

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2 -



كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا

مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس:

علم النفس المرضي للمتمدرس

الفئة المستهدفة: طلبة السنة أولى ماستر علم النفس المدرسي

من إعداد الدكتورة:

آمال بوروية

السنة الجامعية 2021/2020

## أهداف المطبوعة البيداغوجية لمقياس علم النفس المرضي للمتمدرس

### 1-الهدف العام:

يهدف مقياس علم النفس المرضي للمتمدرس إلى تنمية معارف ومهارات الدارسين في علم النفس الإكلينيكي بصفة عامة وعلم النفس المدرسي بصفة خاصة في التعرف وتشخيص أهم المشكلات والاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا في المحيط المدرسي، عبر مختلف الأطوار التعليمية: الطور التحضيري، الابتدائي، المتوسط والثانوي.

### 2-الأهداف الخاصة:

بعد قراءة هذا المقياس يكون في استطاعة الطالب أن:

- ✓ يتعرف على المشكلات والاضطرابات النفسية في الوسط المدرسي عبر مختلف الأطوار التعليمية.
- ✓ يُصنف المشكلات والاضطرابات النفسية في الوسط المدرسي عبر مختلف الأطوار التعليمية.
- ✓ يحدّد بدقة تشخيص فريقي لكل مشكلة واضطراب نفسي في الوسط المدرسي عبر مختلف الأطوار التعليمية.
- ✓ يختار استراتيجيات للتكفل والتي تكون أكثر تلاؤما مع مشكلة المتمدرس عبر مختلف الأطوار التعليمية.

## مقدمة

يعدّ الاضطراب النفسي درجة جسيمة من التعوّق أو المعاناة مع الذات والمحيط، والاضطراب النفسي في الوسط المدرسي ما هو إلا اضطراب تفاعلي وظيفي في الشخصية، يبدو في صورة أعراض جسمية نفسية واجتماعية، تنشأ من عوامل متشابكة ومشاركة، وعلى رأسها الصراعات اللاشعورية أثناء مرحلة النمو وعوامل بيئية مختلفة، وهي ليست جزءا من النمو الطبيعي للمهارات العقلية بشكل عام... أهم ما يميز الاضطرابات النفسية في الوسط المدرسي أنها لا تتعلق فقط بمراحل نمو الطفل بل في كل طور تعليمي اضطرابات شائعة وخاصة بتلك المرحلة، ابتداء من الطور التحضيري، إلى الابتدائي، ثم المتوسط وأخيرا المرحلة الثانوية...

يسمح محتوى هذه المطبوعة البيداغوجية للدارس في علم النفس الإكلينيكي بشكل عام وعلم النفس المدرسي بشكل خاص من التعرف على أهم الاضطرابات النفسية في كل مرحلة من المراحل التعليمية وبالتالي تصنيفها وتشخيصها وإيجاد السبل والاستراتيجيات اللازمة للتكفل النفسي بها، بغية استثمار قدرات وإمكانات المتمدرس في سبيل تحقيق التنمية المنشودة...

## المحاضرة الأولى: مراجعة لبعض المفاهيم الأساسية: السواء واللاسواء

### -تمهيد:

يمثل السواء واللاسواء مفهومين أساسيين في علم النفس الشواذ، وهو ذلك الفرع من فروع علم النفس العام، الذي يتضمن الدراسة العلمية المنظمة التي تهدف إلى وصف، تفسير، التنبؤ والتكفل بالسلوكيات اللاسوية أو غير عادية أو غير طبيعية...

### 1-السلوك السوي:

السواء في اللغة العربية يعني العدل، وسواء الشيء وسطه، والاستواء هو العدل والوسط، ويُقال رجل سوي الخلق أي مستو، واستوى من الاعوجاج، واستوى الشيء بمعنى اعتدل...

أما في علم النفس والطب النفسي، فالاستواء قيمة معيارية تمثل العادي والمتوسط والقريب من المركز... وقد وُصف السواء من قبل العديد من المختصين بما يلي:

- التصرف تبعاً للمعايير المقبولة.

-الفرد سليم ومتحرر من الصراعات النفسية.

السلوك السوي: وهو السلوك العادي أي المألوف والغالب على حياة غالبية الناس.

الشخص السوي: وهو الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون متوافقاً شخصياً وفعالياً واجتماعياً. (غراب، 2014، ص. ص. 51-52).

فالسواء إذن هو الاعتدال والتوسط، والسلوك السوي هو سلوك غالبية أفراد المجتمع، أي الحائز على القبول الاجتماعي والخالي من الاضطراب.

### 2-السلوك غير السوي:

في اللغة العربية يُقابل اللاسواء كلمة الشذوذ والتي أتت من الفعل شذَّ شذوذاً أي انفراد عن الجمهور، ويُقال خالف القياس وشذ عن الأصول أي خالفها، ويقول النحاة (بمعنى أصحاب النحو) شذَّ من القاعة أي خرج منها...

في علم النفس اللاسواء هو الانحراف عما هو عادي والشذوذ عما هو سوي.... (مجيد، 2016، ص.21).  
من هنا يمكن القول بأنه لا يمكن فهم اللاسواء إلا بالرجوع إلى السواء... وهما مفهومان نسبيان على العموم، إذ يستطيع الفرد أن يكون سويًا في الوقت الحالي وغير سويًا لاحقًا...

### 3- معايير السلوك:

في علم النفس عدّة معايير لتحديد السواء واللاسواء ومنها:

#### 1.3-المعيار الإحصائي:

كلمة غير سوي تعني بعيدا عن السلوك السوي، فكثير من الصفات مثل: الطول، الوزن، الذكاء تشمل مدى من القيم عندما يُقاس بها المجموع، فإن معظم الناس يقعون ضمن القيم المتوسطة للطول بينما هناك قليل من الأفراد يكونون طوال القامة أو قصار القامة بصورة غير طبيعية.

وبهذا تعريف واحد للسواء مبني على التردد الإحصائي، فالسلوك غير السوي منحرفا عن المعيار الطبيعي. (حسين، 2013، ص.14).

إن تقوم فكرة المعيار الطبيعي الإحصائي على أساس قيمة القياس النفسي، فدرجة تكرار السلوك وشيوعه بين أفراد الجماعة، بمعنى السلوك الصادر عن الأغلبية سلوك سوي في حين الصادر عند الأقلية في هذه الجماعة سلوك غير سوي، وبهذا فالفرد السعيد جدًا من هذه الجماعة غير سوي؟ ...

#### 3.2-المعيار الاجتماعي:

الكثير من علماء الاجتماع من يعتقد أن المعيار الأكثر أهمية هو كيفية تأثير السلوك في صحة الإنسان أو المجتمع، ووفقا لهذه الفكرة فإن السلوك يكون غير سوي إذا كان سيئ التكيف أو كانت له تأثيرات عكسية في الفرد أو المجتمع، ومنه فإن بعض أنواع السلوك المنحرف يؤثر في تكيف الفرد كالإدمان على تناول الكحول. (حسين، 2013، ص.15).

#### 3.3-المحك الثقافي او الحضاري:

وفقا لهذا المحك ان بعض السلوك الذي يعتبر شاذا في ثقافة معينة، قد يعتبر سويا في ثقافة أخرى، فمثلا تعدد الأزواج في بعض المجتمعات البدائية التي درستها عالمة الأنثروبولوجيا "مارجريت ميد" Margaret Mead، يمثل السمة الأساسية لهذا المجتمع بينما هذه الظاهرة لا تقبلها كثير من المجتمعات وتعتبرها سلوكا شاذا يحاكم عليه القانون، وترفضها بعض الأديان.

ولا يقتصر الامر على المقارنة بين المجتمعات المختلفة، بل ان داخل المجتمع الواحد، ما كان يعابر شاذا منذ مئات السنين قد يصبح بدرجه كبيرة سويا ويتقبله المجتمع الآن او العكس ...

وفي ضوء هذا المعيار فانه ينظر الى الكثير من السلوك الشاذ على انه سوي بينما ينظر الى بعض السلوك السوي على انه شاذ وفقا للوسط الحضاري والزمان والمكان الذي حدث فيه هذا السلوك... (عويضة، 1996، ص. 34).

### 4.3-المحك الذاتي:

ويكون الإطار المرجعي في هذا المحك هو ذات الفرد التي يرجع اليها في الحكم على السلوك بالشذوذ او بالسواء، وبذلك سوف تتعدد الاحكام بتعدد الافراد، بل ستتغير هذه الاحكام بالنسبة للفرد الواحد نتيجة تغير مزاجه من الفترات المختلفة، مما يصعب اتخاذ هذا المحك كمعيار للحكم على السلوك ما إذا كان شاذا او سويا. (عويضة، 1996، ص. ص. 34-35).

### 5.3-المعيار الطبي او الباثولوجي:

وفقا لهذا المعيار يعتبر السلوك الشاذ نتيجة حالة مرضية او مضطربة يستدل عليها من اعراض اكلينيكية معينة مثل المخاوف التي لا أساس لها عند المرضى الفعليين او الهلاوس والهذات عند حالات كثيرة من المرضى الذهانيين، او السلوك المنحرف كما هو الحال في كثير من حالات الإدمان ولسرقة والاعراض السيكوباتية، ويؤدي هذا المعيار بالضرورة الى ان الشخص السوي هو الذي ليس له اية اعراض مرضية. ونادرا ما تجد الشخص الحالي طول الوقت من أي عرض من الاعراض المرضية. (غراب، 2014، ص. ص. 31-32).

### 6.3-المحك المثالي او القيمي:

يفرق هذا المحك بين السوي وغير السوي او الشاذ على قدر اقتراب السلوك أو تطابقه مع السلوك المثالي، فارتفاع الذكاء مثالية، واكتمال الصحة دون أي امراض مثالية وارتفاع مستوى الجمال مثالية وانتظام العامل في الحضور والانصراف، دون غياب يوم واحد مثالية، اما البعد عن أي من الصفات السابقة فيعتبر شاذًا ويمثل السلوك غير السوي... وهذا المحك يعتبر بعيدا عن الواقع يصعب تحقيقه. (غراب، 2014، ص.ص. 28-29).

نستنتج مما سبق وباختصار إلى ضرورة تكامل كل هذه المعايير حتى نتمكن من تحديد السواء مقابل اللاسواء...

#### 4- علم النفس المرضي:

علم النفس المرضي يسمى أيضا بعلم النفس الشواذ هو أحد ميادين علم النفس النظرية يبحث في السلوك المضطرب ونواحي العجز في القدرة على أداء السلوك السوي، كما يهتم بدراسة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية للأفراد... وبالرغم من أن علم النفس الإكلينيكي يدرس نفس موضوعات علم النفس المرضي إلا أنه يعتبر فرع من الفروع التطبيقية بمعنى يختص بتطبيق الجانب النظري المعرفي للممارسة النفسية بغية مساعدة الآخر او التكفل بالآخر بشكل عام لتحقيق التوافق مع الذات ومع الآخرين... من خلال هذا نستطيع القول بصفة عامة أن علم النفس المرضي يهتم بدراسة الاضطرابات التي تعيق توافق الفرد مع بيئته الاجتماعية سواء أكانت اضطرابات وجدانية، عقلية، سلوكية، نفسية جسدية... تؤدي لفقدان الفرد إلى علاقته المتوازنة مع محيطه بشكل جزئي أو كلي... (بوروية، 2018).

#### - خلاصة:

السواء واللاسواء من المصطلحات المعقدة التي اختلف فيها الباحثين ولا زال الاختلاف قائم لحدّ الساعة، سواء في مجال علم النفس بشكل عام أو علم النفس المرضي بشكل خاص لاختلاف المعايير المرجعية... ويزداد الأمر تعقيدا إذا تعلّق الأمر بالطفل الذي يتميز بعدم النضج والنمو الدينامي وإجبارية ظهور بعض التظاهرات والصراعات عبر هذه المراحل.

## أولاً-الحضانة

### المحاضرة الثانية: التربية التحضيرية

#### -تمهيد:

اهتمت الدولة الجزائرية كغيرها من دول العالم بطفل ما قبل المدرسة (أي فترة الحضانة من الميلاد إلى خمس سنوات) وبالتعليم التحضيري (أي الطفل في القسم التحضيري عادة ذو خمس سنوات)، فأدرج هذا التعليم إلى النظام التربوي في الجزائر انطلاقاً من الدخول الاجتماعي لسنة 1976 / 1977م، وقد أحدث تغيير على السلم الهرمي التعليمي بشكل عام...

#### 1-التعريف بالتربية التحضيرية:

التربية التحضيرية مخصصة للأطفال الذين لم يبلغوا السن الإلزامي للقبول في المدرسة، فهي مرحلة من مراحل النظام التربوي، وتشرف على تسييرها قطاعات مختلفة عامة وخاصة، والغاية منها تدارك جوانب النقص في التربية العائلية وتهيئة الأطفال للتكيف مع تعليمات المدرسة الإلزامية، وتقوم على أنشطة متنوعة ومتكاملة تهتم كل جوانب نمو شخصية الطفل، وتتخذ من اللعب والنشاط الفعلي الذاتي والخبرة المباشرة أساساً لها. (سعود، 2009).

كما أُشير إلى تعريف التربية التحضيرية في الجزائر بالجريدة الرسمية / أمرية رقم 35-76 الصادرة بتاريخ 16 أفريل 1976م في نص المادة 19 بأن: " التربية التحضيرية تعليم مخصص للأطفال الذين لم يبلغوا سن القبول الإلزامي في المدرسة... حيث يسمح لهم تنمية كل إمكانياتهم ويُوفر لهم فرص النجاح في المدرسة والحياة". (بورصاص، 2009، ص. 93).

إذن من هنا يمكن القول إن التربية التحضيرية تعليم مخصص للأطفال تتراوح أعمارهم ما بين الرابعة وستة سنوات، أي دون بلوغ السن الإلزامي للقبول في المدرسة، حيث يمنح لهم هذا التعليم والاكتماب تطوير



قدراتهم وإمكاناتهم وتصحيح بعض المواقف بغية تسهيل عملية الاندماج لاحقاً في الطور الابتدائي من التمدريس...

## 2- أهداف التربية التحضيرية:

يتمثل الهدف العام للتربية التحضيرية في تطوير لدى الطفل شخصية متكاملة الجوانب تستمتع بالحياة والتعلم وتتصف بالاستقلالية والإبداع في إطار الجماعة كما تحسن التعبير عن أفكارها وأحاسيسها وتقدر على التواصل مع الآخرين... ولتحقيق هذا الهدف العام يجب تحقيق جملة من الأهداف الفرعية نوجزها فيما يلي:

- تطوير ذكاء الطفل بتطوير قدرته على استكشاف بيئته والتلاؤم معها.
- تطوير قدرة الطفل على التعبير اللغوي وقدرته على التواصل مع الآخرين ببسر.
- بناء ثقة الطفل بنفسه وتعزيزها من خلال تقديره لإنجازاته ولإنجازات الآخرين.
- تطوير قدرة الطفل على التفاعل الاجتماعي.
- تطوير قدرة الطفل على الحكم الأخلاقي وتنمية القيم الدينية.
- إطلاق قدرة الطفل على الإبداع.
- تطوير قدرة الطفل على رعاية نفسه والمحافظة على صحته. (سعود، 2009).

## 3- أسس التربية التحضيرية:

حتى تتمكن التربية التحضيرية من تحقيق على اختلاف وتنوع فضاءاتها الأهداف المنوطة بها يجب أن تُراعى جملة من الأسس نذكر منها ما يلي، سيما وأن الطفولة عامة والطفولة المبكرة خاصة مرحلة نوعية ومتميزة:

- من حق الطفل أن يعيش طفولته وأن يسعد بها.
- يتحقق نمو الطفل بالتفاعل الحر مع بيئته.
- النمو والتعلم عمليتان متدرجتان، فالنمو نتاج النضج والتعلم معاً.
- يتفاعل الطفل مع المواقف المختلفة في بيئته بكلية.

- يتفاوت الأطفال في اهتماماتهم ودوافعهم وقدراتهم.
- اكتساب الأطفال للمعارف والأفكار يتم عن طريق النشاط الذاتي. (سعود، 2009).

#### 4-وظائف التربية التحضيرية:

جاء في المادة 19 من القانون الخاص بالتربية التحضيرية أنه: "الغاية من التعليم في هذه المرحلة هو إدراك جوانب النقص في التربية العائلية وتهيئة الأطفال للدخول إلى المدرسة الأساسية"... ويكون إعداد الأطفال وتهيئتهم بما يلي:

- تعويدهم العادات العملية الحسنة.
- تربيتهم على حب الوطن والإخلاص له.
- مساعدتهم على نموهم الجسمي.
- تربيتهم على حب العمل وتعويدهم على العمل الجماعي.
- تمكينهم من تعلم بعض مبادئ القراءة والكتابة والحساب.

أما عن لغة التعليم في التربية التحضيرية فهي اللغة العربية فقط، وهذا ما جاء في المادة 22 من الجريدة الرسمية / أمرية 16 أبريل 1976م. بغية تلقين أطفال التحضيري اللغة الأم كما يراه بعض مفكري التربية...

كما جاء في المادتين 21 و23 من الجريدة الرسمية أنه يمكن أن تُفتح مؤسسات التعليم التحضيري من طرف بعض المؤسسات أو الهيئات العمومية، أما الجمعيات والشركات الخاصة فلا يمكنها ذلك، وتتم فتح هذه المؤسسات بعد أن تمنح رخصة من طرف الوزير المكلف بالتربية، وهو المكلف بتحديد شروط قبول الأطفال، تحديد التوقيت والبرامج وكل ما يتعلق بالتعليم التحضيري... (بورصاص، 2009، ص. ص. 93-94).

#### 5-مهام التربية التحضيرية:

تتمثل أهم مهام التربية التحضيرية فيما يلي:

- التنشئة الاجتماعية.

- استكشاف الطفل لإمكاناته وتوظيفها في بناء فهمه للعالم.
- الإعداد للتمدرس.
- كما تعمل على إدراك جوانب النقص في التربية العائلية ومعالجتها. (مديرية التعليم الأساسي/ اللجنة الوطنية للمناهج، 2004، ص.9).

## 6-التعليم التحضيري في الجزائر:

اتضح من خلال ما أشارت إليه العديد من المؤلفات عن التعليم في الجزائر بشكل عام أنه عند الحديث عن التعليم التحضيري في الجزائر لابد من ذكر مرحلتين أساسيتين: مرحلة ما قبل الاستقلال والتي تميزت بوجود الزوايا والكتاتيب والمدارس القرآنية، وهي من تتكفل بعملية التربية والتعليم، حيث يلتحق بها الأطفال عموما ابتداء من السن الثالثة تقريبا، واستمرت في أداء وظائفها حتى فترة الاستقلال... أما المرحلة الثانية هي ما بعد الاستقلال والتي اتسمت بفتح مدارس الحضانة، رياض الأطفال والأقسام التحضيرية، هذه الأخيرة ملحقه بالمدارس الابتدائية أو الأساسية، وكانت في البداية مخصصة فقط لعمال قطاع التربية والتعليم أين يتلقى هؤلاء الأطفال ولمدة سنة دراسية نفس برامج تلاميذ السنة الأولى من التعليم، استمرت هذه الأقسام التحضيرية بنفس الوتيرة منذ بداية مباشرتها من السبعينات إلى غاية التسعينات، حيث شملت كل الأطفال ما قبل سن التمدرس وبالتحديد البالغين من العمر خمس سنوات، إلا أنها اقتصرت على الانتشار في المدن الكبرى من الجزائر حتى سنوات الألفين فقد أُدرج تعميم هذه الأقسام...

أما عن الحجم الساعي الأسبوعي المخصص للقسم التحضيري هو سبعة وعشرون (27) ساعة، موزعة على مجالات مختلفة: المجال التواصلي، العلمي، الفني، البدني والمجال التنظيمي.

- **المجال التواصلي:** وهو نشاط اللغة الذي ينقسم إلى نشاط التعبير الشفوي، الكتابة والقراءة.
- **المجال العلمي:** وهو نشاط الرياضيات الذي يشمل الحساب، الهندسة، القياس وحلّ المشكلات.
- **المجال الفني:** وهو نشاط الرسم والأشغال، الموسيقى والإنشاد وكذا المسرح والعرائس.
- **المجال البدني:** وهو نشاط التربية البدنية والإيقاعية.

- المجال التنظيمي: وهو التدريب على نظام الدخول، الخروج ووقت الراحة. (مديرية التعليم الأساسي/ اللجنة الوطنية للمناهج، 2004، ص. ص. 7-9).

### - خلاصة:

يقنت المجتمعات النامية أنها لا يمكن الارتقاء إلا بالاهتمام بالمتابعة والإصلاحات الدائمة والمستمرة للأنظمة التربوية بشكل عام مع إعطاء القسط الأوفر للمراحل الأولى من الطفولة الأولى بالتربية والتعليم لتحسين جودة الاعتناء والرعاية، ذلك أن السنوات الأولى هي أعلى المراحل الحيوية من حياة الفرد يمتد أثرها لأمد الحياة... واعتبارا للمكانة التي تحتلها رعاية الطفولة المبكرة في العملية النمائية لشخصية الطفل مما يمكنه من التكيف في وسطه الاجتماعي والتأثير فيه كان لابد على الدولة الجزائرية ومنها وزارة التربية الوطنية إعادة النظر في التربية التحضيرية من حيث نظامها، فضاءاتها (أقسام التعليم التحضيري بالمدارس الابتدائية، رياض الأطفال وأقسام التعليم القرآني... )، مستلزماتها التربوية، مناهجها وإعداد معلمها ومربيها... لتضمن النمو الشخصي للفرد وكذا الاجتماعي...

## المحاضرة الثالثة: قلق الانفصال/ والعدوانية

### I - قلق الانفصال

#### - تمهيد:

اضطراب قلق الانفصال هو المبالغة في إظهار الخوف عند مواجهة الانفصال عن العائلة أو شخص مقرب... ويجب التمييز بين اضطراب قلق الانفصال وقلق الانفصال الذي يحدث أثناء مراحل النمو عندما يبدأ الطفل في التعرف على ذاته أو عند إدراكه بأنه شخص منفصل عن الأهل... يبدأ قلق الانفصال أو ما يُعرف بخوف الانفصال عادة في عمر الرضاعة أو لاحقاً ليصل حتى العام الرابع من عمر الطفل، وهو أمر طبيعي لأن النمو العاطفي أو الوجداني يتطلب ارتباط الطفل بأمه لتلبية احتياجاته العاطفية من تغذية، نظافة، حب، حنان، أمان، واحتياجات أخرى... يلي ذلك ارتباطه بمحيطه كالأب والإخوة بالأخص الأكبر منه... لكن قد تظهر المشكلة واضحة عند تعرض الطفل للانفصال عن والديه لسبب أو لآخر مثل دخوله إلى عالم المدرسة، وهنا يبدو قلق غير اعتيادي في هذه المرحلة العمرية من النمو، فيُشار إلى عدم الارتياح الذي يسبق الانفصال والقلق التام عند الانفصال، وقد يسبب هذا الاضطراب آثار سلبية في حياة الطفل ومحيطه خاصة الأسري...

#### 1- انتشار قلق الانفصال:

اضطرابات القلق بشكل عام هي نوع من الأمراض النفسية الأكثر شيوعاً بين شباب اليوم، حيث تصيب من 5 إلى 25% من الأطفال في أنحاء العالم، ومن هذه الاضطرابات اضطراب قلق الانفصال وهو يمثل نسبة كبيرة من الحالات المشخصة، فيمكن أن تصل الإصابة بهذا الاضطراب إلى 50% كما

هو مدون في سجلات المستشفيات النفسية... وتعتبر اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات حدوثا فتبلغ نسبة الإصابة به بين البالغين حوالي 7% وتُشير الأبحاث إلى أن 4,1% من الأطفال قد تتطور إصابتهم إلى المرض النفسي، وأن معاناة ما يُقارب ثلث هذه الحالات سوف تستمر إلى مرحلة البلوغ إن لم يتم معالجتها... وتستمر الأبحاث في اكتشاف ما إذا كان الميل المبكر للإصابة بقلق الانفصال عاملا خطيرا لتطور الاضطرابات النفسية خلال فترة المراهقة والبلوغ، ويُحتمل أن نسبة أعلى من ذلك بكثير من الأطفال يُعانون من حالات بسيطة من قلق الانفصال ولم يتم تشخيصهم فعليا... توصلت دراسات متعدّدة أن معدلات الإصابة باضطراب قلق الانفصال أكبر عند الفتيات منها عند الأولاد وأن غياب الوالدين قد يزيد من احتمال الإصابة بهذا النوع من الاضطراب عند الفتيات... (دويدار، 2017، ص. ص. 65-66).

## 2- ما المقصود بقلق الانفصال *F93.0 Trouble d'anxiété de séparation*؟

يتسم اضطراب قلق الانفصال بوجود قلق مستمر من أن هناك أذى سيصيب الوالدين عندما يكون الطفل بعيدا عنهما، فعندما يكون هؤلاء الأطفال في المنزل فإنهم يُحاولون الالتصاق بأحد من الوالدين أو الاثنين، ونظرا لأن المدرسة هي أولى الحالات التي تتطلب انفصالا طويلا ومتكررا عن الوالدين يُلاحظ هذا الاضطراب بمجرد دخول الطفل إلى المدرسة...

ورد في الإصدار الخامس للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM أن معايير قلق الانفصال تتسم بأنه قلق متزايد دون مبرر لوجوده، ويقوم على الخوف من الابتعاد عن البيت والوالدين أو أشخاص يرتبط بهم الفرد، وذلك من خلال ثلاثة أعراض على الأقل، على أن تستمر لمدة لا تقل عن أربعة (04) أسابيع عند الأطفال أما عند الأفراد البالغين تستمر تلك الأعراض لمدة ستة أشهر (06) أشهر أو أكثر... وأهم الأعراض التي يمكن ملاحظتها تتمثل فيما يلي:

- الانزواء والشعور بالإحباط عند الانفصال.
- قلق متزايد من أن شيئا سيئا قد يحدث لأحد الوالدين أو الأشخاص الذين يتعلق بهم.
- رفض الذهاب إلى المدرسة أو كراهية الذهاب إليها أو إلى العمل أو أي مكان آخر.
- رفض أو كراهية النوم بعيدا عن المنزل.
- كوابيس حول الانفصال.

- شكاوى جسدية متكررة مثل: الصداع، ألم المعدة عند الانفصال وغيرها...

مع العلم أنه جاء في هذا الشأن تعديلان رئيسيان في الإصدار الخامس للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية، الأول فقد تم نقل الجزء الخاص بقلق الانفصال إلى الفصل الخاص باضطرابات القلق، أما التعديل الآخر فهو حذف شرط حدوث ذلك قبل 18 سنة من خلال ملاحظة إمكانية إصابة أفراد بالغين بقلق الانفصال... (كرينغ وآخرون، 2016، ص. 827).

وفي هذا المجال فقد أُشير إلى الأعراض المصاحبة لقلق الانفصال من طرف العديد من الباحثين ومنها:

- الاكتئاب.
- اضطرابات القلق (الهلع ورهاب الخلاء عند الأطفال الأكبر سناً).
- فرط النشاط وقلة الانتباه ADHD.
- اضطرابات المعارضة.
- اضطرابات التعلم.
- اضطرابات النماء. (عشيش، 2009، ص. 241).

إذن من هنا يمكن القول بأن قلق الانفصال عبارة عن قلق متزايد وغير طبيعي من حيث التطور والنمو، محتواه الانفصال عن الأشخاص الرمزيين أو البيت المرتبط بهم، وينتج عنه خلل في العملية الوظيفية الطبيعية.

### 3-أسباب قلق الانفصال:

من أهم أسباب قلق الانفصال ما يلي:

- التهيو الوراثي.
- الأبوة المفرطة في الحماية أو المتناقضة أو المتميزة بالقلق الزائد.
- النكوص أو الهجر أثناء فترات الكرب أو الشدة كالمريض. (عشيش، 2009، ص. 241).

### 4-علاج قلق الانفصال:

قبل العلاج يتم تقييم الحالة من خلال: الفحص الجسدي الشامل، مقابلة الطفل على انفراد، المقابلة الأبوية والتي يُركز فيها على تاريخ النمو والتاريخ العائلي، وكذا تأمين معلومات إضافية من المدرسة إذا أتاحت الظروف... ويتكون علاج القلق الناجم عن الانفصال من دمج المعالجة النفسية للطفل وأسرته، بالإضافة إلى العلاج بالعقاقير الدوائية.

يشمل علاج الأسرة شرح عن ماهية وجوهر الاضطراب، إرشاد وتوجيه الأهل لكيفية دعم وتشجيع أطفالهم في العودة لنشاط عادي، كما توجد طرق عديدة وتوجهات أو أساليب مختلفة لعلاج الطفل والأكثر الانتشار منها: العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج النفسي الديناميكي ومنه لعب الأدوار من خلال تجسير العودة إلى المدرسة أو غيرهما....

أما العلاج بالعقاقير الأكثر شيوعا واعتمادا هو المسماة المثبطات والمعيقات الانتقائية السيروتونية Fluoxetine/ Paroxetine. إن رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة على أثر أو نتيجة لاضطراب قلق انفصال يعتبر حالة طارئة تستوجب المعالجة النفسية الفورية والشاملة... (دويدار، 2017، ص. 68-69)، (عشيش، 2009، ص. 241).

#### - خلاصة:

يمر الأطفال بصورة متوقعة ووضع طبيعي بتجارب قلق الانفصال في مراحل نموهم وتطورهم المختلفة، فيعيش الأطفال الرضع قبل بلوغهم عامهم الأول تجربة خطر فقدان الموضوعي الأمومي بسبب الغياب المؤقت لتلبية الإشباع أو بالأحرى الوظيفة الفيزيولوجية بعدها قلق فقدان موضوع الحب الأولي (الوالدين)، ولاحقا وحتى السنة الرابعة من العمر حين انفصالهم عن ذويهم أو والديهم أو مقربين منهم... لكن بعد ذلك قد يتعرض الطفل لقلق شديد المتسبب بضائقة واضطرابات أو ما يُعرف باضطراب قلق الانفصال كدخوله إلى الروضة أو القسم التحضيري حينما يُلزم ويُرغم على الانفصال عن والديه والخروج من البيت الآمن، فيخاف من فقدان والديه أو حدوث مصيبة أو كارثة له أو لوالديه وذويه ، فتتطور لديه أعراض محنة الهلع كشعوره بالألم على مستوى البطن صباح كل يوم ذهاب إلى المدرسة ، ما يُؤثر سلبا على نشاطه اليومي...



إذن التشبث والالتصاق والتعلق بالأهل والرفض والممانعة في الانفصال عنهم لفترة زمنية كما حدّدها الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية تُلحق الضرر بنمو الطفل وتطوره التعليمي والتربوي والاجتماعي، كما تُعرقل وظيفة الوالدين وأداءهم لمهامهم لذا يُستلزم التدخل النفسي المستعجل للتكفل...

## II- العدوانية

### - تمهيد:

تعدّ مرحلة الطفولة المبكرة من المراحل المهمة التي تؤثر على جميع مظاهر النمو لدى الطفل كالنمو الانفعالي والمعرفي والاجتماعي، فالأطفال في هذه المرحلة ما زالوا في طور تعلّم ما هو مقبول وما هو مرفوض، وفي هذا السن بالذات قد يواجه معلّم رياض الأطفال الكثير من السلوكيات غير مقبولة والصادرة من قبل بعض الأطفال التي تحول وتكيفهم الاجتماعي، فيسعى إلى تدريبه وتعليمه (التربوية) من أجل كسب السلوك المقبول لكن هناك من العوامل التي قد تعوق هذه العملية التربوية ومنها: الإفراط في الحماية الزائدة من طرف الوالدين أو غيابهما في القيام بدورهما كما هو حال الأسر المتصدعة أو عدم تكامل واتساق بين عمل معلّمي رياض الأطفال وأسر الأطفال.... ومن هذه السلوكيات غير مقبولة الأكثر انتشارا هناك العدوانية التي يجب التكفل بها مبكرا لتفادي عرقلة النمو السليم واضطراب الشخصية...

### 1- مفهوم العدوانية:

يُستخدم مفهوم العدوان في علم النفس وحقوقه المختلفة للدلالة على استجابة يرد بها المرء على الخيبة والحرمان وذلك بأن يُهاجم مصدر الخيبة أو بديلا عنه. ويتضمن مصطلح العدوانية ثلاثة مفاهيم أساسية وهي:

- العدوان، ويُقصد به الهجوم الصريح على الغير أو الذات، ويأخذ الشكل البدني أو اللفظي.

- العدوانية، ويُقصد به ما يُحرك العدوان وينشطه ويتضمن: الغضب والكرهية والحدق والشك، وهو ما يُسمى بالعدوان المضمّر أو الخفي.
- الميل للعدوان، أي النزعة العدوانية ويُقصد به ما يوجه العدائية، بمعنى الحلقة التي تربط بين العدائية كمحرك والعدوانية كسلوك فعلي.

أيضا يمكن تعريف العدوان بأنه السلوك الذي يؤدي إلى إلحاق الأذى الشخصي بالغير، وقد يكون الأذى نفسيا (إهانة أو خفض القيمة) أو جسميا. وهي الحالة التي يحاول فيها الطفل السيطرة على أقرانه عن طريق الأذى الجسمي (الضرب، اللكم، الرفس، رمي الأشياء، الدفع أو البصق...) والسيطرة كذلك من خلال الهجوم اللفظي (الإغاظه، الشتم، التسلط، التحقير، التشاجر أو التهديد بالإيذاء...).

والطفل العدوانى على نحو شديد ومستمر يميل لأن يكون قهريا ومتهيجا وغير ناضج وضعيف التعبير عن مشاعره ولديه توجه عملي، وهو أيضا متمركز حول الذات ويجد صعوبة في تقبل النقد أو الإحباط، ووجد أن الأطفال أقل ذكاء هم أكثر ميلا للعدوان... (نجيب موسى، 2016، ص. 70).

يُعرف معجم مصطلحات التحليل النفسي لجان لابلانج و ج. ب. بونتاليس Jean Laplanche et J.B Pontalis (1985) العدوانية بأنها تلك النزعة أو مجمل النزعات التي تتجسد في تصرفات حقيقية أو هوامية، وترمي إلى إلحاق الأذى بالآخر، وتدميره، وإكراهه وإذلاله... وقد يتخذ العدوان نماذج أخرى غير الفعل الحركي العنيف والمدمر، قد يكون أيضا على شكل تصرف (رفض العون مثلا) أو رمزيا (كالسخرية)... أعطى التحليل النفسي أهمية متزايدة للعدوانية من خلال تبيان فعلها المبكر جدا في نمو الشخص، ومن خلال الإشارة إلى العملية المعقدة لاتحادها أو انفصالها عن الجنسية. يصل هذا التطور في الأفكار ذروته في محاولة البحث عن أرضية نزوية وحيدة وأساسية للعدوانية من خلال فكرة نزوة الموت... (لابلانج & بونتاليس، 1985، ص.ص. 322-323).

وكتعريف إجرائي ومن خلال ما سبق نستطيع القول أن العدوانية تعني الشدة والخشونة والتعدّي على الغير، أما العدوان هو الاستجابة التي تكمن وراء الرغبة في إلحاق الضرر والأذى بالغير وتدمير ممتلكاته...

## 2-مصطلحات مرتبطة بالعدوانية:

تشير أدبيات التراث النفسي إلى أن مصطلح العدوانية يتداخل مع بعض المصطلحات والمفاهيم الأخرى القريبة والمتصلة به تداخلا يجعل من الصعب التفريق بينها، ومنها ما يلي:

### 1.2 - العدوانية والعنف:

يعدّ العنف صورة من صور العدوانية، يقتصر على الجانب المادي منه، وبذلك فإن العدوانية مفهوم أعم وأشمل يتضمن العنف الذي يمكن النظر إليه على أساس أنه الحلقة الأخيرة في العدوانية. (الشهري، 2008، ص. 67).

### 2.2 - العدوانية والغضب:

الغضب انفعال سيئ يُصاحبه رغبة في الاعتداء والإيذاء والتدمير وإنزال الضرر بالآخر أو بالذات، إذن تفرغ هذا الانفعال يكون في صور عنف مختلفة... الغضب هو أقصى درجات العنف لأنه عند نقطة معينة يتحول إلى عنف. (الشهري، 2008، ص. ص. 33-34).

### 3-العنف والإساءة:

الإساءة عبارة عن سلوكيات متنوعة من الإيذاء الجسدي أو الجنسي أو اللفظي أو النفسي التي يُمارسها طرف لإجبار طرف آخر على إتيان أو الامتناع عن سلوكيات معينة... ومنه فإن معظم حالات العنف تعد إساءة في حين أن معظم حالات الإساءة قد لا تعد عنفا. (حسين، 2005، ص. 23).

### 6-العنف والقوة:

نستطيع التمييز بين العنف والقوة باعتبار القوة عبارة عن عدوان مضبوط محكم ومحدد في الشدة له اتجاهه وهدفه الخاص. أما العنف فلا يمكن التنبؤ بمجراه أو بدايته ويتميز بنظرته وأنماطه غير المنطقية، بمعنى أنه سلوك تلقائي مكرر له طابع النزوة... إذن العنف أعم وأشمل من مفهوم القوة... (مسعود، 2008، ص. ص. 43-44).

### 7-العنف والأفعال العنيفة:

يُفرق بعض الباحثين بين العنف والأفعال العنيفة حيث أن العنف يُشير إلى سلوكيات تستهدف إحداث ضررا بالآخرين أو بالنفس بينما الأفعال العنيفة تُشير إلى شكل الممارسة. (ممدوح، 2019، ص. 30).

