



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة غرداية



كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

قسم: علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

محاضرات في مقياس : علم النفس المرضي للمتمدرس

مقدمة لطلبة أولى ماستر

في السداسي: الأول

تخصص: علم النفس المدرسي

إعداد الدكتورة:

الزهرة بومهراس

الموسم الدراسي 2021/2022



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة غرداية



كلية العلوم الاجتماعية والانسانية
قسم: علم النفس و علوم التربية و الأرتوفونيا

محاضرات في مقياس : علم النفس المرضي للمتمدرس

مقدمة لطلبة أولى ماستر
في السداسي: الأول
تخصص: علم النفس المدرسي

إعداد الدكتورة:

الزهرة بومهراس

الموسم الدراسي 2021/2022

الفهرس

| الصفحة | المحتوى | الرقم |
|--------|--|-------|
| 08 | المقدمة | 01 |
| 09 | أهداف المطبوعة | 02 |
| 10 | المكتسبات القبلية | 03 |
| 11 | المحاضرة الأولى: التربية التحضيرية | |
| 11 | التربية التحضيرية في العصر الحديث | 01 |
| 12 | مراحل تطور التربية التحضيرية في الجزائر | 02 |
| 14 | التربية التحضيرية في الجزائر | 03 |
| 15 | مفهوم التربية التحضيرية | 04 |
| 16 | أهداف التربية التحضيرية | 05 |
| 17 | برامج قسم التحضيري | 06 |
| 17 | خصائص مناهج قسم التحضيري | 07 |
| 18 | حاجات الطفل الأساسية | 08 |
| 19 | دور معلم التعليم التحضيري | 09 |
| 20 | المحاضرة الثانية: الانفصال عند الطفل | |
| 20 | تعريف قلق الانفصال | 01 |
| 21 | أعراض قلق الانفصال | 02 |
| 22 | مراحل قلق الانفصال | 03 |
| 23 | أسباب قلق الانفصال | 05 |
| 24 | تشخيص قلق الانفصال | 06 |
| 26 | المحاضرة الثالثة: اضطراب العدوانية عند الطفل | |

| | | |
|----|--|----|
| 26 | تعريف السلوك العدواني | 01 |
| 26 | المفاهيم المرتبطة بالسلوك العدواني | 02 |
| 27 | مظاهر السلوك العدواني | 03 |
| 28 | أشكال السلوك العدواني | 04 |
| 29 | أسباب السلوك العدواني | 05 |
| 32 | تطور مشاعر العدوان عند الطفل | 06 |
| 34 | طرق ضبط السلوك العدواني | 07 |
| 36 | المحاضرة الرابعة: الإضطرابات الحركية و مشكلات الاستقرار الحركي عند الطفل | |
| 36 | تعريف إضطراب فرط النشاط الحركي | 01 |
| 37 | أعراض إضطراب فرط النشاط الحركي | 02 |
| 38 | النشاط الحركي الزائد و التربية الحركية | 03 |
| 39 | الصعوبات التي تصادف المعلم في القسم قبل التعرف على الإضطراب | 04 |
| 39 | دور المعلم | 05 |
| 40 | بعض النماذج المقترحة للتخفيف من إضطراب فرط النشاط الحركي | 06 |
| 40 | التشخيص الأمثل لإضطراب فرط النشاط الحركي | 07 |
| 42 | التشخيص الفارقي لإضطراب فرط النشاط الحركي | 08 |
| 45 | المحاضرة الخامسة: الإضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري | |
| 45 | اللغة | 01 |
| 45 | الكلام | 02 |
| 46 | الصوت | 03 |
| 46 | نمو اللغة عند الطفل | 04 |
| 47 | مرحلة إكتساب اللغة عند الطفل | 05 |
| 49 | أنواع إضطرابات التواصل | 06 |

| | | |
|----|---|--|
| 54 | 07 | قياس و تشخيص و علاج اضطرابات التواصل |
| 55 | 08 | مراحل قياس و تشخيص اضطراب اللغة |
| 57 | المحاضرة السادسة: اضطراب العزلة عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري | |
| 57 | 01 | تعريف الإنطواء |
| 58 | 02 | الأسباب التي تؤدي إلى الإنطواء |
| 59 | 03 | أنماط الإنطواء |
| 59 | 04 | علامات الطفل الإنطوائي |
| 60 | 05 | علاج الإنطواء |
| 61 | 06 | كيفية التعامل مع الطفل الانطوائي |
| 62 | 07 | تجنب بعض السلوكيات في التعامل مع الطفل المنطوي |
| 64 | المحاضرة السابعة: صعوبات التعلم الأكاديمية (عسر القراءة) في مرحلة التعليم الابتدائي | |
| 64 | 01 | تعريف صعوبات التعلم |
| 64 | 02 | لمحة تاريخية عن عسر القراءة |
| 65 | 03 | مفهوم عسر القراءة |
| 65 | 04 | تصنيفات عسر القراءة |
| 68 | 05 | أعراض عسر القراءة |
| 69 | 06 | أسباب عسر القراءة |
| 72 | 07 | تشخيص عسر القراءة |
| 73 | 08 | إعادة تربية عسيري القراءة |
| 73 | 09 | علاج عسر القراءة |
| 76 | المحاضرة الثامنة: صعوبات التعلم الأكاديمية (عسر الكتابة) في المرحلة الابتدائية | |
| 76 | 01 | تعريف عسر الكتابة |
| 76 | 02 | أنواع عسر الكتابة |

| | | |
|-----|--|----|
| 77 | أعراض عسر الكتابة | 03 |
| 78 | تشخيص عسر الكتابة | 04 |
| 80 | علاج عسر الكتابة | 05 |
| 83 | المحاضرة التاسعة: صعوبات التعلم الأكاديمية (عسر الحساب) في مرحلة التعليم الابتدائي | |
| 83 | تعريف عسر الحساب | 01 |
| 83 | أنواع عسر الحساب | 02 |
| 84 | أعراض عسر الحساب | 03 |
| 86 | تشخيص عسر الحساب | 04 |
| 86 | علاج عسر الحساب | 05 |
| 88 | المحاضرة العاشرة: اضطرابات السلوكية اضطراب فرط الحركة و قصور الانتباه (ADHD) | |
| 88 | تعريف اضطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه | 01 |
| 88 | أعراض فرط الحركة/تشتت الانتباه حسب الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع | 02 |
| 90 | تشخيص فرط الحركة و تشتت الإنتباه | 03 |
| 93 | التشخيص الفارقي لفرط الحركة و تشتت الإنتباه | 04 |
| 96 | المحاضرة الحادية عشر: الإضطرابات النفسو مرضية(الخوف من المدرسة) | |
| 96 | تعريف الخوف من المدرسة | 01 |
| 96 | الفرق بين الخوف المدرسي و بعض المفاهيم | 02 |
| 98 | أنواع فوبيا المدرسة | 03 |
| 99 | أعراض الخوف المدرسي | 04 |
| 101 | الوقاية من الفوبيا المدرسية | 05 |
| 103 | طرق علاج الخوف المدرسي | 06 |
| 108 | المحاضرة الثانية عشر: الإضطرابات النفسو مرضية(الإكتئاب) | |
| 108 | تعريف الإكتئاب لدى الأطفال | 01 |



