع في توجه المراهقين نحو التدخين، وهو ما كشفت عنه بعض الدراسات حول مساهمة الاحتراق النفسي الدراسي إلى التدخين لدى المراهقين كدراسة (Alami et al, 2012)، (Moncla et al, 2014)، (حافري، 20016)

ثانيا - تناول الكحول

1- تعريف الكحول

عرف الكحول بمعناه الشائع بأنه عبارة عن المادة السامة التي توجد في المشروبات الروحية التي تشمل الخمور المقطرة والنبيد والبييرة، وتعرف هذه المجموعة كيميائيا بالايثانول. ويعتبر الكحول من المواد السامة بسبب قدرته على إذابة الدهون التي توجد في أغشية الخلايا مما يعمل على قتل الخلايا ويدمر تركيبها. وعلى عكس البالغين، يميل المراهقون إلى تعاطي الكحول في وقت واحد مع مواد أخرى، عادة ما تكون الماريجوانا. كما يميل المراهقون الذكور الذين يتناولون المشروبات الكحولية إلى إستكمال تعليمهم مقارنةً بالمراهقين الذكور الذين لا يتناولون الكحول.

قد يمر استهلاك الكحول العابر والظرفي كردود فعلية لمواقف حياتية معينة، أو كترغبة لتجربته في بعض المناسبات الاجتماعية أو كتقليد ينجر فيها المراهق لجماعة رفاقه إلى ادمان على الكحول إن لم يجد ما يوقفه من ظروف ملائمة.

ومن بين الدلائل أو السمات الأساسية للكحولية كما أوردها (الطشي وآخرون، 2009) هي توفر واحد على الأقل من السلوكيات الآتية : تهور، فقدان المنطق، عدوانية، اضطراب المحاكاة، تشوش العلاقات

الشخصية. إضافة إلى توفر علامة واحدة على الأقل من اضطراب التوازن، صعوبة الوقوف، بطء النطق، تغييم الوعي، توهج الوجه، احتقان الملتحمة.

2- عوامل خطر تناول الكحول والإدمان عليه

غالبا ما يظهر ادمان الكحول في سلوكين رئيسيين؛ إما إدمان مزمن (الاستهلاك المنتظم أو حتى اليومي للكحول، وفيه الاعتماد الجسدي والنفسي) وهو ما يدعى بـ "إدمان الكحول المزمن". أو أن يكون إدمان الكحول دوري (الاستهلاك القهري والمتقطع، فيه الاعتماد النفسي) ويدعى بـ "إدمان الكحول المتقطع".

يمكن تقسيم عوامل الإدمان على الكحول إلى عوامل خارجية ترتبط بالظروف والبيئة المحيطة، وعوامل داخلية ترتبط بالجانب السيكودينامي للفرد وبناءه النفسي. ففي حين يستجيب القطب الداخلي المرغوب اجتماعياً للحاجة إلى الامتثال. بالرغم من الخزي والشعور بالذنب؛ فإن القطب الخارجي يشير إلى افتقار الفرد إلى فقدانه للتحكم.

تتمثل هذه العوامل كما أوردتها (Samaniatto, 2008) و (Varescon, 2015) في:

- الاكتئاب والميول الاكتئابية، التوتر والقلق، المشاكل المزاجية الأخرى هي عوامل خطر لتطور مشكلة تناول الكحول.

- يساهم انخفاض احترام الذات والشعور بالتخلي على ادمان الكحول.

- كما يشجع ادمان الوالدين على الكحول على تبني الأبناء لهذه السلوكيات؛

- تساهم الخبرات السلبية في التاريخ الطفولي للفرد؛ كالاعتداء الجسدي أو الجنسي مثلا عوامل خطر في تطوير سلوك ادمان الكحول؛

- أحداث الحياة، مشاكل وظروف حياتية سيئة، أين يلجأ الفرد للكحول للنسيان وكأثير مزيل للقلق والبحث عن الرفاهية؛

- اللجوء للكحول كاستراتيجيات تكيف وظيفية أقل، واستراتيجيات تجنبية، وتشكل مركز الضبط موجه إلى حد ما نحو "الداخل الزائف".

- كشف تحليل أحداث الحياة عن اضطرابات في ادراك الزمن (صعوبة استحضار للمعايير الزمنية، والتركيز على الحاضر)، والتأثير السلبي للفقدان و/أو الصراعات،

- يعتبر سن بداية تناول الكحول كعامل منبئ لاستمرار تناوله لاحقا أو الإدمان عليه، وحدد سن 11-14 لدى الأطفال والمراهقين لتناول أول مشروب كحولي أكثر عرضة لهذا الخطر ممن بدأوا تناوله في وقت متأخر.