### 3-أسباب العدوانية عند طفل الروضة:

من الأسباب التي قد تؤدي إلى العدوان تتمثل فيما يلي:

- 1.3- الإفراط أو التفريط في التعامل مع هذا السلوك العدواني في إيقاع العقاب بشكل متكرر وشديد والذي لا يتناسب مع ما فعله الطفل من سلوك عدواني.
- 2.3- احتقار الطفل وجرح كرامته باللفظ والفعل.
- 3.3- السخرية من الطفل تؤدي إلى شعوره بالنقص والعجز مما يدفعه إلى أن يقوم بسلوكيات عدوانية ليثبت ذاته.
- 4.3- الغيرة الناتجة عن الخوف والقلق وعدم الثقة بالنفس، قد يغار الطفل من غيره من الذين حققوا نجاحا ما فيكون من الصعب عليه الانسجام معهم أو التعاون، فيتجه إلى الانزواء أو التشاجر معهم...
- 5.3- تعزيز السلوك العدواني ودعمه لدى الطفل من خلال ذكر الصفة العدوانية لهذا الطفل أمام الناس وبحضوره فتتطبع هذه الصورة لدى هذا الطفل وأيضا يمكن تعزيز هذا السلوك...
- 6.3- عصبية الوالدين أو أحدهما.
- 7.3- المقارنة بينه وبين أقرانه.
- 8.3- تجاهل متطلبات الطفل واحتياجاته النفسية كحاجته للأمان والحب والتقدير.
- 9.3- تكليف الطفل بما لا يستطيع القيام به فيؤدي ذلك إلى إحباطه وإحساسه بالعجز فيلجأ إلى السلوك العدواني.
- 10.3- لفت النظر والانتباه للطفل، قد يشعر بالتجاهل أو عدم الاهتمام فيلجأ إلى استعراض القوة بممارسة العدوان.
- 11.3- الرغبة في التخلص من السلطة، بمعنى رغبة الطفل في التخلص من ضغوط فئة الراشدين التي تحول دون تحقيق رغباته يلجأ إلى السلوك العدواني.
- 12.3- الشعور بالفشل والحرمان،
- 13.3- الحب الشديد والحماية الزائدة، الطفل المدلل لا يتحمل أبسط درجات الحرمان فتظهر لديه سلوكيات عدوانية.

14.3-ثقافة الأسرة لها دور كبير في تحديد مسؤولية السلوك العدواني لدى الطفل، كما أن للعلاقات داخل الأسرة بين الوالدين أو بين الطفل وأحد من الوالدين دورا في تدعيم العدوانية...

15.3-شعور الطفل بالغضب، الغضب حالة انفعالية يشعر بها الأطفال ولكن هناك فروقا بين الأطفال في تعبيرهم عن هذا الانفعال، هناك من يتجه إلى إتلاف ما يحيط به مثلا وهناك من يضر ذاته بشد شعره أو غير ذلك...

16.3-تعلم العدوان عن طريق النموذج، أشار بندورا Bandura إلى أنه من المحتمل أن يتعلم الطفل سلوكا بمجرد الملاحظة، حيث أُشير إلى القضاء على الحواجز التي تحول دون ممارسة مثل هذه السلوكات وازدياد العدوان لدى الأطفال الذين شاهدوا نماذج عدوانية لأشخاص من خلال أفلام أو نماذج كرتونية وغيرها....

17.3-تجاهل عدوان الأطفال، حيث أكدت الدراسات الحديثة أن الأمهات اللواتي تجاهلن السلوك العدواني لأطفالهن أنهم أكثر شدة من أولئك الأطفال الذين تكفلت بهم أمهاتهم من خلال مرافقتهم لدى المختصين، كما أكدت هذه الدراسات أن هناك ارتباطا بين التساهل وظاهرة العدوان، بمعنى كلما ازداد التساهل مع الطفل العدواني اشتد هذا السلوك...

18.3-الشعور بالنقص، نسبة من الأطفال تبدو عدوانيتهم نتيجة شعورهم بالنقص، بمعنى يكون اللجوء لمثل هذا السلوك قصد الاكتمال مثل الأطفال الآخرين.

19.3-العقاب الجسدي للطفل يجعله يدعم أن العدوان مسموح به من القوي إلى الضعيف.

20.3-تعرض الطفل للسلوك العدواني يجعله أكثر ميلا للعدوان.

21.3-الإحباط يؤدي إلى العدوان، فهو حالة شعورية تعتري الفرد إذا ما فشل في تحقيق غاية يريد الوصول إليها، وإذا حال بينه وبين تحقيق هدفه يلجأ إلى السلوك العدواني نتيجة إحساسه بالقمع وسلطة الكبار من المحيطين به أو القوانين أو النظم...

22.3-دور الأسرة والمدرسة والمنطقة السكنية في تنمية السلوك العدواني... (نجيب موسى، 2016، ص. 71-75).

#### 4- أشكال العدوانية:

يمكن تلخيص أشكال العدوانية من خلال ما أشار إليه الدكتور موسى نجيب موسى في كتابه: "دليل الأسرة لتنمية قدرات طفل الروضة" (2016) على النحو التالي:

- 1.4- العدوان المباشر، في حالة ما إذا وجهه الطفل مباشرة إلى الشخص مصدر الإحباط.
- 2.4- العدوان غير المباشر، في حالة تحويل الفعل إلى شخص آخر أو شيء آخر (ممتلكات مثلا) تربطه صلة بالمصدر الأصلي.
- 3.4- العدوان الفردي، يوجهه الطفل لوحده مستهدفا إيذاء الشخص مصدر الإحباط بالذات.
- 4.4- العدوان الجمعي، يوجهه الأطفال ضد شخص أو أكثر، وقد يتعلق الأمر بممتلكات الشخص المقصود.
- 5.4- العدوان اللفظي، والذي يتجلى عموما من خلال الكلام البذيء: كالسب، الشتم، التنازب بالألقاب، وصف الآخرين بصفات مساءة والتهديد...
- 6.4- عدوان تعبيرية، من خلال استخدام بعض الإشارات المعبرة عن الإساءة كالبصق أو إخراج اللسان...
- 7.4- عدوان جسدي، من خلال الضرب أو اللكم أو اللطم أو العض...
- 8.4- عدوان الخلف والمنافسة الناتج عن المنافسة أو الغيرة أو التحدي أثناء الدراسة وبعض المواقف الاجتماعية... فيكون التباعد والتنافر والتشاجر بين الخصمين.
- 9.4- العدوان نحو الذات، وهي عدوانية الأطفال المضطربين سلوكيا بهدف إيذاء الذات وإيقاع الضرر بها كضرب الرأس إلى الحائط.
- 10.4- العدوان الوسيطي، عندما يسلك الطفل بطريقة عدوانية وسيطية يكون لديه هدف معين، مثلا حينما يُحاول الطفل الانزلاق على السطح المائل ولاحظ طفلا آخر يقف في طريقه يُقدم على دفع الآخر وبذلك يكون قد أقدم على سلوك عدواني وسيطي.

خطورة هذا النوع من العدوان تكمن في أن الطفل يتعلم الوصول إلى أهدافه عن طريق العدوان.

11.4-العدوان العدائي، وفي حالة ما إذا تعمد الطفل الانزلاق على السطح المائل كي يصدم طفلا آخر أمامه وذلك انتقاما منه، معنى ذلك أن الطفل عقد النية على أخذ حقه بهذه الطريقة وهو العدوان العدائي.

12.4-العدوان المقصود، من المؤكد لدى العديد من العلماء أن العدوان الوسيلي والعدوان العدائي هما المشكلان للعدوان المقصود.

12.4-العدوان العشوائي، قد يكون السلوك العدواني موجها نحو أهداف معينة واضحة وتكون له دوافعه وأسبابه البيئية ويخدم أغراضا معينة، ولكن قد يكون السلوك العدواني أهوج وطائشا ذا دوافع غامضة غير مفهومة وأهدافه مشوشة وغير واضحة وتصدر من الطفل الذي يتسم بأعراض سيكوباتية في شخصيته...

13.4-المضايقة، واحدة من صور العدوان التي تؤدي في الغالب إلى شجار وتكون أحيانا عن طريق السخرية والتقليل من الشأن.

14.4-البلطجية والتنمر، ويكون الطفل المهاجم لديه تلمذ بمشاهدة معاناة الضحية، وقد يسبب للضحية بعض الآلام ومنها الجسمية كشد الشعر أو الأذن... (نجيب موسى، 2016، ص. ص. 75-78).

### 5-الوقاية من العدوانية:

يمكن للمعلم أو الأم الاسترشاد بطرق الوقاية التالية:

1.5-عدم استخدام العقاب بجميع أشكاله وخاصة البدني منه.

2.5-احترام الطفل دون الاستهانة به.

3.5-شعور الطفل بأهميته وفرديته أمام أقرانه.

4.5-إحاطة الطفل بالحب والحنان والعطف والثقة بالنفس.

5.5-الابتعاد عن مشاهدة مواقف، فيديوهات وأفلام العنف. (خليفة، 2013، ص. 176).

هذا بالإضافة إلى إدماج الطفل سواء من طرف المعلم أو الأم لممارسة نشاطات حركية، فعلى مستوى المؤسسة التربوية تكون من خلال تكليف المعلم للطفل للعدواني ببعض المهام داخل الصف المدرسي

كمسح السبورة وحراسة زملائه عند خروج المعلم وغيرها من المهام... أما في المنزل فتكون من خلال مشاركة الأم ومساعدتها في بعض الأشغال المنزلية كتحضير طاولة الغداء وترتيب غرفته وأدواته مع الإحساس بالمسؤولية قصد امتصاص الشحنات والنزعات العدوانية بالدرجة الأولى ثم تدعيم ثقته بنفسه... كما يمكن التركيز على الأنشطة الفنية كالرسم، الموسيقى الهادئة والمسرح، وكذا ممارسة الرياضة...

## 6- علاج العدوانية عند طفل الروضة:

### بالنسبة للأولياء:

- في البداية يجب العمل على تحديد وإيضاح العوامل المسببة للعدائية، ويتوجب على الأبوين في هذه الحالة طلب المساعدة من أحد المختصين إذا ادعى الأمر.
- على الآباء تقديم خيارات ومصادر للطفل يفرغ من خلالها طاقته كالرياضة (الملاكمة والمصارعة) واللعب بالرمل...
- متابعة ومراقبة البرامج التلفزيونية أو الفيديوهات المُشاهدة من طرف الطفل وحتى في علاقاته مع أصدقائه، ولكن القيام بهذه المتابعة والمراقبة دون ممارسة ضغوطات على الطفل بل بتوجيهه بشكل يسعده ولا يثيره...
- يجب على الأولياء فرض الهدوء والاستقرار داخل الأسرة.
- عدم مقابلة العدوانية بعدائية مثلها، أي أن الطفل الذي يستجيب بعدوانية لآبائه من محاورته ومناقشته والابتعاد عن معاقبته بالضرب أو الشتم أو غيرها من سلوكيات عدوانية...
- صرامة الأولياء مع الطفل العدواني، كعدم تمكينه من الوصول إلى هدفه...
- مع تقدم المراحل العمرية للطفل (من سبع سنين فما فوق) واجب على الأولياء مرافقة الطفل لمختصين، كما واجب تقديم بدائل ومصادر أخرى يستطيع الطفل الاستفادة منها، ومن ثم فإنه يمكن للطفل المضطرب أن يتعلم كيفية التحكم في عدائته...
- إدماج الطفل بمسؤوليات متنوعة من أجل تفاعله أكثر في الحياة الاجتماعية... (أكتوسون، 2017، ص. 103-104).



## - خلاصة:

يبدو من خلال ما سبق أن العدوانية شرط للنمو السوي لدى الفرد، فهي تنمو كما أكدته العديد من الدراسات النفسية في هذا المجال استجابة لتجارب الإحباط في الطفولة أو سلوك يُكتسب من خلال التعزيز الوالدي أو الاجتماعي، فهي إذن تتباين مع السن، وتظهر غالباً لدى جميع الأطفال بدرجات متفاوتة، وتستمر حتى الطفولة المتوسطة، فيلاحظ انخفاض العدوان لدى أبناء السادسة من العمر عما عليه لدى أبناء ما قبل المدرسة... وبالرغم من أن ظهور السلوك العدواني في هذا السن يعدّ دليلاً على أنّ الطفل لم ينضج بالدرجة الكافية التي تجعله ينجح في تنمية (الضبط الداخلي) اللازم للتوافق المقبول مع النظم الاجتماعية وأعرافها وقيّمها إلاّ أنّه لا بد من التمييز بين العدوان المرضي الشديّد المستمر الذي يُصوب للأخر أو بالأحرى المتجه نحو الغير وتصحبه مشاعر الغضب والتهيج والقهر والتدمير والأذى والعدوان كسلوك عادي انتقالي ضروري أثناء مرحلة النمو...

## المحاضرة الرابعة: عدم الاستقرار الحركي/ اضطرابات اللغة

### I-عدم الاستقرار الحركي

#### - تمهيد:

ليس من السهل دائماً تحديد مفهوم اضطراب عدم الاستقرار الحركي، خاصة إذا تميّز بعدة تسميات وفقاً لعدة مؤسسات إيديولوجية وكذا مقاربات ومدارس نفسية... ذكر عدة باحثين في هذا المجال أنه يُشار إلى مصطلح عدم الاستقرار الحركي باضطراب فرط النشاط الحركي والعجز في الانتباه أو متلازمة التلف الدماغية البسيط...

#### 1-تاريخ مفهوم عدم الاستقرار الحركي:

تاريخ مفهوم الاستقرار الحركي مستوحى أساساً من كتابات القرن العشرين، وهو يستخدم عادة في المقالات الفرنسية ذات الاتجاه التحليلي، في حين أن فرط الحركة مصطلح استخدم لأول مرة سنة 1923 حسب إشارة فلافين Flaving (2001) وهو يتواجد بشكل رئيسي في المقالات الانجلوساكسونية.

ويشير قلوس Golse (2004) أن أول وصف لزملة الفرط الحركي ظهرت في كتابات الطبيب العصبي الألماني هنريش Heinrich في كتاب: " القصص الفكاهية المصورة" (1854) لوصف أعراض الأطفال الذين يعانون من الفرط الحركي من خلال عدة ملاحظات إكلينيكية، حيث جمع بين أعراض عدم الاستقرار النفسي والتخلف العقلي، وتوصل الى وجود خلل في عملية النبض والقبض العصبي.

في سنة 1898 كرس كريبلين Kraepelin جهوده في وصف الأعراض السيكوباتية لدى الراشدين، وقد لاحظ من بين معالمها عدم القدرة على الكبح الحركي، وفي 1901 اهتم دمرون Demron بالأطفال ذوي اللااستقرار الحركي حيث وصفه بأنه نوع من (الرفض العقلي) الذي يتميز بعدم الاهتمام والانتباه وكبح الترابط العاطفي والحاجة المستمرة للحركة والتغيير.

وفي سنة 1908 اهتم كل من فيليب وبول بنكور Philippe & Paul Boncour بإشكاليه عدم الاستقرار الحركي لدى الاطفال المتمدرسين ووصفه بأنه وحدة مرضية مستقلة وليست عرض ثانوي أو مشترك مع اضطرابات اخرى كما وصف من قبل.

يمكننا أن نلاحظ أنه في هذه الفترة مرور وانتقال اضطراب فرط النشاط الحركي والعجز في الانتباه من مفهوم العرض الى المفهوم الزملة والاضطراب... على عكس ما قدمه دوبري Dupre في نفس المرحلة على أن الاستقرار الحركي هو نتيجة (التخلف الحركي) الذي يتميز بالمبالغة في المنعكسات الوترية، والخلل في المنعكسات الخاصة بالأصبع الأخصم للقدمين مع خلل في توجيه الحركات اللارادية للمجموعة المتنوعة من الحركات العضلية اللاقصدية...

وتماشيا مع فيليب وبول بنكور دافع الطبيب العصبي الفرنسي Heuyer في اطروحته الموسومة: "الاطفال الغير الطبيعيين واحداث الجانحين" (1914) بالتركيز والإصرار على المفهوم الإكلينيكي للاضطراب. (جبار، 2017).

عموما يُستخدم مصطلح عدم الاستقرار الحركي وفقا لنموذجين أساسيين، إحداهما أنجلوساكسوني قائم على منحى بيولوجي عصبي والآخر إكلينيكي دينامي قائم على تظافر عدّة عوامل في ظهور الاضطراب...

## **1- مفهوم عدم الاستقرار الحركي:**

يتجلى مفهوم عدم الاستقرار النفسي الحركي أو اللااستقرار النفسي الحركي بحركة مستديمة وفرط نشاط واتخاذ وضعيات جسدية غير مريحة وصعوبة تركيز الانتباه والتوتر واللاضبط الانفعالي... ويعتبر هذا السلوك دفاعا ضد الحصر والقلق وغياب الشعور بالأمن... (الودرني، 1986، ص. 57).

## 2- عدم الاستقرار الحركي الناتج عن حرمان تربوي:

## 3- عدم الاستقرار الحركي كتظاهرة لاضطرابات في الشخصية:

## 4- عدم الاستقرار الحركي الناتج عن اضطراب في السمع:

## 5- الوقاية من عدم الاستقرار الحركي:

### - خلاصة:

## II - اضطرابات اللغة

### - تمهيد:

اللغة وسيلة مهمة لتحقيق الاتصال الإنساني والتعبير عن الذات، ووسيلة من وسائل النمو العقلي والانفعالي والاجتماعي

قد يُعاني الطفل ما بين العام الثالث والعاشر من العمر وربما بعد ذلك، صعوبة في نطق بعض الكلمات أو تكراره الكلمة الواحدة لعدّة مرات قبل النطق بها، أي التلعثم في الكلام، وقد يُصاحب هذا النوع من النطق حركات غير إرادية في الأطراف إضافة إلى احمرار الوجه والنطق بصوت مرتفع.

## 1- اضطرابات اللغة:

تُعرف اللغة بأنها نظام من الرموز متفق عليه في ثقافة معينة أو بين أفراد فئة معينة أو جنس، ويتسم هذا النظام بالضبط والتنظيم طبقا لقواعد محدّدة، وقد تكون اللغة كلمات أو رموز أو إشارات أو حركات أو تعابير انفعالية أو أصوات. وللغة أهمية ووظائف كثيرة منها:

- أداة اتصال بين الأفراد (وظيفة اجتماعية).

- للتعبير عن المشاعر والأفكار والانفعالات (وظيفة نفسية).

- اكتساب المعلومات والمعارف (وظيفة أكاديمية).

تتكون اللغة من العناصر أو الأنظمة المتمثلة في: الأصوات Phonologie وهي الأصوات الكلامية بمعنى الأحرف، التراكييب Morphologie ويُقصد بها بناء نظام الكلمة والجمله، المعاني Sémantique وهي دلالات معاني الكلمات وأخيرا النحو Syntaxe وهي بناء الجمله نحويا أو قواعديا. (عواد، 2018، ص. 12).

فاللغة إذن قدرة ذهنية مكتسبة يتواصل بها الفرد مع الآخرين، وهي مجموعة من المعارف والتي تشمل المعاني والمفردات والقواعد التي تنظمها أو تضبطها، بمعنى أنها تتولد في ذهن الفرد وتمكنه من إنتاج وفهم العبارات والجمل المسموعة أو المكتوبة.

من الناحية الطبية يمكن تقسيم الاضطرابات اللغوية إلى ثلاث مجموعات، وهي: اضطرابات الكلام، اضطرابات التفكير واضطرابات اللغة.

الكلام نشاط حركي، ويمكن تصنيف اضطرابات الكلام إلى فئتين: اضطرابات الكلام التي لها آثار على الاضطرابات العضوية واضطرابات الكلام ذات المنشأ النفسي.

تُفسر اضطرابات التفكير أنه عند اختيار واستخدام بعض العناصر المعجمية والنحوية والدلالية تكون نابعة من وجدان وقيمة الشخص في حد ذاته في اختيار الكلمات والجمل، بمعنى يبرز شخصيته بأسلوبه اللغوي، لذلك فإن التعبيرات اللفظية المضطربة تكون بسبب اضطراب الأفكار...

أما اضطرابات اللغة عند الأطفال تكون في شكل تأخر الكلام...

(Taufiqurrochman & Nurwenda, Decembre 2019).

أشار القمش مصطفى نوري في كتابه: "الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة" أنه للحديث عن اضطرابات اللغة لابد من توفر أحد المظاهر التالية:

- انعدام الكلام أو كونه محدودا.
- ضعف أو عجز في فهم واستيعاب الأوامر.
- استعمال غير طبيعي للكلمات أو الجمل.
- خلل في القواعد اللغوية. (القمش، 2000، ص. 108).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-V فقد تطرق إلى المعايير التشخيصية لاضطرابات اللغة على النحو التالي:

A- الصعوبات الثابتة في اكتساب واستخدام اللغة عبر الطرق والوسائل المختلفة، أي اللغة المنطوقة والمكتوبة ولغة الإشارة وغيرها، وذلك بسبب العجز في الفهم أو الإنتاج والتي تشمل ما يلي :

- انخفاض المفردات (معرفة الكلمة واستخدامها).
- محدودية بناء الجملة (القدرة على وضع الكلمات ونهايات الكلمات معا لتشكيل الجمل استنادا إلى قواعد اللغة والصرف).
- ضعف في التخاطب (القدرة على استخدام المفردات وربط الجمل لشرح أو وصف موضوع أو سلسلة من الأحداث أو إجراء محادثة).

B- القدرات اللغوية الجوهرية (الأساسية) والكمية أقل من المتوقع بالنسبة للعمر، مما ينتج عنها ضعف وظيفي التواصل الفعال، المشاركة الاجتماعية، التحصيل الأكاديمي أو الأداء المهني، بشكل فردي أو في مجموعة.

C- ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر.

D- الصعوبات لا تُعزى إلى ضعف سمعي أو حسي آخر، أو مشكلة حركية، أو حالة طبية أو عصبية أخرى، ولا تُفسر بشكل أفضل على أنها إعاقة فكرية (اضطراب النمو الفكري) أو تأخر النمو الشامل.

أما عن الصفات التشخيصية الأساسية لاضطراب اللغة هي صعوبات في اكتساب واستخدام اللغة بسبب العجز في فهم أو إنتاج المفردات، بناء الجملة والتخاطب. ويتضح القصور اللغوي في التواصل اللفظي والمكتوب ولغة الإشارة... (عوده & فقيري، 2016، ص. 60).

من هنا يمكن القول بأن اضطرابات اللغة قد تكون في جانب فهم اللغة والتعليمات الشفهية أي في الجانب الاستقبالي من اللغة، وقد يكون في جانب إنتاج اللغة والقدرة على التعبير اللغوي، وقد يكون في كلا الجانبين.

مظاهر الاضطرابات اللغوية متعددة وذلك لتعدد الأسباب المؤدية إليها، وللتوضيح أكثر يمكن عرضها من خلال ما يلي كما أوردها العديد من العلماء والباحثين في التخصص:

أ- اضطرابات اللغة: وتتمثل في تأخر ظهور اللغة، الأفازيا، صعوبة فهم الكلمات والجمل، صعوبة القراءة، صعوبة الكتابة وصعوبة تركيب الجملة.

ب- اضطرابات الكلام: وتتمثل في التأتأة، السرعة الزائدة في الكلام، التوقف عن الكلام.

ج- اضطرابات الصوت: وتتمثل في غلطة الصوت، الغمغمة، الخمخة، الصوت المبحوح والمقمة.

د- اضطرابات النطق: الإبدال، الحذف، التحريف، الإضافة.

## 2- اضطرابات النطق:

تُعرف عيوب النطق بأنها أخطاء كلامية تنتج عن أخطاء في حركة الفك والشفاه واللسان أو عدم تسلسلها بشكل مناسب بحيث يحدث إبدال أو تشويه أو إضافة أو حذف أو قلب أو تكرار. وفي هذا المجال يرى الباحث بأي (2002) Byi بأن اضطراب النطق والكلام هو التباس على أصغر وحدة لسانية وهي الصوت، ومن أشكالها:

- **الإبدال Substitution**: الإبدال في النطق هو إبدال حرف بآخر، وهو نوعان:

أ- العيوب الإبدالية الجزئية (اللثغ): وفيها يستبدل المصاب حرفا واحدا من الكلمة بحرف آخر كاستبدال حرف الراء، فيقول "تمغين" بدلا من "تمرين".

ب- العيوب الإبدالية الكلية: وفيها يستبدل المصاب الكلمة كلها بكلمة مغايرة مثل قوله "كوسة" قاصدا "جاموسة".

- **التحريف Distorsion**: هو أن ينطق الطفل جميع الأصوات التي ينطقها الأشخاص العاديون ولكن بصورة غير سليمة المخارج عند مقارنتها باللفظ السليم، حيث يُبعد الصوت عن مكان النطق الصحيح ويستخدم طريقة غير سليمة في عملية إخراج التيار الهوائي لإنتاج ذلك الصوت.

- **الحذف Omission**: هو أن يحذف الطفل حرفا أو أكثر من الحروف التي تتضمنها الكلمة، وقد يكون الحذف في بداية الكلمة أو وسطها أو نهايتها، وقد يحذف كلمة كاملة من الجملة.

- **الإضافة Addiction**: هو أن يُضيف الطفل حرفاً جديداً إلى الكلمة المنطوقة مثل "لعبات" بدل "لعبة"، وهذا النوع من الأخطاء النطقية يحدث بشكل متكرر... (الخفاف، 2011، ص. ص. 245-247).
- أما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-V فقد تطرق إلى المعايير التشخيصية للاضطراب الصوتي ما يُعرف باضطراب النطق النمائي سابقاً على النحو التالي:
- A- الإخفاق في استخدام الأصوات التي تكتسب بشكل تطوري بما يتناسب مع العمر واللغة (مثال: أخطاء في إظهار الصوت واستخدامه وبيانه أو تنظيمه. وهذا يتضمن دون أن يقتصر على ذلك استبدال صوت بأخر استخدام /ت/ بدلاً من /ك/ أو إسقاط أي حذف بعض الأصوات كالتي تكون في مواضع نهائية).
- B- تؤثر الصعوبات في إظهار الصوت على الإنجاز الدراسي أو المهني أو على التواصل الاجتماعي.
- C- إذا كان هناك تخلف عقلي أو عجز حسي أو نطقي حركي أو حرمان بيئي، فإن الصعوبات في الحديث تتجاوز تلك التي تُصاحب في العادة هذه المشكلات. (عواده & فقيري، 2016، ص. 58).

### 3- التأخر اللغوي:

وهو من الاضطرابات اللغوية المتعلقة باللغة نفسها... وفيه يتأخر ظهور الكلمة الأولى إلى عمر الثانية أو أكثر، ويترتب على ذلك مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين وفي المحصول اللغوي في التحدث والقراءة والكتابة. (الخفاف، 2011، ص. 249).

### 4- تأخر الكلام:

يعتبر الكلام جزء من اللغة وهو الجانب الملفوظ أو المسموع منها، عبارة عن تنظيم من الرموز الصوتية يخضع لقواعد عامة في الثقافة الاجتماعية لأي مجتمع. (عواد، 2018، ص. 13).

إن الكلام ما هو إلا حركة أعضاء النطق في إنتاج الأصوات اللغوية، وهو وسيلة تعبير عن اللغة، كما أن هناك وسائل تعبير غير كلامية كالكتابة، الإيماءات ولغة الجسد...

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-V فقد تطرق إلى المعايير التشخيصية لمشاكل الكلام باضطرابات صوت الكلام، وهي على النحو التالي:

- A- الصعوبة المستمرة في إنتاج صوت الكلام والتي تتداخل مع وضوح الكلام أو يمنع التواصل اللفظي.
- B- الاضطراب يسبب قصور أو قيود للتواصل الفعال والتي تتداخل مع المشاركة الاجتماعية، التحصيل الأكاديمي أو الأداء المهني، بشكل فردي أو في أي مجموعة.
- C- ظهور الأعراض في فترة النمو المبكرة.

D- الصعوبات لا تُعزى إلى ظروف خلقية أو مكتسبة، مثل الشلل الدماغي، والحنك المشقوق، والصمم أو فقدان السمع أو الإصابة في الدماغ، أو حالات طبية أو عصبية أخرى.

أما بالنسبة للخصائص التشخيصية لإنتاج صوت الكلام يُشير الدليل بأنه النطق الواضح للمقاطع الصوتية Phonèmes، أي الأصوات الفردية، والتي تشكل عند ضمها مع بعضها الكلمات المنطوقة. ويقتضي إنتاج الصوت الكلامي كلا من المعرفة الصوتية بمخارج الألفاظ والقدرة على تنسيق حركة الأعضاء الناطقة (أي الفك واللسان والشفاه) مع التنفس واللفظ للكلمة. والأطفال الذين يُعانون من صعوبات إنتاج الكلام قد يُواجهون صعوبة في المعرفة الصوتية لأصوات الكلام أو ضعف القدرة على تنسيق الحركات لإنتاج الكلام أو للتعبير بدرجات متفاوتة... (عوده & فقيري، 2016، ص. 56).

## 5-التأتأة:

اضطراب في الطلاقة والانسحاب الطبيعي وتقطع الكلام، عادة ما يحدث في المقاطع الأولى، بزيادة ذكرية بنسبة 3/1، أكثر الأطفال ينجون من التأتأة، غالبية الحالات تكون بسبب النمو ولكن أحيانا تكون هناك حالات مكتسبة (الإصابة على مستوى الرأس) ... قد تكون ناتجة عن أسباب جينية أو السيادة الدماغية الناقصة أو ظروف ارتفاع الدوبامين... ومن أهم التدابير العلاجية للتأتأة مضادات الذهان ومثبطات ارتجاع السيروتونين (SSRI) قد يكون لها بعض التأثير... (عشيش، 2009، ص. 250).

مع العلم أنه جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV تصنيف التأتأة على النحو: Bégaiement F98.5.





✓ العوامل العصبية للعائلة. (Taufiqurrochman & Nurwenda, Decembre 2019).

يضيف غراب هشام أحمد الباحث في الصحة النفسية بالكلية الجامعية للعلوم التطبيقية بخان يونس بغزة/ فلسطين أن من العوامل التي تسهم أيضا في ظهور التأتأة ما يلي:

- الأسباب العضوية، كوجود خلل في الجزء المسؤول عن النطق في الجهاز العصبي أو وجود عيوب في الجهاز الكلامي (الحنك، اللسان والأسنان).

- توقعات الوالدين غير الواقعية التي تؤدي إلى قلق الطفل وتلعثمه.

- استخدام الطفل النطق غير السليم كوسيلة لا شعورية لجذب انتباه الآخرين.

- أسباب نفسية كالضغط، التوتر، الصراع، العصبية، ضعف الثقة بالنفس، الحماية الزائدة، افتقار الأمن والصددمات النفسية الشديدة (فقدان عزيز) ... (غراب، 2014، ص.ص. 172-173).

اتفق العديد من العلماء على تقسيم مراحل تشكيل التأتأة إلى خمسة (05) مراحل تتمثل فيما يلي:

جدول رقم 1 يوضح مراحل تشكيل التأتأة

الخصائص	مراحل التأتأة
الاستجابات البيئية السلبية تؤثر على تطور ثقة الطفل وقد تؤدي إلى تقاوم حالات التعثر.	المرحلة الأولى (2 إلى 6 سنوات)
يمكن للأطفال التحكم في الكلام، ولكن لديهم مشاكل مع مرونة العضلات وتأثير الأقران.	المرحلة الثانية (6 إلى 12 سنة)
تتناقص حالات التأتأة إذ ما تبدو أنها عادة تميل إلى الاستقرار.	المرحلة الثالثة (12 إلى 17 سنة)
مرحلة التأتأة لكن لديها الحيل لمواجهة الأوقات الصعبة.	المرحلة الرابعة (18 إلى 30 سنة)
المرحلة المستقرة: استقرار عاطفي اجتماعي، جودة التلعثم تنخفض ويتم تحرير الحيل.	المرحلة الخامسة (30 سنة فما فوق)

(Taufiqurrochman & Nurwenda, Decembre 2019)

أما عن مستويات التأتأة يقسمها وسلر Wexler إلى ثلاث (03) مستويات على النحو التالي:

- مستوى فمي، يكرّر المتعثر وحدة صوتية واحدة أو أكثر، أو أجزاء من الكلمات أو كلمات أو عبارات، قد يكون التكرار خفيفا وقد يكون شديدا، وقد تظهر التراكيب الفموية مع صعوبات في النطق أو الانسداد وعدم القدرة على جعل الصوت في حالة توقف تام، الضغط الجوي المفصلي أو المفرط يؤثر على صلاحيات صافية مثل: blllut، يؤدي التوتر في هذا المستوى إلى الهزات...

- مستوى الحنجرة، لا يستطيع المتلعثم البدء أو الحفاظ على التصويت، هناك إخفاء من خلال الحواجز على الحبال الصوتية في كل المواقف المفتوحة والمغلقة، لا يوجد صوت يخرج من وقفة مصحوبة بوقفة توتر، على العكس من ذلك يمكن سماع الهواء الذي يتم التعبير عنه يعلق على صوت لغوي مثل: .....hhhopen

- مستوى التنفس، وهو المستوى الأكثر شيوعا، قد يزيد الضغط الجوي المفرط من التفجير والتلفظ. (Taufiqurrochman & Nurwenda, Decembre 2019).

#### 6-البكم:

هو عدم القدرة على إخراج أي كلام، ويحدث في بعض اضطرابات الأطفال النفسية، وبعض حالات الهستيريا، الاكتئاب، الفصام وتلف الدماغ الشديد. (الحجاوي، 2003، ص. 127).

### المحاضرة الخامسة: العزلة

#### - تمهيد:

قد يفتقر بعض التلاميذ الثقة بالنفس فيمتنعون عن المشاركة في الفعاليات والأنشطة الصفية والمدرسية والاجتماعية بشكل عام، كتركهم في دفاترهم لبعض الأسئلة دون حلّ لتجنب الاستفسار من القائم على العملية التربوية أو حتى زملاء الصف لخوفهم أو شعورهم بالحرج والحساسية... وقد يُهمل هؤلاء لعدم فهم وضعيتهم السلوكية، مما يؤثر على زيادة عزلتهم الاجتماعية، وهي مشكلة سلوكية لها تداعيات ليس فقط على شخصية التلميذ بل حتى في تفاعله مع وسطه الاجتماعي... لهذا بات من الضروري الفهم والتشخيص والتكفل سيّما في مرحلة النمو هذه...

#### 1- مفهوم العزلة:

أشير للعزلة من طرف دي يونغ جيرفيلد وفان تيلبورغ De yong- Gierveld & Vant Tulburg بأنها مدى ما يشعر به الفرد من وحدة وابتعاد عن الآخرين وتجنبهم، أي انخفاض معدل التواصل مع

الآخرين، واضطراب علاقاته بهم، وقلة عدد معارفه، وعدم وجود أصدقاء حميمين له، ومن ثم ضعف شبكة العلاقات الاجتماعية. (عبد الله، 2008، ص. 87).

أما كارن هورني Karen Horney تُشير إليها على أنها انسحاب جسدي ونفسي، حيث يُفضل الشخص الابتعاد عن إقامة أي تفاعل مع الآخرين سلبي أو إيجابي، ويضع مسافة بينه وبينهم، ويتكون له اتجاه البعد عن الناس وعدم مخالطتهم في العلاقات الاجتماعية، ولا يقبل أي مساعدة من الآخرين، ولا يظهر مشاكله للآخرين. (عبد الحق، 2009، ص. 100).

من هنا يمكن أن نستنتج بأن العزلة سلوك سلبي وهو ارتداد جسدي ونفسي، يتمظهر في عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الغير، تؤدي إلى ضعف في التبادل وبالتالي في الشبكة الاجتماعية.

تطرق طلعت زكرياء إلى أهم خصائص الطفل ذو السلوك الانعزالي في الوسط المدرسي، حيث أنه يتحاشى المناقشات داخل الفصل الدراسي وخارجه، ولا يستطيع المشاركة في الأنشطة المدرسية الجماعية، ويتسم بعدم القدرة على إنشاء صداقات جديدة، اعتزال محيطه بصورة ظاهرة والانسحاب من الواقع والاستغراق في أحلام اليقظة... (عبد الله، 2010، ص. 42).

ومن أهم مظاهر السلوك الانعزالي يتمثل فيما يلي:

- **الوحدة النفسية:** تُشير شقير زينب أن الشخص الذي يعاني من الوحدة النفسية يُفضل البقاء منعزلاً بمفرده أكبر وقت ممكن، لذلك فهو يفتقر للأصدقاء، ويعجز عن التفاعل مع الآخرين بشكل إيجابي ومقبول، كما يشعر بالخجل والنقص وعدم الثقة بالنفس، حتى أنه يشعر بالوحدة في وجود الآخرين... (شقير، 2002، ص. 37).

- **الاكتئاب:** يعتبر الاكتئاب أحد المظاهر المصاحبة للعزلة الاجتماعية، حيث يشير بيكر Beker بأنه نمط من مشاعر وسلوك الحزن، ويشتمل على الشعور بالغم، انخفاض الفاعلية، فقدان الاهتمام بالأشياء والانسحاب. (حمدي، وآخرون 2000، ص. 243).

- **الخجل الاجتماعي:** يُشير ستانجي وهاندرينش Stangie & Herdenreich بأنه تجنب المواقف التي يُفترض فيها أن يتفاعل الفرد مع الآخرين، خوفاً أن يكون معرضاً إلى نوع من التقييم بالدرجة الأولى. (السبعواوي، 2010، ص. 48).

هذا وتُضيف السبعاوي فضيلة عرفات أن من أهم أعراض الخجل الاجتماعي: تجنب الفرد الاتصال بالآخرين، عدم القدرة على الاندماج في الحياة مع الزملاء، كما يتميز الفرد الخجول بالسلوك الجامد ومحدودية الخبرة وقلة الكلام...

- **القلق:** هو من أكثر التظاهرات الشائعة في مجال علم النفس بشكل عام والصحة النفسية بشكل خاص، وكذا العرض المشترك في جلّ الاضطرابات النفسية... ومن أهم أعراضه الميل إلى الانعزال والانفصال عن المحيط الخارجي.

ويُشار إليه على النحو التالي:

- حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ عن صراعات الدوافع بعضها مع بعض.
- هو عامل من عوامل التوتر: وهي عوامل داخلية (الشعور واللاشعور)، وعوامل خارجية (المحيطة بالفرد).
- هو محاولات الفرد للتكيف، ولفظ تكيف لفظ شامل فهو يشمل تكيف الفرد مع نفسه، وتكيف الفرد مع المجتمع. (وفيق، 2019، ص.37).

ومن أهم أسباب السلوك الانعزالي بصفة عامة:

- الخوف من الآخرين.
- محاكاة الوالدين.
- عدم توفر الأمن وعدم الثقة بالنفس.
- تنشئة الطفل الاجتماعية غير السليمة.
- نقص المهارات الاجتماعية.
- عدم القدرة على التكيف مع المواقف الجديدة، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى الفشل المتكرر الذي قابله في حياته الأولى.
- رفض الوالدين للرفاق. (جراح، 2018، ص. ص. 37 - 38).