| | | |
|-----|---|----|
| 180 | أنواع الإكتئاب عند الأطفال | 02 |
| 109 | الأعراض الخاصة بالإكتئاب عند الأطفال | 03 |
| 111 | الصورة الإكلينيكية لزملة الإكتئاب عند الأطفال | 04 |
| 111 | الأسباب الخاصة بالإكتئاب لدى الأطفال | 05 |
| 113 | التدخل الوقائي و العلاجي لإكتئاب لدى الأطفال | 06 |
| 116 | المحاضرة الثالثة عشر: الإضطرابات السلوكية (العنف المدرسي) | |
| 116 | تعريف العنف المدرسي | 01 |
| 116 | أنواع العنف المدرسي | 02 |
| 119 | مظاهر العنف المدرسي | 03 |
| 122 | أسباب العنف المدرسي | 04 |
| 125 | طرق علاج العنف في الوسط المدرسي و الوقاية منه | 05 |
| 126 | برامج مواجهة العنف المدرسي | 06 |
| 128 | المحاضرة الرابعة عشر: صعوبات التفكير (التوقف عن التفكير/ التشييط التفكير) | |
| 128 | تعريف التفكير | 01 |
| 128 | تعريف إضطراب التفكير | 02 |
| 129 | أنواع إضطراب التفكير | 03 |
| 132 | أعراض إضطراب التفكير | 04 |
| 135 | أسباب إضطراب التفكير | 05 |
| 136 | المحاضرة الخامسة عشر: الدخول في الفصام | |
| 136 | تعريف الفصام | 01 |
| 136 | تصنيفات الفصام | 02 |
| 137 | إعتبرات تقسيم الفصام | 03 |
| 138 | أعراض الفصام | 04 |

| | | |
|-----|---|----|
| 138 | تشخيص الفصام | 05 |
| 139 | علاج الفصام | 06 |
| 143 | المحاضرة السادسة عشر: التسرب المدرسي | |
| 143 | تعريف التسرب المدرسي | 01 |
| 143 | بعض المصطلحات المرتبطة بالتسرب المدرسي | 02 |
| 144 | أنواع التسرب المدرسي | 03 |
| 144 | أسباب التسرب المدرسي | 04 |
| 145 | مخاطر التسرب المدرسي | 05 |
| 147 | الحلول المقترحة لظاهرة التسرب من المدرسة | 06 |
| 148 | المحاضرة السابعة عشر: إستهلاك المواد المهلوسة (التدخين، الكحول، المخدرات) | |
| 148 | تعريف المخدر | 01 |
| 148 | تعريف تعاطي المخدرات | 02 |
| 149 | أنواع تعاطي المخدرات | 03 |
| 150 | تعريف الإدمان | 04 |
| 150 | أنواع إستهلاك المواد المهلوسة مع أعراضها حسب الدليل التشخيصي الرابع | 05 |
| 164 | مشكلة تعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة في الوسط المدرسي الجزائري | 06 |
| 164 | علاج إدمان المخدرات | 07 |
| 166 | الخاتمة | |





يعتبر علم النفس المرضي للمتمدرس من العلوم الحديثة التي اقترحها علم النفس، فعلم النفس المرضي للمتمدرس بمعناه الوقائي والعلاجي يقدم الأسس العلمية التي تجعل من العملية التعليمية في المدرسة عملية ذات فاعلية، ليس فقط في الوصول به لتحقيق النجاح الأكاديمي، بل يتعداه إلى أبعد من ذلك، فهو يهتم بالجوانب التربوية والاجتماعية والنفسية والصحية وشتى الجوانب المحيطة بالتلميذ، من أجل الوصول بالتلميذ إلى تحقيق درجة عالية من التوافق، والتأقلم مع الوسط المدرسي.

كما يهدف علم النفس المرضي للمتمدرس إلى معالجة المخاوف المتعلقة بالمشاكل النفسية والاجتماعية والصحية، والتي تؤثر على التعلم، والأداء الخاص بالتلاميذ بشكل كبير، وتتفاقم هذه المشاكل عندما يستوعب التلاميذ الآثار المدمرة المترتبة على أدائهم الضعيف في المدرسة، ويعاقبون على سوء سلوكهم، كما أن علم النفس المرضي للمتمدرس يحمي كل من المعلم والمتعلم من الوقوع في أخطار الاضطرابات والأمراض النفسية، ويساعدهم على استرجاع صحتهم النفسية التي يهددها ضغط المشكلات المدرسية، والتي قد تمتد جذورها عادة إلى التنشئة الاجتماعية الأولى، لأن عملية التربية عملية دائمة ومستمرة، لا تقتصر على عهد الدراسة في المدرسة، بل تمتد إلى حياة الفرد بكاملها من المهد إلى اللحد هذه الحياة التي تبدأ نفسها من مرحلة الاستيعاب بالتقليد والمحاكاة، وتنتهي عند مرحلة الإبداع والإنتاج، واجتماعيا من مرحلة الاعتماد على الغير، إلى مرحلة الاستقلالية وحب التحرر، والاعتماد على النفس.

والميدان المدرسي التعليمي بداية من المرحلة التحضيرية إلى الثانوي بصفة خاصة يساهم في تشكيل شخصية و سلوكيات التلميذ، و بالتالي فالعلاقة بين علم النفس المرضي للمتمدرس والمدرسة علاقة جد وثيقة، لأن تفاصيل حياة التلاميذ داخل المدرسة حافلة بالخبرات التي تؤثر إيجابا أو سلبا على الصحة النفسية لهؤلاء التلاميذ، فالتلميذ الذي يعاني من القلق بسبب تردي الأوضاع في أسرته، أو وجود مشاكل أسرية أو التلميذ المشغول البال بمشكلاته الوجدانية وبفشله في إقامة علاقات طيبة مع زملائه أو بعض مدرسيه، مثل هذا التلميذ يصعب عليه التركيز في الفصل ووضع جل انتباهه حول الدرس فيستنفذ طاقته في اجترار مشكلاته وآلامه مما يؤدي بظهور سوء التوافق النفسي لديه، وكثيرا ما يؤدي هذا إلى التأخر الدراسي والفشل، فمثل هذه الفئة يتولد لديهم الشعور بالنقص

والخجل بالمقارنة مع الآخرين، وفقدان الثقة في النفس وبالتالي تجدهم يعانون من العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية.

لذا حاول واضعي السياسة المدرسية مساعدة المعلمين في التعامل مع المشكلات التي تتداخل مع التعليم، ومن الامثلة على الحلول المقترحة تقدم الخدمات الإرشادية المدرسية إلى التلميذ من خلال شخص مؤهل و هو مستشار التوجيه و الإرشاد المدرسي و المهني الذي يقوم بالتعاون مع العاملين في مجال التربية و بمساعدة أيضا أولياء الأمور(الوالدين) و ذلك من أجل تكوين شخصية الطفل المتمدرس تكوينا سيكولوجيا يمكنه من مواجهة مشكلاته اليومية،و يمنحه القدرة على التفكير السليم الذي يمكنه من العيش في المجتمع كمواطن يقوم بأدوار اجتماعية عديدة دون وجود مشكلات و صعوبات تحبطه و توتره،حيث يعيش باستقلالية و يعتمد على نفسه ويتحمل مسؤوليات الحياة،و يحترم رأيه و وجهات نظره.

و بالتالي أن الطالب الدارس لعلم النفس المدرسي لا يكتمل تكوينه الأكاديمي إلا بتحكمه في أهم المشكلات و الاضطرابات التي يمر بها التلميذ خلال مراحل التعليمية الثلاثة (مرحلة التحضيرية،المرحلة الابتدائية،المرحلة الثانوية) ،لهذا جاءت هذه المطبوعة البيداغوجية في علم النفس المرضي للمتمدرس و التي حاولنا من خلالها تسليط الضوء على مجموعة من المواضيع التي رأيناها مهمة لطلبة السنة أولى ماستر مدرسي، وهو مقياس يدرس في السداسي الثاني ، تدخل ضمن وحدات التعليم الاساسية ، تدرس بحجم ساعي للسداسي 45 سا اي في 14- 16 في الاسبوع ، مدة المحاضرة 1.5 سا ، معامل الوحدة (02) و الارصدة (05) وتكون طريقة التقويم امتحان زائد تقويم مستمر.