• أما عن الأسباب النفسية الداخلية والسيكودينامية، فيمكن تلخيصها في هذه النقاط:

- تتأثر صورة الجسد والتمثيل الذاتي للأشخاص المدمنين على الكحول (صعوبات في تحديد الهوية، الدخول في علاقة مع الموضوع، اشكالية التمايز الفرد/الموضوع)؛

- القلق غير المعالج يكون جسيما، ويتم تفرغته بشكل أساسي من خلال المخارج السلوكية؛

- يكون القلق الاكتئابي من فقدان الموضوع هو المسيطر؛
- تركز الدفاعات على التجنب واللجوء إلى السلوك، إضافة إلى انخفاض القيمة؛
- دون أن تكون مرضية تماما، يبدو أن التنظيم الحدي الأكثر ملائمة لوصف شخصيتهم؛
- اما عن توظيفهم العقلي؛ ففضاءهم الخيالي ونوعية العقلنة لديهم تكون بشكل عام ضعيفة. لا تصمد الدفاعات الأكثر ارسانا لديهم، الكبت بصفة خاصة، ولا تكون لديها قيمة تفرغية، ما يؤدي إلى افتقار التوظيف النفسي لمدمني الكحول مع صعوبة في تحريك المصادر الداخلية.
- الخزي والشعور بالذنب، يلومون أنفسهم ببيرون بخلل في شخصيتهم كمصدر لاضطرابهم (الهشاشة، الخجل، ... إلخ).

ثالثا - المخدرات

اتسع إقبال الأشخاص كبار وصغارا على تناول المخدرات، خاصة فئة المراهقين والشباب، ولم يعد الامر مقتصرًا على الافراد منعزلين، بل ظاهرة اتسعت رقعتها ولا بد من ادراك حجمها خاصة بين فئة الطلاب والطالبات في المتوسطات والثانويات.

1- تعريف المخدرات وماهيتها

من الصعب وضع تعريف محدد جامع مانع للمفهوم المخدرات يوضح خصائص المادة المختلفة، تأثيراتها وتبعاتها المتباينة، ذلك أن المخدرات تختلف كثيرا من نوع لآخر، سواء كان ذلك من حيث مصدرها، تصنيفاتها، نوعية الاستهلاك وتركيزها، مميزاتها، وآثارها المترتبة عليها، لذا لا يمكن وضع تعريف محدد للمخدرات. إلا أن الاخذ بعين الاعتبار لبعض الابعاد يسمح بحصر وتحديد افضل لمفهوم المخدر.

تعرفها لجنة المخدرات في الأمم المتحدة كما جاءت في (حاج احمد ويوسف المبارك، 2014)، بأنها كل مادة خام أو مستحضرة منبهة أو مسكنة، أو مهلوسة تستخدم لأعراض غير طبية أو صناعية موجهة، وتؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، فتضر بالفرد والمجتمع. ويمكن أن يتسبب تعاطي المخدرات في الاعتماد الجسدي أو النفسي. كما يمكنه أن يؤدي إلى بعض الاضطرابات الجسدية أو العقلية تختلف باختلاف نوع المخدر وطريقة استهلاكه (مثل اختلال في التوازن والتأزر العصبي، تهيج موضعي للأغشية المخاطية والشعب الهوائية، التدرن الرئوي، التهاب وتضخم الكبد، التهاب غدة البنكرياس، اضطرابات في القلب وما يرتبط به، التهاب في المخ وما يستتبع من اختلال وظيفي على مستوى الخلايا الماغية، بعض الامراض العقلية، فقدان الذاكرة والهالوس السمعية والبصرية والفكرية... إلخ)

ترتبط عدد من المصطلحات بمجال المخدرات، فنجد الإدمان (الاعتماد)، التعاطي، هوس السموم، الاعتياد، التبعية، التحمل، سحب المادة... حيث تسمح التعريفات المقدمة حول المفاهيم المرتبطة بالمخدرات بتسليط الضوء على الاختلافات بين هذه المفاهيم ولكن أيضا أوجه التشابه بينها. فعند الحديث عن الاعتماد

أو هوس السموم، فإنه يتم معالجة فكرة تناول المنتجات المحظورة، أما عند تناول مفهوم الإدمان فإن المجال يتسع أكثر ليشمل مجالات أخرى ليس بالضرورة مجال تناول المواد المخدرة. ثم أن مفهوم هوس السموم لا يميز بين ما هو تبعية بدنية وتبعية أو اعتماد نفسي، وهو ما يدخلنا في مفهوم التبعية والذي يندرج بشكل واسع ضمن الإدمان والذي يشمل.

يغطي مصطلح "المخدر" بشكل أساسي مظهرين اثنين: طبيعة الآثار البيولوجية التي يسببها المخدر من جهة، والعلاقة التي تربط الشخص الذي يتناوله بالمخدر من ناحية أخرى.