يُشير ساكس Sack's (1997) أن العلاقات تتطور بين أفراد المجتمع الواحد وتنمو نتيجة للتفاعل بين أفرادها ويقدر درجة هذا التفاعل بإيجابيته وسلبياته تتحدّد نوع وطبيعة العلاقة بينهم، ونتيجة لهذا التفاعل تكون لدى الفرد فكرته عن ذاته وعن الآخرين، كما تتشكل سماته الاجتماعية والانفعالية، والفرد السليم بقدراته الذاتية بإمكانه المشاركة بقدر ملائم من التفاعل في المواقف الاجتماعية لكن الطفل المضطرب أو من ذوي الاحتياجات الخاصة لا يستطيع أن يُشارك بقدر ملائم في المواقف الاجتماعية.... ومن أمثلة ذلك ما يلي:

## 2-العزلة الناتجة عن تخلف ذهني:

يُواجه المُصابون بالتخلف الذهني أو ما يُعرف بالإعاقة العقلية العديد من المشكلات الاجتماعية والانفعالية التي ترتبط بضعف القدرة على التكيف الاجتماعي ممّا دعي بعض علماء النفس إلى اتخاذ القدرة على التكيف الاجتماعي أساسا في تصنيف المعاقين عقليا إلى فئات وفق قدراتهم على هذا التكيف، وبالطبع هناك تفاوت كبير بين هذه الفئات في القدرة على التكيف الاجتماعي وبشكل عام يتميز المعاقون عقليا بنقص في الميول والاهتمامات، عدم تحمل المسؤولية، الانسحاب والعزلة، العدوان، اضطراب مفهوم الذات والتردد في السلوك التكراري، الحركة الزائدة، عدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير وتكرار الإجابة رغم تغيير السؤال. إذ نجد أن المُعاق عقليا كثيرا ما ينظر لنفسه أنه فاشل أو عاجز أو أنه أقل من غيره أو أنه لا قيمة له، وعلى الرغم من أن ذلك يرتبط بانخفاض مستوى الأداء العقلي العام لدى الطفل إلا أنه يرتبط بسوء المعاملة والطريقة التي يتعامل بها هؤلاء المتخلفين عقليا في المواقف الاجتماعية واتجاهات الآخرين ومواقفهم وردود فعلهم لما يصدر من هذا المعاق من سلوك وأفعال... (الخفاف، 2011، ص. 43).

إن من خلال ما سبق نستنتج أن من أهم أسباب عزلة المصاب بالتخلف الذهني سوء تقديره لذاته الناتج عن العجز الذي يُعاني منه، وكذا الوصم الاجتماعي الذي يتجلى أساسا في الإساءة به من طرف المحيطين...

في هذا المجال تُشير عبدات روجي مروح في كتابها: "الإساءة الموجهة للمعاقين" (2011) أن من عوامل الإساءة الموجهة للمعاقين العزلة، ومن مظاهرها يمكن تلخيص ما يلي:

- اختلافهم عن الآخرين يجعل من الصعب عليهم المشاركة في الأنشطة الاجتماعية دون مساعدة، مما يُعرضهم للعزلة، وهو نوع من الإساءة الاجتماعية.

- نقص أو ضعف التنسيق في خدمات الدعم المقدمة للمعاقين وأسره قد تجعلهم معزولين ليس فقط جسدياً بل حتى اجتماعياً...

### 3-العزلة الناتجة عن عجز بصري:

إن أهمية البصر عند الإنسان والحيوان على حدّ سواء تشكل كغيرها من الحواس الخمس أهمية كبيرة للإنسان لتأكيد وجوده وفعاليته... وحاسة البصر بالذات تلعب دوراً هاماً في حياة الإنسان العامة والخاصة لأن تأثيرها الكلي أو الجزئي يعود سلباً على شخصية المصاب...

يُشير فان هلسست وآخرون VAN Hasselt et al (1983) أن الطفل الذي يُعاني من العجز البصري سواء أكان كفيفاً (العجز البصري الكلي) أو ضعيفاً (العجز البصري الجزئي) تفرض عليه طبيعة إعاقته بعض جوانب القصور في درجة ونوعية تفاعله مع الآخرين، والتي تنعكس سلباً على خصائصه الاجتماعية والانفعالية، لأن غياب البصر يؤدي بدوره إلى مشاكل متعدّدة مثل المشاكل الحركية، الحماية الزائدة، الاعتماد على الغير والقصور في العلاقات الاجتماعية...

أُجريت العديد من الدراسات والبحوث حول الخصائص الاجتماعية للمكفوفين ولعلّ أهم هذه الدراسات: دراسة إروين Erwin (1993) الذي توصل أن أطفال الرياض المكفوفين يقضون معظم وقتهم في اللعب منعزلون. أما دراسة كروكر وأور Crocker & Orr (1996) والتي أُجريت على أربعة وعشرين طفلاً مكفوفاً في سن ما قبل المدرسة حول السلوك الاجتماعي للمكفوفين ومقارنته مع أقرانهم المبصرين، وُجد أن الأطفال المكفوفين كانوا متلقين أكثر منهم مبادرين بالمقارنة مع أقرانهم المبصرين الذين كانوا مبادرين. وفي دراسة مماثلة أكد ماجا وفارن Megha & Frnn (2001) أن الأطفال المكفوفين أقل مبادرة في بناء علاقات اجتماعية... وقد أشار جلوف Glofke (1983) أن الوصم من العوامل المهمة التي تجعل الطفل الكفيف منعزلاً اجتماعياً، بينما ذهبت دراسة فان هلسست وآخرون VAN Hasselt et al (1983) إلى القول إن العزلة الاجتماعية التي يُعاني منها الطفل الكفيف إنما هي بسبب قلة الأصدقاء والمهارات الاجتماعية غير الملائمة... (جرادات، 2009، ص. ص. 26-28).



إذن يُعاني الطفل المكفوف العزلة الاجتماعية بسبب طبيعة إعاقته...

#### 4-العزلة الناتجة عن نمو عقلي مبكر:

من خلال الاطلاع على التراث العلمي للخصائص السلوكية للأطفال ذوي النمو العقلي المبكر اتضح أن الخصائص العقلية من أكثر الخصائص تمييزاً لهذه الفئة، إذ تُشير الدراسات الحديثة ومنها أبحاث جوانا جاقودويكس Johanna Jagodowicz (2012) الموسومة: "النمو المبكر: المؤشرات للوقاية من الاضطراب" إلى تفوق أطفال ذوي النمو العقلي المبكر على الأطفال "العاديين" الذين يُماثلونهم في العمر الزمني، فهم أكثر تركيزاً وانتباهاً ودافعيةً للتعلّم، وبالمقابل فإن الخصائص الاجتماعية لهؤلاء تتميز بالعزلة وأقل مشاركة في الحياة الاجتماعية، وقد أرجحت جلّ هذه الدراسات الحديثة أن السبب الرئيسي في ذلك ونتيجة لمسار النمو العقلي الذي يفوق مسارات النمو الأخرى: الانفعالي والاجتماعي وحتى الجسدي يجعل هؤلاء قدرتهم في استقبال المعلومات واختزانها ومعالجتها تفوق قدرتهم في الاهتمام بما يدور حولهم والتفاعل مع الوسط الخارجي...

#### 5-العزلة الراجعة إلى اضطراب نمائي شامل (التوحد):

يُقال شخصية متوحدة أو انعزالية، فهي تتميز بنزوع نحو الفرار أو الهروب من الواقع الاجتماعي ومن العالم الحقيقي، بغية التمتع في عالم خيالي من صنع تفكيره الرغبي وتخيلاته الذاتية، فهي شخصية تعتزل الواقع وتتوحد مع الأفكار الغربية التي ينسجها من صميم ذاته ومن تمنياته... (عواد، 2011، ص. 325).

والعزلة مشكلة أساسية لدى طفل التوحد، تُميزه عن الأطفال الآخرين لدرجة غياب ارتباطه أو انتسابه حتى لأبويه، فلا تبدو على وجهه البسمة أو توقع الفرح عند التقائه بوالديه أو أحد منهما، كما يغيب تلاقي العيون أو أي مظهر من مظاهر التعلق مع من يتحدث معه، حتى لو احتضنته أو عانقته، فهو لا يهتم بذلك وكأن الأمر لا يخصه، ولا يبدو على معظم أطفال التوحد أي حزن أو غضب أو ضيق عندما يُفارقهم آبائهم أو إخوانهم، أو حتى حينما يتركونهم وسط أفراد أغراب لا يعرفونهم، فإنهم لا يبدو أي نوع من القلق...

غير أن معظم أطفال التوحد، لا سيّما الذين يخضعون إلى تدريب يُصبحون لدى التحاقهم بالمدرسة أكثر قدرة على اتصال بالآخرين، أو بعبارة أدق تُخفف لديهم العزلة أو الانسحاب الاجتماعي، ومع ذلك يظلون بعيدين عن مشاركة أقرانهم في اللعب وتظل بعض تصرفاتهم الساذجة أو الغريبة ولا مبالاتهم بمشاعر الآخرين مستمرة معهم... (قاسم، 2015، ص.379).

## 6-الوقاية من العزلة:

تُعتبر الأسرة البيئة الاجتماعية الأولى التي يكتسب ويتعلّم الطفل منها التعبير عن ذاته وتواصله مع الآخرين، وفيها تُبنى اللبنة اللغوية الأولى والخبرات الاجتماعية التي تمكنه من دخول عالم مصقول بمجموعة من الآليات التي تعينه في مواجهة المواقف الحياتية القادمة.

تُساهم الأسرة التي يتربى فيها الطفل في بلورة شخصيته بسمات المجتمع الذي يعيش فيه، حيث يكتسب أنماطاً اجتماعية مشتركة مع الأطفال الآخرين، وعندما يكون هذا المجتمع مزيجاً من الثقافات المتعددة، لا شك أن بعض الإرباك اللغوي والثقافي والاجتماعي يطرأ على سلوك الطفل، حيث يبدأ بالمقارنة والمحاكاة العقلية بين عدّة سلوكيات تمر عليه، فإما يكون قادراً على التمييز والتقدير وبالتالي الخروج من هذه المحاكاة بنجاح، وإما يكون غير قادر على مواكبة ما يحدث حوله فيميل إلى الاستسلام والانعزال... لذلك تأتي أهمية الأسرة في مساعدته في تأصيل الثقافة التي ينتمي إليها، ومساعدته على التعبير عن ذاته في ظل هذا التنوع من الثقافات، حتى لا يكون مصيره الخوف والانعزال من مواجهة العالم المحيط حوله... (الجبالي، 2016، ص. 07).

إنّ الوقاية الأولية والمبكرة تنبثق من الأسرة في كيفية بلورة شخصية الطفل وقدرته على فهم ذاته وثقته بنفسه من أجل التفاعل مع المحيط الخارجي أو بالأحرى الاجتماعي وعدم احساسه بالاغتراب....

## 7-استراتيجيات علاجية لسلوك الانعزالي:

- على المعلم أن يُكافئ الأطفال الذين يقومون بأي شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي كأن يشعر طلابه المنعزلين بأن من يدرس مع أقرانه في مكتبة المدرسة ستمنح له علامة مشاركة إضافية.
- على المعلم أن يشجع المشاركة مع الجماعة تشجيعاً نشطاً.

- على المعلم أن يقوم بتدريب التلاميذ المنعزلين على مهارات اجتماعية محدّدة كمهارات الاتصال وخاصة كيفية الإصغاء.
- على المعلم أن يكون صبوراً، وألا يشعر بالخوف إذا استغرق انعزال الطفل عن الآخرين وقتاً أكثر من اللازم لأن الطفل الذي يتسم بالبطء بالانسجام مع الآخرين، قد يكون أفضل من الطفل الذي يندفع إلى اللعب مع كلّ واحد دون تمييز.
- استخدام عدد متنوع من الأساليب والطرق التدريسية الممتعة التي تتطلب سلوكيات حركية ولفظية لتوفير مستوى معقول من الإثارة داخل غرفة الفصل.
- تدريب الطفل على الاسترخاء العضلي التام، فعندما يسترخي الطفل يتخيل نفسه يقوم بخطوات سلوكية اجتماعية صغيرة لم يكن قادراً عليها.
- تدريب الطفل الانعزالي على لعب الأدوار أو عكس هذا الدور، مثل تدريبه على القيام بدور الضيف، كما يمكن يعكس الدور بحيث يقوم بدور الزائر.
- تعريض الطفل ومواجهته بمواقف كانت تسبب له الخجل والخوف الاجتماعي مثل زجه في خضم حفلة خاصة بالقسم أو المدرسة.
- مساعدة الطفل على تعديل بعض الأفكار الخاطئة عن نفسه، أو تغيير بعض الأفكار السلبية عن الذات، مثل مساعدته على تجنب نقد النفس وعلى الانتباه للحوارات الداخلية المنهزمة التي يرددها عند الدخول في احتكاكات اجتماعية مع الآخرين.
- استخدام اللعب الموجه لمعالجة الانعزال وذلك بتوظيف بعض الألعاب التمثيلية لتوفير فرص التواصل والتفاعل الاجتماعي للطفل، وتقديم التعزيز له لقاء اندماجه في مثل هذه النشاطات.
- تشجيع الطفل على إظهار الاهتمام بالآخرين، وتنمية علاقاته بهم بصورة تتسم بالدفء والتقبل. (جراح، 2018، ص. ص. 38-39).

- خلاصة:

فعلا من الصعب حماية الطفل مما تم اكتسابه من طرف الأولياء من سلوكات غير مقبولة ومتغيرات الحياة ولكن من السهل تطوير قدرته على تعديل تلك السلوكات ومقاومة متغيرات الحياة من خلال تزويده باستراتيجيات علاجية تمكنه من الاستجابة المناسبة لتحديات الطفولة بأطوارها الثلاث وبالتالي تغيير طريقة تفكيره في الابتعاد والانزواء والانعزال، وهي مؤشرات لاضطرابات نفسية لاحقة تُعرقل ليس فقط نموه الشخصي الذاتي حتى العلائقي الاجتماعي وخاصة المهني...

فالطفل لا يستطيع الشعور بالأمن والاستقرار إلا في وسط الجماعة، وهي المرجع الأساسي في تكوين وبلورة شخصيته، ابتداء من الأسرة إلى الرفقاء في الوسط المدرسي والحي وكل الذين يتعامل ويتفاعل معهم... لهذا بات من الضروري ليس فقط على الأسرة بل حتى المؤسسة التعليمية التكفل بهؤلاء الأطفال الذين يُعانون من العزلة الاجتماعية، ذلك أنها مؤشر لتعقيدات وخيمة...

### ثانيا-المرحلة الابتدائية والمتوسطة:

### المحاضرة السادسة: الصعوبات الأكاديمية

#### - تمهيد:

يعد مصطلح صعوبات التعلّم من المصطلحات الحديثة في التربية الخاصة إذ ظهر لأول مرة على لسان كيرك Kirk في مؤتمر تربوي أمريكي عقد عام 1963 للبحث في مشكلة الأطفال الذين يعجزون

عن التعلّم بمستوى أقرانهم بالرغم من أنهم ذوو قدرات حسية وبصرية وسمعية ولمسية، وذوو نسب ذكاء عادي، فمشكلة صعوبات التعلّم عموماً تعني وجود مشكلة في التحصيل الدراسي (الأكاديمي) في مواد القراءة أو الكتابة أو الحساب، وقد تظهر هذه المظاهر مجتمعة أو مفردة أو قد يكون لدى الطفل مشكلة في اثنين أو ثلاث مما سبق الذكر، وغالباً يسبق ذلك مؤشرات مثل صعوبات في تعلّم اللغة الشفهية أو صعوبة في التركيز والانتباه، ومنه يُميز بين صعوبات أكاديمية ونمائية، وما يهمننا في هذه المحاضرة الفئة الأولى من الصعوبات، ذلك أن الإنسان هو جوهر الثروات الوطنية في المجتمعات وبناءه الصحيح هو البناء لكل كيان اجتماعي، وعليه فإن البناء الصحيح للتلاميذ يكون التقدم الحضاري للمجتمع مضموناً بشكل تقني...

### 1- مفهوم الصعوبات الأكاديمية:

تشمل الصعوبات الأكاديمية صعوبات تعلم القراءة والكتابة والحساب في المدرسة الابتدائية، وما يستتبعها من صعوبات في تعلّم المواد الدراسية المختلفة في المراحل التعليمية التالية. وإذا كانت صعوبات التعلّم الأكاديمية -بالمعنى المتعارف عليه- يصعب وجودها في الروضة، نظراً لعدم وجود محتويات أكاديمية يتم الاحتكام إليها في سبيل ذلك، فإنه يمكن تحديد مؤشرات دالة عليها: في وجود قصور في المهارات التي تسبق التعلّم الأكاديمي والتي لا يتم بدونها، والتي يمكن أن تمثل في المستقبل إحدى صعوبات التعلّم الأكاديمية اللاحقة، وتسمى هذه المهارات بالمهارات ما قبل الأكاديمية.

وتتحدّد المهارات قبل الأكاديمية في الآتي:

\* مهارة الوعي أو الإدراك الفونولوجي.

\* مهارة التعرّف على الحروف الهجائية.

\* مهارة التعرّف على الأرقام.

\* مهارة التعرّف على الأشكال.

\* مهارة التعرّف على الألوان.

وعلى ذلك فإنه يوجد مصطلحان اثنان يُستخدمان للدلالة على صعوبات التعلّم في مرحلة الروضة، وهما صعوبات التعلّم، وقصور المهارات قبل الأكاديمية. وغالبا ما يُشير الأول إلى صعوبات التعلّم النمائية والثاني إلى صعوبات التعلّم الأكاديمية، وإن كانت كثير من المهارات التي تدخل في إطار الصعوبات النمائية تسهم بدور أساسي وفاعل في حدوث الصعوبات الأكاديمية اللاحقة... (شعبان، 2012، ص. ص. 20-21).

من خلال ما سبق نستطيع القول إن صعوبات التعلّم الأكاديمي تتمثل في تدني التحصيل الأكاديمي بمعنى الأداء المعرفي على مستوى المدارس الابتدائية في عمليات: القراءة، التهجئة، الكتابة والحساب، وهو يعتبر مؤشرا هاما لهذه الفئة، قد يُعاني بعض المصابين من ضعف في مختلف المجالات في حين أن البعض منهم لا يُعاني إلا في مهارات محدّدة، مع العلم أن هذه الصعوبات ترتبط ارتباطا وثيقا بصعوبات التعلّم النمائي، فمثلا الطفل الذي لا يتمكن من فهم واستخدام اللغة بشكل سليم لا يمكنه تعلّم القراءة...

## 2- الفرق بين صعوبات التعلّم الأكاديمية والنمائية:

يمكن تصنيف صعوبات التعلّم إلى نوعين رئيسيين هما: صعوبات التعلّم الأكاديمية وصعوبات التعلّم النمائية. تهتم صعوبات التعلّم الأكاديمية بدراسة المشكلات الأكاديمية التي ترجع إلى وجود صعوبات التعلّم، وقد حدّدها فراك ورفاقه Frank et al (1992) في ثلاثة مجالات رئيسية: صعوبة التعلّم النوعية في القراءة، صعوبة التعلّم النوعية في الكتابة وصعوبة التعلّم في الحساب. أما صعوبات التعلّم النمائية فهي تتعلّق بالوظائف الدماغية، العمليات العقلية والمعرفية التي يحتاجها التلميذ في تحصيله الأكاديمي مثل الإدراك الحسي (البصري والسمعي) والانتباه والتفكير واللغة والذاكرة، وهذه الصعوبات ترجع أصلا إلى اضطرابات وظيفية في الجهاز العصبي المركزي، ويمكن أن تُقسم بدورها إلى:

- صعوبات نمائية أولية، تتعلّق بعمليات الانتباه، الادراك والذاكرة.
- صعوبات نمائية ثانوية، مثل التفكير، الكلام، الفهم أو اللغة الشفوية. (مشالي، 2008، ص. ص. 19-20).

عموما وكما أشار الباحثون في التخصص محمود أسماء إبراهيم، عبد الغفار غادة وأمين أحمد (أفريل 2020) أن صعوبات التعلّم النمائية تتمحور في ثلاثة مجالات أساسية: النمو اللغوي، النمو المعرفي ونمو المهارات البصرية الحركية.

### 3-أسباب صعوبات التعلّم الأكاديمية:

يمكن حصر أسباب صعوبات التعلّم الأكاديمي فيما يلي مع الإشارة أنها مشتركة بين الفئتين من صعوبات التعلّم:

**1.3-عيوب في نمو مخ الحنين:** خلال فترة الحمل يتطور الجنين من خلايا قليلة غير متخصصة تقوم بجميع الأعمال إلى خلايا متخصصة، ثم إلى عضو يتكون من بلايين الخلايا المتخصصة المترابطة التي تسمى الخلايا العصبية، وخلال هذا التطور المدهش قد تحدث بعض العيوب والأخطاء التي قد تؤثر على تكوين واتصال هذه الخلايا العصبية ببعضها البعض... ومنه اعتقد العديد من العلماء أن هذه الأخطاء أو العيوب في نمو الخلايا العصبية هي التي تؤدي إلى ظهور صعوبات التعلّم. (أبو أسعد، 2015، ص. 16).

**2.3-العيوب الوراثية:** أشارت دراسات متعدّدة جرت في أقطار مختلفة وشملت أفرادا من أسر لديها أطفال ذوو صعوبات تعليمية ومقارنة توائم مطابقة يُعانون من صعوبات القراءة بغيرهم من التوائم غير المتطابقة، فتبين احتمال الإصابة بصعوبات التعلّم بين التوائم المتطابقة أعلى منها لدى التوائم غير المتطابقة، وهذا ما يؤدي إلى الاستنتاج بوجود أثر قوي للوراثة في ظهور هذه الصعوبات... مع ملاحظة أن اضطراب التعلّم يحدث دائما في بعض الأسر ويكثر انتشاره بين الأقارب من الدرجة الأولى عنه بين عامة الناس، لهذا اعتقد أن له أساس جيني... (البلوشي، 2014، ص. 41).

**3.3-تأثير التدخين والخمور وبعض أنواع العقاقير:** أشار العديد من العلماء أن استهلاك الأم السجائر والكحوليات وبعض العقاقير والأدوية أثناء فترة الحمل يكون لها تأثير مدمر بشكل مباشر على صحة الجنين... فمثلا في دراسة علمية وُجد أن الأمهات اللواتي يُدخن أثناء فترة الحمل يلدن أطفالا ذو وزن أقل من الطبيعي ما يجعلهم عرضة للكثير من المخاطر ومنها صعوبات التعلّم... (أبو أسعد، 2015، ص. 17).

**4.3-مشاكل أثناء الحمل والولادة:** يعزو بعض العلماء صعوبات التعلّم إلى وجود مضاعفات تحدث للجنين أثناء فترة الحمل، ففي بعض الحالات يتفاعل الجهاز المناعي للأم مع الجنين كما لو كان جسماً غريباً يهاجمه، وهذا التفاعل يؤدي إلى اختلال في نمو الجهاز العصبي للجنين... فمثلاً أورد سيلفر Silver (1988) نتائج دراسة لأطفال من ذوي صعوبات التعلّم الذين كانوا يُداومون على مركز تلقي الخدمات في ولاية ميريلاند في أمريكا، حيث تبين تكرار صعوبات التعلّم بنسبة عالية 17,3% لدى الأطفال الذين تم تبنيهم مقابل 3,9% من الأطفال العاديين، ذلك أن الأطفال الذين تم تبنيهم يولدون من زواج غير شرعي أين تتعرض هؤلاء الأمهات لكثير من الضغوط والتوتر ونقص في الرعاية الصحية والتغذية... (البلوشي، 2014، ص. ص. 42- 43).

**5.3-مشاكل التلوث والبيئة:** تؤدي بعض المواد السامة إلى تغيرات كيميائية خطيرة لدى الأجنة، وينتج عنها التشوهات وإعاقة النمو الطبيعي للجنين، فالمخ يستمر في إنتاج خلايا عصبية جديدة وشبكات عصبية وذلك لمدة عام أو أكثر بعد الولادة، وهذه الخلايا تكون معرضة لبعض التفكك والتمزق، فقد وجد العلماء أن التلوث بإمكانه أن يؤدي إلى صعوبات التعلّم بسبب تأثيره الضار على الخلايا العصبية، وُجد أن مادتي الكانديوم والرصاص من المواد الملوثة التي تؤثر على الجهاز العصبي، فمثلاً في دراسة حديثة خلصت أن التلف الدماغي والإعاقة العقلية من بين عواملهما التسمم العالي بالرصاص الناتج عن احتراق البنزين، في حين يؤدي التسمم ذو المستوى المنخفض إلى مشكلات نمائية أو عصبية... (البلوشي، 2014، ص. 44).

**6.3-الأسباب البيوكيميائية:** شهدت السنوات الماضية اهتماماً متزايداً بدور المواد الاصطناعية المُضافة إلى الطعام ومنها التمثيل الغذائي في الصعوبات التعليمية، بمعنى قد تنتج ردود أفعال تحسسية لبعض المواد الغذائية ما يؤدي إلى خلل في وظائف الناقلات العصبية أو في سرعة إيصال السيالات العصبية ما يسبب الصعوبات التعليمية. (غنيمات، 2015، ص. 32).

**7.3-الأسباب النفسية:** إن التأثيرات النفسية المتمثلة خاصة في القلق، الخوف والاضطرابات النفسية من أكثر العوامل في ظهور صعوبات التعلّم، من خلال عدم القدرة على تذكر المادة التعليمية، كتابة الجمل المفيدة، تكوين المفاهيم وتنظيم الأفكار... (محمود، عبد الغفار وأمين، أبريل 2020).



**8.3- الأسباب التربوية:** وهذا عندما يفتر التلميذ إلى الأنشطة والاستراتيجيات التي تُستخدم داخل الفصول العادية والتي لا تتناسب مع طبيعة ذوي صعوبات التعلّم مما يؤدي إلى الإخفاق في عملية التحصيل ... (محمود، عبد الغفار وأمين، أبريل 2020).

#### 4- أشكال صعوبات التعلّم الأكاديمية:

**1.4- صعوبات التعلّم في القراءة:** تُعد القراءة إحدى مخرجات اللغو ويُراد بها إبراز العلاقات بين لغة الكلام والرموز الكتابية، وتقوم على رؤية الكلمات المكتوبة وإدراك معناها للوقوف على مضمونها لكي يعمل مقتضاها. ويواجه بعض الأطفال عجزا في القدرة على قراءة الكلمات وفهم ما هو مقروء قراءة صامتة أو جهرية وهو ما يُعرف بصعوبة القراءة. (الهاشمي والوهيبي، 2011، ص.61).

وهذه تشكل نسبة كبيرة بين الأطفال الذين يُعانون من صعوبات التعلّم، لأن التعلّم المدرسي يعتمد بقدرة كبيرة على المقدرة على القراءة، وهي ذات أثر مدمر وهدام للطفل، ويستخدم مصطلح عسر القراءة أحد الأعراض الأولية للصعوبة في القراءة... وقد اختلفت التعاريف لهذا المصطلح، لأنه لا ينطبق على جميع الأطفال دون تمييز، وبوجه عام فيستبعد منهم الأطفال الذين لديهم مقدرة عقلية منخفضة أو المعاقون في حدة الحواس السمع والبصر بصفة خاصة. أو الذين لديهم اضطرابات انفعالية اجتماعية. كما أن التلف النيتروولوجي قد يوجد في حالات عسر القراءة أو لا توجد على الإطلاق. (نبهان، 2018، ص.40).

وأشار الزيات (2007) إلى أن مصطلح عسر القراءة "الديسلكسيا" ظل يمثل مصدرا للجدل والحوار بين أوساط العديد من الفئات المهنية المتعددة المهتمة بهذا المجال، واصل الكلمة إغريقي تتكون من مقطعين هما: dys ومعناه سوء أو مرض أو قصور، وlexia ومعناه المفردات أو الكلمات، ومن ثم يصبح المعنى المُشار للكلمة سوء أو صعوبة قراءة الكلمات المكتوبة.

ويُضيف أنه يمكن تعريف عسر أو صعوبات القراءة بأنه اضطراب أو قصور أو صعوبات نمائية ذات جذور عصبية تعبر عن نفسها في صعوبات تعلم القراءة، والفهم القرائي للمدخلات اللفظية المكتوبة عموما، وعلى الرغم من توفر القدر الملائم من الذكاء، وظروف التعلّم والتعليم والإطار الثقافي والاجتماعي. (الهاشمي والوهيبي، 2011، ص.61).

وتتمثل صعوبات القراءة فيما يلي:

**1.1.4-العادات غير الملائمة في القراءة:** ومن أمثلتها: التوتر أثناء القراءة، عدم شعور الطالب بالأمن (رفض القراءة، أو البكاء، أو استخدام النبرة الحادة)، كذلك تحريك الرأس أثناء القراءة أو تقريب النص القرآني من العين.

#### **2.1.4-أخطاء في تعريف الكلمة:**

- حذف بعض الكلمات أو أجزاء من الكلمة المقروءة مثل حذف بعض الحروف أو المقاطع من الكلمة أو حذف كلمة كاملة من الجملة، مثل: (سافرت بالطائرة) قد يقرأها الطالب (سافر بالطائرة).
- الإضافة، حيث يُضيف الطالب بعض الحروف أو الكلمات إلى النص مما هو ليس موجود فيه ممثلاً لكلمة: (الكراك) يقرأها (الكراك) وجملة (سافرت بالطائرة إلى لندن) يقرأها (سافرت بالطائر).
- الإبدال، وتعني إبدال كلمة من النص بكلمة أخرى ليست موجودة في هذا النص، مثل: إبدال كلمة العالية بدلاً من المرتفعة، أو الطلاب بدلاً من التلاميذ.
- التكرار، وتعني أن الطالب يعمل على إعادة كلمة معينة في النص إذا توقف عندها في القراءة.
- الأخطاء العكسية، حيث يقرأ الكلمة معكوسة من نهايتها بدلاً من بدايتها مثل كلمة زر بدلاً من رز، ويقرأ درب بدلاً من برد.
- ضعف في التمييز بين الأحرف المتشابهة رسماً والمختلفة لفظاً مثل (ج، ح، خ)، أو (ع، غ)، أو (س، ش) أو ضعف في التمييز بين الأحرف المتشابهة في اللفظ والمختلفة في الرسم، مثل: (ت، د، ض) أو (س، ز)، وهذا يعكس ضعفاً في تمييز الأحرف ينعكس على قراءة الكلمات.
- التهجئة غير السليمة للكلمات.
- التردد في القراءة لعدة ثواني عند الوصول إلى كلمات غير مألوفة لديه.
- القراءة السريعة غير الصحيحة وهنا تكثر في قراءته الأخطاء وخاصة أخطاء الحذف.
- القراءة كلمة كلمة دون ربط الكلمات في الجملة الواحدة أثناء القراءة مما يُفقد الجملة معناها.

- القراءة بصوت مرتفع واستخدام تعابير قرائية غير ملائمة أثناء القراءة مثل التوقف في مكان لا يستدعي الوقوف.

#### 3.1.4- أخطاء في الاستيعاب القرائي: وتضم:

- عدم القدرة على استدعاء حقائق أساسية (بسيطة) من نص قرائي.
- عدم القدرة على اتباع التسلسل الصحيح في إعادة سرد قصة ما.
- عدم القدرة على استدعاء العنوان الرئيسي للنص أو القصة.
- عدم القدرة على ربط الأفكار في النص. (الهاشمي والوهيبي، 2011، ص. ص. 61-62).

2.4- صعوبات التعلم في الكتابة: يُقصد بالكتابة التعبير الكتابي عما يجول في نفس المنشئ من أفكار ومعاني وتساؤلات، كما تشمل الأداة الرمزية التي تجسد أصوات الكلام، على أن يأتي توارد الرموز في الكلمات مطابقا لقواعد الإملاء والتهجئة المعروفة، كما يُقصد بالكتابة ثالثا القدرة اليدوية على الرسم الجيد لهذه الحروف بحيث تكون الكلمات المكتوبة سهلة القراءة ويسيرة على التناول... ويتمثل الهدف الأساسي من الكتابة في الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية هو تكوين عادات الكتابة الصحيحة القائمة على المحاكاة وطول التمرين وكثرتة، ويتطلب هذا استمرار الطفل على رسم الحروف والكلمات رسما صحيحا. (الهاشمي والوهيبي، 2011، ص. 66).

قد يعاني الطفل من هذه الصعوبة، وهذا المصطلح يسمى *dysgraphie* أو *dysorthographie*، وهذه تعتمد على كثير من المهارات الفرعية... (نجهان، 2018، ص. 41).

ومن أهم مظاهر الصعوبات الكتابية تتمثل فيما يلي:

- عكس كتابة الحروف أو عكس كتابة الكلمات أو الجمل.
- الخلط في الاتجاهات، فهو قد يبدأ بكتابة الكلمات والمقاطع من اليسار بدلا من كتابتها من اليمين، وهنا تبدو صحيحة بعد كتابتها ولا تبدو معكوسة.

- ترتيب حرف الكلمة والمقاطع بصورة غير صحيحة عند الكتابة، فمثلا كلمة (دار، راد/ قام، اقم) وهكذا.

- خلط في الكتابة بين الأحرف المتشابهة، فقد يرى كلمة (خاف) على أنها (جاف) وهكذا.

- الصعوبة في الالتزام بالكتابة على خط مستقيم واحد.

- صعوبة قراءة الخط المكتوب وردائه.

- رسم الحرف رسما خاطئا بالزيادة أو النقصان.

- إمساك القلم بطريقة خاطئة أو إمساكه في كل مرة بشكل مختلف.

- إهمال النقاط على الحروف وعدم وضعها.

- كتابة الحروف المنطوقة وإهمال الحروف غير المنطوقة كاللام الشمسية وواو الجماعة (الشمس، ذهبو). (الهاشمي والوهيبي، 2011، ص.67).

**3.4- صعوبات التعلم في الرياضيات:** الرياضيات لغة مشتركة بين كل الثقافات والحضارات، وهي عبارة عن لغة رمزية تساعد على التفكير والتواصل مع العناصر وعلى فهم العلاقات الكمية للأشياء، والرياضيات تشمل القدرة على التفكير في المصطلحات الكمية وإجراء العمليات الحسابية والقياسات والجبر والهندسة والإحصاء.

ويُطلق مصطلح صعوبة التعلم على الطلبة الذين يجدون صعوبة في:

- استخدام وفهم المفاهيم والحقائق الرياضية.

- الفهم الحسابي والاستدلال العددي والرياضي.

- إجراء المعالجات الحسابية والرياضية.

ويتم تصنيف الطفل على أن لديه صعوبة في الرياضيات إذا كان يتمتع بدرجة عالية أو عادية مع وجود انحراف أو تباعد بين عمره العقلي وتحصيله الرياضي (يصل عادة إلى سنتين).

تُشير الدراسات إلى أن ما نسبته 26 % من الطلبة ذوي صعوبات التعلّم الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية هم من الطلبة ذوي صعوبات الرياضيات... وتظهر الصعوبة الرياضية في معظم الأعمار بحيث تبدأ من مرحلة ما قبل المدرسة على شكل صعوبات في التعامل مع الأشكال الهندسية والحجوم والعلاقات، وتستمر حتى ما بعد المرحلة المدرسية، وتبلغ الصعوبة أوجها في مرحلة ما بعد الصف السابع الأساسي.

أما مصطلح صعوبات الحساب dyscalculie فيطلق على الصعوبات الشديدة في الرياضيات والتي ترتبط باضطراب إدراكي يُعيق التعلّم الكمي، وهو اصطلاح طبي يُشير إلى عجز في قدرة الفرد على إجراء العمليات الحسابية.

ومن أبرز مظاهر الصعوبات الرياضية ما يلي:

- صعوبات الإدراك البصري، وتتمثل في ضعف الانتباه وتجاهل بعض خطوات الحل وعكس الأرقام، وصعوبة في استخدام الفراغ وترتيب المنازل الرياضية، وصعوبات في إدراك العلاقات والاتجاهات، وصعوبات في فهم العلاقات بين الحجوم والأشكال، والقياس والتقدير والهندسة وغيرها.
  - صعوبات في الإدراك السمعي، وتتمثل في ضعف حفظ الجداول الرياضية، ونسيان خطوات الحل، وصعوبة في استيعاب المسائل الكتابية، وصعوبة التعامل مع التسلسل العددي وإدراك العلاقات بين الأرقام وغيرها.
  - صعوبات في استخدام الاستراتيجية الرياضية، فالكثير من الطلبة ذوي صعوبات التعلّم يستخدمون أسلوب المحاولة والخطأ في حلّ المسائل الرياضية، ولا يعرفون كيف تستخدم استراتيجيات المساعدة في الحلّ، وبعضهم لا يستخدم الاستراتيجية المناسبة في الحلّ بسبب ضعف القدرة على تصور المسائل الرياضية عقلياً.
  - عدم القدرة على تعميم المعلومات الرياضية إلى مواقف جديدة.
  - نقص في الدافعية وسلبية الاتجاه نحو الرياضيات والتدني في مفهوم الذات. (خطاب، 2018، ص. ص).
- (21-22).

5- محكات تشخيص تلاميذ ذوي صعوبات التعلّم الأكاديمي:

توجد محكات كثيرة تُستخدم لتمييز صعوبات التعلّم بشكل عام عن حالات الإعاقة، ولعلّ أهمها وأكثرها شيوعاً تتمثل فيما يلي:

### **1.5- محك التباعد أو التباين:** أبرز نماذج التباعد المستخدمة، هي على النحو التالي:

- التباعد القائم على انخفاض التحصيل الدراسي عن المعايير المحلية أو الوطنية.
  - التباعد القائم على انخفاض التحصيل الدراسي عن متوسط الأقران داخل الصف.
  - التباعد القائم على انخفاض التحصيل الدراسي عن الاستعداد أو القدرات أو الذكاء العام.
  - التباعد القائم على تباين الأداء على مقاييس القدرات أو الذكاء أو تجهيز ومعالجة المعلومات.
- ويشير التباين عموماً إلى وجود فروق بين إمكانات الطفل العقلية وتحصيله الفعلي عند وجود تدريس فعال، أي بين التحصيل المتوقع والتحصيل الفعلي عادة على أساس العمر الفعلي للطفل والمستوى العقلي لتحصيله الصّفي... (الحاج، 2019، ص. ص. 24-25).