● أهداف المطبوعة:

- ونسعى من خلال هذه المطبوعة تحقيق الأهداف المقياس و هي كالتالي:
- مساعدة الطالب في التعرف على أهم الاضطرابات و المشكلات النفسية الأكثر شيوعا في المحيط المدرسي.
- تحديد طرق تشخيص الاضطرابات و المشكلات النفسية التي تصيب التلميذ في الوسط المدرسي.
- إكساب الطلبة المفاهيم المتعلقة بعلم النفس المرضي للمتمدرس.

● المكتسبات القبلية:

- من أجل التحكم و فهم هذا المقياس بكل محاوره و يجب على الطالب أن تتوفر لديه المكتسبات القبلية التالية:
- أن يكون الطالب على دراية بأهم المشكلات و الإضطرابات التي تصيب التلميذ المتمدرس.
 - معرفة الطالب و إطلاعها على طرق تشخيص هذه الاضطرابات.
 - أن يكون الطالب ملم بمقياس علم النفس المرضي للطفل و المراهق الذي تم تدريسه في السنة الثالثة حتى يتمكن من فهم اضطرابات طفل المتمدرس.

المحاضرة الأولى: التربية التحضيرية

المحاضرة الأولى: التربية التحضيرية

1- التربية التحضيرية في العصر الحديث:

وجه المربين اهتماما نحو الطفولة و بينو مدى أهمية هذه المرحلة و نذكر من بينهم "إيراسموس" ومن بينهم أيضا المرابي الشهير " كومينوس " الذي كان لآرائه أثر كبير في البدء بافتتاح مدارس الأطفال، في القرن السابع عشر، وقد طرح كثيرا من الآراء التي تؤكد على أهمية الطفولة وضرورة العناية بها و هو يرى أن طفولة تمثل المرحلة التي تحقق بها التربية أكبر قدر من النجاح ولذلك دعا إلى ضرورة توافر المدارس التي تعني بهذه المرحلة ورأى ضرورة أولية في كل ناحية أو قرية .

وقد قسم كومينوس التعليم إلى أربعة مراحل هي:

2- رياض الأطفال . 3- المدارس الثانوية.

3- المدارس الابتدائية . 4- الدراسة العالية.

وإن كان تاريخ التربية يتميز بالقدم والتعقيد فإن تاريخ مرحلة التربية التحضيرية يتميز بالبساطة والوضوح وقد أكد "أفلاطون" ومنذ ألقى عام على فوائد التربية للصغار، ومنذ ذلك الحين اتخذ توجيه الصغار وتربيتهم خارج البيت أشكالا عدة وفي أوائل القرن الثامن عشر أقيمت في بريطانيا مراكز للصغار هدفها توفير الحماية الصحية والدينية لهم، كما أنشئت دور الحضانه ما بين 1810-1830، في كل من بريطانيا وإيطاليا وألمانيا، ثم أصبحت الرياض في ألمانيا مألوفة على يد "فروبل" في أواخر القرن 19م، وكانت تهدف إلى مساعدة الأطفال على تنمية قدراتهم، و قد أسس " فروبل " أول روضة له في بلاكنبرغ بألمانيا سنة 1837. (محمد عبد الرحيم عدس، 2001، ص63).

و في عام 1855 أنشأت السيدة" كارل سكورتز " روضة أطفال خاصة في روترتاون بويسكونس. وخلال الخمسة عشر عاما التالية تم تنظيم حوالي 10 رياض أطفال في المجتمعات التي تتحدث ألمانية، و في عام 1860 أفتتحت اول مدرسة عامة لرياض الأطفال في الولايات المتحدة تحت رعاية المفتش "وليم هاريس Hannis بسانت لويس. (روبرت رتشي، 1982، ص306).

وفي ايطاليا أخذت الطيبية "منتسوري" تعني بالأطفال الذين تعمل أمهاتهم خارج المنزل، فأنشأت الرياض التي تشجع الأطفال على استخدام مواد مختلفة تهدف لتنمية المهارات العقلية و الحركية، و قد أسست أول دار للأطفال في روما 1907 و في الأحياء الفقيرة منها لأطفال دون الخامسة من العمر و جرى توفير جو مناسب



المحاضرة الأولى: التربية التحضيرية

لهؤلاء الأطفال، وقد استخدمت معهم " منتسوري " مواد علمية استعملتها في تعليم أطفال متخلفين عقليا أكبر سنا، وذلك لاختبار سلامة التمييز الحسي عندهم.

وتدعوا " منتسوري " إلى الاهتمام برغبات الطفل وميوله الخاصة للعمل على تنميتها والاهتمام بها، كما تدعوا إلى استغلال كل فرصة ممكنة لإحياء دوافع حب الاستطلاع عنده كما أولت اللعب أهمية خاصة لما له من أثر كبير في بناء شخصية الطفل.

ولقد ظلت الآراء حول تحديد مرحلة الطفولة موضع نظر حتى مطلع القرن العشرين ثم تتابعت هذه الآراء وتنامت حتى عدّ هذا القرن عصر الطفل ومن الآراء الواردة في هذا الشأن نذكر ما يلي:

1- رأي "جون ديوي" 1859-1952م الذي يعد رائد التربية الحديثة والذي نادى بمبدأ التعلم عن النشاط وعن طريق اللعب.

2- رأي "ولتر" الذي ينادي بضرورة العناية بالطفل و إبراز أهميته.

3- يدعو "كلا بريد" على ضرورة مراعاة حاجات الطفل عند القيام على تنشئته، ورعايته والتي تربط بتطور الطفل البيولوجي ونموه السيكولوجي. (محمد عبد الرحيم عدس، 2001، ص66-67).

2- مراحل تطور التربية التحضيرية في الجزائر:

مرت المرحلة التحضيرية في الجزائر بمراحل محددة توالى في فترات زمنية هي:

- قبل الاستقلال:

استمرت المدارس القرآنية والكتاتيب على أداء وظيفتها الحضارية وفي مواجهة مشروع المعلمة الاستعمارية ذات الطابع التعليمي التبشيري وكذا المدارس النظامية العمومية التي اعتمدت القسم التحضيري المدمج قصد تقريب الأطفال إلى السنة الأولى ابتدائي.

كما كانت توجد إضافة إلى التعليم القرآني بعض مؤسسات رياض الأطفال والتي وظفت كغيرها من مؤسسات الدولة في خدمة المحتل، إذ كان يلتحق بها إلا أبناء الفرنسيين والقليل من أبناء الموالين للمستعمر، أما أبناء الجزائريين فلم يكن بمقدورهم الانضمام إليها أو الاستفادة منها، وكانت المناهج التي يحتويها رياض الأطفال طبق الأصل لما كان موجود في فرنسا، وحرص المستعمر على استبعاد الجزائريين وعدم السماح لهم سواء بالانضمام إليها أو بالإشراف عليها. (عبد الحليم مزوز، 2017، ص152).