2- تصنيف المخدرات

بسبب كثرة المواد المخدرة، وانتشار المؤثرات النفسانية الجديدة (NSP) Les nouvelles psychoactives substances، إذ ظهرت 739 منها بين 2009-2016 ومازالت تستمر في التطور والتنوع والانتشار ليومنا هذا، فقد أصبح من الصعب تصنيف كل تلك الأنواع، حيث تتعدد المعايير المتخذة أساساً لتصنيف المواد المخدرة، ولا يوجد حتى الآن اتفاق دولي موحد حول هذا التصنيف. وتوجد العديد من تصنيفات المخدرات، فيتم تصنيفها من خلال مصدرها وطبيعتها ومراعاة آثارها...، كما أن هناك من التصنيفات من إهتم بآثارها الاجتماعية أو وضعها القانوني. وفيما يلي أهم تصنيفات التي تم اقتراحها:

• التصنيف الأول: تبعاً لمصدرها أو طبقاً لأصل المادة التي حُضرت منها

أ-المخدرات الطبيعية: أصلها نباتات طبيعية (نبات القنب، نبات الخشخاش، نبات الكوكا، نبات القات)
ب-المخدرات المصنعة (نصف تخليقية): استخلصت من النباتات الطبيعية وعولجت كيميائياً (المورفين، الهيروين، الكوكايين)

ج-المخدرات الكيميائية (التخليقية): المخدرات التخليقية (الكيميائية): وتتمثل في المخدرات المنومة ناتجة عن تفاعلات كيميائية لا يدخل فيها أي نوع من أنواع المخدرات الطبيعية (المنومات "الباربيتورات"، المهدئات، حبوب الهلوسة، والمذيبات الطيارة، المنشطات والمنبهات ("الأمفيتامينات")

• التصنيف الثاني: تبعاً لتأثيرها على النشاط العقلي للشخص المتعاطي وحالته النفسية

أ- المنشطات: مثل الامفيتامين الكوكايين والبنزدرين والمثيدين الريتالين...

ب- المسكنات: تشمل الأفيون ومشتقاته، المورفين والهيرويين والمسكنات المحصورة في المستحضرات الطبية التي يدخل في تركيبها مادة الأفيون، ومسكنات أخرى لا يدخل فيه تركيب الأفيون مثل مركبات حامض الباربيتوريك البروميدات الكحول.

ج- المهلوسات: مثل الميسكالين، فطر الامينات L.S.D والبسيلوكسبين، مشتقات الأمفيتامينالفيينكليدين والفينيسكليندين

• التصنيف الثالث: حسب اللون

أ-المخدرات السوداء: مثل الأفيون، الحشيش(القنب) ومشتقاته.

ب-المخدرات البيضاء: يتم تعاطيها حقنا أو شربا أو شما مثل الهيروين، والكوكايين، والأقراص المنومة أو المنبهة أو المهدئة....

• التصنيف الرابع: حسب الحجم

أ-المخدرات الكبرى: شديدة الخطورة عند استخدامها والإدمان عليها (الخشخاش ومشتقاته، الحشيش ومشتقاته، الكوكايين ومشتقاته)

ب-المخدرات الصغرى: أقل خطورة، وتمثل جانبا من العقاقير المستخدمة كعلاج طبي، ويسبب التعود عليها الإدمان، ومن ذلك الكحول، التبغ، الكافيين، القات، المهدئات، المواد المهلوسة.

• التصنيف الخامس: حسب الاعتماد (الإدمان) النفسي والعضوي

أ- المواد التي تسبب اعتماداً نفسياً وعضوياً: (الأفيون ومشتقاته كالمورفين والكوكايين والهيروين)

ب- المواد التي تسبب اعتماداً نفسياً فقط: مثل الحشيش والقات وعقاقير الهلوسة

3- استهلاك المخدرات لدى الطلاب المراهقين

يعتبر سن المراهقة السن الذهبي لبداية تناول المخدرات فهو يمثل النافذة التي يطل منها الفرد إلى عالم المخدرات، غير أن أغلبيتهم يتوقف عن استهلاكها في بداية سن الشباب. وقد ابرزت العديد من الدراسات (Kandel, 1998)، (محمد الصالح، الشايجي والشريف، 2006) عامل السن كأساسي لاستهلاك المخدرات.

وفقا للباحثين Chevalier et Lemoine في (Brochu, Beauregard, Ally, 2009)، فإن معظم مستخدمي المخدرات في الكيبك بكندا هم أشخاص تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة، ويلاحظ تناقصا ملحوظا في عدد هؤلاء الأشخاص عند بلوغهم منتصف العشرينات. في حين أن غير المنسحبين واللذين تجاوزوا هذا السن يميلون بشدة إلى استمرار استهلاكها مع مرور الزمن.

أبرزت نتائج التحقيق المدرسي الذي أجراه الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وادمانها مست 426 متوسطة وثانوية على المستوى الوطني حسب ما جاء في جريدة (الجزائر اليوم، 2018) بأن نسبة تعاطي المخدرات في الوسط المدرسي سجلت في السنوات الأخيرة ارتفاعا قياسيا، كاشفا أن حوالي 54 ألف تلميذ يتعاطون المخدرات في الوسط المدرسي. وبأنه يتم تسجيل أكثر من 35 حالة إدمان على المخدرات مصرح بها شهريا بين طلبة وطالبات الوسط الجامعي حسب التحقيق الذي أجراه المختصون بجامعة قسنطينة 2. مع الإشارة إلى أن هذه النسب المسجلة هو ما تم التصريح به فقط.