**2.5- محك الاستبعاد:** على أساس محكات الاستبعاد، فإن الأطفال الذين ترجع صعوبات التعلّم لديهم بصفة أساسية إلى الحالات الأخرى من العجز أو القصور، سواء كانت إعاقة سمعية أو بصرية أو حركية أو تخلف عقلي أو اضطراب انفعالي أو عوامل بيئية، يستبعدون من فئة ذوي الصعوبات الخاصة في التعلّم... بمعنى آخر أن الاستبعاد لا يعني أكثر من أن هؤلاء الأطفال المصابين بإعاقات أخرى عامة يحتاجون إلى برامج تعليمية وعلاجية تناسب إعاقاتهم الأساسية. (متولي & القحطاني، 2016، ص. 144).

**3.5- محك صعوبة النضج:** نجد معدلات النمو تختلف من طفل لآخر ممّا يؤدي إلى صعوبة تهيئته لعمليات التعلّم، فما هو معروف أن الأطفال الذكور يتقدم نموهم بمعدل أبطأ من الإناث مما يجعلهم في حوالي الخامسة أو السادسة غير مستعدين أو مهيين من الناحية الإدراكية لتعلّم التمييز بين الحروف الهجائية قراءة وكتابة ممّا يعوق تعلّمهم اللغة ومن ثم يتعيّن تقديم برامج تربوية تصحح قصور النمو الذي يعوق عمليات التعلّم سواء كان هذا القصور يرجع لعوامل وراثية أو تكوينية أو بيئية، ومن ثم يعكس هذا المحك الفروق الفردية في التحصيل. (الحاج، 2019، ص. ص. 26-27).

**4.5- محك العلامات الفيورولوجية:** يمكن الاستدلال على صعوبات التعلّم من خلال التلف العضوي البسيط في المخ الذي يمكن فحصه من خلال رسام المخ الكهربائي EEG، وينعكس الاضطراب البسيط في وظائف المخ في الاضطرابات الإدراكية (البصري والسمعي والمكاني، النشاط الزائد والاضطرابات العقلية، صعوبة الأداء الوظيفي). (الحاج، 2019، ص. 27).

**5.5- محك التربية الخاصة:** يعتمد هذا المحك على فكرة أن الأطفال ذوي صعوبات التعلّم يصعب عليهم الاستفادة من البرامج العادية التي تقدم للأطفال العاديين في المدارس، ممّا يستدعي توفير خدمات خاصة بهم (أساليب تعلّم، برامج، معلّمين متخصصين) لمواجهة مشكلاتهم التعليمية التي يعانون منها والتي تختلف عن مشكلات التلاميذ العاديين. (متولي & القحطاني، 2016، ص. 146).

### **6- أساليب تشخيص وقياس صعوبات التعلّم الأكاديمي:**

أساليب تشخيص وقياس صعوبات التعلّم الأكاديمي مرتبطة بالأساليب الخاصة بصعوبات التعلّم النمائي، لأنه لا يمكن الحديث عن صعوبات التعلّم الأكاديمي دون الإشارة إلى التطور النمائي للمصاب في حدّ ذاته... وللكشف عن ذلك لا بدّ من استخدام أدوات التقييم والتي تتضمن أساليب مقننة وأخرى غير مقننة. ومنها:

### **1.6- أساليب تقييم مقننة وتشمل الاختبارات الإدراكية:**

- مقياس وكسلر 3 WISC للأطفال.
- اختبار مهارات التحليل السمعي.
- اختبار الذاكرة السمعية التتابعية.
- اختبار التمييز السمعي.
- اختبار سعة الذاكرة السمعية.
- اختبار التكامل البصري الحركي.
- اختبار التداعي البصري الحركي.

## 2.6-أساليب تقييم غير مقننة:

- مقياس تشخيص المهارات الأساسية في اللغة العربية والرياضيات.

- أسلوب إعادة السرد.

- اختبار الإغلاق.

- تحليل عينات من أعمال الطلبة.

- تحليل أخطاء القراءة... (القبالي، 2017، ص. ص. 17-18).

إذن يمكن من خلال هذه الاختبارات بشقيها المقنن وغير المقنن الكشف عن الصعوبة التعليمية ومدى عمقها وتوضيح إن كانت الصعوبة نمائية تطويرية أم أكاديمية وبالتالي اقتراح الاستراتيجيات المناسبة للتكفل طبعا وفق لشروط عديدة منها الظروف المحيطة وبروفيل شخصية المصاب...

## 7-استراتيجيات التكفل بصعوبات التعلم الأكاديمي:

استراتيجيات التكفل بصعوبات التعلم الأكاديمي مشتركة في التكفل أيضا بصعوبات التعلم النمائي، حيث تُشير الأدبيات النفسية والتربوية أن هناك العديد يمكن تلخيص أهمها فيما يلي:

**1.7-استراتيجية التدريب القائم على تحليل المهمة وتبسيطها:** يُقصد بهذه الاستراتيجية التدريب المباشر على مهارات محدّدة وضرورية لأداء مهمة أكبر، إذ يُفترض ومن خلال هذا التدريب أن هؤلاء الأطفال تقتصر معاناتهم على نقص في التدريب والخبرة في المهمة ذاتها، كأن تكون على سبيل المثال التدريب على القراءة... وللقيام بهذه العملية ينبغي:

- تحديد الهدف من تعلم المهارة.

- تجزئة المهمة التعليمية إلى وحدات صغيرة أو مهام يمكن للطفل القيام بها.

- يبدأ المعلم التعليم بالمهارة الفرعية التي لم يتقنها الطفل ضمن مجموعة المهارات الفرعية المتسلسلة للمهارة التعليمية، ذلك إن كثيرا من الأنشطة التي يؤديها التلاميذ في حياتهم اليومية ماهي إلا سلسلة من المهارات وليست مهارات فردية منفصلة بل مهارات متسلسلة... (الخفاف، 2011، ص. ص. 301-302).



**2.7- استراتيجيات التدريب القائم على العمليات النفسية:** يُفترض ومن خلال هذه الاستراتيجية وجود خلل أو عجز نمائي محدّد لدى هؤلاء الأطفال، فإذا لم يتمّ تصحيح ذلك العجز فمن الممكن أن يستمر في كبح عملية التعلّم، حيث يعتبر تدريب القدرات النمائية جزءاً من منهج مرحلة ما قبل المدرسة، أي على المعلم أن يأخذ بعين الاعتبار المهارات السابقة المطلوبة لإتقان عملية التعلّم اللاحقة وأن يحاول تنمية وتطوير المتطلبات السابقة للمهارة الجديدة، فإذا كان الطفل يُعاني من مشاكل القراءة نتيجة صعوبات في الانتباه، من المفيد تدريب الطفل على الانتباه لتسلسل المثيرات السمعية أو البصرية وزيادة مدّة الانتباه... أي أن هذا الأسلوب يركز على تدريب العمليات النفسية المرتبطة بالصعوبة الأكاديمية في حدّ ذاتها... (الخفاف، 2011، ص. ص. 302-303).

**3.7- استراتيجيات التدريب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية:** أشار الخطيب في كتابه: "غرفة المصادر كبديل تربوي لذوي الاحتياجات الخاصة - دليل عملي لمعلّمي صعوبات التعلّم -" (2009) إلى أن المهمات أسلوب تدريسي أو طريقة تدريسية تقوم على تحليل المهمة إلى أجزائها التي تتكون منها، وهذا الأسلوب يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتعاقد السلوكي بين الطفل/ التلميذ أو الطالب ومعدّل السلوك/ المعلم، أي أنّه أسلوب لا يتحقق بالقوة والإرغام... مع العلم أن المهمة تتمثل في عمل يقوم به المعلم ويدرب الطالب على القيام بهذا العمل التعليمي وفق قدرات وإجراءات متسلسلة ومتراصة أما التعاقد السلوكي هو اتفاقية عادة ما تكون مكتوبة توضح العلاقة بين المهمة التي سيؤديها الطالب والتعزيز الذي سيحصل عليه نتيجة ذلك... ويتضمن هذا الأسلوب الخطوات التالية:

- تحديد الصعوبة التعليمية التي يُعاني منها الطالب، بمعنى السلوك المراد تغييره بدقة وموضوعية.
- تحديد ما الذي سيفعله الطالب أو المهمة التي سوف يقوم بأدائها.
- تحديد متى سيقوم الطالب بتأدية المهمة، أي الفترة الزمنية لتأديتها.
- بعد القيام بالمهمة تقديم التعزيز...

**4.7- استراتيجيات التدريب القائم على الحواس المتعدّدة:** تعتمد على تدريس التلاميذ ذوي صعوبات التعلّم من خلال تطبيق المنهج القائم على تعدّد الحواس، حيث يستخدم التعليم أكثر من حاسة للتعلّم (البصر، السمع، الحس الحركي واللمس)، إذ يُشير الحرف (V) إلى البصر Visual، والحرف (A) إلى السمع

Auditory، والحرف (K) إلى الحس الحركي Kinesthetic، والحرف (T) إلى اللمس Tactile، بمعنى أنها تُركز على استخدام التلاميذ لحواسه المختلفة في عمليات التدريس لحلّ مشاكله التعليمية... (الخطيب، 2009، ص. 12).

وللإشارة فإن أفضل أنواع التعليم تكون من خلال الحواس، وحقيقة الحواس المتعدّدة هي بوابة التعلّم، والغرض من تعلّم أي لغة هو تطوير المهارات الأربع (الاستماع، التحدث، القراءة والكتابة)، ومن أهم فوائد توظيف هذه الاستراتيجيات تتمثل فيما يلي:

- تقلّل فشل التلاميذ وتعمل على زيادة التحصيل، تنمي لديهم مفهوم الذات والثقة بالنفس.

- تستخدم أساليب متنوعة تناسب جميع التلاميذ.

- تجعل التلاميذ أكثر مرونة في المواقف التعليمية.

- تساعد على إيجاد مناخ صفّي جيّد... (محمود، عبد الغفار وأمين، أبريل 2020).

ومن أشهر الطرق التي استخدمت هذه الاستراتيجيات هي على النحو التالي:

1.4.7- أسلوب فرناندو Vernald: يوضح الخطيب عاكف عبد الله (2009) أن هذا الأسلوب يعتمد على اختيار الكلمات من قصص تُحكى للأطفال لتنمية تعرفهم على الكلمات دون الاهتمام بالصوتيات...

2.4.7- أسلوب جلينجهام Glengham: يشير الخطيب أيضا أن هذه الكيفية تهتم بالصوتيات والنطق الصحيح للكلمات، حيث يتعلّم التلميذ من خلالها الحروف الثابتة والمتحركة باستخدام بطاقات مثقبة للحروف الثابتة وبطاقات ملونة للحروف المتحركة...

5.7- استراتيجية التدريب النفسي التربوي: تتضمن هذه الاستراتيجية برنامج متكامل موجه للأطفال الذين يُعانون من صعوبات التعلّم لمعالجة نواحي القصور الممكنة، وتعدّ الرزمة العلاجية التي أعدها فاليت Vallet (1974) أكثر الرزم العلاجية فاعلية وأكثرها استخداما في الصفوف الخاصة والأوضاع التعليمية، وكل رزمة تحتوي على ستة برامج، هي على النحو التالي:

- البرنامج الأول/ النمو الحركي الكبير: لتحقيق هذا الهدف من البرنامج يتم تدريب الطفل على مجموعة من التمرينات الرياضية، أهمها: الجلوس، الزحف، العدو، القذف، الوثب، الرقص والحركات الإيقاعية...

- البرنامج الثاني/ التكامل الحسي الحركي: يعتمد هذا البرنامج على المواقف التعليمية ومواقف حلّ المشكلات التي تتطلب التوجه المكاني، ومنها: التوازن، التنظيم الفراغي، البراعة اليدوية، التمييز للمسي، معرفة الاتجاهات، ومعرفة الوقت...

- البرنامج الثالث/ المهارات الإدراكية الحركية: يهدف هذا البرنامج إلى التمييز البصري للأشكال، ومن نشاطاته: حدّة السمع، اتباع التعليمات، الترابط الصوتي "التقليد"، الذاكرة السمعية، التسلسل السمعي، حدّة البصر، التتبع البصري، تمييز الأشكال، تمييز الشكل-الخلفية، الذاكرة البصرية، الذاكرة البصرية-الحركية "تقليد التصاميم"، التناسق العضلي الدقيق، تصميم المكعبات وسرعة التعلّم والرسم.

- البرنامج الرابع/ النمو اللغوي: يهدف هذا البرنامج إلى تكوين اللفظ والاستجابة اللغوية السليمة حيث يُقدّم للأطفال عددا من الخبرات التربوية التي تنطلق من معرفة الكلمات، الطلاقة اللغوية، التهجئة، الاستيعاب القرائي، الكتابة، والتعبير اللفظي/ الكتابي...

- البرنامج الخامس/ المهارات المفاهيمية: يهدف هذا البرنامج إلى تنمية المفاهيم العددية، العمليات الحسابية الأساسية، التحليل الرياضي "حلّ المشكلات"، المعلومات العامة والتصنيف حسب العلاقات والاستيعاب.

- البرنامج السادس/ المهارات الاجتماعية: يهدف هذا البرنامج إلى تنمية القبول الاجتماعي للطفل، الصداقة، التوقعات الاجتماعية المناسبة، الأحكام القيمية والنضج الاجتماعي... (الخفاف، 2011، ص. ص. 304-305).

**6.7- استراتيجية تعديل السلوك المعرفي:** وهي تقنية للكشف عن طاقات التعليم الكامنة لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتُعد هذه التقنية واعدة لأنها طريقة تُعالج مسألتين رئيسيتين هما: التنظيم الذاتي والدافعية... وأسلوب مراقبة الذات أحد أساليبها الأساسية... يُساعد أسلوب مراقبة الذات على زيادة سلوك الانتباه لدى ذوي صعوبات التعلّم وزيادة أدائهم الدراسي، وتشمل مراقبة الذات الإجراءات الواجب مراعاتها لمراقبة السلوك... (الهاشمي والوهبي، 2011، ص. 28)

أشار الخطيب (2009) إلى أن أسلوب مراقبة الذات يعتمد على النموذج (المعلم)، إذ يقوم المعلم باستخدام أساليب خاصة لتذلل الصعوبة التي يعاني منها الطفل عن طريق ملاحظة المعلم وتقليده (محاكاته)، ويتم التدريب وفق الإجراءات التالية:

- يقوم المعلم (النموذج) بأداء العمل في الوقت الذي يتكلم فيه مع نفسه بصوت مرتفع.
- يقوم الطفل بأداء الدور نفسه تحت إشراف النموذج (المعلم).
- على الطفل أن يحس بالتعليمات بنفسه أثناء أدائه العمل.
- يقوم الطفل بأداء العمل بنفسه ولكن بألفاظ أخرى غير التي كان يستخدمها المعلم (النموذج).

### خلاصة:

ختاما لقد بات من الضروري الاهتمام بفئة ذوي صعوبات التعلم بشكل عام لأنه لا يمكن الحديث عن صعوبات التعلم الأكاديمي إلا بالرجوع إلى الخبرات النمائية السابقة، هذا الاهتمام الذي يُعنى بالدرجة الأولى بالكشف المبكر وبالتالي إمكانية الوصول إلى تشخيص وتوفير برامج التكفل الملائمة مع مراعاة الحالة النفسية المستقرة للطفل المصاب وتهيئة البيئة التعليمية المناسبة له وفق درجة العجز لكل حالة على حدا... كما بات من الضروري على الباحثين في هذا المجال توفير مقاييس تشخيصية مكيفة حسب البيئة الجزائرية ووضع استراتيجيات لتدريس هؤلاء بإشراف معلمين مختصين...

## المحاضرة السابعة: اضطرابات فرط الحركة وعسر الانتباه/ التثبيط/ والعدوانية المفرطة

### - تمهيد:

تنتشر كثير من الاضطرابات بين الطلبة سواء في المرحلة الابتدائية أو المتوسطة ومنها: فرط الحركة وعسر الانتباه، ومشاكل التثبيط وكذا العدوانية المفرطة وغيرها... وتكمن المشكلة في كيفية التعامل مع هذه الفئة وقلة المعلومات المتوفرة عن هذه الظواهر مع الأخذ بعين الاعتبار أن هؤلاء الطلبة ليسوا مشاغبين أو عديمي التربية ولكن يُعانون من مشكلة مرضية لها تأثير سيء ليس فقط على التطور النفسي للطلاب وبالتالي على تحصيله الدراسي بل أيضا على علاقاته الاجتماعية خاصة في الوسط المدرسي والأسري ...

### 1- اضطرابات فرط الحركة وعسر الانتباه حسب الإصدار الخامس للدليل التشخيصي الإحصائي

#### للأمراض العقلية DSM-IV:

أولا وقبل كل شيء نعرف فرط الحركة وعسر الانتباه وأكد أن هناك العديد من التعاريف لكن نكتفي بما يلي:

يُعرف أوداس Oades. R, D (1999) أطفال فرط الحركة وعسر الانتباه ADHD بأنهم أطفال يُعانون اضطراب قصور واضح في الانتباه ونشاط حركي زائد، واندفاع مستمر، ولديهم مشاكل معرفية تظهر بشكل واضح في المدرسة من خلال صعوبات التعلم، كما يُعانون من التوتر والقلق والاكتئاب. (شهاوي، 2018، ص. 24).

يُشير الإصدار الخامس للدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية DSM- IV بأن فرط الحركة وعسر الانتباه F90.1 Déficit de l'attention / Hyperactivité (ADHD) عبارة عن نمط دائم من

قلة الانتباه وزيادة النشاط الغير المتناسبين مع النمو، ولكي يُحدّد يجب أن تكون بعض الأعراض قد بدأت قبل سن (07) بالإضافة إلى أن السلوك يكون في بيئتين مختلفتين وأيضاً أن يستمر لمدة شهرين (02) على الأقل لكي تتحقق معايير التشخيص. ومن أهم الأعراض الإكلينيكية لفرط الحركة: التهور / التملل والانتقال / النهوض والتجوال / التسلق (على الطاولات مثلا) / الكلام الزائد / عدم القدرة على اللعب بشكل هادئ / الإجابة دون التفكير / القفز على الطابور المدرسي (عدم الانتظام) / المقاطعة في الكلام بشكل مستمر.

أما الأعراض الإكلينيكية لعسر الانتباه تتمثل في: عدم القدرة على التركيز / سهل التشتيت بمعنى يمكن صرف انتباهه بسهولة / ضعف في إكمال أو إتمام المهمات / سيطرة شعور الكره / غير منظم / ارتكاب أخطاء في المهمات التي تتطلب التركيز / لا يستطيع الاستماع إلى الكلام الموجه له / كثير النسيان / فقدان الأشياء المطلوبة منه...

في أغلب الأحيان يتميز الأطفال الصغار والين يُعانون من فرط الحركة وعسر الانتباه بالحساسية المفرطة واضطرابات النوم وكثرة البكاء بالمقابل فإن نشاطهم ثابت نوع ما...

أما بالنسبة للمجموعتان المعروفتان بالمجموعة العضوية والتي تتميز بعلامات عصبية ناعمة / حركية غير ملحوظة / شذوذ بصري إدراكي (استقبالي) / صعوبات التعلّم / ومشاكل التنسيق. في حين تتميز المجموعة الدينامية بأن لديها تاريخ من الحرمان / ارتباط سيئ / إجهاد واكتئاب / ومستويات عالية من الإحباط.

أما بالنسبة للأعراض المصاحبة لفرط الحركة وعسر الانتباه عند 50 إلى 80% من الأطفال تتمثل فيما يلي:

- ✓ اضطرابات تعليمية محدّدة (60%).
- ✓ اضطراب المسلك (التصرف).
- ✓ اضطراب المعارضة المتحدية (40%).
- ✓ اكتئاب.
- ✓ اضطراب ثنائي القطب... (عشيش، 2009، ص. ص. 230 - 231).

ومما سبق يمكن الوصول إلى التعريف الإجرائي التالي:

إن النشاط الزائد وقلة الانتباه هو عبارة عن درجة غير طبيعية من الحركة الزائدة وضعف التركيز، تظهر على سلوك الطالب في أكثر من مكان مثل: البيت، المدرسة الشارع، وتبدو هذه الحركة واضحة في كثير من الأحيان قبل سن السابعة،

يكون العلاج من خلال جلسات نفسية وتدخل اجتماعي قبل الإقرار في العلاج الطبي من خلال أدوية التي هي عبارة عن منبهات متمثلة في: Methyphenidate (Ritaline) Dextroamphetamine , Pemoline.

## 2-التثبيط:

يُعرف التثبيط من حيث المبدأ على أنه صعوبة في تحديد والتعبير عن العواطف والمشاعر، حيث أن هذا العجز يختلف من شخص إلى آخر (اختلاف الشدة).

تُعرف بعض مدارس علم النفس حالة التثبيط بأنها "الكسيتيميا"، وهي كلمة يونانية تحتوي على ثلاثة أجزاء: "أ" بمعنى دون، «lexis» والتي هي الأخرى تعني كلمة، أما "تيموس" فهي المودة، لتصبح "دون كلمة مودة".

أشار العديد من الباحثين النفسانيين أن أعراض التثبيط تُشبه كثيرا أعراض المصاب بالاكتئاب، ومن بين أهم أعراضه تتمثل فيما يلي:

- ✓ البرودة العاطفية.
- ✓ عدم اختبار المتعة.
- ✓ الالتزام.
- ✓ بطء وقوة الحركة.
- ✓ نقص الحيوية.
- ✓ تتميز الحياة الاجتماعية بأنها قليلة.
- ✓ عدم الاهتمام بالحياة الجنسية.

تتطلب أشد حالات التثبيط التدخل العلاجي، والذي يستمر عادة لفترة طويلة،

### 3- العدوانية المفرطة:

يعتبر السلوك العدواني من أكثر الاضطرابات السلوكية الأكثر شيوعا بين التلاميذ في مختلف الأطوار التعليمية، عموما السلوك العدواني لدى الفرد يعكس عدم النضج بالدرجة الكافية التي تجعله ينجح في تنمية الضبط الذاتي وبالتالي التكيف مع المواقف الاجتماعية... (ارجع إلى المحاضرة رقم 3، ص. 16).

### - خلاصة:

التعرف والفحص والتشخيص من أهم الطرق المستخدمة من قبل المهنيين للإجابة عن التساؤل فيما إذا كان الطفل أو مجموعة الاطفال يعانون من مشكلات في السلوك، و هذا لوضع خطة علاجية وتربوية لمساعدة هؤلاء...  
ومن خلال ما تم تناوله فإن اجراءات التعرف والفحص والتشخيص لاضطرابات السلوك معقدة ، وذلك بسبب عدم الضبط الدقيق لهذه الاضطرابات، لذا يجب مراعاة عدّة عوامل خلال هذا الإجراء، ومنها: مرحلة نمو الطفل، تقديرات الأولياء والمعلمين وطرق الكشف والفحص...



### المحاضرة الثامنة: الاضطرابات النفسية

#### - تمهيد:

عندما نقول إن المتمتع بالصحة النفسية هو المتوافق مع ذاته وهو من لم تستنفذ الصراعات قواه الداخلية وطاقته النفسية، فإنما نشير إلى توافق وتكيف الفرد مع محيطه، أي التكيف التام بين الشخص نفسه ومجتمعه مع مستجدات الحياة ومع كل طارئ عليها... فإذا كانت الصحة النفسية بهذا المفهوم فما المقصود باضطرابها أو ما يشار إليه بالاضطراب النفسي؟

#### 1- انتشار الاضطرابات النفسية:

أشار الباحثان في مجال علم النفس العيادي إدريس الموسوي وعلاء الدين الحسيني في الكتاب الجماعي: "دليل الطب النفسي" (2017) أنه من بين أهم الأهداف الأساسية لدراسة وبائيات الاضطرابات النفسية تتمثل فيما يلي:

- ✓ معرفة مدى الانتشار الحقيقي للاضطرابات النفسية (الفئات العمرية، السن، مختلف المستويات الاجتماعية والاقتصادية...).
- ✓ البحث عن العوامل المسببة لهذه الاضطرابات والتي تسهم بالدرجة الأولى في وضع استراتيجيات الوقاية منها من طرف المختصين.

✓ التخطيط الخاص بكل القطاعات المؤهلة للتكفل مع الأخذ بعين الاعتبار تحديد الأولويات وفقا للإمكانات والظروف المحيطة المُتاحة في وضع تقنيات وبرامج التدخل القبلي (الوقاية الأولية)، سيّما لدى أولئك الشباب من ذوي الاستعداد للإصابة بالاضطراب النفسي.

تُشير في هذا المقام أن أول دراسات علمية دقيقة في مجال وبائيات الاضطرابات النفسية كانت في السبعينات، وقد ساهمت بشكل كبير في هذا المجال كل من منظمة الصحة العالمية والمؤسسة الوطنية للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية، كما كان الفضل كذلك لازدهار تقنيات المقابلة العيادية المنظمة بالإضافة إلى وضع تصنيف للاضطرابات النفسية بأسس علمية من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM III الذي كان في سنة 1980)،

## 2- مفهوم الاضطرابات النفسية:

كان شائعا استعمال المرض النفسي لكن اعتُقد أنّ استعمال مصطلح المرض يُشير إلى صفة طبية، بمعنى عندما يُصاب عضو من الجسم بمرض، سببه جرثومي... وتجنبنا للإشكاليات التي يحملها مفهوم المرض فإنه من الأفضل تداول مصطلح "اضطراب" لوصف المرض النفسي، فضلا على أن هذا المفهوم أخف نفسيا من مفهوم المرض... (قاسم، 2015، ص. 36).

إذن يُستخدم مصطلح الاضطراب النفسي كبديل لتسميات سابقة مثل المرض النفسي، وذلك للتقليل والتخفيف من تأثير اللفظ على صحة المصاب في حدّ ذاته وحتى المحيطين به...

أما الاضطرابات النفسية، فإنه يُقال الاضطرابات النفسية أو العقلية للإشارة إلى أعراض أو أنماط نفسية-سلوكية محدّدة تحديدا إكلينيكيًا دقيقًا تظهر على شخصية الفرد وترتبط ارتباطًا وثيقًا بالضغوط التي يتعرض لها في حياته الحاضرة مثل: الوفاة الصادمة والألم المبرح، والعجز أمام ظروف الحياة ومواجهة المواقف المستعصية... (قاسم، 2015، ص. 37).

كما يُعرفها أحمد عوض في كتابه: "الأمراض النفسية الشائعة" (2015) بأنها كل ما يُعيق الفرد من الفاعلية وعن التواصل السليم مع النفس ومع المجتمع ككل، وهو نمط سيكولوجي أو سلوكي ينتج عن الشعور بالضيق أو العجز الذي يصيب الفرد، ولا يُعد جزءا من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافة.

فهو إذن درجة جسيمة من التعوق أو المعاناة أو التصادم مع الذات أو مع المحيطين أو الشذوذ السلبي عنهم، أو أي من الظواهر معا... والاضطراب النفسي ليس مقتصرًا على النواحي السلوكية والعصابية، وإنما يضم عددا واسعا من اضطرابات الشخصية كالانحرافات الجنسية والأمراض الجسمية... إلخ. (عوض، 2015، ص. 13).

من هنا نستطيع القول بأنه تغيرت أساليب إدراك الاضطراب النفسي على مرّ الزمان وعبر الثقافات، وما زالت لحدّ الساعة اختلافات في تصنيفها وتقييمها، وهو يتجسد في عدم قدرة الفرد على التعلّم والإنتاج، حيث لا يمكن فهمه إلاّ في إطار الاستعداد الشخصي والنموذج النفسي الاجتماعي...

### 3-أسباب الاضطرابات النفسية:

يمكن تلخيص سبب الاضطرابات النفسية وفقا للعديد من الدراسات والأبحاث العلمية إلى عاملين أساسيين هما على النحو التالي:

#### 1.3-عوامل داخلية:

1.1.3 -عوامل شخصية: الوراثة، مجال الاستعداد، اختلال وظيفة الجسم (اضطراب وظيفة أو عضو)، خصائص ذاتية (الانفعالات الشديدة كالخوف أو الحزن وغيرها).

2.1.3 -عوامل أسرية: كل ما يتعلق بالتربية والرعاية الأسرية.

#### 2.3-عوامل خارجية:

1.2.3 -عوامل طبيعية: العدوى، التلوث، التقلبات الجوية، التغذية... إلخ

2.2.3 -عوامل اجتماعية: ومنها أحداث الحياة اليومية (المشاكل المهنية أو المالية، الصدمات، فقدان الوظيفة وغيرها...). وأيضا المشاكل العلائقية (الصراع، الفشل العاطفي، فقدان شخص عزيز... إلخ).

### 4-أشكال الاضطرابات النفسية:

## 5- الوقاية من الاضطرابات النفسية:

تشمل ثلاث مستويات من الوقاية، وهي على النحو التالي:

### 1.5- الوقاية الأولية:

وتشمل الإجراءات الأولية والمسبقة التي يمكن اتخاذها لمنع حدوث الاضطرابات النفسية، ومنها مثلا الأساليب الوقائية بالنسبة للمرأة الحامل لتفادي إصاباتها وإصابة الجنين التي تؤدي لاحقا إلى مخلفات وعواقب أو التشجيع والنصح والإرشاد وتأكيد الذات والدعم الانفعالي والاجتماعي والبيئة الصحية، ويتم ذلك من خلال المحاضرات والندوات والنشرات والإعلام وكل وسائل التواصل الاجتماعي.

### 2.5- الوقاية الثانوية:

وتتمثل أساسا في الإجراءات المتبعة من أجل التشخيص المبكر للاضطرابات النفسية لمنع تطورها والتقليل من آثارها السلبية، وحتى يتسنى التكفل المبكر وبالتالي السيطرة على التعقيدات اللاحقة وإيقاف الاضطراب وهو في مراحله المبكرة الأولى.

إن الاكتشاف المبكر لحالات الأطفال المصابين ببعض الأمراض مثل الالتهابات الدماغية والعمل على علاجهم سوف يجنبهم الكثير من المضاعفات التي تؤثر على نموهم الجسمي والنفسي...

### 3.5- الوقاية الثالثة:

وهي تلك الأساليب التي يمكن اتخاذها عند الإصابة بالاضطراب النفسي، تهدف أساسا إلى خفض حالات العجز الناتج عن الاضطراب النفسي، أي تفادي تدهور حالة المصاب نفسيا وجسميا واجتماعيا، ومنها الإجراءات الوقائية التالية:

**1.3.5- إجراءات وقائية حيوية:** وهي إجراءات متعلقة بالصحة العامة والنواحي التناسلية مثل: رعاية الأم والفحص الدوري للأم والجنين ثم الطفل بعد ذلك...

2.3.5- إجراءات وقائية نفسية: وهي تلك المتعلقة بالنمو السوي وتحقيق التكيف، من خلال مثلا الإرشاد الزواجي والأسري والتنشئة الاجتماعية وتوضيح دور الوراثة في المشكلات العضوية والتي لها انعكاساتها السلبية على الحالة النفسية للفرد...

3.3.5- إجراءات وقائية اجتماعية: ترتبط هذه الإجراءات برفع مستوى المعيشة وتقديم الرعاية الاجتماعية الأسرية والمدرسية وتوفير بيئة اجتماعية سوية للطفل... (غراب، 2014، ص. ص. 43-44)، (Bailey, 2002, p.831).

### 6- علاج الاضطرابات النفسية:

بالإضافة إلى العلاجات الطبية أو ما يُعرف بالعلاجات الكيميائية هناك العلاجات النفسية والتي نحاول التركيز عليها، فهي تتعدّد وفقا لمدارس ومقاربات علم النفس بشكل عام، بل من الممكن أن نجد اختلافات داخل المدرسة الواحدة، وسوف نشير في عجالة إلى بعض الإسهامات في مجال العلاج النفسي والتي تتمثل فيما يلي:

### 1.6- العلاج التحليلي:

يرى أصحاب المدرسة التحليلية وعلى رأسهم سيغموند فرويد Sigmund Freud أن السلوك الشاذ ما هو إلا تعبير عن صراعات نفسية داخلية، وأن الشخص يكبت الصراعات والخبرات المؤلمة المثيرة للقلق، وعندما تُكبت هذه المواضيع تصبح لا شعورية وبالتالي تُؤثر في السلوك الفردي والاجتماعي للأفراد دون أن يكونوا على وعي بالسبب الحقيقي لأفعالهم وأقوالهم... ومن ثم يتلخص الهدف من العلاج في جعل ما هو لا شعوري شعوريا ومساعدة المريض على اكتشاف الذكريات والدوافع والصراعات المكبوتة التي يُفترض إنها تحدّد سلوك المريض، وهذا من خلال استعمال العديد من الفنيات الخاصة بهذه المنحى... (غانم، 2018، ص. 78).

من هنا نستطيع القول إن الهدف الأساسي للعلاجات السيكدينامية التحليلية الكلاسيكية (فرويد) الوصول إلى النضج النفسي الجنسي عن طريق الاستبصار وتقوية وظائف الأنا، بالاعتماد على طرق عديدة منها: التداعي الحر، تحليل الأحلام وتحليل الطرح. في حين تهدف العلاجات السيكدينامية المعاصرة إلى تصحيح تأثيرات الفشل الخاصة بالتعلق المبكر أو التبعية الطفولية بواسطة أهم تقنياته المتمثلة في تحليل الطرح والطرح المضاد.

## 2.6-العلاج السلوكي المعرفي:

يرتكز العلاج المعرفي السلوكي في اتجاه رئيسي يُحاول إدخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتغيير الأفكار الخاطئة أو اللامنطقية التي تبناها المريض من خبرته المبكرة بغرض تعديل سلوكه، حيث تُعبر الاضطرابات النفسية بأشكالها المختلفة في الأساس بالنسبة للمُعالج السلوكي المعرفي عن اضطراب في التفكير مصحوب عادة بغموض وتناقض مرتبط بالذات والبيئة... ولذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتمكن من التغيير في سلوكه، فعند حدوث الاضطراب النفسي فإنه لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية فحسب، بل يمتد ليشمل الجوانب الأربعة: السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، الانفعال (التغيرات الفيزيولوجية)، التفكير (طرق التفكير والقيم)، والتفاعل الاجتماعي (العلاقات بالآخرين)... (محمد، 2000، ص. 59).

إن تتركز العلاجات السلوكية المعرفية إلى تغيير التفكير والسلوك في فئات معينة من المواقف، وتنظيم الذات بشكل أفضل من خلال تصحيح المفاهيم والإشارات الخاطئة والتفكير غير المنطقي. ومن أهم تقنياته: التحصين المنهجي، النمذجة، التدريب على المهارات الاجتماعية، التدعيم الإيجابي، الاشتراط المنفر وإعادة البناء المعرفي...

## 3.6-العلاج الإنساني:

يمكن تلخيص أهم خطوات العلاج الإنساني كما صممها كارل روجارس Carl Rogers في أول كتاب له «Caouseling and psychotherapy» أي «علاقة المساعدة والعلاج النفسي» سنة (1942)، وقد ترجم إلى اللغة الفرنسية شمل تعريف وتوضيح بإسهاب علاقة المساعدة وأهم مبادئ تلك العلاقة العلاجية بمحتوى كل مرحلة على حدا... وهي على النحو التالي:

- **المرحلة الأولى:** التحقق من استقلالية الطلب، بمعنى إبداء الرغبة في المساعدة النفسية، خاصة إذا تعلّق الأمر بالأطفال والمراهقين...

- **المرحلة الثانية:** توضيح للزبون بأن هذه العلاقة العلاجية تُستمد من خلال قوته وطاقته لمشاركته في حلّ مشاكله النفسية...

- المرحلة الثالثة: منح فضاء حرّ لتعبير الزبون عن كلّ مشاعره السلبية والإنصات إليها باحترام من أجل فهمها وتقبلها...
- المرحلة الرابعة: مشاركة الزبون في توضيح وتفسير تلك المشاعر السلبية...
- المرحلة الخامسة: مساعدة الزبون في التعبير بكل حرية عن المشاعر الإيجابية، أي بنفس الإجراء الذي تم في التعبير عن المشاعر السلبية وبنفس المستوى أيضا...
- المرحلة السادسة: مشاركة الزبون في توضيح وتفسير تلك المشاعر الإيجابية...
- المرحلة السابعة: مساعدة الزبون في وعيه الممتدّ لإدراك تلك المشاعر المعيشة، سواء أكانت سلبية أو إيجابية...
- المرحلة الثامنة: بعد إدراك كلّ تلك المشاعر السلبية والإيجابية مساعدة الزبون في توضيح الدوافع التي تعرقل تطور ذاته...
- المرحلة التاسعة: بعد توضيح الدوافع التي تعرقل تطور ذاته، مساعدة الزبون في الوقوف عليها بفهمها وتفسيرها ومحاولة إيجاد حلولها...
- المرحلة العاشرة: التدريب في تنمية الوعي بالذات من خلال الانتقال من إبداء تلك المشاعر الإيجابية لتصبح سلوكيات إيجابية مؤكدة...
- المرحلة الحادية عشر: ظهور بوادر الاستقلالية التامة...
- المرحلة الثانية عشر: الاستقلالية التامة بإنهاء الجلسات... وحسب حاجة الزبون واحترام رغبته في المتابعة الدورية...
- عموما فإنّ العلاجات الإنسانية أو ما تُعرف أيضا بالظواهرية تهدف إلى تحقيق القوة والوعي الممتد وتقبل الذات. ويُستخدم في ذلك المقابلات غير الموجهة والمصممة لنقل الاحترام الإيجابي غير المشروط، والتقمص العاطفي، والتطابق، والتدريبات لتنمية الوعي بالذات.

#### 4.6-العلاج الأسري:

أو ما يُعرف بالعلاج النسقي، فالأسرة كنسق اجتماعي طبيعي لا يُمكن النظر إليها فقط على أنها تجمع من الأفراد يحتل كل منهم مكانة معينة في الأسرة ولكن هي شبكة من العلاقات والتفاعلات داخل هذا النسق...