المحاضرة الأولى: التربية التحضيرية

- بعد الاستقلال:

وجدت الجزائر نفسها بعد الاستقلال في مرحلة إعادة بناء شامل للمنظومة التربوية لاستيعاب أكبر عدد ممكن من الأطفال، غير أن التربية التحضيرية في بلادنا لم تحظ بالاهتمام فقد تحولت في عام 1965 رياض الأطفال الموروثة عن العهد الاستعماري إلى مدارس ابتدائية تعزز إلزامية التعليم، ورغم ما صدر في أمرية 16 أفريل 1976 من إعادة ترسيم التربية التحضيرية تحت تسمية التعليم التحضيري إلا أنها لم تلزم اجباريته وتعميمه لخدمة كل الأطفال بل اقتصر التعليم التحضيري لخدمة أبناء المعلمين وأبناء الأزواج العاملين وهذا بفتح أقسام على مستوى المدارس الابتدائية والمؤسسات العمومية في حدود الاستيعاب وقدرة المكان. ظل الإهمال متواترا حتى مطلع التسعينات حيث ظهر الوعي الاجتماعي بأهمية هذه المرحلة التربوية. (اللجنة الوطنية للمناهج، 2004، ص03).

وترتب على ذلك ظهور الوثيقة المرجعية (1990) ثم مرسوم 1990 الذي تضمن تنظيم الطفولة المبكرة واستقبالها وحراستها وسمح بظهور القطاع الخاص، ثم تعددت بعد ذلك فضاءات التربية التحضيرية واختلفت طرقها واساليبها وأهدافها باختلاف خصوصيات كل فضاء تحضيري.

وتوحيد التعليم العام حيث أمتت المدارس وأدجت التعليم القرآني في النظام العام، وما بقي من المؤسسات التربوية التحضيرية تكفلت بها قطاعات مهنية واجتماعية أخرى إلى أن صدرت أمرية 16 أفريل 76 التي حددت الإطار القانوني ومهام وأهداف التعليم التحضيري. أما الجانب البيداغوجي، فقد عرف صدور وثيقة توجيهية تربوية سنة 1984 تؤكد على أهمية التربية التحضيرية ثم أتبعته بوثيقة تربوية مرجعية للتعليم التحضيري سنة 1990 تحدّد أهداف النشاطات وملح الطفل والبرنامج المقترح وكيفية تنظيم الفضاء المادي للقسم التحضيري. وبعد ذلك، جاءت وثيقة منهجية سنة 1996 المتمثلة في " دليل منهجي للتعليم المعلمي ". وقد تطوّر مفهوم هذه المرحلة من مفهوم التعليم إلى مفهوم التربية، حيث نصّت الوثائق الرسمية التنظيمية والبيداغوجية على أنّ أطفال 5 - 4 سنوات يستفيدون من تعليم تحضيري يؤهلهم إلى الدخول إلى السنة الأولى من التعليم الأساسي سابقا وإلى استدراك جوانب النقص ومعالجتها، بينما نصّ منهاج التربية التحضيرية الأخير على الاهتمام بالجانب التربوي لإنماء شخصية الطفل قبل الجانب المعرفي.

المحاضرة الأولى: التربية التحضيرية

يظهر لنا من خلال التتبع التاريخي لنشأة التربية التحضيرية بالجزائر أن هناك تأخر كبير في إعطاء الأهمية لهذه الفئة رغم صدور امرية أفريل 1976 التي حدّدت الإطار القانوني ومهام وأهداف التعليم التحضيري، إلا أنه لم يكن التحضير الكامل من حيث الجانب البيداغوجي حتى سنة 1984 ، وتحديد البرنامج المقترح إلا سنة 1990، وصدور الدليل المنهجي للتربية التحضيرية حتى سنة 1996. (اللجنة الوطنية للمناهج، 2004، ص08).

3- التربية التحضيرية في الجزائر:

تعد مؤسسات التعليم التحضيري في دول العالم، والتي تتمثل غالبا في رياض الأطفال ومدارس الحضانة وأقسام الأولاد في دول أخرى. وقد جاء تحديد مؤسسات التعليم التحضيري في الجزائر من المادة 20 من الجريدة الرسمية والتي تنص على: "يلقى التعليم التحضيري في رياض الأطفال ومدارس الحضانة وأقسام الأولاد." و من بين أهم مؤسساتها مايلي:

1- الكتابات:

قامت الكتابات بمهمة تلقين وتحفيظ القرآن الكريم للأطفال وتعليم مبادئ القراءة والكتابة وقواعد السلوك، وإلى جانب مهمة التعلم، فالكتاتيب تمكن الطفل من تنمية الجانب الاجتماعي في شخصيته وذلك عن طريق الاتصال مع الآخرين. أما تركيبها المؤسساتي فهو عبارة عن حجرة أو حجرتين مفروشتين مفتوحة الواحدة للأخرى تضم عددا من البنات والبنين وتتراوح أعمارهم بين 5 - 4 سنوات فما فوق.

2- المدرسة القرآنية:

المعلمة القرآنية هي مدرسة تتباين فيها مستويات التعلم، تدرس فيها مبادئ القراءة والكتابة وتلقين وتحفيظ القرآن الكريم وتدرّس باقي العلوم الشرعية المساعدة على فهم معاني الألفاظ القرآنية وروح الشريعة.

3- الحضانة:

هي مؤسسة اجتماعية تربوية تختص بالرعاية الصحية والغذائية وهي أقرب في طبيعتها إلى المنزل من المدرسة، ويقوم العمل فيها على أساس النشاط واللعب والرعاية الصحية والاجتماعية.

4- رياض الاطفال:

هذا الفضاء الأول تابع للبلديات وجد منذ سنة 1962، تشرف عليه مصلحة الشؤون الاجتماعية غير أنه ألغى بقرار وزاري صدر في سنة 1965 حيث حولت هيكله لتحقيق استقبال أحسن للأطفال المعنيين بالتمدرس الإلزامي".

كانت ظروف الأسر في السابق لا تستدعي مؤسسات لتربية الأطفال الذين هم في سن (من 4 إلى 5 سنوات) حيث كانت الأمهات هن من يقمن بذلك، ولكن بعد خروج المرأة للعمل أصبح الآباء والامهات يرغبون في أن تتوفر مؤسسات رياض الأطفال لأنهم على يقين بأن هذه المؤسسات سوف تعمل على إنضاج أطفالهم عقليا وجسميا وانفعاليا واجتماعيا، وتمكنهم من التكيف مع المعلمة مستقبلا. كما جاء تعريفها بأنها "تلك المؤسسات التربوية التي تستقبل الأطفال بدءا من بلوغهم سن الثالثة من العمر حتى مشارف دخولهم المعلمة، تنمي فيهم دقة الملاحظة وتركيز الانتباه كي يكون لديهم اتجاهها نحو المشاركة الاجتماعية، الفعالة مع الآخرين، إضافة إلى تعليمهم مبادئ الحساب والقراءة والرسم والكتابة." (عبد الحليم مزوز، 2017، ص153-154).

4- مفهوم التربية التحضيرية:

هي مرحلة تربوية اجتماعية تهدف إلى تحقيق النمو المتكامل المتوازن للأطفال بجميع أنواعه الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية بالإضافة إلى تعزيز قدراتهم وموهبهم المختلفة عن طريق اللعب والنشاط الحر. (محمد عبد الرحيم عدس، 2001، ص62).

كما جاء تعريفها في منهاج التربية التحضيرية كما يلي " التربية التحضيرية تعني مختلف البرامج التي توجه لهذه الفئة "أي لفئة الأطفال الذين لم يبلغوا سن القبول الإلزامي في التعليم وجاء فيه كذلك " التربية التحضيرية تسمح للأطفال بتنمية كل إمكاناتهم كما توفر لهم فرص النجاح في التعليم والحياة". (اللجنة الوطنية للمناهج، 2004، ص07).