4- أسباب تناول المخدرات

تناول المخدرات لا يأتي من فراغ، بل يرجع لأسباب كثيرة متشابكة :

- يرجعها علماء الدين إلى الفشل الأخلاقي والضعف الروحي أو خطيئة أو جريمة يرتكبها أناس لا يتحملون مسؤولية سلوكياتهم؛

- علماء الأحياء يميلون إلى ارتباط ذلك بالجينات والعامل الوراثي،
- يرجعها علماء النفس إلى أسباب نفسية كامنة وسمات شخصية ومزاجية خاصة؛
- يعزوها علماء الاجتماع للأحوال الاجتماعية وتشنت الحياة الأسرية واندثار قيمها.

لخص (محمد الصالح، الشايجي والشريف، 2006) الأسباب المؤدية لتناول المخدرات في:

- كثرة وقت الفراغ بالنسبة للمراهقين والشباب اللذين لا يجدون ما يشغلون به أوقاتهم كالانشغال بالدراسة مثلا؛
- رغبة الشخص في التعرف على آثار المخدر؛
- تأثير الأقران ومجاراة الأصدقاء والرغبة في الانتماء إليهم؛
- المستوى التعليمي لمستهلكي المخدرات وآباءهم؛
- سهولة الحصول على المخدر، الثقل الاجتماعي، وسائل الضبط الاجتماعي ؛
- تناول المخدرات لأجل زيادة الإثارة الجنسية؛
- الظروف الاقتصادية السيئة والظروف الاجتماعية السيئة كالفقر وتفكك الأسرة؛
- الاعتقادات الخاطئة المكونة حول المخدرات؛
- تأثير البناء الأسري والعلاقات السائدة فيها،
- دور البيئة المحيطة ودور الشريك في العلاقة.

ميّز (2003) Francis Curtet بين 3 فئات كبرى من الأسباب حسب كيفية تعاطي المخدر حيث:

- تتمثل هذه الأسباب عند المتعاطي البسيط في الفضولية، ضغط الأقران، المؤدة، سلوكات الخطر، اللذة، قابلية وسهولة استخدام المخدرات والاندماج الثقافي.
- تشمل الفئة الخاصة بالمدمن: الصعوبات العلائقية، الصعوبات الاجتماعية، والعوامل المرتبطة بالتبعية الجسدية المؤدية لهوس السموم؛
- أما الفئة الثالثة فتشمل الحالات المتناولة للمنشطات. ولو أن هذه الفئة تختلف عن الوضعيتين السابقتين لكونها تنتج عن دوافع وأسباب مختلفة.
- أما تصنيف (Brochu, Beauregard, Ally, 2009) لهذه الاسباب فينتجه حسب توفر عوامل الخطر وعوامل الحماية أو الوقاية المتوفرة للفرد؛ حيث يندرج ضمن عوامل الخطر أربع فئات تتمثل في: العوامل النفسية البيولوجية، العوامل السياقية والعوامل الاجتماعية. وعلى عكس عوامل الخطر، فإن العوامل الوقائية تلعب دورا هاما فيما يرتبط بقدرة الأفراد على تجاوز الوقوع في الإدمان ومقاومة تعاطي المخدرات بالرغم من توفر عوامل خطر وتعرضهم لنفس الظروف التي مر بها المتعاطون. ويتم تجميع عوامل الحماية في ثلاث فئات هي: العوامل الأسرية والمدرسية والفردية.

5- التفسير النفسي لتناول المخدرات

إضافة إلى النماذج التقليدية (النموذج الأخلاقي؛ والنموذج الديني؛ القانوني؛ الطبي؛ الصيدلاني) والنظريات الاجتماعية، فقد سعت النظريات النفسية لفهم الميكانيزمات الكامنة وراءها لأجل الوقاية من مشاكل استهلاك المخدرات وخطر الإدمان عليها. تتمثل هذه التفسيرات كما جاءت في (حافري، 2020):

النموذج النفسيولوجي الذي فسّر الآليات النفسية المتدخلة في هذا السلوك بسوء توظيف نظام المكافأة كمحور أساسي لسلوك تناول المخدرات. وبأن المواد المخدرة تعمل على اختزال النظام الطبيعي المشغل بإشارات طبيعية بتنشيط مباشر لدوائر اللذة و المتعة بالتأثير على عدة مستويات منها وتفعيلها وبالتالي توليد التعزيز الإيجابي الذي يشجع على تكرار تجربة المتعة.

ومن منظور معرفي- سلوكي يفهم الإدمان على أنه سلوكيات مكتسبة يرجع لبنية الحوار الداخلي وتأثيره على البنى المعرفية وتغييرها. ويعتمد النموذج المعرفي- السلوكي للإدمان على الإشراف الإستجابي، الإشراف الإجرائي، التعلم الاجتماعي، التعلم المعرفي.