يمكن تلخيص أهم مبادئ العلاج الأسري للتكفل بالاضطرابات والمشكلات النفسية وفقا لما ورد في مقال بعنوان: "الموجة الثالثة للعلاجات النسقية: العلاج الأسري القائم على ضبط الانفعالات" في مجلة: «Thérapie familiale» للباحثة دوريز نتالي Duriez Nathalie (2017)، وأيضا لما نُشر من طرف أستاذ العلاج الأسري بجامعة أم القرى بمكة المكرمة القرني محمد مسفر وفريقه البحثي (2004) في مؤلف موسوم: "العلاج الأسري ومواجهة الخلافات الأسرية" (2004):

فالعلاج الأسري كنمط من أنماط العلاج النفسي يوجه الاهتمام فيه إلى التكفل بالاضطراب داخل الأسرة كنسق اجتماعي، ذلك ان الاضطراب يؤثر على علاقة الشخص المصاب بالأفراد المحيطين به وبالتالي تكيفيه الاجتماعي ومنه مساعدة أعضاء الأسرة على تغيير أنماط التفاعل المرضية...

وتتمثل أهم مراحل العلاج الأسري في التكفل بالاضطرابات النفسية بشكل عام فيما يلي:

- المرحلة الأولى: البحث في تاريخ الأسرة وتحديد مصادر القوى المكتسبة لكل نسق داخل الأسرة لمساعدة الفرد المصاب أو بالأحرى المضطرب....

- المرحلة الثانية: مساعدة أعضاء الأسرة على فهم سيرورة العملية التفاعلية بالتركيز على إدراك إمكانية تغيير العلاقات المرضية بوسائل اتصال واضحة.

- المرحلة الثالثة: إدراك المُعالج الأسري بأن هذه الأسرة أصبحت قادرة على احتواء صعوباتها ومشاكلها.

تتم هذه العلاقة العلاجية ذات الطبيعة النسقية بالوقوف على: نمط التواصل الأسري، طبيعة العلاقات والروابط الأسرية، العلاقات المرضية وامتدادها داخل الأسرة، المشاركات والتحالفات الأسرية.

ويمكن حصر أهم أهداف هذا النوع من العلاج النفسي في:



- مساعدة الأنساق الفرعية في الأسرة للتغلب على الاضطرابات والمشكلات النفسية وحتى المواقف الحرجة بالرجوع إلى الإطار المرجعي للأسرة.
- مساعدة الأنساق الفرعية في الأسرة على التعرف وفهم الديناميات التي تأخذ مكانة أكبر في النسق العائلي، والعلاقات والروابط الخاصة بالأباء والأبناء.
- الحفاظ على النسق الأسري بمساعدتها.

### المحاضرة التاسعة: الخواف المدرسي/ الاكتئاب

#### I- الخواف المدرسي

##### - تمهيد:

يختلف الخوف الطبيعي عن المرضي أو ما يُعرف بالخواف بضم الخاء وفتح الواو ، كون أن الوضعية الأولى تكون من الأشياء الضارة التي تدفع إلى الحذر والحيطه ولا يُسبب أي ضرر لأنه مرتبط بزوال السبب، كان يخاف الطفل من عقاب الوالدين أو الظلام أو من القصص المخيفة أو الفشل المدرسي وغير ذلك... وهو خوف يحقق وظيفة صحية ويُحافظ على سلامة حياة الفرد بشكل عام... بخلاف الخوف المرضي (الخواف) وهو الرعب المستمر الذي يكون من مواقف غريبة أو واقعية، قد تكون مجهولة وغير ثابتة، يسبب في ظهور أعراض تؤثر على استقرار الفرد وسلامته وتوافقته وبالتالي فهو مضر بالصحة، يستدعي التدخل والعلاج الفوري، سيّما إذا تعلق الأمر بمرحلة الطفولة، فهي فترة نمو وعدم نضج، يُعيق التطور السليم بدرجات متفاوتة بتفاوت الاضطراب في حدّ ذاته، وهذا النوع هو

موضوع دراستنا في هذه المحاضرة ويتعلق الأمر بالخوف المرضي في الوسط المدرسي أو المسمى الخُوف المدرسي .

### 1- مفهوم الخوف المدرسي:

يُعرف الخوف المرضي بشكل عام على أنه حالة نفسية انفعالية تتضمن خوفا شديدا من أشياء أو أشخاص، أو مواقف، وليس له ما يبرره في الواقع. (ابراهيم، 2014، ص. 117).

إذن هو خوف من أشياء لا تثير الخوف بطبيعتها، ولا تنطوي على خطر أو تهديد خارجي، يؤثر سلبا على الحالة النفسية والجسمية للفرد.

من أنواعه الخوف المدرسي الذي هو موضوع الدراسة، والذي يمكن تعريفه على النحو التالي:

يُعرف الباحثان في المجال الإكلينيكي تريبو وشاهيدي Tribaut,S & Shahidi,M (2005) الخوف المرضي من المدرسة على أنه خوف من وضع يمكن أن يظهر عل شكل خوف من رحلة أو غياب وهو مصدر رفض الذهاب إلى المدرسة أو الخوف من المدرسة نفسها. يمكن ربط الحالة الأولى بالخوف من الأماكن الواسعة Agoraphobie والحالة الثانية بالخوف من الأماكن المغلقة Claustrophobie.

يُعبّر عن هذا الخوف أساسا باستجابة قلق شديد أو نوبة هلع أو نوبة قلق حاد تظهر عند ذهاب الطفل إلى المدرسة أو تواجده بها. يُعبّر عنها إما من خلال خوف من المعلم، خوف من الفشل المدرسي، خوف من ساحة المدرسة، خوف من الذهاب إلى السبورة أو أي شكل آخر من أشكال الخوف الاجتماعي في علاقته بالتعليم.

أشار كاتولين نيكول Catheline Nicole وراينو جون فيليب Raynaud Jean Philippe بأن أجوريا قيرا Ajuria Guerra قد وصف الأطفال الذين يُعانون من الخوف المدرسي بأنهم أطفال ولأسباب غير عقلانية يرفضون الذهاب إلى المدرسة، وعند محاولة إجبارهم يُقاومون باستجابة القلق الشديد أو الرعب... (Catheline & Raynaud,2016, p. 15).

يمكن أن يظهر هذا الخوف كليا منذ بداية الدراسة أو يكون له تأثير جزئي على الأداء المدرسي في مادة معينة أو مادتين (الرياضيات، القراءة)... (Tribaut & Shahidi, 2005, p. 169) .

من هنا يمكن القول بأن الخوف المدرسي عبارة عن خوف شديد غير منطقي مرتبط بذهاب الطفل إلى المدرسة أو أثناء تواجده بها، ينتج عنه غالباً فترات انقطاع جزئية من المدرسة، مُصاحب باستجابات جسمية نفسية تكون على شكل أعراض مرضية، وهي ترجمة لآليات دفاعية لتأكيد عدم الذهاب أو البقاء في المدرسة.

## 2- بعض المصطلحات التي لها علاقة بالخوف المدرسي:

**1.2 -الرفض المدرسي:** وفقاً لما جاء في DSM 3 فإن الرفض المدرسي نابغ من اضطراب قلق الانفصال في حين الخوف المدرسي اضطراب قلق بمرحلة الطفولة موضوعه الخوف من المدرسة.

**2.2 -قلق الانفصال:** من خلال ما سبق الإشارة إليه فإنه قد يكون قلق الانفصال من ضمن أسباب الخوف المدرسي ومظهر من مظاهرها.

**3.2 -الهروب من المدرسة:** دوافع الهروب من المدرسة أشد تعقيداً من الخوف المدرسي الذي يتميز بمظهر القلق الشديد.

**4.2 -التغيب عن المدرسة:** يتميز التغيب عن المدرسة بكره المؤسسة في حدّ ذاتها وعادة ما يظهر بالسلوك الضار بالمجتمع بخلاف الخوف المدرسي الذي هو حالة قلق شديد دون كره المؤسسة.

## 3-أعراض الخوف المدرسي:

تتمثل أهم أعراض الخوف المدرسي في أعراض فيزيولوجية (عضوية ذات منشأ نفسي) وأعراض نفسية اجتماعية، وهي على النحو التالي:

### ✓ الأعراض الفيزيولوجية:

- عرق على الوجه.
- شحوب الوجه وضيق حداقة العين.
- برودة الأطراف ورعشة.
- تقلص العضلات.

- جفاف الفم والحلق.
  - تقلصات بالمعدة وآلام في البطن.
  - فقد الشهية.
  - دوخة وشعور بالغثيان.
  - صداع.
  - صعوبة النوم وأرق.
- وفي بعض حالات الخوف الشديد والحاد تظهر على الطفل مظاهر الذعر والهلع وتبدو في صورة نوبات متكررة وغير متوقعة، وفي هذه الحالات تظهر أعراض جسمية شديدة منها:
- زيادة في ضربات القلب.
  - آلام في الصدر.
  - عرق شديد.
  - رعشة قوية تبدأ من الأطراف ثم تشمل الجسم كله.
  - غثيان ودوران.

#### ✓ الأعراض النفسية الاجتماعية:

- العزلة الاجتماعية.
- الانطواء والانسحاب.
- التعلق الشديد بالأم.
- ضعف النضج الاجتماعي.
- ضعف القدرة على المبادرة.

- الاتكالية وعدم تحمل المسؤولية. (ابراهيم، 2014، ص. ص. 118-119).

مع العلم أن هذه الأعراض لا تظهر إلا إذا تواجد الطفل في المواقف أو الأماكن التي تثير خوفه (المدرسة) وتزول تماما عندما يبتعد عن مثيرات خوفه، فمثلا نجد الطفل يبكي وتظهر لديه أحد أو مجموعة من الأعراض السالفة الذكر فيقاوم بشدة الذهاب إلى المدرسة أو كلما اقترب منها ومن الشارع المؤدي إليها أو رأى شخصا ممثلا في أحد من أعضائها كالمعلم أو المدير أو حتى الحارس... وإذا أُجبر على الذهاب وبالتالي الدخول إلى المدرسة تزداد الأعراض شدة، وبمجرد العودة إلى البيت تزول كل تلك الأعراض التي عاشها.

#### 4-الوقاية من الخوف المدرسي:

من أهم الطرق للوقاية من الخوف المدرسي كما أشار إليها العديد من الباحثين في علوم التربية وعلم النفس المدرسي، ومنهم: كاتولين نيكول Catheline Nicole وراينو جون فيليب Raynaud J. Philippe (2016) و كذا فالونتين ستيفان Valentin Stephane (2019) وغيرهم... نذكر ما يلي:  
-الانفصال التدريجي أم-طفل ومساهمة الوالدين في توفير للطفل فرص الاستقلالية والاعتماد على الذات.

-عمل الأولياء على تطوير مهارات التفاعل الاجتماعي لطفل ما قبل التمدرس، سيما أولئك الذين يُعانون من مشاكل الخجل أو التثبيط النفسي أو العدوانية أو عدم الاستقرار الحركي...

-التحضير النفسي للطفل قبل الدخول المدرسي، من خلال بناء معرفي إيجابي كمرافقة الطفل لزيارة المدرسة وبالتالي التعرف على المؤسسة ومسيريها من معلمين وعاملين...

-مساهمة المدرسة على الاندماج السريع للتلاميذ من خلال عمل الفريق المختص في التكفل بذوي الصعوبات التعليمية بشكل عام...

#### 5-علاج الخوف المدرسي:

يختلف نوع العلاج باختلاف أسباب الخوف وأنواعه، ولكن هناك بعض الطرق العلاجية العامة التي يمكن استخدامها مع حالات الخوف بما فيها الخوف المدرسي، كما يُجمع علماء النفس على

ضرورة عودة الطفل إلى المدرسة في أسرع وقت ممكن لأنه كلما طالّت الفترة التي يبقى فيها الطفل بعيداً عن المدرسة فإن التغلب على المشكلة يزداد صعوبة وتعقيداً...

### 1.5- العلاج السلوكي: وأهم فنياته ما يلي:

**1.1.5- تقليل الحساسية والإشراط المضاد (التحصين التدريجي):** وذلك لكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك، أي فك الإشراط والتعرض لمواقف الخوف المرضي من المدرسة نفسه مع التشجيع والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة ومنع استثارة الخوف... (عبد المعطي، 2003، ص. 321).

ويمكن تلخيص المراحل التي يعتمد عليها هذا الأسلوب فيما يلي:

**أولاً:** يُقيم المُعالج ترتيباً تدريجياً للمواقف المخيفة التي يُعاني منها الطفل في المدرسة بدءاً من المواقف الأشدّ توليداً للخوف، نزولاً بالتدرّج عبر المواقف الأقل توليداً للخوف، ويطلب من المريض وهو في حالة الاسترخاء أن يتخيل أولاً المثيرات ذات التأثير الضعيف ويكرّرها المريض في خياله، بالاستعانة بتوجيهات المعالج النفسي حتى يفقد القدرة على استثارة القلق والخوف وترتبط باستجابات الاسترخاء والهدوء النفسي، وعندما يصل إلى هذه الدرجة يمكنه الانتقال إلى المثيرات التي تليها، وهكذا حتى ينهي المريض المثيرات أو المواقف جميعها دون قلق أو خوف...

**ثانياً:** تدريب المريض أثناء مواجهته لأي موقف من المواقف المثيرة للقلق على الاسترخاء بهدف تقليل الحساسية نحو المثير المقلق.

**ثالثاً:** الربط المتكرّر بين عملية الاسترخاء واستدعاء المثيرات التي تؤدي إلى القلق حتى يتم التخلص تدريجياً من القلق. يرى وولي Wolpe أن تخيل المثيرات الباعثة على القلق والخوف لا يقل أهمية عن مواجهتها بشكل مباشر، فتقليل الحساسية يبدأ في المعالجة بالتخيل وفي نهاية العلاج يطلب المعالج مواجهة المثيرات والأحداث بالواقع، وهذا ما يسمى بالمواجهة العلاجية المباشرة أو بالمشاركة الفاعلة، وفي هذه الحالة ينتقل المريض من الموقف التالي من هرم القلق بعد مروره بالموقف السابق بنجاح...

هذا وقد رسم هارفي وبيرت Harvey & Bert (1978) خمس خطوات ضرورية لتطبيق فنية خفض الحساسية المنظم للطفل الذي يُعاني الخوف المرضي من المدرسة، وهذه الخطوات تتمثل فيما يلي:

- تعليم الطفل وتدريبه على فنية الاسترخاء العضلي.
- إزالة كل مصادر التعزيز والدعم الثانوي من قبل الوالدين.
- البدء في برنامج مع الطفل لإزالة الخوف والحساسية الزائدة من المواقف المدرسية غير المرغوب بها.
- تعزيز الطفل والوالدين عندما يمضي الطفل أوقات متزايدة في المدرسة.
- معالجة الطفل على أساس يوحى بفترة لا تزيد عن ستة أسابيع. (أغيث، 2019).

**2.1.5 - المكافأة والتعزيز:** وذلك بجعل الذهاب إلى المدرسة مدعوماً حيث يُكافأ الطفل على أي سلوك يُقر به منها. وينبغي تحديد سبب المخاوف وزمانها ومكانها تحديداً دقيقاً وامتداح الطفل ومكافأته كلما تقدم خطوة في تحمل المواقف المخيفة، فمثلاً طفل يخاف من الذهاب إلى المدرسة فيشكو من آلام جسمية فيجب أن يُرسل الطفل إلى المدرسة وأن يُمتدح وتتم مكافأته للتقدم الذي أحرزه المثير المخيف \_\_\_\_\_ رد فعل فيزيولوجي \_\_\_\_\_ استجابة سلوكية \_\_\_\_\_ إزالة الخوف (تعزيز).

أين تتم مكافأة الطفل على كل سلوك يقوم به أثناء الذهاب إلى المدرسة ولا يُكافأ على أي سلوك يبعده عنها

**3.1.5 - العلاج بالسيكو دراما:** يمكن استخدام العلاج بالسيكو دراما وهو أسلوب علاج نفسي يعتمد على تمثيل الفرد المريض للدور مع جماعة تعدّ لهذا الغرض...

**4.1.5 - العلاج بالاستبصار:** يُستخدم العلاج بالاستبصار الذي يقوم على فهم الطفل الذي يُعاني من الفوبيا المدرسية، كما يكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ومساعدته على حلّها، وذلك عن طريق مثلاً ما يلي:

- تبصير الطفل وتنمية ثقته بنفسه وتعديل مفهومه عنها.
- تبصير الطفل بمشاعره نحو أمه.
- تبصير الأم على تدريب طفلها الاعتماد على نفسه والاستقلال عنها.
- تبصير الطفل بالمشكلة التي يعاني منها وذلك بإشعاره بها وتقبله لها.

- تبصير المدرسين بمشكلة الطفل.

- مساعدة التلميذ على تحويل الخبرات السابقة عن طريق الاستبصار ومن ثم نقلها إلى الواقع مما يساعد على تقليل حدّة التوتر نحو المدرسة ومن ثم العودة إليها... (الوديني، 1986، ص. ص. 374-377)

## 2.5- طرق أخرى للعلاج:

بالإضافة إلى العلاج السلوكي المعرفي يمكن استخدام طرق أخرى لعلاج الخوف المدرسي، مستوحاة من مقاربات العلاج النفسي المختلفة (العلاج التحليلي، الإنساني والنسقي)، قد تكون فردية أو جماعية، ومنها:

1.2.5- علاج الطفل داخل نسقه الأسري، عندما يتعلق الأمر بظهور العرض كاستجابة لمخاوف أسرية مكتسبة...

2.2.5- العلاج التدعيمي لإبراز وتنمية القوى الإيجابية في شخصية الطفل الذي يعاني من الخوف المدرسي وبالتالي إنماء الثقة بالنفس وتثبيت الشعور بالأمن أثناء فترة التواجد بالمدرسة.

## - خلاصة:

يظهر الخوف المدرسي لدى الطفل كاستجابة لاضطرابات نفسية، تؤثر على كل أبعاد النمو السليم: العلائقي، الحسي الحركي، المعرفي، اللغوي والاجتماعي، سيما في نمو قدراته العقلية وتكيفه المدرسي... لذا وجب الاهتمام بالظاهرة في حدّ ذاتها والأطفال الذين يُعانون من المشكل أيضا لانعكاساتها السلبية ونتائجها الوخيمة على الطفل وعلى المجتمع بصفة عامة، فهي تعيقه في تحصيله الدراسي وجودة تعليمه بل تؤدي به إلى الإخفاق والخروج من المؤسسة التربوية بشكل مبكر والتي لها آثار على التطور الاجتماعي...



## II- الاكتئاب

### - تمهيد:

يُشير الاكتئاب إلى أعراض أو علة مرضية أو مجموعة التفاعلات والاستجابات النفسية، وزمن وشدة التفاعل (الحزن) يُظهران الفرق بوضوح بين الأعراض والعلّة، فمثلا قد يكون طفل ما حزينا وحزنه هو رد فعل لإصابته برضوض أو جروح، إلا أن هذا الحزن يستغرق وقتا قصيرا، وبصفة عامة يمكن تحديد الاكتئاب بوجود تفاعل يستمر وقتا طويلا، ويرتبط بأعراض مثل الأرق (صعوبة النوم) والاهتياج العصبي (الغضب لأنفه الأسباب)، وحدّة الطباع (فقدان اللذة في أي شيء) وصعوبة التركيز والتفكير في الموت...

### 1- انتشار الاكتئاب عند الأطفال:

يُصيب الاكتئاب طفلا من كل 50 تحت سن الثاني عشر (12)، ويصيب مراهقا من كل عشرين (20)... وكثيرا ما يُعاني الأطفال والمرهقون ولا يكثر أحد لمعاناتهم، إذ تعدّ الأسرة هذه المظاهر غير مهمة وغالبا ما يُنظر إليها أطباء الأسرة وأطباء الأطفال على أنّها مرحلة في النمو لا داعي للاكتراث لها، رغم أن الأطفال وحتى بعض المراهقين لا يُعبرون بكلمات واضحة عن مشاعر الاكتئاب، ولكن دراستهم تتأثر وتكيفهم الاجتماعي وعلاقاتهم وقد يتجهون حتى إلى الانحراف السلوكي أو يتعاطون المؤثرات العقلية أو يُحاولون الانتحار، وقد يختلط الاكتئاب مع القلق والمرض العضوي كالسكري وغيره... (سرحان وآخرون، 2008، ص. ص. 86 - 87).

## 2- مفهوم الاكتئاب:

يُصنف الاكتئاب ضمن اضطرابات المزاج التي يصفها DSM-5 بأنها اضطرابات تتصف باختلال انفعالي حاد، مثل: الكآبة الكبرى (الحادة) *Dépression Major* والاضطراب ثنائي القطب *Désordre Bipolaire*. ويُصنف في CIM 10 ضمن اضطرابات المزاج الوجدانية أيضا ويُشير إلى اكتئاب خفيف، معتدل وحاد، فضلا عن أصناف أخرى أدرجت ضمن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

وهذا يعني أن كلا التصنيفين العالميين في الطب النفسي DSM-5 و CIM 10 يتفقان على أن الاكتئاب اضطراب في المزاج، والذي يُعنى به اضطراب نفسي يتصف بمدّة طويلة من القنوط ليس له في غالب الأحيان بالموقف الذي يعيشه المُصاب...

هناك ما يزيد عن خمسين تعريفا للاكتئاب يتداولها الأطباء العقليون وعلماء النفس نقترح التعريف التالي: هو الحالة التي يشعر بها الفرد بالحزن والقنوط والغم والعجز واليأس والذنب، مصحوبة بانخفاض في النشاط النفسي والذهني والحركي، وضعف الاهتمام بالأمر الشخصية والاجتماعية وكره الحياة... (قاسم، 2015، ص. 217).

## 3- أسباب الاكتئاب عند الأطفال:

في الغالب لا يكتئب الطفل بالذات إلا بوجود سبب أو أسباب قوية قد تكون معلومة وقد تكون داخلية غير واضحة إلا بالتدقيق والفحص والاستقصاء، قد يوجد سبب واحد ولكن في الغالب تتضافر عوامل مختلفة لتسبب هذا الاضطراب القوي في المزاج.

ويمكن تقسيم أسباب الاكتئاب عند الأطفال إلى: أسباب وراثية، وأخرى خاصة بالضغوط النفسية والحياتية والأسرية وأخيرا أسباب طبية جسمانية، وهي على النحو التالي:

**1.3-أسباب وراثية:** في حالة وجود اكتئاب لدى أحد من الوالدين فإن نسبة 40% من الأطفال سيصابون بالاكتئاب قبل بلوغهم من العمر 20 سنة، وكلما كان سن الوالدين أصغر عندما أصيبوا بالاكتئاب كلما ازدادت نسبة إصابة أطفالهم بنفس المرض، أيضا للأم أهمية كبرى في الجانب الوراثي فكلما كان اكتئابها أشد كلما كان الأمر كذلك بالنسبة لأطفالها وبالتالي يكونون معرضين للموت انتحارا بنسبة أكبر أيضا.

**2.3-الضغوط النفسية والحياتية والأسرية:** الطفل والمراهق حساسان لما يجري حولهما وبالذات في المنزل الذي هو البيئة الأولى للاحتضان والإحساس بالأمان، ومن هذه الضغوط ما يلي:

- ✓ وجود حالة انفصال بين الأم والطفل من الضغوط التي تحصل للطفل وتجعله فريسة للاكتئاب حتى لو كان رضيعا.
- ✓ وجود خلافات شديدة في المنزل أين يغيب الإحساس بالأمان والاطمئنان.
- ✓ الإدمان على المخدرات وتناول الكحول لأحد من الوالدين أو أي عضو من الأسرة يؤدي بالطفل إلى الانطواء والاكتئاب.
- ✓ سوء معاملة الطفل واضطهاده بأي شكل (نفسي، جسدي، وجنسي)، وكذا الإهمال الذي يعدّ نوعا من أنواع سوء المعاملة... وكلها مشاكل تؤدي بالطفل إلى الاكتئاب.
- ✓ مشاهدة برامج ومنها التلفزيونية بكثرة وبالذات تلك التي تُعرض الطفل للضغط النفسي فتؤدي به للإصابة بالاكتئاب. في هذا المجال أشارت دراسات حديثة أن الطفل الذي يشاهد التلفزيون لأكثر من ست ساعات متواصلة يوميا يكون أكثر عرضة للاكتئاب. (عاشور، 2018، ص. ص. 58-59).

**3.3-أسباب طبية جسمانية:** ويمكن حصرها فيما يلي:

- ✓ تعاطي الماريجوانا والخمر قبل الإصابة بالاكتئاب يعتبر إحصائيا من العوامل التي تؤدي للإصابة سيّما في أوساط المراهقين.

- ✓ الكثير من الأمراض الجسدية التي تصيب الطفل كالربو والسكري واضطرابات الغدة الدرقية وغيرها هي من عوامل الإصابة بالاكتئاب.
- ✓ الأمراض النفسية والعصبية مثل اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، متلازمة توريت، التوحد، واضطرابات القلق بأنواعها مثل الرهاب والوسواس القهري كلها تعدّ أرضية خصبة للإصابة بالاكتئاب عند الأطفال. (عاشور، 2018، ص. ص. 58-59).

وللإشارة أن اكتئاب الأطفال قد يؤثر بشكل أخطر منه عند فئة الراشدين لاعتبارات عديدة منها ما يلي:

- ✓ عدم نضج الطفل فيصعب عليه التعبير عن معاناته وآلامه.
- ✓ كثير من أعراض أو علامات الاكتئاب تبدو كنتفاعل مع مراحل النمو العادي عند الطفل، أي مراحل تكوين الشخصية القاعدية فيصعب التشخيص حتى لدى المختصين.
- ✓ عدم فهم الأولياء والمحيطين لتلك الأعراض، فقد يظهر لهم فشل الطفل في الدراسة من زاوية أخرى ما يزيد من تقاوم مشكل الاكتئاب وصعوبة التكفل لاحقاً...

#### 4- أعراض الاكتئاب عند الأطفال:

تشمل علامات الاكتئاب عند الأطفال بسن المدرسة الأعراض التالي:

- عدم الرغبة في الأكل.
- همود النشاط أو نشاط مفرط.
- المظهر الحزين.
- العدوانية والبكاء.
- الخوف من الموت.
- الإحباط.
- الشعور الدائم بالحزن واليأس.
- النقد الذاتي.

- الانشده وأحلام اليقظة بشكل متكرّر .
  - نظرة ذاتية متدنية.
  - رفض المدرسة.
  - مشاكل بالتعلم.
  - بطء الحركة.
  - مظاهر الغضب تجاه الوالدين أو المدرسين.
  - فقد الاهتمام بنشاطات كانت مرغوبة سابقا.
- مع العلم أن بعض هذه العلامات قد تظهر كتفاعل مع مراحل التطور والنمو العادي عند الطفل، لذلك ينبغي تحديد أي منها ذو علاقة بالاكنتاب. (عوض، 2018، ص. 98).

#### 5-أنواع الاكنتاب:

عموما يُصنف الاكنتاب من حيث الدرجة ومن حيث المستوى على النحو التالي:

#### من حيث الدرجة إلى:

- الاكنتاب النفسي (العصابي).
- الاكنتاب العقلي (الذهاني) ويسمى السوداوي أو الميلانخولي

#### أما من حيث المستوى:

- الاكنتاب البسيط: يتميز
- الاكنتاب الحاد:
- الاكنتاب المتوسط

#### 6-العلاقة بين الاكنتاب والانتحار عند الأطفال:

أكثر العواقب الخطيرة للاكتئاب هي الانتحار، فأغلب حوادث الانتحار يعانون من أعراض الاكتئاب إلا أن الإحصاءات الدقيقة لا تُكتب في التقارير، حيث أوضحت عمليات المسح أن عمليات الانتحار منخفضة إلى حد ما بين الراشدين في حين تزداد النسبة بين الشباب البالغين من العمر ما بين خمسة عشر (15) سنة وأربعة وعشرون (24) سنة، وهذا حسب ما أشارت إليه تقارير المنظمة العالمية للصحة ... (منظمة الصحة العالمية، يناير 2020).

### 7-تشخيص الاكتئاب عند الأطفال:

من الضروري إجراء تقييم شامل للاكتئاب عند الطفل لوضع تشخيص دقيق ولترتيب معالجة ناجعة، ويتضمن تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال التقصي عن الجوانب التالية:

- ✓ تقييم الوضع العام لعائلة الطفل (كظروفها وتاريخها الصحي...).
- ✓ تقييم مستوى الإدراك والنضج العاطفي للطفل.
- ✓ التركيز على الملاحظات السلوكية للطفل من قبل الأهل والمدرسين والفريق الطبي.
- ✓ تقييم قابلية الطفل للتعامل مع المرض والعلاج، مع الأخذ بعين الاعتبار عمره والتجارب المرضية السابقة.

يختلف الاكتئاب كعلة مرضية عند الأطفال عنه عند البالغين لاختلاف جوانب الإدراك والنمو والرشد وبصفة عامة يمكن استخدام الهامش التالي لتشخيص الاكتئاب عند الأطفال: وجود مزاج حزين وهامد (بتعبير حزين عند الأطفال دون السادسة من العمر)، مقترنا بأربعة على الأقل من العلامات أو الأعراض التالية، والتي ينبغي أن تستمر لفترة لا تقل عن أسبوعين:

- ✓ تغيرات بالشهية وعدم النوم أو الأرق أو النوم لفترات طويلة.
- ✓ أن يكون الطفل نشيط جدا أو غير نشيط بشكل ملحوظ.
- ✓ فقد الاهتمام بالنشاطات المعتادة، وعلامات على عدم الاهتمام بأي شيء عند الأطفال دون السادسة من العمر.
- ✓ التعب وفقدان الطاقة.
- ✓ الشعور بعد الجدوى أو انخفاض مستوى تقدير الذات أو الانتقاد الذاتي أو الشعور بالذنب
- ✓ الانشده وعدم القدرة على التفكير والتركيز الذهني.

✓ تفكير متواصل بالموت أو الانتحار... (عوض، 2018، ص. ص. 98-99).

وبالمقابل يشير وليد سرحان وفريقه البحثي (2008) أنه يستوجب على الأولياء استعراض الأوجه الخمسة التالية حتى يتسنى للطبيب وضع التشخيص الدقيق، وهو المؤهل لذلك، وهي على النحو التالي:

- المشاعر: الحزن، الفراغ، اليأس، تأنيب الضمير، عدم الجدوى، عدم القيمة وعدم الاستمتاع بالأمور اليومية التي طالما كانت ممتعة.

- التفكير: ويشمل التركيز، اتخاذ القرار، إنهاء الواجبات المدرسية والمحافظة على المستوى الدراسي أم تدهوره.

- الشكاوى الجسدية: الصداع، ألم البطن، آلام المفاصل والظهر، الإرهاق، اضطراب النوم وتغير الوزن بالزيادة أو النقصان.

- السلوك: الاضطراب، عدم الرغبة بالذهاب إلى المدرسة، الرغبة في الانزواء، صعوبة التعامل مع الآخرين، التأخر عن الحصص، التخلي عن الرياضة والنشاطات والهوايات واستعمال مؤثرات عقلية.

- خطورة الانتحار: هل يتحدث الطفل عن الموت والانتحار؟ هل يتساءل فيما إذا كان ذلك محرماً؟ وهل يتساءل عن ردة فعل الأهل فيما لو أقدم على ذلك... (سرحان وآخرون، 2008، ص. ص. 89).

### 8- الوقاية من الاكتئاب:

هناك كثير من الأبحاث التي تركز على كيفية الوقاية من الاكتئاب عند المراهقين والأطفال، ومنها دراسة تحليلية موسعة شملت نوعين من العلاجات الوقائية وهما: التدخلات الانتقائية والتدخلات الكلية لهورويتز وقربار Horowitz & Garber (2006)، تستهدف البرامج الانتقائية للوقاية من الاكتئاب الشباب الصغار معتمدة على عوامل الخطر الأسري كوالدين المصابان بالاكتئاب، العوامل البيئية كالفقر والعوامل الشخصية كاليأس. أما التدخلات الكلية فهي تستهدف المجموعات الكبيرة كالمدارس وهي تسعى إلى تقديم المعرفة والمعلومات حول الاكتئاب... (كرينغ وآخرون، 2016، ص. ص. 819).

### 9- علاج الاكتئاب:

ان المصاب بالاكنتاب وبحكم معاناته غير قادر على الدخول في العلاقة العلاجية بشكل فوري لهذا من الأفضل البدء بتناول الأدوية المضادة للاكنتاب من اجل خفض معاناته. غالبا ما يكون دخول المستشفى ضروري من أجل حمايته من الانتحار وضمان تناوله للدواء بشكل منتظم، خصوصا وأن مفعوله لا يبدأ في الظهور الا بعد ثلاثة أسابيع. يمكن أن يطبق العلاج النفسي على شكل علاج تدعيمي Therapie de soutien أو أشكال أخرى من العلاجات نفسية على حسب قدرة العميل على الدخول في العلاقة العلاجية، من أهم هذه العلاجات يوجد العلاجات المعرفية التي تهدف الى اعادة بناء التوظيف المعرفي للمفحوص من أجل مساعدته على التغيير...

#### - خلاصة:

انطلاقاً مما سبق فان المشكلة الأهم في موضوع الاكنتاب هو أنه عبارة عن معاناة نفسية وآلام حادة تفتك بشخصية الأفراد والمجتمعات تستدعي التكفل والعلاج سواء كان اضطراب أولي أو تابع لأمراض أخرى، سواء كان عرض أو مجموعة أعراض، كان نتاج أسباب نفسية أو عضوية أو اجتماعية، المهم ايجاد السبل والطرق العلاجية النافعة للتخفيف من خطورته التي غالبا ما تكون الموت عبر الانتحار... والأهم من ذلك هو ايجاد طرق الوقاية منه.



### ثالثا-المرحلة الثانوية:

#### المحاضرة العاشرة: اضطرابات السلوك

#### - تمهيد:

يندرج اضطراب السلوك تحت مفاهيم ومصطلحات ذوي الاحتياجات الخاصة، ويُصنف حسب العديد من الباحثين في المجال ضمن مصطلحات الإعاقة التي تضم الاضطرابات والنقص والقصور والتأخر والضعف والشذوذ والخلل والعجز، بالرغم من أن كل مصطلح له دلالاته الخاصة به...

أشار الباحثان عبد العزيز السيد والسرطاوي (1999) أنه بداية تحديد الاضطراب باستخدام مصطلح "الاضطراب السلوكي" بدلا من الاضطرابات النفسية الانفعالية كانت سنة 1985 ضمن أشغال اللجنة التنفيذية لرابطة الأطفال المضطربين سلوكيا...

## 1- مفهوم اضطرابات السلوك:

الاضطراب السلوكي بصفة عامة يمثل ألوانا متعدّدة من تصرفات أو سلوكيات الفرد غير العادية، أُطلق عليه مسميات مختلفة مثل: السلوك غير التكيفي، سوء التوافق الاجتماعي، الاضطرابات الانفعالية الشديدة، اضطرابات الشخصية، الاضطراب النفسي، الشذوذ... ورغم هذا التفاوت في المسميات إلا أنهم اتفقوا جميعا على أن الأمر يتطلب التدخل التربوي...

والجدير بالذكر أن الاضطراب مفهوم نسبي لأنه لا يقتصر على فئة معينة من الناس لكنه قد يوجد عند الأفراد العاديين أو لدى المتخلفين عقليًا، بل وقد يوجد عند الموهوبين والمتفوقين، كما أن الأطفال العاديين قد يأتون بسلوكيات مضطربة وفي الوقت نفسه قد يصدر عن المضطربين سلوكيا أنماط سلوكية عادية في بعض الأحيان... (عبد الفتاح، 2012، ص. 200).

تُعرف مشاكل السلوك بوجه عام بأنها اضطرابات السلوك التي تحدث للفرد وتسبب إزعاجا له وللمحيطين به وتحتاج إلى علاج سلوكي لإزالة أسباب الاضطرابات وإعادة التعلّم والتكيف.

هذا وتتكون المشكلات السلوكية من مجموعة من الألوان السلوكية غير المرغوب فيها، والتي يمكن تمييزها والتعرف عليها بالمدرسة، ومن أمثلتها: السلوك الاعتدائي النشط، جذب الانتباه بشتى المناسبات، السلوك الشاذ والعلاقات السيئة المنحرفة، الكذب، السرقة، المقاتلة المتكرّرة، الهروب من المدرسة، تكرار الغياب أو التأخير دون سبب ظاهر... (أبو غريب وآخرون، 2012، ص. 179).

أما باور Bower يرى أن الأطفال المضطربين سلوكيا هم الذين تبدو عليهم واحدة أو أكثر من الاضطرابات السلوكية التالية، وتستمر معهم لفترة من الزمن، ويكون لها تأثير على تحصيلهم الدراسي:

- ✓ إظهار أنماط سلوكية لا تتناسب مع المواقف العادية.
- ✓ يتسم مزاج الفرد بالحزن والكآبة.
- ✓ الفشل في بناء علاقات اجتماعية متوافقة مع الآخرين.
- ✓ تبدو عليهم أعراض مرضية جسمية ومخاوف شخصية أو دراسية.
- ✓ ظهور صعوبات في التعلّم غير مرتبطة بإعاقات حسية وعقلية أو جسمية. (عبد الفتاح، 2012، ص. 200).

يتضح من خلال ما سبق أن الاضطرابات السلوكية تحدث معظمها في إطار المواقف الاجتماعية، فمثلا الطفل الذي يعاني من أي اضطراب سلوكي يصعب عليه التكيف مع الوسط الخارجي...

من المفيد أن نوضح بين الاضطراب السلوكي والاضطراب النفسي، فالاضطراب السلوكي يتعلق بمشاعر وعواطف الطفل مما يؤثر على دراسته وعلاقاته الاجتماعية ومهما تطورت الحالة فهي اضطراب سلوكي شديد، أما الاضطراب النفسي يتعلّق ببنيان شخصية الفرد وإذا ما تطور تحول إلى مرض نفسي... (عبد الفتاح، 2012، ص.199).

## 2-أسباب اضطرابات السلوك:

من أهم أسباب المشكلات السلوكية يمكن تلخيصها فيما يلي:

-الأساليب الاجتماعية الخاطئة التي يتبعها الآباء والأمهات في تربية الأبناء وتشتتتهم مثل: الشدة، القسوة، الميل للسب، الضرب، استخدام العقاب البدني، الإهمال واللامبالاة، الرعاية الزائدة، عدم الرقابة الأسرية على الأبناء وبخاصة فيما يتعلّق قضائهم لأوقات الفراغ واختيار الأصدقاء، حرمان الأبناء من المصروف الشخصي أو عدم كفايته لتلبية الحاجات الأساسية.