لقد جاء تعريف التعليم التحضيري في الجزائر في الجريدة الرسمية أمرية رقم 35-76 الصادر بتاريخ 16 أفريل 1976 وجاء نص التعريف في المادة 19 كما يلي :

" التعلدديم التحضيري تعليم مخصص للأطفال الذين لم يبلغوا سن القبول الإلزامي في المدرسة". (الجريدة الرسمية، 1976، ص428).



المحاضرة الأولى: التربية التحضيرية

5- أهداف التعليم التحضيري:

تتلخص أهداف التربية التحضيرية فيما يلي:

- ✓ قادرا على الحديث و الإصغاء و الفهم و التواصل مع الآخر.
 - ✓ مكتسبا سلوكات متعلقة بالآداب العامة و الحياة الاجتماعية مما يسهل عليه عملية الاندماج و التواصل.
 - ✓ قادرا على تعرف أجزاء جسمية و الأكتشاف و التحكم في قدراته الحركية و تعبيراته الجسدية المتنوعة، مما يكسبه ثقة بالنفس و الوعي باستقلاليته.
 - ✓ قادرا على تطوير معارفه و تعديل سلوكاته، لما يؤهله لتقبل الحياة المدرسية و الإستمرار فيها.
 - ✓ قادرا على المشاركة الفعلية في الأنشطة الجماعية و تحمل المسؤولية داخلها الشيء الذي يساعد على إرساء أسس الإندماج الإجتماعي لديه.
 - ✓ متشبعا بقيم و سلوكات و إتجاهات يرضي عنها مجتمعه و تحددتها ثقافته العربية الإسلامية.
 - ✓ مكتسبا مفاهيم رياضية أولية تتعلق بالخواص و العلاقات و الأشكال و القياسات و الاعداد و بالزمان و المكان.
 - ✓ متمسكا بأهمية التكنولوجيات في حياته عن طريق استعمال بعض التكنولوجيات البسيطة و القيام بأنشطة و ألعاب و التركيب لأدوات بسيطة.
 - ✓ تنمية مهارات الفهم من خلال أنشطة القراءة و المناقشات.
 - ✓ تهيئة المناخ البيئي التعليمي المناسب للأطفال للانتقال بسهولة من المرحلة التحضيرية إلى المرحلة الابتدائية. (نبيل السيد و آخرون، 2014، ص40-41).
- ونلاحظ أن هذه الأهداف تتفق مع التربية الحديثة لمختلف الأعمار والسعي إلى تحقيقها في مرحلة التربية التحضيرية تسهل المهمة فيما بعد وتسيره في المراحل العمرية اللاحقة. ويؤكد البعض على ضرورة الاهتمام بتربية الطفولة المبكرة في القسم التحضيري للأسباب التالية:
- أن السنوات الأولى في حياة الطفولة هي سنوات تكوين وترسيخ المفاهيم الاجتماعية والنفسية، بحيث يبدأ الأطفال في التعرف على أنفسهم وتكوين علاقات اجتماعية بالآخرين خارج محيط الأسرة، وتلك المفاهيم تؤثر على مستقبل حياتهم.

المحاضرة الأولى: التربية التحضيرية

- إن السنوات المبكرة في حياة الطفل تترسخ فيها مفاهيم النمو اللغوي الذي يبدأ بدور في التطور عن طريق التفكير والاتصال بالآخرين، وأن التطوير المبكر للمهارات اللغوية - كوسيلة تعبير عن الذات واتصال بالآخرين- يكون أمرا حاسما وفعالا في هذه السنوات المبكرة.

- يظهر وينضج في هذه المرحلة بعض المهارات الابتكارية والإبداعية فالطفولة المبكرة في مرحلة تحليل وتركيب. وتجميع لدى الأطفال.

6- برامج قسم التحضيري:

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة أهم مرحلة يمر بها الطفل، وهذا حسب ما أكده علماء التربية وعلم النفس، لأنها المرحلة التي يتم فيها نمو أكبر نسبة لقدرات الطفل العقلية والاجتماعية والحسية الحركية الأساسية وبشكل سريع وهذا ما استوجب على المهتمين والقائمين على رعاية أطفال هذه المرحلة، توفير البيئة الغنية بالوسائل والمعدات التي تساعد على نمو الطفل بشكل طبيعي من خلال تلبية حاجاته ومتطلباته في النمو. ولذلك فقد تم إنشاء أقسام للتربية التحضيرية لاستقبال هؤلاء الأطفال، ولكن إنشاء هذه الأقسام فقط لا يكفي إذا لم تكن لها برامج ثرية تفيد الأطفال وتزودهم بالمعارف والخبرات. ولهذا فقد عمل المهتمون بتربية طفل ما قبل المدرسة على إعداد برامج لتلبية متطلبات النمو لديه.

7- خصائص منهاج التعليم التحضيري:

تماشيا مع روح الإصلاح لمنظومة التربية ومتطلبات المرحلة التحضيرية تم الإهتمام أكثر بالجوانب البيداغوجية التالية:

7-1- المقاربة بالكفاءات: والكفاءة هي مجموعة منظمة لمعارف وأدوات وتصرفات، ومساعي التفكير، وتوظيف في مجالات تعليمية متنوعة، ومواقف معيشية.

التدرج: وهو جميع الخطوات و الإجراءات التي تؤدي إلى بلورة مسار تعليمي يتضمن التدرج متسلسل وضعيات الأنشطة في المنهاج.

7-2- إستراتيجيات التعلم: أي انتقاء مساعي و استراتيجيات ملائمة لطبيعة الكفاءات المستهدفة

و خصائص سيرورة التعلم الخاصة بالطفولة الصغرى و التنظيم المتبني في إعداد و إنجاز الوضعيات التعليمية التي يكون فيها الطفل صانعا و مكتشفا للمساعي التي اعتمد في بنائها.

المحاضرة الأولى: التربية التحضيرية

7-3- التقييم: هدفه ضمان التقدم الأمثل لكل طفل و من أدواته في مرحلة التربية التحضيرية " الشبكة التقييمية."

7-4- المستلزمات: يتطعب المنهاج جملة من المستلزمات وهي:

- الفضاءات: وهي شكل حلقة ضرورية في النظام التربوي.

- فضاء القسم.

- الأركان و الرشات و تكون داخل القسم.

- الأدوات و الوسائل الدعائم.

(اللجنة الوطنية للمناهج، 2004، ص23).

8- حاجات الطفل الأساسية:

الحاجات هي العوامل أو الأشياء أو الجوانب التي ينبغي أن تتولى المربية والمنهاج إشباعها لدى الطفل حتى ينمو نموا سليما متزنا، وتنصب على الناحية الجسمية والنفسية والاجتماعية. ومن هذه الحاجات نذكر:

1- الحاجة إلى النمو الجسمي والعقلي -:

فالنمو الجسمي يتطلب الغذاء الصحي والدفء والهواء والشمس والحركة والراحة واللعب وهذا يختلف من سن لآخر ومن حالة لأخرى (المرض، الصحة) وتظهر في البحث عن الطعام وفي الميل إلى الاستكشاف والتعلم وحب الاطلاع.

2- الحاجة إلى الحرية في التعبير:

فالطفل يشعر بالحاجة إلى الانطلاق وحرية الحركة والتعبير عن ميوله وقواه بصور وأشكال التعبير المختلفة كاللعب والحركة والرسم والتمثيل وهذه الحرية ينبغي أن تكون منظمة حتى تجعله يحب ما يعمل.