ويرى النموذج النفس اجتماعي بأن الإدمان ينبع من حياة الفرد المدمن ومشاكله، ويفهم على أنه تسوية وتعديل للفرد مع بيئته. ويمثل الإدمان حسب نموذج تسيير اللذة الذي طوره Brown أو النظرية الإنشراحية Hédonique إستراتيجية لتسيير مستويات اللذة/الانزعاج، ومن خلالها تفسر التجربة الذاتية للمدمن وتأويله لها. **أما من منظور علم النفس المرضي؛** فقد قام علماء النفس بإسنادها إلى أسباب نفسية كامنة وسمات شخصية ومزاجية خاصة، أين أعطيت لمرحلة الطفولة أهميتها المركزية لسلوكيات استهلاك المخدرات. أشار فرويد Freud من خلال نظريته الصدمية إلى الاضطراب التكراري في ارتباطه بالسلوكيات الإدمانية من خلال العلاقة بنزوات الموت والنزوات العدوانية. أما فيننيكوت Winnicott فيرى في تناول المخدر نكوص للمراحل البدائية التي لم يتم تجاوز فيها المرحلة الانتقالية. كما ذهب كوهيت Kohut للاعتقاد أن اضطراب النرجسية هي ما يشكل محور علم النفس المرضي لاستهلاك المخدرات. وما يميز هذه الشخصيات هو غياب "البنية النفسية الداخلية". فيأتي المخدر لملء هذا الفراغ البنيوي الداخلي. في حين اهتم بارجريري Bergeret بالعلاقة بالموضوع في الطفولة كأساس للسلوك تناول المخدرات والإدمان عليها في سن الرشد. ويؤكد على وجود عدد من الخصائص المشتركة بين هؤلاء؛ تتمثل في الاكتئاب، قصور في تحديد ومعرفة الذات، العجز على تسيير العنف الذي لا يمكن إرضائه نفسياً ما يؤدي إلى الرغبة في إيذاء الذات والآخر في علاقة سادومازوشية. كما يرى في الإدمان كمحاولة للدفاع وكتنظيم ضد الضعف والاختلال أو الانكسار الظرفي للبنية العميقة له. أما أوليفانستين Olievenstein فيرى أن الصدمة النفسية التي يتعرض لها الطفل في أثناء تشكل هويته هو ما يحدث خللاً أو كسراً فيها، وفي وقت لاحق يحل المخدر لترميم الكسر بشكل مصطنع. وفي نموذج تكاملي، تناول قودمان Goodman المخدر من زاوية تسيير اللذة باللجوء إليه كحل لمواجهة الغمر الانفعالي. فهو عبارة عن "تناول قهري لترتيب ذاتي وبتحكم ذاتي، ونشاط يهدف للضبط والتعديل الداخلي.

الخاتمة

المدرسة حق للجميع، لها أولوية الحصول على العلم والتعلم، تفسح المجال أمام المتمدرس للتطور والتعبير عن نفسه، وتعريفه على البيئات المختلفة خارج أسوار البيت، تسمح له بالاتصال والاحتكاك بالمجتمع وبنسج علاقات مع الآخرين، وتجعل منه شخصاً مُنتجاً في الحياة وذو أهمية. وتعتبر المؤسسة التعليمية كمكان رئيسي للتنشئة الاجتماعية والاستثمار النرجسي للمتمدرسين، فعادة ما تخفي المشاكل المدرسية وراءها مشاكل من نوع آخر، وتتنبؤ ببعض الاختلال والهشاشة على المستوى النفسي. كما أن عدد من المشاكل النفسية التي يعاني منها الأطفال تحمل في طياتها شكاوى مدرسية.

تطرقنا من خلال هذه المطبوعة إلى مختلف المشكلات المدرسية التي تشمل عددا من الاضطرابات السلوكية والاضطرابات النفسومرضية الخاصة بالمتمدرس في مختلف المراحل الدراسية (مرحلة التحضيري، المدرسة الابتدائية، مرحلة التعليم الثانوي). فبعد تحديد الصعوبات المرتبطة بكل مرحلة والتعرف عليها؛ تم التطرق لتحديات ومتطلبات النمو النفسي ومراعاة احتياجات المتمدرس لكل مرحلة.

فالبيئة التعليمية تمثل فرصة مهمة لاتخاذ إجراءات للوقاية من الاضطرابات النفسية لدى المتمدرسين؛ أطفالا كانوا أو مراهقين. فتدخلها يعتبر جزء من مهامها الوقائية في مجال الصحة النفسية، ولكن أيضا من مهامها التعليمية.