- اضطراب الظروف الأسرية وسوء التكيف الاجتماعي أو العائلي، وانخفاض المستوى التعليمي للوالدين، وتعاطي الآباء للخمر والمخدرات، وعمل الأم مع غ

## 3-أنواع اضطرابات السلوك:

### 1.3-الهيّاج:

جاء في معجم المعاني الجامع أن الهيّاج لغويا اسم لمصدر هاج ويُقال أيضا الهيّاج، ومعناه ثورة وفورة.

أما في علم النفس فهي حالة انفعال تدعو إلى نشاط يظهر في صورة حركات اندفاعية.

جاء مصطلح الهيّاج في علم النفس في عدّة مواقف:

- الهيّاج الكتاتوني:

أين ينتاب المريض فترات من الهيّاج الشديد يحطم أثناءها الأشياء ويصرخ ويهاجم من حوله...

### الهيلاج عرض في الاضطراب الذهاني:

تنتاب المراهق فجأة نوبات هياج وعنف، فيحطم ما حوله ويسبب ويشتم كل من حوله خاصة أهله... وغيرها من سلوكات غريبة غير معتادة فيرفض الذهاب إلى الدراسة أو إنجاز أي عمل آخر... هذه الحالة الطارئة تسمى بالاضطراب الذهاني، حيث من أهم أعراضه:

- ✓ اضطراب في التفكير، أين يفقد المُصاب القدرة على التفكير بشكل واضح ومنطقي ومتربط واقتتاعه بأفكار غير صحيحة تسمى الضلالات.
- ✓ اضطراب المشاعر، بمعنى إبداء مشاعر غير مناسبة مع المواقف، كالضحك في موقف مؤسف.
- ✓ مشاكل في الإدراك، كسماع أصوات ورؤية أشياء غير موجودة في الواقع.

اضطراب في السلوك ومنها العدوانية.

### - الهيلاج الكاتوني:

أين ينتاب المريض فترات من الهياج الشديد يحطم أثناءها الأشياء ويصرخ ويهاجم من حوله...

### - الهيلاج عرض في الفصام:

### - الهيلاج عرض في الاضطرابات الذهانية ثنائية القطب:

وهي التي يحدث فيها نوبات اكتئاب ونوبات هوس، حيث يغلب على المُصاب الشعور المبالغ به بالمرح والسعادة أو الهياج والاندفاع، كما تكون أفكاره مشتتة فهو يتحدث في أكثر من موضوع في آن واحد دون مراعاة أي ترابط وتسلسل... ومع الهياج وسرعة الانفعال يكون المُصاب على استعداد للاعتداء على المحيطين به ممن لا يتوافق معهم بطريقة اندفاعية...

### - الهيلاج عرض في حالات الصرع:

تحدث حالة هياج شديد في حالات الصرع وهو عبارة عن عملية تفريغ كهربائي مفاجئ في الدماغ، ويأتي على شكل نوبات محددة تميل إلى التكرار وتتسم باضطرابات في الحركة والإحساس أو السلوك أو الوعي أو المزاج أو الإدراك أو التفكير أو أي تجمع من هذه الأمراض.

### - الهياج عرض لنوبات هستيرية:

تحدث نوبات الهياج الحاد مشابهة للذهان علي هيئة نوبات هستيرية، تتميز بالغضب والخوف والقلق مُصاحبة باضطرابات غير إرادية في الوظائف الحركية والحسية والذاكرة.... علاج هذه الحالات من الهياج الشديد المصاحب للاضطرابات الذهانية عادة يكون من خلال مضادات الذهان، كما يُشكل العلاج بجلسات الكهرباء علاجاً حاسماً في الحالات الحادة.

### 2.3- العدوانية:

#### 3.3- العنف المدرسي:

العنف لغة جذرها الثلاثي عُنْف فيقال عُنْف به، وعليه -عُنْفاً، وعنافة أي أخذَه بشره وقسوة ولامه وعيْره، فهو عنيف. (القراله، 2017، ص. 13).

أما اصطلاحاً فقد أسهب الباحثون في تحديد العنف كلّ من زاويته الخاصة، يُعرفه جميل صليبا في معجمه الفلسفي الشهير كونه فعل مضاد للرفق ومرادف للشدّة والقسوة. والعنيف هو المتصف بالعنف، فكل فعل يُخالف طبيعة الشيء ويكون مفروضاً عليه من الخارج فهو بمعنى ما فعل عنيف... والعنيف من الرجال هو الذي لا يُعامل غيره بالرفق، ولا تعرف الرحمة سبيلاً إلى قلبه... وجملة القول أن العنف هو استخدام القوة استخداماً غير مشروع أو غير مطابق للقانون...

أما في معجم "قاموس علم الاجتماع" فإن العنف يظهر عندما يكون ثمة فقدان للوعي لدى أفراد معينين أو في جماعات ناقصة المجتمعية، وبهذه الصفة يمكن وصفه بالسلوك اللاعقلاني...

في حين يرى بول فولكي Paul Faulquié في قاموسه التربوي أن العنف هو اللجوء غير المشروع إلى القوة، سواء للدفاع عن حقوق الفرد أو عن حقوق الغير، كما أن العنف لا يتمظهر بحدّة إلا في وجود الفرد/ المراهق في مجموعة ما... (الطراونة، 2009، ص. 161).

#### التعريف السيكلوجي والإجرائي:

من خلال ما سبق نلاحظ اختلاف في تعريف العنف باختلاف اهتمامات وتخصصات الباحثين لكن الذي يهمنا في هذا المجال هو العنف المدرسي الذي هو الآخر تعددت تعاريفه ونكتفي بالتعريف التالي:

أشارت كوثر إبراهيم (2002) بأنه يُقال العنف المدرسي أو الطلابي وهو استجابة متطرفة وشكل من أشكال السلوك العدواني، تتسم بالشدة والتصلب والتطرف والتهيج والتهجم وشدة الانفعال والاستخدام غير المشروع للقوة تجاه شخص ما أو موضوع معين، ولا يمكن إخفاؤها وإذا زادت تكون نتيجتها مدمرة، وترجع إلى انخفاض مستوى البصيرة والتفكير، تتخذ عدة أشكال (جسمية، لفظية، مادية وغير مباشرة) بهدف إلحاق الأذى والضرر بالنفس أو بالآخرين أو بموضوع ما، هذه الاستجابة إما أن تكون بشكل فردي أو جماعي... (القراله، 2017، ص.22).

يُشير حسونة محمد السيد وفريقه البحثي وهو مختص في أصول التربية بالمركز القومي للبحوث التربوية والتنمية بمصر أن مظاهر العنف بين الطلاب تتمثل في السلوكات المنحرفة التالية:

- ✓ الاعتداء أو الهجوم على المعلمين.
- ✓ القيام بحرق الأشياء الثمينة داخل المدرسة.
- ✓ التخريب المتعمد للممتلكات الخاصة.
- ✓ تكوين عصابة يشترك فيها مجموعة من الشباب.
- ✓ تعاطي المخدرات.
- ✓ حمل الأسلحة واستخدامها.
- ✓ التعدي على القوانين واللوائح المدرسية، وعدم احترام بعض الطلاب للقانون، ومن ثم عدم الخشية من العقاب القانوني الرادع، أو التنفيذ الصارم للعقوبة، مثال ذلك:
  - عدم حضور الدروس بالرغم من التواجد داخل المدرسة.
  - التخريب المتعمد لمبنى المدرسة والأثاث.
  - حالات الغش الجماعي التي يُقدم عليها بعض الطلاب.
  - اعتداء بعض الطلبة على زملائهم ممن يُخالفونهم في الرأي أو الفكر أو العقيدة.
  - الاعتداء على الهيئة الإدارية بالمدرسة.
  - الانضمام إلى بعض التنظيمات والجماعات المنحرفة. (حسونة وآخرون، 2011، ص. 10).

يرتبط العنف المدرسي بعدة مفاهيم أخرى يمكن إيجازها على النحو التالي:

- **العنف المدرسي وعدم الانضباط:** يُشير الانضباط إلى كل الإجراءات التي تُتخذ لفرض مجموعة من القواعد الرسمية وغير الرسمية التي تحكم أية مؤسسة، ويرتبط الانضباط بالأعراف والقواعد والعادات والقيم التي يستدعيها التفاعل في نطاق كل مجتمع تعليمي، وبهذا يصبح الانضباط موضوعا تربويا يُعبر عنه في صورته السالبة بعدم الانضباط... ويميل البعض إلى تفسير الأفعال التي تتسم بعدم الانضباط على أنها أعراض فإذا لاحظت هيئة التدريس بالمدرسة زيادة في السلوك المضطرب وغير المنتظم أو غير المنضبط فإنهم يعزونه إلى مشكلات القسوة والعنف... بمعنى أن السلوكيات التي تتخطى أفعال عدم الانضباط عتبه معينة يمكن أن نطلق عليها عنفا. (نصر وآخرون، 2004، ص.ص. 18-20).

- العنف المدرسي، الانحراف وعدم الامتثال:

- العنف المدرسي والتتمر المدرسي (الاستقواء):

- العنف المدرسي والاغتراب:

- العنف المدرسي والعمر:

- العنف المدرسي والنوع:

ومن أهم الأسباب الكامنة وراء انتشار العنف الطلابي يمكن إيجازها فيما يلي:

- أسباب أسرية:

أ- غياب الأسرة عن القيام بدورها: ومنها:

✓ التنشئة الاجتماعية الخاطئة وما ينتج عنها من سوء معاملة الأطفال.

✓ الإهمال وعدم تلبية الحاجات.

✓ الحرمان المادي والحرمان العاطفي.

✓ الأجواء المشحونة بالخلافات والتوتر بين أفراد الأسرة.

✓ التفكك الأسري.

✓ اللجوء إلى القسوة والعقاب البدني في معاملة الأبناء.

ب- الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، ومنها:

- ✓ الفقر والبطالة والثقافة المتدنية للأسرة.
- ✓ حجم الأسرة والمسكن غير الصحي المناسب لها.
- ✓ الإعاقات والأمراض المزمنة بين أفراد الأسرة.

ج-العوامل المتعلقة بالأباء المسيئين، ومنها:

- ✓ التاريخ الأسري.
- ✓ الضغط والتوتر.

د-العوامل المتعلقة بالطفل المُساء إليه، ومنها:

- ✓ ترتيب الطفل في الأسرة.
- ✓ الأمراض الجسمية والنفسية للأطفال المُساء إليهم.

- أسباب متعلقة بالبيئة المدرسية:

- ✓ افتقار البناء المدرسي للمرافق الصحية المناسبة وعدم الشعور الطالب بالأمن داخل المدرسة.
- ✓ عدم إدراك وتلبية حاجات الطلبة وفق مراحلهم العمرية.
- ✓ انعدام الأساليب التربوية في معالجة مشكلات الطلبة واللجوء إلى العقاب البدني.
- ✓ عدم مراعاة الفروق الفردية في التعامل مع الطلبة... (القواسمة & الحوامدة، 2019، ص. ص. 93 - 94).

- ✓ وسائل الإعلام،
- ✓ المجتمع،

نستنتج مما سبق أنه بالرغم من القوانين الصارمة الخاصة بمنع استخدام العنف على مستوى المؤسسات

التربوية والتعليمية بوزارة التربية والتعليم

4.3 -اضطرابات الحصر:



الحصر عنصر مركزي في المرضية العصابية حيث يُكون كلّ التشكل العصابي مقاومة متفاوتة لنجاح الحصر، إلا أن شحنته تكون مشتدة فيتظاهر بشكل دائم أو ارتدادي، ويكون على مستوى نفسي أو جسدي أو مشترك... (الودري، 1986، ص. ص. 138-139).

#### 4-تقييم وتشخيص اضطرابات السلوك عند المراهق:

لتقييم الاضطرابات السلوكية عند المراهق مبادئ عامة يمكن إيجازها فيما يلي:

- التعرف على المشكلة السلوكية: الوصف الكامل للمشكلة السلوكية (من الأهل، المراهق، الأساتذة وآخرين...)، تطور السلوك، نشاطات المراهق اليومية النموذجية عبر الزمن، الموقف الذي يحدث فيه السلوك، تأثيرات هذا السلوك على العائلة والمدرسة والعلاقات... مواقف الآخرين تجاه هذا السلوك.

ومن الملائم مقابلة المراهق لوحده لمعرفة وجهات نظره، رغباته وحالته العقلية.

- تحديد استراتيجية الأهل: من المهم معرفة كيفية تعامل الوالدين مع هذا السلوك المضطرب، من خلال الحصول على معلومات خاصة بتوقعات الوالدين جزاء هذا السلوك، فلسفتهم في تفسير ذلك، وجهات نظر الوالدين الثقافية والدينية والأخلاقية... وأيضاً كيفية تفاعلهم واستجاباتهم لهذا السلوك، معرفة الطرق المنتهجة للتأديب أو العقاب، معرفة السلوك الذي يمكن تحمّله، معرفة إن كانوا أولياء مفرطين في الحماية أو غير مهتمين ومبالين، معرفة إن كان ينتابهم الشعور بالضعف والعجز واليأس، وكذا كيفية إدارة الغضب والإحباط.

- التاريخ والديناميكية العائلية: الحصول على معلومات خاصة بتاريخ العائلة (المشاكل الصحية، المشاكل النفسية والأحوال الاجتماعية والثقافية)، البنى التدميمية للعائلة وللمراهق في حدّ ذاته، علاقاته بأوليائه وإخوته، التركيز على معاشته لضغوط أو مواقف صدمية، وأيضاً كيفية تفاعل السلوك -مشكلة مع الدينامية العائلية...

- السلوك الاجتماعي: الحصول على معلومات خاصة بتطور سلوك الطفل الاجتماعي والمتمثلة في: النمو الاجتماعي، السلوك الارتباطي، كيفية لعب الدور التخيلي، قراءة الملامح الاجتماعية، العلاقات الاجتماعية واستخدام اللغة.

- السلوك المدرسي: الحصول على معلومات خاصة بالحضور المدرسي، التغيرات المدرسية، مواضيع الانفصال، التربية، التفاعل والاستجابة مع المعلم وزملاء المدرسة، طبيعة علاقاته مع أصدقائه على مستوى المؤسسة التربوية والتعليمية.

- صحة المراهق ونموه: الحصول على معلومات خاصة بالحمل، الولادة، علامات التطور، معرفة إذا كان الحمل مرغوب من عدمه، التفاعل مع الإخوة، التكيف مع الوالدين والإخوة، مشاكل ما بعد الولادة، ما مدى توفر الدعم أو المساندة، مزاج المراهق والتاريخ الصحي بالتركيز على طرق العلاج الذي تلقاها...

- الملاحظة المباشرة للتفاعل بين المراهق والوالدين: من المهم أثناء المقابلة بل بالأحرى المقابلات العيادية ملاحظة كيفية تعامل، تفاعل واستجابة المراهق مع أوليائه، وحتى مع باقي أفراد الأسرة من الإخوة مثلا إذا رُفقوا إلى الفحص النفسي.

- معلومات إضافية: تخص كل ما يتعلق بالسلوك المضطرب لهذا المراهق، ويمكن الحصول عليها من المدرسين، العائلة الممتدة وغيرهما... (عشيش، 2009، ص. ص. 228-229).

### 5- بعض مقاييس اضطرابات السلوك عند المراهق:

#### 1.5- مقياس بيركس Barks لتقدير السلوك (1980):

صمم هذا المقياس للكشف عن أنماط السلوك المضطرب لدى الأطفال الذين لديهم صعوبات سلوكية سواء كانت في البيت أو المدرسة. يعتبر أداة للتشخيص الفارقي لطلاب المرحلتين الابتدائية والمتوسطة الذين يظهرون صعوبات سلوكية... يتكون هذا المقياس من 120 فقرة موزعة على 19 مقياسا فرعيا على النحو التالي: (1) الإفراط في لوم الذات، (2) الإفراط في القلق، (3) الانسحابية الزائدة، (4) الاعتمادية الزائدة، (5) ضعف قوة الأنا، (6) ضعف القوة الجسمية، (7) ضعف التأزر الحركي، (8) انخفاض القدرة العقلية، (9) ضعف التحصيل، (10) ضعف الانتباه، (11) ضعف القدرة على التحكم في ضبط النشاط، (12) ضعف الاتصال بالواقع، (13) ضعف الشعور بالهوية، (14) الإفراط في المعاناة (15) الضعف في ضبط مشاعر الغضب، (16) المبالغة في الشعور بالظلم، (17) العدوانية الزائدة، (18) العناد والمقاومة، (19) ضعف المسيرة الاجتماعية (الانصياع)...

#### 2.5- اختبار تفهم الموضوع TAT:

يُستخدم هذا الاختبار للكشف عن الأفكار اللاشعورية والخيالات، يتطلب من الفرد أن يحكي قصصاً تتعلق بصور معينة بحيث يمكن للمحلل تفسير الدوافع الكامنة لدى الفرد، انفعالاته، عواطفه، صراعاته وحاجاته النفسية... يتكون هذا الاختبار من بطاقات باللونين الأبيض والأسود، وهي عبارة عن أربع مجموعات متداخلة تتكون كل منها من 19 بطاقة إضافة إلى بطاقة بيضاء، وتختلف كل صورة من حيث محتواها ودرجة غموضها... وتتباين الصورة في درجة انتظامها وبنيتها... (عبد الفتاح، 2012، ص. ص 213-214).

بالإضافة إلى اختبارات أخرى سواء إسقاطية أو موضوعية...

### المحاضرة الحادية عشر: صعوبات التفكير/التوقف عن التفكير/الدخول في الفصام

#### - تمهيد:

طالما أن الإنسان على قيد الحياة فالتفكير عملية مستمرة، وحتى إن بدا أنه في حالة راحة لا يقوم بأي نشاط فإن دماغه في حالة عمل دائم...

#### 1- مفهوم التفكير:

يُعرف التفكير على أنه سلوك منظم مضبوط موجه، له وسائله الخاصة في المستوى الرمزي وطرائقه في تقصي الحلول والحقائق في حالة عدم وجود حل جاهز لها.

فهو إذن بوجه عام منظومة متكاملة من عمليات عقلية داخلية مركبة ومتفاعلة عقليًا وانفعاليًا وجسميًا، وموجه نحو أهداف محدّدة تتضمن: التفكير الناقد، التفكير الابتكاري، حل المشكلة، اتخاذ القرارات والتفكير في التفكير، يشمل كلّ منها مجموعة من المهارات المتميزة التي يمكن ملاحظتها وقياسها وتمييزها.

مع العلم أن من معوقات التفكير: معوقات شخصية، أسرية، مدرسية ومعوقات اجتماعية. (منصور وآخرون، 2014، ص. 445).

## 2- صعوبات التفكير:

يرد مفهوم اضطرابات التفكير في أدبيات الطب النفس مقتربًا بالاضطرابات العقلية، ويعدّه كثيرون عرضًا من أعراض الفصام يتصف بفقدان الترابط بين الأفكار وفقر محتواها من حيث المعنى واستعمال اللغة جديدة، فيما يرى آخرون بأنه تشويش في قابلية الفرد على اتخاذ حكم وعلى سرعة التفكير أو ترجيح فكرة على أخرى.

ومنه فهو عدم الترابط والاتساق بين الأفكار، بحيث لا يستطيع الفرد الاستمرار في موضوع واحد لمُدّة طويلة، وعدم قدرته على إكمال ما بدأ به من حديث، وصعوبة في إيجاد المعنى بسهولة والمزج بين الواقع والخيال. (قاسم، 2015، ص. 346).

أشار قاسم حسين صالح في كتابه: "الاضطرابات النفسية والعقلية" (2015) أنه يمكن تصنيف اضطرابات التفكير إلى:

### ⦿ اضطرابات تتابع أو تدفق الأفكار، وتشمل:

- تطاير الأفكار: ازدحام الأفكار ما يؤدي إلى التسابق في النطق بها كما في حالات الهوس.
- تباطؤ الأفكار: أفكار بطيئة والترابط بينها ضعيف أو شبه معدوم كما في حالات الاكتئاب.
- توقف الأفكار: التوقف عن الكلام كما في حالات الفصام.
- التفكير الدوامة: إعادة الأفكار بتكرار معين كما في حالات اضطرابات الدماغ العضوية.

- التفكير غير المترابط: التدفق والتلقائية بغياب الترابط المنطقي كما في حالات الفصام والهوس والذهان العضوي.
- التفكير الخرافي: عدم القدرة على التمييز بين ما هو مهم وما هو غير مهم كما في حالات التخلف العقلي وبعض حالات الصرع.
- ✪ اضطرابات عائدية الأفكار والسيطرة عليها، تتميز بغرابة الأفكار وعدم القدرة على السيطرة عليها، حيث تظهر هذه الاضطرابات في حالات الفصام، وتشمل:
  - سحب الأفكار: اعتقاد المريض أن أفكاره تُسحب منه برغم إرادته.
  - زرع الأفكار: اعتقاد المريض أن أفكار تُزرع فيه برغم إرادته.
  - إذاعة الأفكار: شعور المريض أن أفكاره معروفة عند الآخرين.
- ✪ اضطراب صيغة التفكير، تتميز بانعدام القدرة على التفكير المجرد، وتشمل:
  - التفكير المبهم: ابتعاد التفكير عن المواقف الحقيقية أو الواقعية كما في حالات الفصام.
  - التفكير الجامد: افتقاد التفكير إلى المرونة والتبصر والتجريد والاستنتاج.
- ✪ اضطرابات محتوى التفكير، تتميز بأفكار ومعتقدات وآراء لا تنطبق على الواقع، أي ما يُعرف بالأوهام العقلية، حيث تأتي هذه الأوهام بأشكال مختلف وهي على النحو التالي:
  - الأوهام الاضطهادية: اعتقاد المريض بأنه مضطهد من طرف الآخرين لإلحاق الأذى به كما في حالات الزور الفصامي أي البارانويا.
  - أوهام العظمة: اعتقاد المريض أنه يتمتع بأهمية فريدة أو عبقرية أو قوة كما قد يعتقد بأنه تافه.
  - أوهام المرجعية: اعتقاد المريض بأن ما يدور من كلام بين الناس أو حركات أو أحداث على أنها تعنيه هو بالذات كما في حالات الهوس والبارانويا.
  - أوهام العدم: اعتقاد المريض بأن جزء منه أو أحد أعضاء جسمه كالمعدّة مثلا لا وجود له أو أنه لا يعمل كما في حالات الاكتئاب الشديد والفصام.

- أوهام الإثم: شعور المريض بالذنب بارتكابه الكثير من الخطايا فيلجأ إلى تدمير ذاته أو محاولات الانتحار.

- أوهام المراقبة: اعتقاد المريض بأنه مصاب بمرض خطير.

### 3-التوقف عن التفكير:

يتميز بتحدث الفرد وفجأة يتوقف عن الكلام، فيشعر عقله قد غدا خاليا من الأفكار، ويحدث هذا الاضطراب في حالات الفصام. (قاسم، 2015، ص.347).

### 4-الدخول في الفصام

الفصام مرض ذهاني، يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إلى لم تُعالج في بدء الأمر - إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك.

عرف الأقدمون هذا المرض منذ تاريخ بعيد، ووصفوه بعدة طرق، حتى بدأ كريبلين Kraepelin بتصنيف الأمراض، وسمى هذا المرض بالخرف المبكر La démence précoce عام 1899، اعتقاداً منه أنه يتميز بالخرف ويبدأ في سن مبكرة، أي عكس خرف الشيخوخة. وقد نجح في إيجاد صفة مميزة لهذا المرض وأعطاه الصبغة الإكلينيكية... لكن أول من سمى هذا المرض بالفصام هو بلويلر Bleuler عام 1911.

وتنقسم كلمة الفصام المسماة بسكيزوفرنيا إلى قسمين: سيكزو Schiz ومعناها الانقسام أو الانفصام وفرنيا Phrenia ومعناها العقل بمعنى انقسام أو انفصام العقل، وليس كما اعتقد البعض أنها انقسام الشخصية. (عكاشة، 2019، ص. 296).

اختلف العلماء في تعريفهم لمرض الفصام ويمكن الاكتفاء بما يلي:

أكد كريبلين على مفهوم التدهور العقلي المُصاحب للمرض مما دعاه إلى تسميته بالخرف المبكر، وقرّر أن الأعراض المميزة هي السلبية والانسحاب والحركة وفقدان الإرادة والانتباه وضعف الحكم على الأمور، إضافة إلى التناقض بين الوجدان واضطراب التفكير وعدم التمييز بين الواقع والخيال، كما أكد على أن

هذا الاضطراب ليس ناتجا عن تسمم أو هستيريا أو صرع أو هذيان أو ذهان الهوس والاكنتاب.  
(الحجاوي، 2003، ص. 198).

التعريف الثاني: رأى بلولر

وقد وصف شنايدر Schneider عددا من الأعراض سمّاها أعراض الدرجة الأولى ذات الأهمية في تشخيص الفصام، وتشمل:

- ✓ سماع المريض لأفكاره بصوت مرتفع.
- ✓ هلاوس سمعية تعلق على سلوك المريض.
- ✓ ضلالات التأثير جسميا من قبل قوة خارجية، وأن هناك قوة خارجية تتحكم في تفكيره وتنتشر أفكاره على الناس.
- ✓ ضلالات الخضوع لسيطرة قوى خارجية تتحكم بتصرفاته. (الحجاوي، 2003، ص. 199).

مازالت المحاولات مستمرة من أجل تحديد مفهوم دقيق لاضطراب الفصام في صورة التصانيف الحديثة للأمراض النفسية، ومما سبق نستطيع الوصول إلى ما يلي:

وأهم أعراض الفصام تتمثل في ما يلي:

- نقص الأداء الوظيفي لدى لمريض، يقل أداء الشخص لأعماله الوظيفية بصورة عامة ويتدهور إنجازهم، كما تتدهور علاقاته الاجتماعية وكذا اهتمامه بنفسه، وإذ بدأ الاضطراب في مرحلة الطفولة أو المراهقة يحدث فشل في الوصول إلى الانجاز الاجتماعي المتوقع له.
- الأعراض المرضية المميزة لاضطراب العديد من الوظائف النفسية:

أ- اضطراب التفكير، يبرز هذا الاضطراب في صورة اضطراب محتوى التفكير، القوة المتحكمة في التفكير وشكل التفكير.

ب- اضطراب محتوى التفكير، يشمل الضلالات المتعددة والمفرطة في الغرابة، قد تكون ضلالات اضطهادية، أو ضلالات الإشارة، أو ضلالات العدمية أو العظمة، أو ضلالات الاعتقاد بأن هناك قوة خارجية تتحكم في أفعاله وتصرفاته.

ج- اضطراب القوة المتحكمة في التفكير،

د- اضطراب شكل التفكير،

هـ- اضطراب الإدراك: يظهر بشكل هلاوس متنوعة أكثرها شيوعا الهلاوس السمعية، وتكون الأصوات في هذه الهلاوس مألوفة لدى المريض، قد يكون الصوت لشخص واحد أو لعدة أشخاص... وقد تظهر الهلاوس الحسية (اللمسية) بصورة تتم في الجسم أو بشكل إحساس كهربائي... كما قد تكون هلاوس حشوية كالإحساس بوجود ثعابين داخل البطن... ونادرا ما تكون هناك هلاوس بصرية أو ذوقية أو شمعية، حيث يشير وجودها وغياب الهلاوس السمعية إلى وجود اضطراب عقلي عضوي...

كما تظهر اضطرابات إدراكية أخرى تشمل إحساسات التغيير الجسمي والتحسس الشديد للأصوات والروائح، ويلاحظ أيضا وجود عجز في إدراك المكان والزمان وعجز في مفهوم الشكل والأرضية.

و- اضطراب الوجدان: يشمل هذا الاضطراب لدى المرضى غالبا فقدان الشعور، أو تناقص الوجدان أو عدم التمايز الوجداني...

اضطراب التفكير والإدراك، والوجدان، والإرادة والسلوك.

بناء على الانتقادات التي وجهت إلى DSM-5 (كرنج وكونسون ونيل ودافيسون، 2015) من خلال نقد ومراجعة DSM-5 مقارنة بـ DSM-4 فقد اتضح ما يلي:

### الفصام:

- تم تجاهل الفصام المتناثر (غير المنتظم) والفصام المتبقي وكلاهما مهم، لأن الأول إذا أضيف إليه محك (السن المبكر) فإنه يتطابق مع الفصام المبكر الذي اقترح إضافته إلى DSM-5 & DSM-4 والثاني



الفصام المتبقي هام لأنه يشير إلى الأفراد الذين تتحسن أعراضهم نتيجة للعلاج، ولذلك يجب عدم استبعادهما من فئات الفصام.

- تم وضع الفصام الكاتونوني كأعراض إضافية في DSM-5 وهذا أفضل لأن الأعراض في DSM-4 عامة ولذلك فإن الفصام الكاتونوني في DSM-5 أفضل كثيرا من DSM-4.

- تم إلغاء أنواع الفصام في DSM-5 وأصبحت أعراضا إضافية والبعض يفضل DSM-4 .

### اضطرابات الفصام والضلالات:

- هناك تغيير في مسمى الاضطرابات مثلا الفصام المؤقت في DSM-4 تحول اضطراب فصامي الشكل وقد كان أكثر وضوحا في DSM-4 ولذلك يُفضل المحافظة على مسمى الاضطراب الفصامي المؤقت، وهناك حالات ليست قليلة لأفراد يعانون فصاما مؤقتا نتيجة الضغوط الاجتماعية والشخصية وربما الأمنية. وهناك تداخل بين اضطراب فصامي الشكل والاضطراب الذهاني العابر (أقل من شهر)، وفي كل الحالات يُفضل DSM-4.

- الفصام الوجداني، تفاصيل أكثر وأفضل بالنسبة لهذا الاضطراب في DSM-5 ، لهذا يُفضل الاعتماد على هذه النسخة الخامسة. (عكاشة، 2019، ص. ص. 146-147).

### المحاضرة الثانية عشر: التغيب المدرسي/ الرفض المدرسي/ التخلي عن المدرسة/ التأخر المدرسي

#### - تمهيد:

تعد ظواهر التغيب، الرفض، التخلي والتأخر المدرسي من أخطر وأصعب المشكلات التربوية، ذلك لأنها تنعكس على التلميذ وعلى المحيط المدرسي وعلى المجتمع بأسوأ النتائج، حيث أن المرين يعتبرون هذه المشكلات التربوية نواة للجنوح والجريمة، فكثيرا من الجانحين بدأوا مراحلهم الأولى في سوء سلوكهم هذا إما بالتغيب أو الرفض أو التخلي أو التأخر المدرسي والتسكع في الطرقات والالتقاء برفاق السوء الذين يندمجون معهم وبالتالي مشاركتهم في سلوكياتهم المعادية للمجتمع بصفة عامة...

## I-التغيب المدرسي

### 1- مفهوم التغيب المدرسي:

يُشير المنتدى العربي للموارد البشرية أن التغيب لغة مأخوذ من الفعل غاب بمعنى اختفى عن الأنظار.

اصطلاحاً قُدمت عدّة تعاريف خاصة بالتغيب المدرسي نذكر منها:

هو عدم حضور الطالب إلى المدرسة دون سبب شرعي أو عذر وجيه. (الطراونة، 2009، ص. 107).

يُعرف أيضاً بأنه انقطاع التلميذ عن المدرسة أو بعض الحصص الدراسية بصورة منتظمة ومتكررة أو منقطعة مما يؤثر على نموه المعرفي ويتسبب في انخفاض مستوى تحصيله ويؤدي إلى رسوبه أو تسربه من المدرسة. (بحري والقطيشات، 2008، ص. 133).

التغيب عن المدرسة هو انقطاع التلميذ عن فترة المدرسة لا تقل عن أسبوعين، منهم ثلاثة أيام بصفة متصلة، دون مبرر وهو يختلف عن التزويغ وعن الخواف المدرسي... (بسيوني & سعيد، 1997، ص. 64).

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول بأن التغيب المدرسي هو تعمد تلاميذ عدم الذهاب إلى المدرسة لأيام متتالية أو متفرقة أو لحصص دراسية معينة دون عذر مقبول مما يؤدي إلى انخفاض مستوى تحصيله الدراسي.

### 2- أشكال التغيب المدرسي:

هناك عدّة أشكال للتغيب المدرسي، وهي على النحو التالي:

**1.2- التغيب بسبب التأخر:** بينت دراسات أنجزت على عدد من التلاميذ المراهقين أن هناك من يحترف فكرة الذهاب إلى المدرسة متأخر بعد الساعة الأولى من بداية الدراسة، وهناك من يفتعل التأخر في وقت الراحة، وهذا النوع ناتج في أغلب الأحيان عن عدم قدرة المعلم على خلق جو عمل...

**2.2-التغيب المتواصل:** عرف هذا النوع من التغيب بما يتناسب 65% من الوقت الذي يقضيه المتمدرس في المدرسة إجباريا في فترة ثلاثي من العام الدراسي، وهو ما يُعرف بالغياب الثقيل، وهو آخر مرحلة قبل التسرب النهائي من المدرسة، وأهم ما يميز هذا الشكل ما يلي:

- الهروب التام من المدرسة.

- التأخر الدراسي.

- الصداقة مع زملاء يميلون في التغيب المدرسي.

- يرتبط بمشكلات نفسية اجتماعية يعاني منها أحد الأبوين كحالات تعاطي المخدرات، تناول المشروبات الكحولية والانحرافات، كما يمكن ارتباطه بصعوبات مادية...

**3.2-التغيب تحت الحماية الوالدية:** يتزامن هذا الشكل بالتواطؤ مع أحد الوالدين أو كلاهما بسبب ظروف مادية أو أخرى كالحاجة إلى الابن في المساعدة إلى أشغال خاصة بالأسرة، وحتى في حالة تبرير الغياب على مستوى المؤسسة التعليمية يبرع هؤلاء الأولياء في الحجج والأعذار...

**4.2-التغيب الداخلي:** يُقصد به وجود التلميذ مادي داخل الصف وغيابه معنويا، بمعنى ذلك التلميذ غير مبالي غير مهتم... (بوطورة، 2011، ص. 32).

### **3-مظاهر التغيب المدرسي:**

من مظاهر التغيب المدرسي ما يلي:

- غياب التلميذ يوميا بشكل كامل عن المدرسة لفترة متواصلة أو بشكل متقطع.

- غياب التلميذ من حصص مادة دراسية أو أكثر بشكل متواصل أو متقطع. (العمامرة، 2010، ص. 142).

### **4-أسباب التغيب المدرسي في المرحلة الثانوية:**

يمكن تصنيف أسباب التغيب المدرسي في المرحلة الثانوية إلى عوامل خاصة بشخصية الطالب في حدّ ذاته، وأخرى تتعلق بالمؤسسة التعليمية وكذا عوامل أسرية، وهي على النحو التالي:

#### 1.4 - عوامل تتعلق بشخصية الطالب:

- عاهات صحية سواء جسمية أو نفسية تمنعه من مسابقة الدروس بصفة اعتيادية، فأما الاضطرابات الجسمية قد تكون الإصابة بإحدى الأمراض المزمنة التي تتطلب فحوصات ومتابعة دورية، وفي بعض الحالات المستعصية تُلزم الطالب المكوث بالمؤسسة الاستشفائية وربما لفترات طويلة تحول بينه وبين الالتزام المستمر والمواظبة على متابعة الدروس (داء السكري، أمراض الجهاز التنفسي كالربو، أمراض القلب، أمراض الغدد الصماء، أمراض جلدية وهي كثيرة التواتر والانتشار في مرحلة المراهقة، أورام سرطانية...)، في حين تتمثل العاهات النفسية في المعاناة من خواف اجتماعي كالخواف المدرسي أو اضطرابات سلوكية (العدوان، الهياج، عدم الاستقرار الحركي وقصور الانتباه...) أو وساوس قهرية أو مشاكل تعاطي المخدرات أو اضطرابات ذهانية (الفصام المبكر) وغيرها...

- قصور وظيفي كلي أو جزئي في القدرات البدنية (الإعاقة الحركية)، الحسية (إعاقة سمعية أو بصرية أو غيرها) والعقلية (مشاكل صعوبات التعلّم مثلا) تمنع الطالب من أداء وظائفه اليومية أو تأخيرها.

- تدني الدافعية للتعلّم والإنجاز ما يؤثر على نتائج الدراسة وبالتالي يكون التغيب الكلي أو الجزئي ومن ثم الانقطاع عن الدراسة.

- تذبذب العلاقة البيداغوجية بين الطالب والأستاذ في مادة أو أكثر، أو بينه وبين الطاقم التربوي من مدير أو مشرف تربوي... أو حتى بينه وبين زملائه داخل غرفة صفه أو خارجها ما يؤدي به إلى بغض المؤسسة في حدّ ذاتها، سيّما في هذه المرحلة الحرجة الموسومة بمرحلة إثبات الذات (المراهقة) ما يؤدي به إلى التغيب.

- الشعور بالاغتراب داخل صفه التعليمي، قد يكون نتاج لعدم توجيه سليم وفق قدراته وميوله (مثلا قد تكون ميول الطالب أدبية فيجد نفسه داخل قسم علمي أو العكس...)، أو أسباب أخرى تتعلّق بإحساس الغرابة وعدم الانتماء وبالتالي لا يمكنه الاندماج والتكيف مع هذه البيئة التعليمية.

- الشعور بالإحباط واليأس والتوتر والضغط والقلق في غرفة صفه أو حتى بالمؤسسة.

- التعرض للسخرية والاستهزاء لسبب أو لآخر من طرف زملائه أو أستاذ مادة معينة أو أكثر...
- سهر بعض المراهقين أمام التلفاز لمتابعة أفلام المغامرة وبرامج رياضية... وكذا الإدمان على الانترنت ومنها شبكات التواصل الاجتماعي لساعات متأخرة من الليل ما يصعب عليهم الاستيقاظ مبكرا لمزاولة الدراسة.
- اعتقاد بعض الطلاب أن الدروس الخصوصية مجدية ونافعة عن الحضور.
- الشعور بعدم جدوى التعليم وتقليد بعض الاقران.
- عدم تلبية المنهاج لرغبات وميول وحاجات التلاميذ، مما يؤدي إلى عدم رغبة التلاميذ بالدراسة والمدرسة.
- الخروج لسوق العمل

#### 2.4 - عوامل تتعلق بالمؤسسة التعليمية:

- عدم مناسبة بعض أساليب التدريس التي يستعملها المعلمون ما يؤدي ببعض التلاميذ النفور من الحصص التدريسية.
- سوء الظروف المدرسية مثل عدم توفر الإضاءة والتدفئة في فصل الشتاء أو المكيفات الهوائية في فصل الصيف.
- الإدارة المدرسية المتسلطة التي تدفع ببعض التلاميذ إلى كثرة التغيب.
- ضعف التواصل بين المدرسة وأولياء التلاميذ.
- عدم مراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ.
- البرنامج المكثف واليوم الدراسي الطويل والحصص الكثيرة والمتوالية.
- عدم صرامة الإدارة المدرسية في اتخاذ الإجراءات البيداغوجية والقانونية لمحاسبة التلاميذ الغائبين.
- التمييز في المعاملة بين التلاميذ بالاهتمام والرعاية للبعض دون الآخرين.