3- الحاجة إلى التوجيه والإرشاد:

يشعر الطفل بأنه لا يملك القدرة على التعلم ومعالجة الكثير من المشاكل فيرغب في النصح والإرشاد من الكبار ليجتنب الفشل والألم كما أنّ الحرية وحدها عامل مدمر. فالطفل لا يمكن أن يترك شأنه يعبر بحرية في مجتمع له مقاييسه الخلقية ونظمه وتقاليده وليس له القدرة على الاختيار السليم لاتجاهه وقد نهت السيدة "منتسوري" لهذا، فجعلت للطفل الحق في أن يختار من اللعب ما شاء شرط ألا يغتصب لعبة غيره أو يتدخل في أعماله وألا يزعجه.

المحاضرة الأولى: التربية التحضيرية

4- الحاجة إلى الطمأنينة والأمن من الناحيتين الجسمية والعقلية:

فالطفل محب للمخاطرة والاطلاع وكشف البيئة التي تحيط به وهذا لا يتوفر له إلا إذا منح الحرية الكافية وكان يثق بنفسه ثقة جسمية عقلية وشعر بالأمن من المخاطر كالعقاب والسقوط وبهذا يتحرر من الخوف والقلق، لذا ينبغي على المربية عدم المبالغة ونقد أخطاء الأطفال وتوفير العدالة حتى ينصرفوا إلى الاستفسار والفهم والعمل في جو الطمأنينة.

5- الحاجة إلى الحب والعطف:

الحب ضروري لنمو الطفل النفسي والخلقي ويكون بتحسس للمشكلات النفسية وحتى الاجتماعية التي يعاني منها. والمراد بالحب والعطف ما يصدر عن الوالدين والمربية من رعاية وتربية سليمة والتعزيز، والطفل يحتاج إلى عطف المربية حتى يأنس إليها ويثق فيها.

6- الحاجة إلى النجاح:

وتتطلب عدم وضع الطفل في مواقف يتكرر فيها شعوره بالفشل وأن نتيح له أن يتمتع بقدر من نشوة النجاح من حين لآخر.

7- الحاجة إلى التقدير:

الأطفال شغوفون بأن يعترف لهم بالأدوار التي يقومون بها وبأن يعاملوا كأفراد لهم قيمتهم. فحاجات الطفل التي ينبغي عن المرابي أن يعرفها حتى يعمل على تحقيقها تحقيقا صالحا وتوجيهها التوجيه السليم. (عبد الحليم مزوز، 2017، ص159).

9- دور معلم التعليم التحضيري :

يقوم المعلم بدور أساسي في تحقيق الأهداف والمناهج التربوية، ونجاح المعلم يتطلب منه أن يكون حريصا على تجديد معلوماته حول خصائص نمو الطفل وتخطيط البرامج و التفاعل والتواصل مع الأطفال و تعليمهم إتقان المهارات المختلفة وتجهيز بيئة التعلم المناسبة لإشباع الحاجات الفردية والجماعية للأطفال. و ذلك من خلال التمهيد وإثارة انتباه الأطفال نحو موضوع النشاط و مراعاة الفروق الفردية بينهم، بالإضافة إلى استخدام لغة بسيطة و الاهتمام بالتنمية العقلية للأطفال دون أن ننسي استعمال أسلوب التعزيز الفوري المستمر مع هذه الفئة.

المحاضرة الثانية: الانفصال عند الطفل

تمهيد:

يعتبر فهم سلوك الأطفال في السنوات الأولى من العمر، والتي لا ينفصل فيها دور الأسرة عن دور المدرسة في السعي لتنمية وتطوير شخصية الطفل ويتعاضم هذا الدور في تدريب الطفل على مواجهة المواقف والمستجدات. فجد البيئة العائلية تلعب دورا كبيرا في التمهيد للانتقال لبيئة المدرسة ، وتزويد الطفل بالمفاهيم والمهارات ، التي تؤهله للاستعداد نفسيا واجتماعيا للانفصال المؤقت عن المنزل، إلا أن عدم نجاح الأسرة في القيام بهذا الدور بشكل مرضى، يجعل الطفل يعاني من مشكلة كثيرة الشبوع وهي قلق الانفصال، حيث تعد الآثار المترتبة على قلق الانفصال لدى أطفال مرحلة التحضيرية من أكثر الآثار خطورة ، حيث ينتج عنه مستقبلا فشل دراسى ، وانسحاب اجتماعى ، بالإضافة لما يتعرض له الطفل من نوبات انفعالية ومظاهر سيكوسوماتية ، تعبر عن رفضه الذهاب للمدرسة ، بالإضافة لمظاهر سوء التوافق الشخصى والاجتماعى.

1- تعريف قلق الانفصال:

أستعمل قلق الانفصال لأول مرة عام 1956 من طرف " إستاس " حيث يعتبر حالة إنفعالية مرضية والتي من خلالها يكون الطفل والأبوين خاصة الأم متورطين في علاقة تعلق شديد، بحيث كل طرف لا يمكن له الإستغناء عن الآخرين. (BAILLY-D-, 1995, p10).

و يعرفه عبد الله محمد القاسم (2001) بأنه اضطراب يشبه اضطراب التجنب حيث يضم القلق المرتبط بمجال واحد من السلوك أو بموقف معين ، في هذه الحالة يرتبط القلق بالانفصال، ويرتبط هذا الاضطراب بالقلق المرتفع الذي يخبره الطفل حين ينفصل أو يبتعد عن والديه أو عن أي شخص تربطه به علاقة حميمة(عبدالله، 2001 ص 219).

هو ذلك القلق الذى يعترى الطفل فى باكورة مهده حتى مراهقته عند الانفصال عن أحد الوالدين أو كليهما أو عن القائم برعايته وهو يرتبط بالخوف من الانفصال ويعد قلق الانفصال هو المسئول عن كثير من اضطرابات الرشد ومشاعر عدم الأمان والضياع (عباس عوض ، مدحت عبد الحميد، 1990، ص 197).

المحاضرة الثانية: الانفصال عند الأطفال

أما الدليل الأخصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM 4):

يعرف قلق الانفصال على أنه قلق مفرط وغير مناسب يرتبط بالانفصال عن المنزل أو عن الأشخاص الذين يرتبط بهم الطفل ويسبب حزناً شديداً في نطاق العلاقات الوظيفية العامة. (DSM4, 1996, P 131). من خلال هذه التعاريف يتبين لنا أن قلق الانفصال هو عبارة عن تلك العلاقة المتينة التي تربط الطفل مع أفراد أسرته خاصة الأم باعتبارها مصدر التعلق الأولي، وبهذا فأي تمديد لهذه الروابط التي تربطه بأسرته فإنه تولد مشاعر القلق والخوف من فقدان هذه العلاقة، ومن هنا يتجسد ما يعرف بقلق الانفصال.

2- أعراض قلق الانفصال:

تكمن أعراض القلق الانفصال في مظاهر التالية:

- أعراض جسدية: يشكو معظم الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال من أعراض عضوية وجسدية متكررة كالآلم في البطن، الصداع، الغثيان، والاستفراغ، بالإضافة إلى احمرار الوجه أو اصفراره، وصعوبة التنفس، وقد يعانون من فقدان الشهية أو زيادتها.

- أعراض اجتماعية: يلجأ الأطفال واضطراب قلق الانفصال إلى الأحجام عن المواقف الاجتماعية كالذهاب إلى حفلة أحد الأطفال أو زيارة بيت صديق بسبب ما يعانونه من هموم أو قلق إزاء انفصالهم عن والديهم أو عن الكبار ممن يتولون رعايتهم، وقد يكون على شكل رفض مستمر للذهاب إلى المدرسة خوفاً من الابتعاد عن والديه، وفي حالة ذهابه إلى المدرسة نلاحظ انخفاضاً في أدائه الأكاديمي ضمن المدرسة، وأحجابه عن المشاركة في الأنشطة.