1. أسامة فاروق مصطفى (2011)، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية: الأسباب-التشخيص-العلاج، عمان-الاردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
2. أسامة فؤاد شعلان (2009)، معوقات التعليم الاسباب وبرامج التقييم والعلاج: مقومات وعناصر صعوبات التعلم، بوابه الثقافه والتتوير . <https://shaalanu.wordpress.com/2009/11/17/> تاريخ الزيارة: 2020/07/12
3. الأشوال ،عادل عزالدين ،1998،علم النفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة ، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية،مصر.
4. الحمادي أنور(2014)، معايير DSM5، ترجمة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة باللغة العربية.
5. بلحسين رحوي عباسية،2012، النظام التعليمي الإبتدائي بين النظري والتطبيقي، دراسة ميدانية في أوساط المدسة الابتدائية ببعض ولايات الغرب الجزائري، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع التربوي، جامعة السانبا، وهران.
6. الجزائر اليوم (2018)، تسجيل 35 حالة إدمان على المخدرات شهريا في صفوف الطلبة الجامعيين. <https://www.aljazairalyoum.com>
7. الجسماني عبد العلي ،1994، سيكولوجية الطفولة و المراهقة ،الدار العربية للعلوم ناشرون، لبنان.
8. حاج احمد، ام العز يوسف المبارك (2014)، تعاطي المخدرات وسط طالبات الجامعات، مركز دراسات المرأة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
9. حافري زهية غنية (2016)، دور الاحتراق النفسي الدراسي في لجوء المراهقين إلى التدخين دراسة ميدانية على مستوى ثانويات ولاية سطيف.
10. حافري زهية غنية (2021)، تناول المخدرات وخطر الإدمان عليها: قراءة في نظريات سيكولوجية الإدمان والمدمن، مجلة أفكار وفاق، جامعة الجزائر 2.
11. حمادي إبراهيم ، حادقي المبروك، 2012، انعدام أساتذة التربية البدنية والرياضية في المدارس الإبتدائية الجزائرية و أثره على التوافق الحسي الحركي لدى التلميذ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
12. الحمادي أنور(2014)، معايير DSM5، ترجمة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة باللغة العربية.
13. حمدى عبد الله عبد العظيم (2013)، مهام الاخصائي النفساني في المجال التربوي، الجيزة، مصر، مكتبة اولاد الشيخ للتراث.
14. ركزة سميرة، صالح الاحمدي فايذة (2016) صعوبات تعلم القراءة والكتابة والرياضيات، دار جسور للنشر والتوزيع، الجزائر.

15. زكريا توفيق احمد (1993)، صعوبات التعلم لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية في سلطنة عمان: دراسة مسحية نفسية، مجلة كلية التربية بالوقاويق/ جامعة الوقاويق، الجزء (1)، العدد (20)، ص : 235-266.
16. سامر رضوان جميل (2009)، في الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي، الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي.
17. سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (2010)، المرجع في صعوبات التعلم: النمائية والأكاديمية والاجتماعية والانفعالية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.
18. سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم وهاني شحات أحمد (2011)، صعوبات التعلم النمائية وأثرها على القراءة والكتابة والرياضيات والعلوم، مكتبة ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، لقاهرة، مصر.
19. سيد علوي صلاح (2017)، الموهوبون ذوو التحصيل العلمي المتدني، دبي، مركز دبيونو لتعليم التفكير.
20. عامد الزغول عبد الرحيم (2006)، الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال، عمان- الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.
21. عبد الرحمن سيد سليمان (2001)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة: المفهوم والفئات، الجزء الأول، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
22. عبد الله الرشدان (2008)، علم الاجتماع التربوي، عمان- الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.
23. عمر عبد الرحيم نصر الله: تدني مستوى التحصيل والانجاز المدرسي-أسبابه وعلاجه، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2004
24. غلاب طارق (2011)، السياسة الجنئية لمكافحة جرائم المخدرات في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الجزائر 1.
25. فتحي مصطفى الزيات (1998)، صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.
26. فتحي مصطفى الزيات (2002)، المتفوقون عقليا ذوو صعوبات لتعلم: قضايا التعريف والتشخيص والعلاج، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.
27. فتحي مصطفى الزيات (2008)، صعوبات التعلم: صعوبات التعلم، الاستراتيجيات التدريسية والمداخل العلاجية، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.
28. كيرك كالفانت (1988)، صعوبات التهلم الاكاديمية والنمائية، ترجمة زيدان السرطاوي وعبد العزيز السرطاوي، الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية.
29. مجيد سوسن شاكر، 1999، مشكلات الأطفال النفسية و الأساليب الإرشادية لمعالجتها ، ط1، دار المسيرة للنشر و التوزيع ،عمان،الأردن.