### 3.4 - عوامل تتعلق بالأسرة:

- ضعف عوامل الضبط والرقابة الأسرية إما بسبب ثقة الوالدين المفرطة في الأبناء أو إهمالهم وانشغالهم عن متابعتهم بدافع التفكك الأسري.
- انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة وبالتالي عدم قدرتها على توفير المستلزمات المدرسية لأبنائها.
- معارضة الآباء لمتابعة تعليم أبنائهم بحافز بعض المعتقدات أو قناعات أخرى.
- كثرة المناسبات العائلية أيام الدراسة بخلاف العطل والإجازات.
- المشاكل الأسرية.
- الاتجاهات السلبية للأحد الأولياء أو الاثنين معا نحو المدرسة والتعليم. (الحري، 2010، ص. 269).

### 5- علاج التغيب المدرسي في المرحلة الثانوية:

- وضع المختصون جملة من الاستراتيجيات العلاجية الخاصة بالتغيب المدرسي يمكن تلخيصها فيما يلي:
- خلق بيئة مدرسية جاذبة كإقامة أنشطة رياضية، أو مشروع مدارس بلا غياب (نموذج مديرية التعليم بالزلفي في المملكة العربية السعودية).
  - توفير عيادة طبية على مستوى المؤسسة التعليمية لسد ذريعة المرض التي تشجع التلميذ على التغيب المدرسي.
  - العمل على التنسيق والتعاون بين مختلف مؤسسات الدولة والأسر وأجهزة الاتصال الجماهيري لمحاربة التغيب المدرسي وبث الوعي بسلبيات هذه الظاهرة.
  - العمل على سن قوانين ولوائح صارمة خاصة بالتغيب المدرسي غير مبرر ما يقلل من التحريض على التغيب والاستهتار بنظم ولوائح المؤسسة التعليمية.
  - إعادة النظر بالمناهج المدرسية لتكون متفقة مع ميول الطلاب وتطلعاتهم المستقبلية.

- مشاركة التلاميذ المتفوقون في اجتماعات مع زملائهم المعنيين بالتغيب المدرسي لدراسة الظاهرة وتأثيرهم عليهم والاستفادة من الحلول والبدائل المقدمة بعد نهاية كل اجتماع.
- مشاركة مؤسسات خاصة في تقديم الدعم المادي لمؤسسات الدولة التعليمية والتربوية للمساعدة في اقتناء أدوات ووسائل الخاصة بالأنشطة الرياضية والالكترونية لسد العجز المادي.
- هذا وقد أشارت الأستاذة الباحثة دباب زهية من جامعة محمد خيضر ببسكرة (الجزائر) جملة من الاستراتيجيات يمكن الإشارة إلى البعض منها:
  - ضرورة المتابعة الدقيقة لإدارة المدرسة لتغيب التلاميذ واتخاذ الإجراءات اللازمة.
  - تفعيل دور مجالس أولياء التلاميذ مع الأساتذة والإدارة المدرسية لدراسة حالات التغيب المدرسي على مستوى كل مؤسسة على حدا والتخفيف من حدة انتشارها.
  - تفعيل عملية التواصل بين الأسرة والمؤسسة التعليمية والتربوية.
  - العمل على توثيق العلاقة بين الأساتذة والطلاب من ناحية وبين التلاميذ فيما بينهم من ناحية أخرى.
  - العمل على تلبية الحاجات النفسية للتلاميذ من أمن وأمان وطمأنينة وحب ونجاح حتى يتمكنوا من إيجاد المتعة في الوقت الذي يقضونه في المدرسة. (دباب، نوفمبر 2018).

## II-الرفض المدرسي

### 1- مفهوم الرفض المدرسي:

يرى كيرني وكريستوفر Kearney & Christopher في دراسة لهما أن سلوك الرفض المدرسي من الاضطرابات المتعلقة بالقلق في مرحلة الطفولة، وهو رفض حضور الدروس أو صعوبة في البقاء في المدرسة ليوم كامل، يُقاوم الطفل أو الشاب الذهاب إلى المدرسة في الصباح لكن يحضر إليها في النهاية، وهؤلاء الذين يذهبون إلى المدرسة بعد ذلك يُغادرونها أثناء اليوم الدراسي أو يهربون منها طوال اليوم، حيث يتضمن سلوك الرفض عدّة أسباب منها الداخلية المتمثلة في: الخوف، القلق الاجتماعي

العام، الاكتئاب، الشكاوي الجسدية، وضعف تقدير الذات... وأسباب خارجية منها: التمرد، وسلوكيات أخرى متعلقة بالوسط الخارجي كالبيت والمؤسسة التربوية وجماعة السوء.... (حجازي، 2005، ص. ص. 58-59).

## 2-أسباب الرفض المدرسي في المرحلة الثانوية:

أشار محمد زياد حمدان أستاذ تخطيط المناهج والتدريس وعلم النفس التربوي في كتابه: " انحرافات سلوكية للأسرة والأبناء -عينة لأنواعها ومصادرها وأساليب علاجها-(2015) بأن من أهم أسباب الرفض المدرسي للأطفال والمراهقين بشكل عام تتمثل فيما يلي:

- الحماية الزائدة أو الدلال الزائد للأبناء من الأسرة، مؤديا ذلك بالأبناء إلى الاعتماد على الأسرة في كل شيء والخوف والشعور بعدم الأمن والأمان عند وجودهم في أي بيئة غريبة خارجها ومن ضمنها المدرسة.

- سوء الأحوال والظروف المدرسية، من حيث: عنف الأقران وخلافاتهم العدوانية، عنف معلم أو أكثر ومعاملته القاسية لأسباب شخصية خاصة به أو وظيفية أو أخرى وكذا صعوبة بعض المناهج الدراسية.

- الضغوط والتأثير السلبي للأقران وتشجيعهم للرفض المدرسي.

- معاناة بعض الطلاب من اضطرابات نفسية (الاكتئاب) أو اضطرابات في الشخصية (الفصام)، ذلك أن الاختلالات الإدراكية والانفعالية والسلوكية الناتجة عن هذه الاضطرابات تسهم في الرفض المدرسي لهؤلاء المصابين...

## III-التخلي عن المدرسة

### 1-مفهوم التخلي عن المدرسة:

جاء معنى التخلي في قاموس المعجم الوسيط، اللغة العربية المعاصرة، الرائد، لسان العرب، القاموس المحيط، قاموس عربي/ عربي أنه الانسحاب والتنازل الطوعي والمقصود عن ممتلكات أو حق، ويقال التخلي عن العمل بمعنى تركه والإعراض عنه والانقطاع عنه (التخلي عن الكلام/ التخلي عن



(الدراسة)، أما التخلي للعمل بمعنى التفرغ له، وخيار التخلي إنهاء الاستثمار قبل أوانه... (المعاني الجامع، 2010).

ومنه ومن خلال تقصينا عن المصطلح بإسهاب اتضح لنا أنه يُقال التخلي عن المدرسة أو الانقطاع عن الدراسة أو التسرب المدرسي بمعنى واحد بخلاف الهروب من المدرسة الذي يعني تعمد التغيب دون علم أو إذن من الأولياء أو الإدارة المدرسية سواء قبل الدوام المدرسي أو أثناءه...

أما اصطلاحاً فقد تعددت التعاريف الخاصة بالتخلي عن المدرسة لكن يمكن الاكتفاء بما يلي:

التعريف الأول:

يتفق العديد من الباحثين في المجال التربوي بأن التخلي عن المدرسة ظاهرة اجتماعية كونية، وهي تُكتسب اهتمام بالغ في دول العالم خاصة المتقدم منه، باعتبارها أحد العوامل المعيقة لتأهيل الثروة البشرية في هذا العصر الإلكتروني والذي تُمثل فيه القوى العاملة المؤهلة شرطاً ضرورياً لتطوير أي مجتمع والتحاقه بالركب الحضاري...

ومنه يمكن القول بأن التخلي عن المدرسة كظاهرة نفسية اجتماعية اقتصادية تُعاني منها كل المجتمعات المتقدمة وفي طريق النمو على حدّ سواء، والتي تتمثل أساساً في الخروج إرادياً من النظام المدرسي دون تأهيل، أي دون الحصول على شهادة أكاديمية تمكن الطالب إكمال مساره الحياتي ومنه خاصة المهني، وهي بهذا إحدى العوامل المعيقة لتأهيل الثروة البشرية التي تسمح بتقدم ورقي المجتمع...

## 2-أسباب التخلي عن المدرسة في المرحلة الثانوية:

للتخلي عن المدرسة عدّة أسباب نفسية، اجتماعية واقتصادية ينبغي تشخيصها جيّداً ومنها ما يلي:

- إخفاق وفشل التلميذ في اكتساب الخبرات المنهجية نتيجة لضعف قواه العقلية وعدم هضمه لمادة الدروس ولرسوبه المتكرّر بتلك المادة الدراسية أو بجميع المواد فيلجأ الطفل الهروب من المدرسة.

- الخوف من السخرية والعقاب الذي يتوقعه أو يتلقاه باستمرار من المعلمين وزملائه في الصف قد يضطره للهروب من المدرسة كي يتخلص من مثل تلك المواقف الحرجة.
- وقوع بعض التلاميذ تحت تأثير ضغط أصدقاء السوء من خارج محيط المدرسة أو داخله، فيوجهون إليهم بأن غيابهم والهروب من المدرسة جرأة وإقدام وشجاعة فيمتثل هؤلاء لأمرهم.
- الدلال الزائد للطفل والاهتمام به بصورة مبالغ فيها وسعي العائلة إلى تلبية طلباته ورغباته في البيت، وعند ذهابه إلى المدرسة فإنه سوف لا يجد ذلك الاهتمام والدلال الأمر الذي يجعله يكره المدرسة ويهرب منها.
- القسوة والمعاملة السيئة للتلميذ من المدرسة والبيت ما يضطره للتخلص من هذا النبذ.
- قد يشعر بعض التلاميذ بغيرة تجاه إخوانهم الصغار الذين هم دون سن المدرسة فيهربون لأنقته الأسباب من أجل الرجوع إلى البيت في اعتقادهم لكي لا يفقدوا مكانتهم ولا يُنافسهم منافس. (ابراهيم، 2008، ص. 161-162).

### 3- علاج التخلي عن المدرسة في المرحلة الثانوية:

- من خلال ما توصلنا إليه من الاطلاع على التراث العلمي الزاخر من أبحاث ودراسات في هذا المجال يمكن اقتراح بعض الاستراتيجيات الوقائية للحدّ أو بالأحرى للعلاج المبكر لظاهرة التخلي عن المدرسة، سيّما في المرحلة الثانوية، وهي فترة حساسة بالنسبة للمراهق المتمدرس:
- العمل على توعية فئة الشباب لتنمية الاتجاهات والعادات القيمية السليمة للمجتمع للوقاية من التيارات الثقافية الوافدة الغريبة عن الأصالة والهوية الحقيقية، سيّما في هذه المرحلة التي تتشكل وتتبلور فيها الشخصية الحقيقية، وهذا من خلال برامج مختصة.
  - العمل على توعية الأولياء في طرق وتقنيات التعامل مع الأبناء في مرحلة المراهقة، سيّما من ذوي صعوبات التكيف والتوافق، وحتى توجيههم إلى الوحدات المختصة للتكفل في الحالات المستعصية.
  - العمل الجماعي وإشراك كل المعنيين بالتكفل حتى يتسنى فهم والإحاطة بمشاكل الطلاب من كل الجوانب، فكل حالة من الانقطاع المدرسي هي حالة فريدة من نوعها، فمثلا تكامل دور الإدارة التربوية

في جرد وإحصاء الطلاب الذين يُعانون من مشكلة الانقطاع المدرسي وتوجيههم إلى وحدات الكشف والمتابعة أين يتم تشخيص الحالات ووضع الخطط العلاجية اللازمة ومرافقة الأولياء في احتواء مشكلة الابن ومساعدتهم من قبل فريق عمل مختص.

- عمل الإدارة التربوية على الاهتمام ورعاية طلابها الذين هم في حاجة إلى مهارات إضافية كدروس دعم أو غيرها وفقا لظروف المؤسسة التعليمية والتربوية المادية والبشرية.

### III- التأخر الدراسي

#### 1- مفهوم التأخر الدراسي:

التأخر عكس التقدم، ويُقال تأخر فلان عن الركب بمعنى أنه يسير في الطريق لكنه تأخر قليلا عن الركب ويُحتمل التحاقه بالركب آجلا أو عاجلا، وتأخر فلان عن الوصول بمعنى أن وصوله كان متأخرا عن موعده... أما التأخر الدراسي فهو انخفاض واضح في مستوى التحصيل الدراسي للتلميذ في معظم المواد الدراسية على الرغم من أنه يتمتع بدرجة ذكاء تقع في المتوسط أو أعلى من ذلك، ويمكنه متابعة تعليمه إذا ما قُدمت له الخدمات التربوية المناسبة. (عبد الفتاح، 2012، ص. ص. 175-176).

كما يُعرف التأخر الدراسي أيضا بأنه انخفاض في نسبة تحصيل الطالب الدراسي دون المستوى العادي له، وهذه النسبة تساوي انحرافين معياريين سالبين، أي انخفاض مستوى تحصيل الطالب بمقدار عامين عن المستوى المطلوب تحقيقه من قبله. (الطراونة، 2009، ص. 188).

#### 2- أسباب التأخر الدراسي:

يمكن تصنيف أسباب التأخر الدراسي كمايلي:

##### 1.2-العوامل الأسرية: تتمثل في الجوانب التالية:

- المستوى الثقافي للأسرة، ومنها الأسرة التي يتفشى فيها الجهل والحرمان الثقافي ولا تبدي اهتماما بالطفل أو بدراسته وبالتالي لا توفر له الجو المناسب للاستذكار.

- المستوى الاقتصادي للأسرة، فكلما ارتفع المستوى الاقتصادي للأسرة توفرت للطفل إمكانيات الدراسة والتغذية التي تساعد على النمو السوي، أما الأسرة الفقيرة فتعجز عن إشباع حاجات الطفل ومنها من يدفع بالأطفال للعمل لتوفير المال...

- عدم الاستقرار الأسري نتيجة الخلافات المستمرة التي تحدث أمام التلميذ والتي قد تصل إلى الانفصال بين الوالدين، أو التدليل الزائد، أو القسوة المفرطة وعدم استقراره مما يؤثر على حالته الدراسية.

## 2.2-العوامل الذاتية: ومنها على النحو التالي:

- نقص في القدرات العقلية.

- ضعف صحة التلميذ أو تعرضه لأمراض مزمنة أو ضعف في السمع أو البصر.

- الجوانب الانفعالية مثل القلق وعدم الاستقرار أو الخجل أو معاناته من اضطرابات في الكلام أو النطق ما يؤدي به إلى فقدان التلميذ الثقة بالنفس والشعور بالنقص والدونية مما يؤثر في تحصيله الدراسي.

- كثرة التغيب عن المدرسة أو الهروب منها.

## 3.2-العوامل المدرسية: ومن أهمها:

- ازدحام الفصول بالتلاميذ مما يعوق فرص التعليم الجيد.

- الأساليب القمعية التي يستخدمها بعض مدراء المدارس والمعلمين مما يسبب كراهية التلميذ للمدرسة والدراسة.

- سوء تصنيف التلاميذ في الفصول مما يجعل الفصل الواحد يحتوي على مجموعة متباينة في المستوى التعليمي.

- المناهج الدراسية العقيمة وطرق التدريس غير المناسبة ونظم الامتحانات.

- عدم مراعاة بعض المعلمين للفروق الفردية بين التلاميذ. (عبد الفتاح، 2012، ص. ص. 176-177).

## 3-علاج التأخر الدراسي:

من أهم الخطوات الإجرائية لعلاج التأخر الدراسي تتمثل فيما يلي:

- حصر حالات التأخر الدراسي في المدرسة وتحقيق نوعها سواء كانت تأخرا دراسيا عاما أو خاصا.
- التعرف على الأسباب الرئيسية التي أدت إلى تأخر الطالب.
- تبصير أولياء أمور الطلاب الذين يعاني أبناؤهم من التأخر الدراسي بالأسباب التي دفعت بالمشكلة، ومشاركتهم في تنفيذ الإجراءات التربوية والنفسية للقضاء على ذلك.
- إعادة تهيئة البيئة التربوية (المدرسة والأسرة) للطالب لكي يستقطب المعلومات بصورة عالية.
- توظيف خبرات التربويين من المشرفين والمعلمين ومديري المدارس ومرشدي الطلاب لرعاية الطلاب المتأخرين دراسيا والوصول بهم إلى أعلى مراتب النجاح. (الطراونة، 2009، ص.188).

#### - خلاصة:

يعدّ التغيب، الرفض، التخلي والتأخر المدرسي ظواهر تربوية تنتشر في الأوساط التعليمية، فترك بصماتها الأليمة على المجتمع بشكل عام، لما تسببه من هدر في طاقات الأجيال الصاعدة، إضافة إلى كونها تمتصّ جزءا هاما من الموازنة القومية، فهي تشكّل حاجزا غير مباشر يعرقل التقدّم الاجتماعي والاقتصادي... لهذا من الضروري على الأولياء والمشاركين في العملية التربوية من إدارة تربوية ومعلمين وكذا مصالح الصحة وبالأخص وحدات الكشف والمتابعة المتواجدة عبر التراب الوطني وضع استراتيجيات صارمة في هذا المجال للتكفل المبكر بهؤلاء التلاميذ المعنيين...

## المحاضرة الثالثة عشر: التدخين/ تناول الكحول/ تعاطي المخدرات

### - تمهيد:

التدخين، تناول الكحول وتعاطي المخدرات من أخطر المشاكل التي تواجهها الكثير من المجتمعات في العالم نظرا لما تسببها من مآسي فردية وعائلية واجتماعية... وحسب ما أدلت به الإحصائيات أن هذه الظواهر تنتشر في نطاق واسع ضمن فئة المراهقين، وليس من الغريب أن تكون هذه الشريحة هي الأكثر عُرضة لتعاطي المخدرات مع ارتفاع مستوى عدم قدرتهم على التكيف الاجتماعي والاضطراب النفسي...

### I-التدخين

#### 1- مفهوم التدخين:

تمثل مشكلة التدخين خطرا كبيرا على الصحة، سيما وأن تأثيره لا يكون على الفرد فحسب بل حتى المحيطين. ويشير التقرير الصادر على جمعية أمراض الرئة الأمريكية أن 90% من المدخنين يشعرون في التدخين قبل سن 21 سنة، حيث تزداد النسبة بين المراهقين من طلاب الجامعة... كما أوضحت دراسات أخرى إلى ارتفاع نسبة تعاطي المخدرات والكحول بين المدخنين عنها بين غير المدخنين، حيث تُقدر نسبة تعاطي المخدرات بين المدخنين 50% في مقابل 6% في غير المدخنين...

ومن بين أهم الاضطرابات المصاحبة جزاء التوقف المفاجئ أو التقليل من التدخين أو ما يعرف أيضا بالتبغ: شعور المدخن بالرغبة الملحة لتعاطي التبغ، سرعة الاستثارة، القلق، صعوبة التركيز، عدم الاستقرار، الصداع والدوخة واضطراب المعدة والأمعاء... يرجع سبب ذلك بصورة خاصة إلى نقص معدّل النيكوتين في الدم، ويحدث هذا الاضطراب لدى المدخنين للتبغ بشراهة، حيث تظهر الرغبة الملحة للتدخين حتى تبلغ أقصى درجة لها خلال أربعة وعشرين ساعة، ثم تتناقص هذه الرغبة تدريجيا بعد مرور أيام أو أسابيع من التوقف، ويُصاحب ذلك الإيقاع البطيء في رسم الدماغ الكهربائي، زيادة انقباض عضلات المضغ، نقص في معدّل نبضات القلب، انخفاض ضغط الدم، زيادة الشهية للطعام واكتساب الوزن بالإضافة إلى الخلل في إنجاز الأعمال التي تحتاج إلى اليقظة. (عواد، 2011، ص.139).

## 2-أسباب التدخين عند المراهق:

يسعى المراهقون من خلال التدخين بحسب اعتقادهم إلى إثبات ذاتهم وتحديد هويتهم للشعور بالنضج والرجولة. ومن أهم العوامل التي تُشجع المراهق على التدخين منها:

**1.2- الأسرة:** فالمراهق الذي يُدخن والده أو إحداهما يكون أكثر عُرضة لممارسة هذا السلوك غير صحي، فالوالدان بالنسبة له مثلاً يحتذي به.

**2.2- جماعة الرفاق:** في حالة ما إذا كان رفاق المراهق يُدخنون فهناك احتمالية ممارسة هذا السلوك بنسبة كبيرة.

**3.2- وسائل الإعلام:** سيّما من خلال السينما والتلفزيون، فهما يربطان تدخين السجائر بالمتعة، الإثارة، القوة، النضج، حب المغامرة... فيسهم هذا العرض المبهر والمتكرر لهذه العلاقة وبشكل مباشر في تكوين ضغط اجتماعي يبرز التدخين كعلامة للنضج والاستقلال من خلال رسم صورة إيجابية للمدخن يتم فيها تضخيم الصفات المرغوبة حتى يصل المراهق للاقتداء وترسيخ الاتجاهات المحبذة للتدخين... (النمر، 2016، ص. ص. 156-159).

بالنسبة لعلاج مشكلة التدخين يمكن استخدام جميع أنواع العلاجات النفسية التي سبق الإشارة إليها لكن تبقى دافعية المدخن شرط أساسي للتكفل...

## II-تناول الكحول

### 1- مفهوم تناول الكحول:

تناول الكحول من الحالات التي تمهد للقيام بالسلوك المنحرف، الذي قد يأخذ طابعا إجراميا فضلا عن تضعيفه للجوانب الخلقية والاجتماعية للشخص الذي تناولها أو يدمن عليها، مما تكون سببا رئيسيا في إهمال أسرته لضعف نشاطه وحيوته وانحطاط مستواه الاجتماعي... ومن أهم الدراسات التي تناولت مدى الأضرار التي تلحقها عملية الإدمان على الكحول وعلاقتها بالسلوك الإجرامي الدراسة التي قام بها جونز Johns في انكلترا حيث أظهرت نتائجها أن 82% من جرائم الإيذاء، و60% من جرائم القتل، و50% من جرائم الاغتصاب ارتكبتها أشخاص في حالة سكر... (العزي، 2011، ص. 162).

من بين أهم الأعراض المصاحبة جزاء التوقف أو التقليل من تناول الكحول: ارتعاش اليدين واللسان، جحوظ العينين، الغثيان، التقيؤ، الضعف الجسمي، القلق، الاكتئاب الوجداني، سرعة الاستثارة، زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (ازدياد نبضات القلب، التعرق وارتفاع ضغط الدم). تُصاحب هذه الأعراض باضطرابات النوم ومنها خاصة النوم المتقطع الذي تتخلله الأحلام المزعجة وتذبذب الإدراك أثناء اليقظة... مع العلم أن هذه الأعراض تختفي خلال خمسة أيام إلى سبعة ما لم يحدث هذيان التوقف عن تناول الكحول... (عواد، 2011، ص.140).

## 2- الاضطرابات العقلية الناتجة عن تعاطي الكحول :

يمكن تلخيص الاضطرابات العقلية الناتجة عن تعاطي الكحول كما أشار إليها عبد الكريم الحجاوي في كتابه الموسوم " موسوعة الطب النفسي " (2003):

**1.2 - اضطراب التسمم الكحولي(السُكر):** يتميز هذا الاضطراب بالسلوك غير المتكيف بسبب تعاطي الكحول، حيث تختلف قابلية تحمل الأفراد المتعاطين لهذه المادة وقابليتهم للتسمم الكحولي، عادة ما يبدأ بزيادة النشاط والإحساس بالقوة والطاقة لينتهي بالاكتئاب والانسحاب والبله وفقدان الوعي...

**2.2 - الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطي الكحول:** هو اضطراب يحدث لدى توقف المتعاطي عن تعاطي الكحول، من أهم أعراضه: ارتعاش اليدين واللسان، جحوظ العينين، الغثيان والتقيؤ، الضعف الجسمي، القلق، الاكتئاب الوجداني أو سرعة الاستثارة...

**3.2 - هذيان التوقف عن تعاطي الكحول:** يحدث الهذيان بسبب التوقف عن تعاطي الكحول أو تقليل الكمية، من أهم أعراضه: الضلالات والهلاوس البصرية وكذا الارتعاش الغليظ غير منتظم.

**4.2 - هلاوس الكحول:** أهم ما يميز هذا الاضطراب: الهلاوس خاصة منها السمعية التي تظهر مباشرة بعد توقف الشخص عن تعاطي الكحول أو عند تقليل الكمية المعتادة، وعادة ما تكون هذه الهلاوس عبارة عن أصوات مصحوبة أحيانا بهلاوس بصرية عابرة وغير ثابتة...

**5.2 - اضطراب النسيان الكحولي:** أهم ما يميز هذا النوع: النسيان بسبب نقص فيتامين ب B المُصاحب لتعاطي الكحول لفترة طويلة إضافة إلى اضطرابات عصبية أخرى.



6.2 -الخرف المصاحب للكحولية: هو الخرف المصاحب لتعاطي الكحول بكميات كبيرة ولفترة طويلة مع استبعاد جميع أسباب الخرف الأخرى.

بالنسبة لعلاج مشكلة تناول الكحول يمكن استخدام جميع أنواع العلاجات النفسية التي سبق الإشارة إليها لكن تبقى دافعية المستهلك شرط أساسي للتكفل...

### III-تعاطي المخدرات

#### 1- مفهوم تعاطي المخدرات:

##### 1.1- مفهوم التعاطي:

يشيع بين الكثير من الكتاب العرب ترجمة هذا المصطلح حرفيا ب"سوء استعمال"، ومع ذلك فاللغة العربية تغنيا عن ذلك، حيث ورد في لسان العرب أن التعاطي هو تناول ما لا يحق تناوله، ومنه تعدّ كلمة تعاطي ترجمة دقيقة لمصطلح Abuse الذي يعني التناول المتكرّر لمادة نفسية، بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها، وهناك عدّة أنواع للتعاطي:

- ✓ التعاطي التجريبي أو الاستكشافي، أي تجريب المادة النفسية لاستكشاف آثارها، وقد يترتب على ذلك الاستمرار في تعاطيها أو الانقطاع عن التعاطي.
- ✓ التعاطي بالمناسبة أو المتقطع، أي التعاطي في المناسبات الاجتماعية كالحفلات والأفراح وغيرها، وتختلف هذه العملية باختلاف الوضع الاجتماعي الاقتصادي للفرد والبيئة الحضارية، وهي مرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطي التجريبي من حيث ارتباط التعاطي بمادة التعاطي.
- ✓ التعاطي المنتظم، أي التعاطي المتواصل على فترات منتظمة يتم تجديدها بحسب إيقاع سيكو فيزيولوجي داخلي خاص بمدى احتياج الشخص لمادة التعاطي.
- ✓ التعاطي المتعدّد للمواد النفسية، أي التعاطي لعدد من المواد النفسية -أكثر من مادة واحدة- سواء كان التعاطي لهذه المواد المتعدّدة معا في وقت واحد، أو الانتقال من مادة إلى أخرى عبر فترة زمنية محدّدة. (زكري بسطا & آخرون، 2012، ص. 11).

## 2.1- مفهوم المخدرات:

المخدر في اللغة هو اسم فاعل من خدر، ومصدره التخدير ويعني الفتور والكسل الذي يعتري الشارب عندما يبدأ في السكر، ومنها فتور العين أو ثقلها، وهذه المعاني جميعها تتحقق في الانسان المخدر... ويُعرف المخدر أيضا من الناحية العلمية بأنه مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المسحوب بتسكين الألم، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة Narcotic والمشتقة من الإغريقية Narkosis التي تعني مخدر، لذلك لا تعتبر المنشطات ولا عقاقير الهلوسة مخدرة وفق التعريف العلمي، بينما يمكننا اعتبار الخمر من المخدرات... (زكري بسطا & آخرون، 2012، ص. ص. 12-13).

يتفق العديد من الباحثين على أن المخدرات هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان (الاعتماد النفسي والبدني) وتسمم الجهاز العصبي المركزي، ويُحضر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون... (القواسمة & الحوامدة، 2019، ص. 97).

باختصار المخدرات هي تلك المادة التي تؤثر على الجهاز العصبي بما يضعف أو يفقد وظيفته تماما.

## 3.1- المصطلحات المرتبطة بتعاطي المخدرات:

- تستعمل تعابير "تعاطي" "تبعية"، "إدمان" و"ارتباط" للدلالة أحيانا على نفس الفكرة، على الرغم من أنها تغيد معاني مختلفة من الناحية القانونية أو الطبية أو النفسية.

- أشار الدكتور حداد رمزي وهو طبيب عقلي بمركز الإدمان اللبناني أنه بين 1920 و1944 اقترح أكثر من 24 تعريفا مختلفا يتعلق بالإدمان، وظل الأمر كذلك إلى غاية 1950 عندما اقترحت المنظمة العالمية للصحة تعريفا أهم مميزاته:

- ✓ رغبة لا تقاوم في الاستهلاك.
- ✓ ميل إلى مضاعفة الكميات.
- ✓ تبعية نفسية وجسمية.
- ✓ تأثيرات مضرّة بالفرد والمجتمع.

- في 1967 فرقت المنظمة العالمية للصحة بين التبعية والإدمان:

**التبعية** وهو **التعاطي** المنتظم لمادة والتي تولد الرغبة في تكرار الاستهلاك وميل لمضاعفة الكمية ودون تناذر الفطام، إذ يفرض التعود تأثيرات ضارة عند المستهلك أما **الإدمان** وهي التبعية للأدوية وجود تساهل وتناذر الفطام.

- في 1980 أدخل الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية DSM مفاهيم الإفراط في التعاطي والتبعية واستبدل بعد ذلك تعبير المخدر بالمادة، موسعا بذلك إطار الإدمان.

- أما تعريف الإدمان فقد كان من اهتمام المحللين النفسانيين البريطانيين وبعدهم قودمان Goodman الذي اقترح مجموعة من المقاييس التشخيصية التي حظيت بالإجماع تقريبا...

عموما فإن الإدمان يعكس العبارة الشهيرة للبرفسور أوليفانشتاين Olievenstein أنه: " تلاقى شخصية ومادة ولحظة اجتماعية ثقافية". (بوروبه، 2020).

## 2-تصنيف المخدرات:

تُصنف المخدرات وفقا لما يلي:

### 1.2-وفقا لمصدر المادة التي حُضرت منها:

أ-مخدرات طبيعية (من أصل نباتي أو حيواني).

ب-مخدرات نصف صناعية (نصف مشيدة، وهي المادة الأساسية في هذا النوع من أصل طبيعي).

ج-مخدرات صناعية (مشيدة، ناتجة عن تفاعلات كيميائية معقدة ولا دخل للمواد الطبيعية في تركيبها)

### 2.2-وفقا لتأثيرها على الجهاز العصبي المركزي للشخص المتعاطي:

أ-مجموعة المثبطات أو المهدئات أو المنومات، وهي التي تنبئ نشاط الجهاز العصبي للإنسان وتسكن الألم وتقلل الضيق والقلق، ومن أهمها: مادة الأفيون ومن مشتقاته: المورفين، الهيروين والكودائين.

ب-مجموعة العقاقير المنشطة أو المنبهة للجهاز العصبي، ومنها: مادة الكوكائين والأمفيتامينات، وتكون على شكل مسحوق أبيض أو أقراص أو حقن.

ج-مجموعة العقاقير المهلوسة، وهي التي تسبب الهلوس والأوهام عند الشخص المتعاطي ولها تأثير على النشاط العقلي للإنسان، ومن أكثرها شدة للهلوسة عقار الانهيار النفسي (أل.س.د). (القواسمة & الحوامدة، 2019، ص. ص. 97-98).

### 3-أسباب الإدمان عند المراهق:

من أهم أسباب إدمان المراهق يمكن إيجازها فيما يلي:

- ✓ التعرض لثقافة المخدرات عن طريق السماع عن المخدرات والرؤية المباشرة لها ووجود أصدقاء يتعاطون المخدرات.
- ✓ الظروف الاجتماعية المهيأة للتعاطي مثل أسلوب الشدة في المعاملة أو التدليل دون الحدّ أو وقوع الطلاق أو حدوث الانحلال الأخلاقي داخل الأسرة.
- ✓ خصائص وسمات شخصية المتعاطي مثل ارتفاع سمة العصبية والتوتر والقلق، كما تتصف شخصية المدمن بالخلج والشعور بالنقص وعدم التوافق النفسي والاجتماعي.
- ✓ أهمية المخدر بالنسبة للمدمن، خفض التوتر، خفض مستوى الدافعية، الخروج عن الواقع والهروب من المشكلات النفسية والاجتماعية.

لماذا يلجأ المراهق إلى الإدمان على المخدرات؟

يُرکز علماء النفس بحوثهم في مشكلات الإدمان على تفسير شخصية المدمن، حيث يُرجعون السبب في ذلك إلى ضعف نظام مقاومة النزوات لدى الفرد نتيجة لانعدام النضج النفسي والعاطفي في المراحل الأولى من النمو، وكذا نتيجة غياب أساليب التربية السليمة سواء في البيت أو المدرسة، إضافة إلى خاصية هذا المراهق المدمن المتمثلة في العجز والضعف وعدم القدرة على الضبط النفسي... إذن فالتعاطي ما هو إلاّ مقابل للتعبير عن معاناة داخلية مرتبطة بضعف الشخصية والبنية التكوينية للمراهق في حدّ ذاته... يُضاف إلى هذه العوامل النفسية للمراهق الأجواء الاجتماعية المهيأة للإدمان على المخدرات مثل أصدقاء السوء سيّما المنتمين إلى عصابات منحرفة... (رزق، 2016، ص. ص. 78 - 79).

#### 4-أنواع المخدرات:

**1.4-الحشيش:** انتشر الحشيش بشكل رهيب في الخمسين السنة الأخيرة، بسبب عدّة عوامل منها: الأوضاع الاقتصادية وثمانها الزهيد (غير مكلف). وهو عبارة عن أوراق نبات القنب، يمكن مضغه أو تدخينه، وتسبب المادة المنشطة في الحشيش بالشعور بالنشوة، زيادة القدرة على الحركة والكلام وعدم الإحساس بالزمن والمكان.

اختلف المختصون في اعتبار تعاطي الحشيش إدماناً أو مجرد تعود، ذلك باعتبار انعدام أعراض الانسحاب لدى الكثير من المتعاطين إذ بإمكانهم التوقف عن التعاطي، إضافة أنه لا يسبب تدهوراً أخلاقياً أو اجتماعياً عند المتعاطي... (عوض، 2015، ص. 34).

**2.4-الكوكايين:** يؤثر الكوكايين على الجهاز العصبي السمبثاوي، حيث يسبب تنشيطه إلى زيادة عدد ضربات القلب دون مجهود واتساع حدقة العين، كما أن له تأثير تخديري على الفرد. يُثير الكوكايين الرغبة الجنسية لدى النساء ما يفسر انتشار إدمانه عند ممارسات الدعارة. يُؤخذ بالحقن أو الاستنشاق، أهم العلامات التي يمكن للطبيب الكشف عنها عند المتعاطي: وجود آثار الحقن بالوريد على اليدين ووجود قرح على أغشية الأنف الداخلية.

تعدّ أعراض الكوكايين شديدة، حيث يُعاني المتعاطي من هياج، عدوانية، هذيان، أرق وهلاوس... ومن أهم أساسيات التدخل للتكفل بالمتعاطي لها النوع من المخدرات هو الابتعاد عن البيئة المسببة... (عوض، 2015، ص. 34-35).

**3.4-المنبهات:** تُستخدم المنبهات في علاج مجموعة من الأمراض، من بينها: التبول اللاإرادي، الصرع، مضاد للاكتئاب، لكن انتشر استعمالها مؤخراً لأغراض غير علاجية في حالات زيادة القدرة على اليقظة، التخسيس، زيادة القدرة على المذاكرة والتركيز، مع العلم أن خطورة هذا الاستعمال الأخير تكمن في ظهور أعراض الذهان وهي شبيهة بأعراض الفصام، إضافة إلى مشكل الإدمان... (عوض، 2015، ص. 35).

**4.4-عقاقير الهلوسة:** انتشرت حبوب الهلوسة بين طبقة المثقفة في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، ومؤخراً في الوطن العربي بشكل كبير، حيث أن أهم تأثيراتها اضطراب الإدراك وتغيير الألوان، ومن أهم أنواعها: المسكاليين، LSD. (عوض، 2015، ص. 35-36).

## 5- أعراض إدمان المراهق:

الأعراض التي تدل على إدمان المراهق ودخوله إلى عالم المخدرات تتمثل فيما يلي:

- السهر، كثرة النوم بالنهار، عدم الاهتمام بالمظهر، تغير التلغظ بألفاظ بذيئة، الميل للعنف، كثرة طلبه للمال، فقدان الشهية، صداع شديد، فقدان الاتزان الجسمي والنفسي، الاكتئاب، زيادة ضربات القلب وتغير في الإدراك والتفكير والانفعال والذاكرة.
- تغير في الأداء المدرسي: التأخر المدرسي، الميل للعنف مع زملائه ومدرسيه، الخمول والنوم في الصف المدرسي، الغياب المتكرر والتسرب من المدرسة.
- تغيرات اجتماعية: الانطوائية، السرقة، الكذب، عدم حضور المناسبات الاجتماعية، قلة احترامه لوالديه، رفاق السوء، التشرد، الفساد وسوء الأخلاق... (القواسمة & الحوامدة، 2019، ص. ص. 98-99).