- أعراض سلوكية: الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال يجدون صعوبة كبيرة في النوم وحدهم بدون وجود أحد الوالدين ووجود أحلام وكوابيس حول موضوع الانفصال عن الوالدين وهناك أفكار كثيرة سيئة تدور في أذهان هؤلاء الأطفال وكلها تدور حول احتمال حدوث أذى للأهل أو عدم امكانيتهم في الرجوع إليهم والمشكلة تظهر بشكر أكبر عند دخول المدرسة. (حلي هشام، 2000، ص50).

- أعراض انفعالية: يشعر الطفل بقلق مستمر وضيق غير مبرر كما يظهر الأطفال انزعاجاً شديداً وخوفاً حول سلامة الشخص الذي يعتني بهم، وتشغل باله مخاوف حول أشياء مثل: حادث أو اختطاف، سيحصل له أو لوالديه. (Godsey & Ohters, 2007, p11)

3- مراحل قلق الانفصال:

يواجه الأطفال عملية الانفصال بالاحتجاج أو البكاء، وقد تزداد الحالة فينبطوي الطفل على ذاته ويرفض العروض الودية لتقارب الآخرين منه، والحالة الأخيرة قد تحول الطفل دون تكيفه مع الموقع الجديد "المدرسة"، وهذا يزيد من إحساسه بالآثار السلبية لإنفصاه عن البيت . (سامي سلطي عريفج، 2000 ، ص 131).

إن الدراسات المتعلقة بسلوك الطفل بعد فصله عن الأم، يظهر ردود فعل محددة، حيث قسمها "بولبي" إلى المراحل التالية:

● مرحلة الاحتياج:

تبدأ بعد الانفصال مباشر أو تتأخر عنه بعض الوقت ويمكن أن تدوم من عدة ساعات إلى أسبوع أو أكثر، يظهر الطفل خلالها ضيقة الشديد لفقدانه أمه ويبحث بكل الوسائل لاستعادتها مستخدما كل طاقاته، أنه يبكي ويصرخ ويحاول ملاحقة الحاضن المغادر، ويلقى بنفسه في كل الاتجاهات ويرفض من يقترب منه ويرمي ألعابه على الأرض، ويحاول اللحاق بالشخص الذي يعتني به عند مغادرته بنفسه في كل الاتجاهات ويرفض من يقترب منه ويرمي ألعابه على الأرض.

● مرحلة فقدان الأمل:

وتدعى أيضا مرحلة الحزن والأسى ففي هذه المرحلة يظهر للطفل القلق لغياب وفقدان الأم ويفقد الأمل بعودتها تدريجيا ويتميز سلوكه في هذه المرحلة بانخفاض الحركات النشطة ويبكي برتابة أو بشكل متقطع وتغلب عليه الانطوائية وقلة النشاط من يحيط به، ويصبح بعض الأطفال عدوانيا ويخلو من الفرح.

● مرحلة تلاشي التعلق (التباعد):

في هذه المرحلة يمكن ملاحظة اهتمام الطفل بمن حوله فهو لا يرفض من حوله ويتقبل الطعام منهم ويميل شيئا فشيئا إلى التبادل الجماعي والابتسام واللعب مع الأطفال الآخرين وعند عودة أمه فإنه لا يهتم أو يبالي بها ويبقى بعيدا وكأن عودتها لا تعنيه، فبعد أن يكون الطفل قد تعلق بالحاضن فإنه لا يرتاح لمغادرته له بل يبدي احتجاجة على ذلك بصورة أو بأخرى ، كما يشعر بالحزن ويتحدد موقف الانفصال بطول المدة التي يغيب عنه فيها الشخص المتعلق به، كما يتحدد بطبيعة العلاقات العاطفية التي يقيمها الطفل مع من يحيط به، وفي الأغلب

المحاضرة الثانية: الانفصال عند الأطفال

تكون علاقاته قوية مع الشخص الذي يعتني به وهو الأم غالباً مما يفسر شدة قلق وحزن الطفل عند الانفصال عنها. (محمد أحمد عبد الحي، 2012، ص75)

4- أسباب قلق الانفصال:

تعددت أسباب القلق لدى الأطفال بين وجود شخص جديد أو وضع جديد في البيئة المحيطة به، والحالة التي تسبب القلق قد تكون بسبب تغير إيجابي مثل بدء نشاط جديد كذهاب الطفل للروضة، ولكن في الأغلب وجود هذا النوع من القلق يرتبط بتغيرات سلبية مثل المرض أو موت أحد أفراد العائلة، كما أن الأطفال الذين يكون آباؤهم وقائمين أكثر من اللازم يكونون أكثر عرضة لقلق الانفصال، وقد يكون وراثياً نتيجة وجود قلق أو اضطرابات عقلية أخرى لدى الوالدين، وفيما يلي عرض لأهم أسباب قلق الانفصال لدى الطفل:

1- عوامل نفسية اجتماعية:

الاعتماد الشديد للطفل على أمه أو من ينوب عنها، إن الأطفال الذين لديهم ارتباط عاطفي بدرجة شديدة يخافون أكثر من بقية الأطفال، بالإضافة إلى مرور الطفل بخبرات عابرة ارتبطت بأحد أنواع مخاوف النمو التي يتعرض لها الطفل كالخوف من فقدان الأم، أو موت شخص مرتبط به الطفل، أو انتقال الطفل من مكان إلى آخر وعدم استقرار علاقاته. (القائمي، 1996، ص64).

2- عوامل جينية (وراثية):

لقد أظهرت الدراسات أن الأبناء لآباء مصابين بالقلق أكثر عرضة لقلق الانفصال والآباء المصابين باضطراب رهاب الخلاء تتزايد مخاطر إصابة أطفالهم بقلق الانفصال، حيث يحتمل وجود أساس جيني موروث ينتقل من الآباء إلى الأبناء، كما أن العوامل الجينية الموروثة من الآباء تسهم في حدوث هذا الاضطراب لدى الإناث أكثر من الذكور. (سليمان، 2003، ص22).

3- عوامل التعلم :

يتعلم الطفل القلق من أحد الوالدين بشكل مباشر، فخوف الوالدين من المواقف الجديدة من ينمي لدى الطفل الخوف من هذه المواقف، كما أن بعض الآباء يعلمون أبنائهم بالقلق بالمبالغة في تحصيلهم من المخاطر المتوقعة (الحماية الزائدة) فإذا كان الأب أو الأم من النوع الذي يخاف فإن الابن قد ينشأ على الخوف من المواقف الجديدة وخاصة البيئة المدرسية ويخشى الانفصال عن البيت. (سليمان، 2003، ص23).

المحاضرة الثانية: الانفصال عند الأطفال

فالطفل يتعلم القلق من الوالدين أو جو المنزل وهذا يظهر عندما يحذرهم والديهم كثيراً من الابتعاد وبذلك يث الوالدان الشعور بالخطر الدائم. وهناك أسباب قد تتعلق بجو الأسرة والاضطرابات والخلافات بين الوالدين والتي تؤثر بشكل كبير على نمو الطفل لذلك على الوالدين إبعاد الطفل ما أمكن عن خلافاتهما الزوجية، لأن الطفل كثيراً ما يعد نفسه سبباً لهذه المشكلات ويضع اللوم عليه.