30. محمد محمد قاسم الطشي، عبد الإله حسن الإيراني، عبد السلام علي حسن عيش آخرون (2009)، الكامل: دليل الطب النفسي العام وطب نفس الأطفال للأطباء العاملين في الرعاية الصحية الأولية، صنعاء-اليمن، الصندوق الاجتماعي للتنمية.
31. محمود سعيد الخولي (2008): سلسلة قضايا العنف المدرسي الأسباب وسبل المواجهة مكتبة انجو المصرية، القاهرة، ط1.
32. محمود سعيد الخولي وآخرون (2008)، العنف المدرسي الأسباب وسبل المواجهة، سلسلة قضايا العنف 2، كلية الأدب، جامعة سوهاج مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
33. محمود صباح الشمري (2017)، صعوبات التعلم، بحث-عن-صعوبات-التعلم <https://achrip.org/>
34. مخيم هشام محمد، 1999، علم النفس الطفولة و المراهقة ، ط1، المملكة العربية السعودية، دار كنوز اشبيليا للنشر والتوزيع.
35. مراكب مفيدة (2011)، الكشف المبكر عن صعوبات التعلم المدرسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية: نموذج صعوبات القراءة) مقارنة معرفية- تربوية: دراسة ميدانية بمدارس ولاية عنابة بالمقاطعة التفتيشية الثانية، مذكرة ماجستير في علم النفس المدرسي، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر.
36. المرجع السريع الى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية DSM4 جمعية الطب النفسي الامريكية، ترجمة: تيسير حسون.
37. مسعد أبو الديار (2012)، سيكولوجية التمر بين النظرية والعلاج، ط 2، الكويت، دار الكتاب الحديث.
38. مهند محمد سلامة العضايلة (2009)، المفاهيم الأساسية في صعوبات التعلم، <https://aaaadddaaaa2.blogspot.com/2009/08/blog-post.html#comment-form>
39. AINSWORTH M., BLEHAR M., WATERS E., WALL S. (1978), Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation, Erlbaum, Hillsdale.
40. Alami, N., Ahami, A. O. T., Badda, B., Latifi, M., Fofana, L. (2012). Burnout et anxiété en milieu scolaire. Revue électronique de l'EPI, (association Enseignement Public et Informatique) n° 146 www.epi.asso.fr/revue/articles/a1206d.htm
41. American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington (VA), American Psychiatric Association,
42. Baghdadli Amaria (2018), Les prises en charge progressent, Dossier Autisme: le choc des découvertes en neurosciences, Cerveaux et psycho, n° 105, 60-65.
43. Benny.M, Huot.A, Lalonde. J-A, & al (2016) Santé mentale et psychopathologie Une approche biopsychosociale, 2e édition, Canada, Editions Modulo.
44. Bernard, P.Y. (2017). Le décrochage scolaire en France: du problème institutionnel aux politiques éducatives. Paris : Cnesco.
45. Bowlby Jhon (1988), A Secure Base : Parent-Child Attachment and Healthy Human, Basic Books : Clinical applications of attachment, London : Routledge.

46. Bowlby. Jh (1988), A Secure Base : Parent-Child Attachment and Healthy Human, Basic Books : Clinical applications of attachment, London, Routledge.
47. Brochu.S, Beauregard.V, Ally Marc-André (2009), Compréhension du phénomène de consommation de drogues illicites au Québec, in : Guyon Louise et al, tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent :À l'heure de l'intégration des pratiques, Canada Les Presses de l'Université Laval, Québec, pp :65-99.
48. Brunelle. J, Cohen, D (2016), La dépression chez l'enfant, dans le Livre Blanc de la dépression, Fondation Pierre Deniker pour la recherche de la prévention en santé mentale, Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Pitié-Salpêtrière, PARIS
49. Catheline Nicole (2012), psychopathologie de la scolarité, 3eme édition, Elsevier Masson, France.
50. - Catheline Nicole (2016), Troubles de la scolarité et échec scolaire chez l'adolescent ,Chapitre 27, Dans Troubles intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent: Apprendre • Connaître, Penser, Sous la direction de Philippe Mazet, Jean Xavier, Jean-Marc Guilé, Monique Plaza, David Cohen, Paris, Médecine Sciences Publications, 391- 405.
51. Cnesco (2017), Comment agir plus efficacement face au décrochage scolaire ? Conférence de comparaisons internationales, Dossier de synthèse, Université Sorbonne, France. <http://www.cnesco.fr/fr/dcrochage-scolaire/>
52. Colin-Madan. A (2011), Psychopathologie à l'adolescence et scolarité : le concept soins-études : une approche singulière des établissements de la Fondation Santé des Étudiants de France. Médecine humaine et pathologie.
53. Crocq. M-A (2015), Le TDAH – du DSM-IV au DSM-5, Maison des Adolescents du Haut-Rhin, Mulhouse, France/ http://www.tdahactu.com/pdf/tdah-actu-n3_tableau-art2.pdf
54. Curtet. F, (2003). Drogue : Idées toxiques, Toulouse: éditions Milan.
55. DC 0-3 R. (2005) Diagnostic Classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised édition, Washington, Zero To Three Press.
56. Delorme.R, Amsellem.F, Bourgeron Th (2019), Reconnaître l'autisme: Un continuum de troubles mentaux, Dossier Autisme: le choc des découvertes en neurosciences, Cerveaux et psycho, n° 105, 42-47.
57. Demeneix Barbara (2018), Le rôle de l'environnement: Les pesticides et perturbateurs endocriniens aggravent le risque d'autisme, Dossier Autisme: le choc des découvertes en neurosciences, Cerveaux et psycho, n° 105, 66-67.
58. Dryden-Edwards. R, William C. Shiel Jr (2020), Depression in Children https://www.medicinenet.com/depression_in_children/article.htm
59. Dumas.G, Toro.R, Bourgeron Th, Delorme.R (2018), Dans le cerveau des autistes: à la base, une perturbation des synapses, Dossier Autisme: le choc des découvertes en neurosciences,Cerveaux et psycho, n° 105, 55-58.