## 6- الإدمان في التشريع الجزائري:

### 1.6- المراسيم والقرارات:

- ✓ المرسوم رقم 76-198 المؤرخ في 15 / 07 / 1971، تضمن إنشاء لجنة وطنية لمكافحة المخدرات.
- ✓ المرسوم رقم 76-140 المؤرخ في 23 / 10 / 1976، تضمن استعمال المواد السامة.
- ✓ القرار المؤرخ في 09 جويلية 1984 المتعلق بإلزام الأطباء والصيادلة بالتصريح بحالات الإدمان المتقدمة إلى مصالح الممارسة.
- ✓ المرسوم رقم 97-212 المعدل بالمرسوم رقم 03-133 المؤرخ في 24 / 03 / 2003، تضمن إنشاء وسير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها.

### 2.6- القوانين والأوامر:

- ✓ الأمر رقم 75-09 المؤرخ في 27 فبراير 1975، المتعلق بقمع الاتجار غير المشروع في المخدرات (أول نص قانوني حول المخدرات).

✓ الأمر رقم 76-79 المؤرخ في 23 جوان 1979، يتضمن قانون الصحة العمومية الخاص بالمواد السامة.

✓ القانون رقم 04-18 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004، المتعلق بالوقاية من الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية وقمعها. (حبيباش، 2008).

### أهم ما يميز هذا التشريع ما يلي:

1- يعطي تعريفا دقيقا للمصطلحات الأساسية المتعلقة بالمخدرات والمؤثرات العقلية.

2- يفرق بين الضحية والمجرم.

3- يمنح للقاضي إمكانية الأمر بالعلاج، ويلغي المتابعة القضائية لأولئك المدمنين الخاضعين للعلاج.

### 7- تشخيص الإدمان على المخدرات:

عند توفر ثلاثة من العلامات التالية يمكن وصف الفرد على أنه مدمن:

- تناول الفرد المادة بمقادير أكثر وفترات أطول.

- رغبة قوية قهرية أو شعور قوي بالاضطرار لتعاطي المادة النفسانية التأثير.

- صعوبة في التحكم في سلوك التعاطي، سواء من حيث الشروع أو الانصراف أو مستويات التعاطي.

- حدوث حالة الامتناع (الانسحاب) الفيزيولوجي عند وقف أو إنقاص استعمال المادة نفسانية التأثير.

- بلوغ التعاطي درجة التحمل، من خلال استعمال جرعات كبيرة لإحداث تأثيرات كانت كافية لإحداثها بواسطة جرعات أقل فيما مضى.

- الانصراف عن وسائل المتعة أو الاهتمامات البديلة، وتخصيص وقت كبير للحصول على العقار بهدف التخفيف عن الآثار الانسحابية.

- الإصرار على التعاطي رغم درايته ومعرفته بعواقبها الوخيمة، كمشاكل تلف الكبد أو المزاج الاكتئابي أو خلل في الوظائف المعرفية أو غيرها... (الطشي، 2009، ص. 71).

مع العلم أن هذه العلامات تبرز بشكل جلياً عند محاولة المدمن التوقف...

### 8-الوقاية من تعاطي المخدرات:

تتمثل الوقاية من تعاطي المخدرات في ثلاث مستويات أساسية تتمثل فيما يلي:

#### 1.8-الوقاية من الدرجة الأولى:

ويُقصد بها منع وقوع الإصابة أصلاً، أي منع وقوع التعاطي والمؤدي إلى الإدمان أصلاً، وهو أمر بالغ الصعوبة. وتدخل هنا ثلاثة أنواع من الإجراءات تتمثل فيما يلي:

✓ تحديد الجماعات المستهدفة أو الهشة، ومن أهمها:

- وجود تاريخ للإدمان في الأسرة.
- الانهيار الأسري.
- الدخل المنخفض.
- ضعف الوازع الديني.
- انعدام الحافز والفشل الدراسي.
- البحث الدائم عن اللذة الحسية، وارتفاع سمة المخاطرة والتعرض للمشاكل.
- الرغبة في الإشباع الفوري، وعدم القدرة على تأجيل الملذات.
- انخفاض عتبة تحمل الإحباط.
- اختلال الانضباط في الأسرة، وعد احترام التقاليد والقوانين.
- تدخين السجائر قبل بلوغ سن 12 سنة.
- مصاحبة أقران مدمنين.
- الظروف السيئة في بيئة العمل.



- ✓ استخدام الأساليب التربوية غير المباشرة في المناهج المختلفة.
- ✓ العناية المبكرة بالحالات تحت الإكلينيكية في هؤلاء المهيين لأخذ المواد للتخفيف من الأمراض النفسية والعقلية.

## 2.8- الوقاية من الدرجة الثانية:

ويُقصد بها التدخل العلاجي المبكر بحيث يمكن الوقاية من التماذي في التعاطي، والوصول إلى مرحلة الإدمان.

ومن العلامات التي تعزز احتمال سوء استعمال المواد أو الإدمان:

- الانطوائية والانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية.
- الإهمال وعدم الاهتمام أو العناية بالمظهر.
- الكسل الدائم والتثاؤب المستمر.
- شحوب في الوجه وعرق ورعشة في الأطراف.
- فقدان الشهية والهزال والإمساك.
- الهياج لأقل سبب.
- الإهمال الواضح في الأمور الذاتية، وعدم الانتظام في الدراسة أو العمل.
- إهمال الهوايات الرياضية أو الثقافية.
- اللجوء إلى الكذب والحيل الخادعة للحصول على مزيد من المال.
- اختفاء أو سرقة بعض الأشياء الثمينة من المنزل، حيث يلجأ المدمن إلى السرقة من أجل الحصول على المال اللازم لشراء المادة.

### 3.8- الوقاية من الدرجة الثالثة:

ويُشار بهذا المصطلح إلى التدخل العلاجي المتأخر نسبياً لوقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات العضوية والنفسية المترتبة على الإدمان، وتشمل إعادة التأهيل الاجتماعي والمهني. (عكاشة، 2019، ص. 571-573).

### 9- علاج تعاطي المخدرات عند المراهق:

يهدف علاج الإدمان إلى الحدّ من الأعراض المرضية والوفيات المترتبة على تعاطي المواد السامة من طرف المراهق، حيث ارتأينا من خلال تناول كيفية تقديم العلاج للمراهق المدمن نقل واقع التكفل الصحي بالجزائر استناداً إلى تجربتي الميدانية الطويلة كممارسة بالمركز الوسيطي لعلاج الإدمان بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بولاية سطيف، وأيضاً الدراسات والبحوث العلمية المتوفرة بإسهاب في وضع خطط واستراتيجيات التكفل بالإدمان (وهي في الواقع سلسلة المحاضرات المقدمة لطلبة السنة الثالثة عيادي في مقياس مخاطر المخدرات)، مع العلم أن علاج الإدمان لا يكون إلا في إطار مؤسساتي (المراكز والمؤسسات المختصة).

والعلاج يمر أساساً بثلاثة مراحل: **مرحلة ما قبل العلاج** (بمعنى المرحلة التي يتهيأ ويقبل فيها المدمن على التخلص من هذه التبعية)، **مرحلة العلاج** (وهي ومرحلة التكفل الطبي والنفسي) ومرحلة ما بعد العلاج (وهي فترة المتابعة والتقييم لتفادي الانتكاسة)، وهي على النحو التالي باختصار:

### 1.9-مرحلة ما قبل العلاج:

#### 1.1.9-المقابلات الأولية:

كثيراً ما يكون للمقابلات الأولية تأثير إيجابي على نجاح عملية التكفل (مقابلات حاسمة)، فهي تهدف إلى تدعيم ثقة المدمن بأهمية العلاج، ووعيه بالنتائج المترتبة عن التبعية والإفراط، والحرص على تحسين مستوى دافعيته للعلاج وتعزيز صبره للالتزام أثناء هذه السيرورة...

يختلف التوجه إلى تلك المؤسسات المختصة باختلاف الحالات وظروفهم الاجتماعية بصفة عامة، فمنهم من يطلب العلاج من تلقاء ذاته، ومنهم من يُرافق من طرف العائلة (المراهق)، ومنهم من يُوجه من طرف إدارة قضائية، ومنهم من يكون من طرف أطباء آخرين... هذا ما يسمح للمختصين القائمين على عملية

التكفل بتقدير الطلب لمعرفة دافعية المريض للعلاج وأيضا لتقرير القبول داخل المؤسسة أو المتابعة الخارجية أو قرار آخر... أما في حالة القبول فعلى المريض الالتزام من خلال عقد بالقوانين الداخلية لتلك المؤسسة والمتعلقة أساسا بضرورة التفتيش عند الدخول وأثناء مدة الامتثال للشفاء لإبعاده عن تلك السموم وإحداث القطيعة، أيضا بمحدودية الزيارات المسموحة (الأولياء والإخوة) وتفتيش تلك الزيارات إذا اقتضت الضرورة لتفادي المغريات التي قد تؤدي إلى العود إلى الإدمان والامتثال والتقييد بالبرنامج العلاجي المنظم والمقرر من طرف الأطباء المختصين...

### 2.1.9-المرافقة النفسية:

للعمل النفسي أهمية بالغة في التكفل بالمدمن... وتكون المرافقة النفسية من خلال العيادي الممارس بالمؤسسة، وهي ضرورية من بداية عملية التكفل إلى غاية انتهاء الجلسات... وفي الواقع فإنها تركز أولا وقاعديا على متابعة والسير مع المدمن في اتجاه واحد منذ قدومه إلى المؤسسة بغية تهدئته، تدعيم وعيه وإرشاده والتأثير فيه من خلال التعامل وبالتالي تثبيت تفاعله مع القائمين على عملية التكفل... بشكل أو بآخر فهي تُدعم أبعاد العلاقة العلاجية في عملية التكفل النفسي...

### 2.9-مرحلة العلاج:

#### 1.2.9-مرحلة إزالة السموم:

ترتكز مرحلة إزالة السموم والتي تسمى أيضا مرحلة الإقلاع على الجانب العلاجي الكيميائي، أي عن طريق أدوية بديلة للمخدرات المستعملة، لمساعدة الجسم على القيام بدوره الطبيعي للتخلص من السموم والتخفيف من آلام الانسحاب بمعنى الفطام وعلاج الأعراض الناتجة ومضاعفات هذا الانسحاب... ومن الناحية العملية التطبيقية اتضح جليا ومن خلال التقارير المشار إليها بوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات والأطباء المختصين القائمين على عملية التكفل بالمدمن أن أهم الخطوات الإجرائية والمعمول بها في هذه المرحلة تتمثل فيما يلي:

✓ أدوية مهدئة للأعصاب Neuroleptiques sédatifs، بهدف تهدئة المدمن، حيث تُكفي

المقادير حسب حالة كل واحد، ومنها: نوزينان Nozinan ولارغاكيتيل Largactil.

- ✓ أدوية مضادة للاكتئاب Antidépresseurs ، بهدف الوقاية من حالة الانهيار التي تسبق الفطام، ومنها: لاروكسيل Laroxyl، أنافرانيل Anafranil، ديروكسات Déroxat، زولوفت Zoloft، بروزاك Prozac.
- ✓ أدوية منظمة للمزاج Thym régulateurs، بهدف الوقاية من التظاهرات العصبية المرتبطة بالفطام كالنوبات الصرعية واضطرابات المزاج، ومنها: تيغريتيل Tégrétole.
- ✓ أدوية مقاومة للقلق Anxiolytiques، بهدف التخلص من الأرق والقلق المصاحبان عادة لحالة الفطام، وخاصة عندما يتعلق الأمر بالفطام الكحولي، ومنها: BZD.
- ✓ أدوية مسكنة ومضادة للتشنج Antalgiques et Antispasmodiques، هذا في حالة معاناة المدمن من الألم.
- ✓ الفيتامينات Vitaminothérapie، التي ترافق في أغلب الحالات الفطام بأنواعه...

### 2.2.9-مرحلة التأهيل:

ترتكز أساسا هذه المرحلة على الجانب العلاجي النفساني، بهدف تحفيز المريض لأنه بإمكانه التخلص من السموم في المرحلة الأولى لكن يبقى يعاني من الارتباط النفسي بالإدمان، مع العلم أن هذا التكفل يختلف باختلاف المؤسسة، الوسائل المتاحة، والأخصائيين القائمين على هذه العملية... لكنه يشترك في نقاط أساسية تتمثل فيما يلي:

- ✓ بناء العلاقة العلاجية القائمة على الثقة حتى يتسنى للمريض من تخفيف الشعور بالذنب وبالتالي تقبل العلاج.
- ✓ الاعتماد على علاجات نفسية فردية مستوحاة من المقاربات النفسية المختلفة وفقا لاحتياجات المدمن وحنكة العيادي الممارس وأيضا العلاجات النفسية الجماعية كالعلاج بالعمل (الاعتناء ببعض الاشغال البسيطة الخاصة بالمؤسسة)، أو المقابلات الجماعية الحرة أين يُطبق فيها مختلف التقنيات النفسية العلاجية كالنمذجة من خلال عرض أفلام وأشرطة توجي بمعاونة المدمن وآثار المخدرات بغية تحفيزه للتغيير... وقد تتعدى هذه المقابلات الجماعية المدمنين إلى أسرهم لشرح الاضطراب وضرورة المتابعة والسند والدعم الاجتماعي في عملية التكفل بشكل عام...

### 3-مرحلة ما بعد العلاج:

وهي أصعب مرحلة خلال عملية التكفل هذه، ذلك لإمكانية حدوث الانتكاسة على هذا المستوى بالإضافة أنها تركز أساسا على دافعية المدمن في التخلص من هذه التبعية والتساهل، وتكون بالمحافظة على العلاقة مع المريض من خلال الفحوصات الطبية الدورية والتي غالبا ما تكون مرة في الشهر، وفقا لاحتياجات كل حالة على حدة، وكذا المتابعة النفسية بالاعتماد على جلسات العلاج النفسي الدورية والمختلفة المناحي وكذا المتابعة الاجتماعية من طرف المشرف على الخدمة الاجتماعية... (بوروبه، 2019).

### - خلاصة:

من المستحيل الاعتقاد بأنه سيأتي يوم نشهد فيه عالما بدون تدخين، بدون كحول وبدون مخدرات إلا أن التقليل من هذه الظواهر بل احتوائها هو الهدف المنشود... من خلال تكفل إدماجي متعدد الجوانب طبي، نفسي واجتماعي لوضع المرأة العاكسة لحماية الشباب خاصة باعتبارهم الشريحة المهتدة والمعرضة للخطر... وهي مهمة ورسالة تقع على عاتق الأسرة أولا بصفتها المدرسة الأولى لهذا الشاب وبعدها كل أفراد المجتمع ومؤسساته من المؤسسة التربوية إلى كل أولئك القائمين على الحفاظ على الأمن والنظام العام والصحة العمومية والمجتمع المدني...

**- المراجع:**

- ابراهيم، اسماعيل خليل. (2008): التربية الحديثة للأطفال. لبنان: كتابنا للنشر والتوزيع.
- ابراهيم، علا عبد الباقي. (2014): الصحة النفسية وتنمية الإنسان. الأردن / عمان: المنهل.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2015): الحقيبة العلاجية للطلبة ذوي صعوبات التعلم/ الجزء الأول: صعوبات التعلم القرائية، ط1. الأردن / عمان: مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- أبو غريب، عايدة عباس & بيومي، عبد الله محمد & الفقاص، وليد كمال & قمر، عصام توفيق & حجازي، اعتدال عبد الرحمن. (2012): التدابير المدرسية للوقاية من المشكلات السلوكية، الجزء 6. مصر: المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية.
- البلوشي، عواطف محمد. (2014): برنامج الكورت لطلبة ذوي صعوبات التعلم في الرياضيات- تطبيقات عملية-. الأردن / عمان: مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- الجبالي، حمزة. (2016): التربية الاجتماعية للطفل. الأردن / عمان: دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع.
- الحاج، محمود أحمد. (2019): الصعوبات التعليمية (الإعاقة الخفية): المفهوم/ التشخيص/ العلاج. الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- الحجاوي، عبد الكريم. (2003): موسوعة الطب النفسي، ط1. الأردن / عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- الحريري، رافدة. (2010): مهارات الإدارة الصفية. الأردن: دار الفكر.
- الخطيب، عاكف عبد الله. (2009): غرفة المصادر كبديل تربوي لذوي الاحتياجات الخاصة - دليل عملي لمعلمي صعوبات التعلم-. الأردن / إربد: عالم الكتب الحديث.
- الخفاف، ايمان عباس. (2011): الملف التدريبي الشامل للطفل غير العادي، ط1. الأردن / عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.

- السبعوي، فضيلة عرفات. (2010): الخجل الاجتماعي وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية، ط 1. الأردن / عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الشهري، عبد الله بن علي أبو عراد. (2008): فعالية الإرشاد الانتقائي في خفض مستوى سلوك العنف لدى المراهقين -دراسة تجريبية-. رسالة دكتوراه غير منشورة. المملكة العربية السعودية: جامعة أم القرى/ كلية التربية/ قسم علم النفس.
- الطشي، محمد محمد قاسم & الإيراني، عبد الإله حسن & عيش، عبد السلام علي حسن & النائب، الفكري & الخليدي، محمد عبد الحبيب & العربي، سامي. (2009): الكامل دليل الطب النفسي العام وطب نفس الأطفال للأطباء العاملين في الرعاية الصحية الأولية. صنعاء: الصندوق الاجتماعي للتنمية اليمن.
- الطراونة، عبد الله. (2009): مبادئ التوجيه والإرشاد التربوي: مشاكل الطلاب التربوية، النفسية، السلوكية والاجتماعية، ط 2. الأردن: دار يافا العلمية.
- العمارة، محسن حسن. (2010): المشكلات الصفية السلوكية، التعليمية والأكاديمية: مظاهرها، أسبابها وعلاجها، ط 3. الأردن: دار المسيرة.
- القبالي، يحيى. (2017): الدليل الشامل في معاملة ذوي صعوبات التعلم: التعريف، التشخيص، العلاج. الأردن/ عمان: دار الخليج للصحافة والنشر.
- القراله، علي عبد القادر. (2017): مواجهة ظاهرة العنف في المدارس والجامعات. لبنان/ بيروت: دار القلم والثقافة للنشر.
- القرني، محمد مسفر & الغالي، سهير عبد الحفيظ. (2004): العلاج الأسري ومواجهة الخلافات الأسرية، ط 1. المملكة العربية السعودية/ الرياض: مكتبة الرشد ناشرون.
- القمش، مصطفى نوري. (2000): الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة، ط 1. الأردن/ عمان: دار الفكر.

- القواسمة، هشام عطية & الحوامدة، صباح خليل. (2019): دليل المرشد التربوي في مجال التوجيه الجمعي في الصفوف. عمان: دار اليازوري العلمية.
- أكتوسون، ياسمين يالجين. (2017): هل الطفل هو المشكلة؟ / سلوكيات الأطفال الخاطئة وعلاجها. مصر/ القاهرة: بروج للكتب.
- المعاني الجامع. (2010). تم الاسترجاع بتاريخ 11 أفريل 2020 من:  
[almany.com/ar/dit/ar-ar/](http://almany.com/ar/dit/ar-ar/) التخلي
- المنتدى العربي للموارد البشرية. (15 سبتمبر 2010). abemedkordy.
- بحري، منى يونس & القطيشات، نازك عبد الحليم. (2008): مدخل إلى تربية الطفل. الأردن: دار صفاء.
- بورصاص، فاطمة الزهراء. (2009): تقييم التربية التحضيرية الملحقة بالمدرسة الابتدائية في الجزائر -دراسة ميدانية وفق مؤشرات نظرية وتطبيقية بمدينة قالمة-. رسالة ماجستير غير منشورة. الجزائر: جامعة منتوري قسنطينة.
- بوروبة، آمال. (2018): مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس الفحص النفسي -موجهة للسنة الثانية ماستر عيادي-. الجزائر: جامعة محمد لمين دباغين. تم الاسترجاع بتاريخ 10 ماي 2020 من:  
[dspace-univ-setif2.dz](http://dspace-univ-setif2.dz) آمال بوروبة
- بوروبة، آمال. (2019): مخاطر المخدرات-محاضرات موجهة للسنة الثالثة عيادي-. الجزائر: جامعة محمد لمين دباغين.
- بوطورة، كمال. (2011): عوامل التغيب المدرسي لدى تلاميذ التعليم الثانوي. رسالة ماجستير غير منشورة/ تخصص علم اجتماع تربوية. الجزائر: جامعة محمد خيضر بسكرة/ كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.



- حسونة، محمد السيد & سلام، محمد توفيق & الشرقاوي، عادل عبد الله. (2011): العنف في المدرسة الثانوية: مشكلة تعرقل مسيرة التعليم والتربية، الجزء 3. مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- حسين، حسين فالح. (2013): علم النفس المرضي والعلاج النفسي، ط1. عمان: مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- حسين، طه عبد العظيم. (2005): سيكولوجية العنف: المفهوم-النظرية-العلاج. الرياض: الدار الصوتية للتربية.
- حمدان، محمد زياد. (2015): انحرافات سلوكية للأسرة والأبناء - عينة لأنواعها ومصادرها وأساليب علاجها-. سوريا/دمشق: دار التربية الحديثة.
- حمدي، نزيه وآخرون. (2000): مشكلات الأطفال وطرق العلاج: الأردن/ عمان: منشورات جامعة القدس المفتوحة.
- جبار، شهيدة. (29 جوان 2017): الوظيفة الأمومية والتميز لدى الطفل مفرط النشاط. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 9 (29). الجزائر: جامعة قصدي مرياح ورقلة. ص.ص. 133-140.
- جراح، بدر. (2018): استراتيجيات مبتكرة لحلّ المشاكل الدراسية. الأردن/ عمان: دار المعتر للنشر والتوزيع.
- جرادات، نادر أحمد. (2009): دليل معلمي رياض الأطفال المكفوفين، ط1. الأردن/ عمان: الأكاديميون للنشر والتوزيع.
- خطاب، ناصر جمال. (2018): تعليم التفكير للطلبة ذوي صعوبات التعلم. الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- خليفة، إيناس عبد الرازق. (2013): الشامل في رياض الأطفال. الأردن/ عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.

- دباب، زهية. (نوفمبر، 2018): عوامل التغيب المدرسي لدى تلاميذ التعليم الثانوي. دفاتر المخبر/ منشورات مخبر المسألة التربوية في ظل التحديات الراهنة، العدد 17. الجزائر: جامعة محمد خيضر بسكرة / كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. ص. ص. 229- 240.
- دويدار، إيمان. (2017): الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. مصر/ القاهرة: دار نشر يسطرون.
- زكري بسطا، لورنس وآخرون. (2012): اتجاهات الطلاب إزاء تعاطي المخدرات/ سلسلة الدراسات "المشكلات السلوكية في المؤسسات التربوية"، الجزء 2. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- سعود، فاطمة. (2009): منهاج التحضيري. كراسات CRASC. وهران: المركز الوطني للبحث في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية. ص. ص. 23- 30.
- سرحان، وليد والخطيب، جمال وحباشنة، محمد. (2008): الاكتئاب. الأردن/ عمان: دار مجدلاوي.
- شقير، زينب. (2002): الشخصية السوية والمضطربة. القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- شهاوي، هناء ابراهيم. (2018): اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد- دليل المعلم والوالدين في التعامل معهم-. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عاشور، ثائر. (2018): الاكتئاب: أسبابه-أعراضه-أنواعه-طرق علاجه-، ط1. المملكة الأردنية الهاشمية: دار الخليج للصحافة والنشر.
- عبدات، روجي مروح. (2011): الإساءة الموجهة للمعاقين: الأسباب واستراتيجيات الوقاية والعلاج، ط1. الأردن/ عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- عبد الحق، أبو أسعد أحمد. (2009): المهارات الإرشادية، ط 1. الأردن/ عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الفتاح، عبد المجيد الشريف. (2012): التربية الخاصة وبرامجها العلاجية. مصر/ القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الله، محمد عادل. (2008): مقياس العزلة الاجتماعية، ط 1. القاهرة: دار الرشاد.

- عبد الله، هاجر إدريس يوسف. (2010): المشكلات السلوكية وسط طلاب مدارس الثانوية الحكومية بالخرطوم وعلاقتها بالقبول والرفض الوالدي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة. أطروحة دكتوراه غير منشورة. السودان: جامعة الخرطوم.
- عبد المعطي، حسن مصطفى. (2003): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب-التشخيص-العلاج)، ط1. القاهرة: مكتبة القاهرة للكتاب.
- عكاشة، أحمد. (2019): الطب النفسي المعاصر، ط16. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عواد، عصام نمر. (2018): اضطرابات التواصل: المفهوم، التشخيص، العلاج، ط2. الأردن/عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- عواد، محمود. (2011): معجم الطب النفسي والعقلي. الأردن (عمان): دار أسامة للنشر والتوزيع.
- عوده، محمد محمد & فقيري، ناهد شعيب. (2016): الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية العصبية. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية...
- عوض، أحمد. (2015): الأمراض النفسية الشائعة - أسبابها وكيفية علاجها-. مصر: وكالة الصحافة العربية (ناشرون).
- عوض، حازم. (2018): الأمراض النفسية: العدو الأول للإنسان العصري. الأردن /عمان: المنهل.
- عويضة، كامل محمد محمد. (1996): الصحة في منظور علم النفس، جزء 20/سلسلة علم النفس. لبنان/بيروت: دار الكتب العلمية.
- غانم، محمد حسن (2018): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات-التعريف-محكات التشخيص وفقا للدليل الخامس-الأسباب-العلاج-المآل والمسار)، ط2. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- غنيمات، موسى محمد. (2015): صعوبات التعلّم: واقع وآفاق. البلد: دار المعتز للنشر والتوزيع.
- غراب، هشام أحمد. (2014): الصحة النفسية للطفل. لبنان/بيروت: دار الكتب العلمية.

- قاسم، حسين صالح. (2015): الاضطرابات النفسية والعقلية: نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها، ط1. عمان: دار دجة للنشر والتوزيع.
- كرينغ، آن م وآخرون. Kring, Ann M et autres. (2016): علم النفس المرضي استنادا على الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس DSM5. ترجمة: الحويلة، أمثال هادي وآخرون. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- لابلانج، جان & بونتاليس، ج.ب. Laplanche, Jean & Pontalis, J. B. (1985): معجم مصطلحات التحليل النفسي، ط1. ترجمة: حجازي مصطفى. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- متولي، فكري لطيف & القحطاني، شتوي مبارك. (2016): صعوبات التعلم للمبتكرين والموهوبين. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مجيد، هواري أحمد. (2016): الأمراض النفسية، ط1. الأردن/ عمان: الجنادرية للنشر والتوزيع.
- محمد، عادل عبد الله. (2000): العلاج المعرفي السلوكي-أسس وتطبيقات-. مصر/ القاهرة: دار الرشاد.
- مديرية التعليم الأساسي/ اللجنة الوطنية للمناهج. (2004): الدليل التطبيقي لمنهاج التربية التحضيرية (أطفال 5-6 سنوات). الجزائر: وزارة التربية الوطنية.
- مسعود، فادية محمود علي. (2008): العنف كما تعكسه القصص المصورة داخل مجلات الأطفال -دراسة مسحية-. رسالة ماجستير غير منشورة. مصر: جامعة عين شمس/ معهد الدراسات العليا للطفولة/ قسم الإعلام وثقافة الطفل.
- مشالي، إيهاب عبد العظيم. (2008): صعوبات التعلم الرياضيات: تشخيصها وعلاجها بالتعزيز، ط1. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- ممدوح، غادة. (2019): العنف الإعلامي... سيكولوجية العدوان نفسيا واجتماعيا. مصر: العربي للنشر والتوزيع.

- منصور، عبد المجيد سيد أحمد & التويجري، محمد بن عبد المحسن & الفقي، اسماعيل محمد. (2014): علم النفس التربوي: علم النفس والأهداف التربوية-سيكولوجية التعلّم-سيكولوجية المتعلّم-التقويم التربوي-سيكولوجية التنظيم العقلي. المملكة العربية السعودية. العبيكان للنشر.

- منصور، هيفاء. (27 أكتوبر 2016): الانقطاع المبكر عن الدراسة: العوائق الهيكلية والحلول المرتقبة. تم الاسترجاع يوم 2020/04/14 من:

<https://Actualités<jamaity,org/2016/10>.

-موسى، نجيب موسى. (2016): دليل الأسرة لتنمية قدرات طفل الروضة. الأردن/ عمان: مركز الكتاب الأكاديمي.

- نبهان، محمد يحيى. (2018): الفروق الفردية وصعوبات التعلّم. الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

- نجيب موسى، موسى. (2016): دليل الأسرة لتنمية قدرات طفل الروضة. الأردن: مركز الكتاب الأكاديمي.

- نصر، سميحة وآخرون. (2004): العنف بين طلاب المدارس. التقرير الاجتماعي لقسم بحوث الجريمة، المجلد الأول. مصر: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة.

- وفيق، صفوت مختار. (2019): لا تدع القلق يسيطر على حياتك. القاهرة: أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي.

-Catheline, Nicole & Raynaud, Jean Philippe. (2016): Les phobies scolaires aujourd'hui: Un défi clinique et thérapeutique. France: Lavoisier Médecine sciences.

- Duriez, Nathalie. (2017): La troisième vague des thérapies systémiques: La thérapie familiale centrée sur la régulation émotionnelle. Revue: Thérapie Familiale, Vol 38 (02). Suisse. p.p.185- 202.

- Egron, Bruno & Sarazin Stéphane. (2018): Troubles du comportement en milieu scolaire. France : Retz.

- Jagodowicz, Johanna. (2012) : **Le développement précoce : Quels indicateurs pour prévenir d'un trouble.** Thèse de doctorat en Psychologie/Cognition-Comportements et Conduites humaines non publiée. Paris / Sorbonne : Université Paris Descartes.
- Leroy, Pascale. (2010) : **L'absentéisme scolaire : Du normal au pathologique.** Paris : Fayard.
- Rogers, Carl Ransom. (2019) : **La relation d'aide et la psychothérapie,** 20<sup>e</sup> édition. Traduit : Zigliara, Jean Pierre. France : ESF Sciences Humaines.
- Taufiqurrochman, R & Nurwendah,Yusti Dwi. (30 December 2019) : **Language disorders in stuttering behaviour during childhood development.** Abjadia, international journal of Education, 04 (02). Indonesia: University Islem Negeri Maulana Malik Ibrahim Malany. p. p. 129- 144.
- Tribolet, Serge & Shahidi, Mazda. (2005) : **Nouveau précis de Sémiologie des troubles psychiques.** France : Heures de France.
- Valentin, Stephane. (2019) : **La phobie scolaire : Comprendre pour agir,** 3ième édition. France : Enrick B. Editions.

## فهرس المحتويات

المحاضرة الأولى: مراجعة لبعض المفاهيم الأساسية السواء واللاسواء	
3	-تمهيد
3	1-السواء
3	2-اللاسواء
4	3-معايير السلوك
6	4-علم النفس المرضي
6	5-خلاصة
أولاً: الحضانة المحاضرة الثانية: التربية التحضيرية	
7	-تمهيد
7	1-تعريف التربية التحضيرية
8	2-أهداف التربية التحضيرية
8	3-أسس التربية التحضيرية
9	4-وظائف التربية التحضيرية
9	5-مهام التربية التحضيرية
10	6-التعليم التحضيري في الجزائر
11	- خلاصة
المحاضرة الثالثة: قلق الانفصال/ العدوانية I - قلق الانفصال	
12	- تمهيد
12	1-انتشار قلق الانفصال
13	2-ما المقصود بقلق الانفصال؟
14	3-أسباب قلق الانفصال
14	4-علاج قلق الانفصال
15	- خلاصة
II-العدوانية	
16	-تمهيد

16	1- مفهوم العدوانية
17	2- مصطلحات مرتبطة بالعدوانية
18	3- أسباب العدوانية
20	4- أشكال العدوانية
22	5- الوقاية من العدوانية
23	6- علاج العدوانية عند طفل الروضة
23	- خلاصة
المحاضرة الرابعة: عدم الاستقرار / اضطرابات اللغة	
I- عدم الاستقرار الحركي	
24	- تمهيد
24	1- تاخيخ مفهوم عدم الاستقرار الحركي
25	2- مفهوم عدم الاستقرار الحركي
26	3- عدم الاستقرار الحركي والتحصيل الدراسي
26	4- عدم الاستقرار الحركي كتظاهرة لاضطرابات في الشخصية
27	5- عدم الاستقرار الحركي الناتج عن اضطراب في السمع
27	6- علاج عدم الاستقرار الحركي
28	- خلاصة
II- اضطرابات اللغة	
28	- تمهيد
28	1- اضطرابات اللغة
31	2- اضطرابات النطق
32	3- التأخر اللغوي
33	4- تأخر الكلام
34	5- التأتأة
36	6- البكم
37	- خلاصة
المحاضرة الخامسة: العزلة	
38	- تمهيد
38	1- مفهوم العزلة



40	2-العزلة الناتجة عن تخلف ذهني
41	3-العزلة الناتجة عن عجز بصري
42	4-العزلة الناتجة عن نمو عقلي مبكر
43	5-العزلة الراجعة إلى اضطراب نمائي شامل (التوحد)
43	6-الوقاية من العزلة
44	7-استراتيجيات علاجية للسلوك الانعزالي
45	-خلاصة
ثانيا: المرحلة الابتدائية والمتوسطة المحاضرة السادسة: الصعوبات الأكاديمية	
46	-تمهيد
46	1-مفهوم الصعوبات الأكاديمية
47	2-الفرق بين الصعوبات الأكاديمية والنمائية
48	3-أسباب صعوبات التعلم الأكاديمية
50	4-أشكال صعوبات التعلم الأكاديمية
55	5-محكات تشخيص تلاميذ ذوي صعوبات التعلم الأكاديمي
56	6-أساليب تشخيص وقياس صعوبات التعلم الأكاديمي
57	7-استراتيجيات التكفل بصعوبات التعلم الأكاديمي
61	-خلاصة
المحاضرة السابعة: اضطرابات فرط الحركة وعسر الانتباه/التثبيط/العدوانية المفرطة	
62	-تمهيد
62	1-اضطرابات فرط الحركة وعسر الانتباه حسب الإصدار الخامس للدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية DSM-IV
64	2-التثبيط
64	3-العدوانية المفرطة
65	-خلاصة
المحاضرة الثامنة: الاضطرابات النفسية	
66	-تمهيد
66	1-انتشار الاضطرابات النفسية
67	2-مفهوم الاضطرابات النفسية

68	3-أسباب الاضطرابات النفسية
69	4-أشكال الاضطرابات النفسية
72	5-الوقاية من الاضطرابات النفسية
73	6-علاج الاضطرابات النفسية
77	-خلاصة
المحاضرة التاسعة: الخوف المدرسي / الاكتئاب	
I-الخوف المدرسي	
78	-تمهيد
78	1-مفهوم الخوف المدرسي
79	2-بعض المصطلحات التي لها علاقة بالخوف المدرسي
80	3-أعراض الخوف المدرسي
81	4-الوقاية من الخوف المدرسي
82	5-علاج الخوف المدرسي
85	-خلاصة
II - الاكتئاب	
85	-تمهيد
85	1-انتشار الاكتئاب عند الأطفال
86	2-مفهوم الاكتئاب
86	3-أسباب الاكتئاب عند الأطفال
88	4-أعراض الاكتئاب عند الأطفال
89	5-أنواع الاكتئاب
89	6-العلاقة بين الاكتئاب والانتحار عند الأطفال
90	7-تشخيص الاكتئاب عند الأطفال
91	8-الوقاية من الاكتئاب
91	9-علاج الاكتئاب
92	-خلاصة
ثالثا: المرحلة الثانوية	
المحاضرة العاشرة: اضطرابات السلوك	
93	-تمهيد

93	1-انتشار وبداية اضطرابات السلوك عند المراهق
94	2-مفهوم اضطرابات السلوك
96	3-أسباب اضطرابات السلوك
101	4-تقييم وتشخيص اضطرابات السلوك عند المراهق
102	5-بعض مقاييس اضطرابات السلوك عند المراهق
103	6-علاج اضطرابات السلوك عند المراهق
104	-خلاصة
المحاضرة الحادية عشر: صعوبات التفكير/ التوقف عن التفكير/ الدخول في الفصام	
105	-تمهيد
105	1-مفهوم التفكير
105	2-صعوبات التفكير
107	3-التوقف عن التفكير
107	4-الدخول في الفصام
109	5-الفصام
110	6-اضطرابات الفصام والضلالات
111	-خلاصة
المحاضرة الثانية عشر: التغيب المدرسي/ الرفض المدرسي/ التخلي عن المدرسة/ التأخر المدرسي	
112	-تمهيد
I-التغيب المدرسي	
112	1-مفهوم التغيب المدرسي
113	2-أشكال التغيب المدرسي
114	3-مظاهر التغيب المدرسي
114	4-أسباب التغيب المدرسي في المرحلة الثانوية
117	5-علاج التغيب المدرسي في المرحلة الثانوية
II-الرفض المدرسي	
118	1-مفهوم الرفض المدرسي
118	2-أسباب الرفض المدرسي في مرحلة الثانوية
119	3-علاج الرفض المدرسي في مرحلة الثانوية
III-التخلي عن المدرسة	

120	1- مفهوم التخلي عن المدرسة
120	2- أسباب التخلي عن المدرسة في المرحلة الثانوية
121	3- علاج التخلي عن المدرسة في المرحلة الثانوية
IV -التأخر الدراسي	
122	1- مفهوم التأخر المدرسي
122	2- أسباب التأخر المدرسي
124	3- علاج التأخر المدرسي
124	-خلاصة
المحاضرة الثالثة عشر : التدخين/ تناول الكحول/ تعاطي المخدرات	
125	-تمهيد
I-التدخين	
125	1- مفهوم التدخين
126	2- أسباب التدخين
II-تناول الكحول	
126	1- مفهوم تناول الكحول
127	2- أسباب تناول الكحول عند المراهق
III-تعاطي المخدرات	
128	1- مفهوم تعاطي المخدرات
130	2- تصنيف المخدرات
131	3- أسباب الإدمان عند المراهق
132	4- أنواع المخدرات
133	5- أعراض إدمان المخدرات
133	6- الإدمان في التشريع الجزائري
134	7- تشخيص الإدمان على المخدرات
135	8- الوقاية من تعاطي المخدرات
137	6- علاج تعاطي المخدرات عند المراهق
140	-خلاصة
المراجع المعتمدة	