60. Guedeney A, Dubois de Bodinat. L (2009), Classification diagnostique 0-3 ans (DC 0-3, 1994) et sa révision (DC 0-3R, 2005). EMC (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie, 37- 200-1-40.
61. Guedeney A, Le Foll.J (2019), Classification diagnostique 0-3 ans (DC 0-3R, 2005) et sa révision (DC 0-5, 2016) , EMC -Psychiatrie/Pédopsychiatrie - 2019;16 (1) pp:1-7 [Article 37-200-B-11]. <https://www.em-consulte.com/article/1272051/classification-diagnostique-0-3ans-dc-0-3r-2005-et>
62. <http://api.ceras.ch/dyspraxie/>
63. Kerjean.J (2005), Le tabac chez les adolescents. Comment les convaincre de ne pas fumer ? Comment les aider à arrêter de fumer? Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 45 (2005) 561–564
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0335745705001395>
64. Laurent A, .Mellier.D, Beillard.E (2013), L'instabilité chez l'enfant : prise en charge institutionnelle et angoisses de séparation, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 61, Issue 3, Elsevier, Pages 148-153.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961713000093?via%3Dihub>
65. Leblond.R, Delorme.R, Bourgeron Th (2018), Une maladie génétique ? Les gènes expliquent 80% du tableau clinique, Dossier Autisme: le choc des découvertes en neurosciences, Cerveaux et psycho, n° 105, 49-52.
66. Lee, C.-H. (2010), An Ecological Systems Approach to Bullying Behaviors Among Middle School Students in the United States. Journal of Interpersonal Violence 26(8):1664-93. University of Arkansas at Little Rock.
67. Marcelli.D, Braconnier. A, Tandonnet.L (2018), Adolescence et psychopathologie, 9^{ème} édition, Elsevier Masson, France.
68. Marcelli.D; Cohen.D (2016), enfance et psychopathologie, 10^e édition,Paris, Elsevier Masson/
69. Martin-Lavaud .V (2017), Psychologue à l'école, France, édition Erès
70. Maury Dupuy Françoise (2019), AUTISME Un trouble aux multiples facettes, Inserm, le magazine n°45 (decembre 2019), paris.
71. -Mazeau, M. & Pouhet, A. (2014). Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant.Du développement typique aux dys, Paris, Masson.
72. Moncla. D, Waburg.V&Milhaes.A (2014), Burnout chez des lycéens et tabagisme, L'Encéphale, vol 40, 423.
73. Olweus, D. (2016), Recognizing Bullying, violence prevention works.
http://www.violencepreventionworks.org/public/recognizing_bullying.page
Consulté le 18/01/2021.
74. Oppetit.A, et al (2017), Détection précoce des troubles psychiques en milieu scolaire : le dispositif Fil Harmonie. Encéphale,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2017.01.006>
75. Organisation mondiale de la santé (2020), Tabac, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

76. Parsons Lee (2005), Bullied Teacher: Bullied Student, How to recognize the bullying culture in your school, and what to do about it? Pembroke Publishing Ltd, Ontario; Canada.
77. Patrick . P, Le Foll .J, Guedeney. A (2019), la nouvelle classification diagnostique de la petite enfance (DC: 0-5) : continuités et évolutions, Devenir - Revue européenne du développement de l'enfant, Editions Médecine et Hygiène, Devenir 31 (3), pp:197-206 <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02468664/document>
78. Pionné, N., Atger, F. (2003). Attachement et Psychopathologie, Perspectives Psy (42 (2) 129-133). Paris, Masson.
79. Pulido Loïc (2005), La violence à l'école, cours de Psychologie du développement et des apprentissages, parcours pluridisciplinaire, Université du Québec à Chicoutimi.
80. RENAUD-Yang.M, Askenazy. F (2016), La dépression chez l'enfant: discussions et débats, dans le Livre Blanc de la dépression, Fondation Pierre Deniker pour la recherche de la prévention en santé mentale, Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Pitié-Salpêtrière, PARIS
81. UNESCO (2017), School Violence and Bullying Global Status Report Sustainable Development Goals, Published in 2017 by the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Paris. https://www.academia.edu/35515913/School_Violence_and_Bullying_Global_Status_Report_Sustainable_Development_Goals
82. -Varescon Isabelle (2015), Dépression et alcool, psychopathologie, le livre blanc de la dépression , fondation pierre deniker pour la recherche et la prévention en santé mentale, SHU - Hôpital Sainte-Anne, Paris. <https://www.fondationpierreddeniker.org/uploads/factSheets/eb51ebc20d085ad6fa8a003006c9bfead0a2dd62.pdf?v=21>
83. World Health Organization (2018), « ICD-11 – Mortality and Morbidity Statistics: 6A04 Developmental motor coordination disorder » icd.who.int. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/148247104>
84. World Health Organization (WHO) (2019), Disruptive Behavior and Dissocial Disorders, 6D10 Oppositional Defiant Disorder. <http://pre.gcp.network/en/icd-11-guidelines/categories/disorder/oppositional-defiant-disorder>
85. World Health Organization (2019), Disruptive Behavior and Dissocial Disorders, 6D10 Oppositional Defiant Disorder <http://pre.gcp.network/en/icd-11-guidelines/categories/disorder/oppositional-defiant-disorder>