5- تشخيص قلق الانفصال:

- لتشخيص قلق الانفصال لابد من الرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي
- أ - قلق شديد مرتبط انفصال الطفل عن المنزل أو عن ذويه المرتبط م، ويبرهن على ذلك بثلاثة مما يلي:
- 1- حزن شديد ومتكرر عند حدوث الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم الطفل، أو يتوقع حدوثه.
 - 2- قلق غير حقيقي ومتواصل حول فقدان أو إصابة أحد الأشخاص المتعلق بهم.
 - 3- قلق غير حقيقي متواصل أن حادثاً فاجعاً سوف يفصل بين الطفل وبين الشخص المرتبط به.
 - 4- مقاومة أو رفض مستمر، للذهاب إلى المدرسة أو إلى أي مكان آخر خوفاً من الانفصال.
 - 5- يتحاشى ويتجنب دائماً وجوده وحيد، أي بدون الأشخاص المتعلق بهم في المنزل أو بدون الكبار.
 - 6- مقاومة رفض متواصل للذهاب للفراش دون أن يكون قريباً منه شخص شديد التعلق به، أو أن ينام بعيداً عن المنزل.
 - 7- يعاني منكواييس متكررة المتضمنة عنصر الفراق.
 - 8- شكاوى جسمية متكررة، مثل الصداع وآلام المعدة، غثيان، وقيء... عندما يحدث الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم، أو يتوقع حدوثه.
- ب - مدة الاضطراب على الأقل أربع أسابيع.
- ج - البداية قبل سن 18 سنة.
- د - يسبب الاضطراب الشديد حزن بالغ وضعف في العلاقات الاجتماعية والأكاديمية، أو أي نطاق آخر من العلاقات.
- هـ - ألا يحدث هذا الاضطراب حصراً في سياق نمائي شامل أو فصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا يجوز تبريره عند المراهقين على أنه اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن المفتوحة (DSM4, 1996, P 143)

المحاضرة الثانية: الانفصال عند الأطفال

- كما تجدر الإشارة إلى أنه يجب التمييز بين قلق الانفصال، والاضطرابات الأخرى، التي قد تكون بينها وبين قلق الانفصال علاقة، أو أعراض متشابهة عبر التشخيص الفارقي ومن ذلك:

القلق العادي: في بعض الأحيان يحس الطفل بقلق قد يكون ظاهرة عادية، لأن القلق العادي لا يكون مركزاً على مواقف الانفصال فقط، بل على أحداث أخرى كالخوف من الحيوانات.

الهلع والخوف المرضي من الأماكن المضيئة: خاصة إذا علمنا أن هذا الاضطراب لا يحدث قبل 18 سنة وليس بسبب حدوث الانفصال إلا أنه في بعض الحالات تتفق أعراض هذا الاضطراب بأعراض قلق الانفصال.

بعض الاضطرابات السلوكية: والتي تكون أسباً با أخرى غير قلق الانفصال.

رفض الذهاب إلى المدرسة: على أنه من الأعراض الشائعة لقلق الانفصال لكن في بعض الأحيان يكون الطفل قد تعرض لعدوان خارج البيت أو في المدرسة مما يجعله يرفض الخروج من البيت وهذا ليس بسبب الخوف من الانفصال بل يجب تقصي هذه المخاوف وصولاً إلى تحديدها. (إبراهيم عليان، 1996، ص86).

المحاضرة الثالثة: اضراب العدوانية عند الطفل.

1-تعريف السلوك العدواني:

لقد تعددت تعريفات السلوك العدواني ، فنذكر منها مايلي:

ويعرفه كيلبي " Kelley " على أنه: " ذلك السلوك الذي ينشأ عن حالة عدم ملائمة الخبرات السابقة للفرد مع الخبرات والحوادث الحالية، فإذا دامت هذه الحالة يتكون لدى الفرد إحباط تنتج عنه سلوكيات عدوانية من شأنها أن تحدث تغيرات في الواقع حتى تصبح هذه التغيرات ملائمة للخبرات والمفاهيم الموجودة لدى الفرد" .
(الحريري ومامي، 2011،ص242)

يعرفه هيلجارد بأنه " :نشاط هدام أو تخريبي، أو أنه نشاط يقوم به الفرد لإلحاق الأذى بشخص آخر، إما عن طريق الحرج الحقيقي، أو عن طريق سلوك الاستهزاء والسخرية والضحك".

تعريف باندورا:السلوك العدواني هو سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين وينتج عنه إيذاء شخص أو تحطيم الممتلكات.(أحمد محمد الزعبي،2005،ص150)

ويعرفه الخطيب بأنه " :سلوك يهدف إلى أحداث نتائج تخريبية، أو مكروهة، أو إلى السيطرة من خلال القوة الجسدية، أو اللفظية على الآخرين.(محمد حسن العمارة،2003،ص115).

و بالتالي السلوك العدواني هو أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل بمهدف إيقاع الأذى أو الألم بالذات، أو بالآخرين، إلى تخريب ممتلكات الذات، أو ممتلكات الآخرين فالعدوان سلوكا وليس انفعالا أو حاجة أو دافعا.

2- المفاهيم المرتبطة بالسلوك العدواني:

- **العدائية** وهي التي يرمي من خلالها الفرد إلى الإساءة للآخرين أو خداعهم بدون أن يلحق بهم أي ضرر أو اللام بدنية.(فايد،2004،ص15).

- **العدوانية**: ميل للقيام بالعدوان أو ما يواجهه في الأفعال العدوانية أو ميل مضاد لإظهار العداوة و ميل لفرض مصالح المرء و أفكاره الخاصة رغم المعارضة،و هي ميل أيضا للسعي إلى السيطرة في الجماعة (التسلط الاجتماعي) خصوصا إذا وصل الأمر إلى حد التطرف.

المحاضرة الثالثة: اضراب العدوانية عند الطفل

- **العنف:** إستجابة سلوكية تتميز بصفة انفعالية شديدة قد تنطوي على أشخاص في مستوى البصيرة و التفكير و يبدو العنف في استخدام القوى المستمدة من المعدات و الآلات ، و هو بهذا المعنى يشير الى الصيغة المتطرفة للعدوان ، فالعنف هو المحاولة للأداء البدني الخطير.
(عصام عبد اللطيف العقاد، 2001، ص100).

- **الغضب:** حالة إنفعالية يتدرج من الغضب البسيط كالاستثارة و الشعور بالضيق حتى الغضب الشديد المتمثل بالتمزيق و التدمير و الهيجان الشديد الذي قد يصل إلى حد العنف. (عز الدين، 2010، ص84).

3- مظاهر السلوك العدواني:

و تُشير (قناوي ، 1988 ، ص 307) إلى أنّ السلوك العدواني عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة يتضمن الضرب و تدمير الممتلكات، و الهجوم اللفظي، و مقاومة ما يوجه إليه من طلبات و أوامر. وأنّ بعض الأطفال يكشفون عن العدوان في لغتهم كالتلفظ بالسب و الشتم، و الصراخ، و الكلام المتسم بالسيطرة، و التحدث بما سوف يفعلونه بأشخاص آخرين، و هي تعبيرات تدل على الاستياء من سلطة الراشدين أو الآباء أو الأقران أو الأخوة. و يمكن تصنيف العدوان عند الطفل إلى:

● **العدوان الموجه نحو الذات:**

قد يكون بسبب الشعور بالذنب الذي يثير الحاجة إلى عقاب الذات، و الخوف من ردة فعل المعتدي عليه، فيتمصص شخصيته، فيوجه عدوانه إلى نفسه بدلا من الذي اعتدى عليه.
في حين يرى (الشريبي، 1993، ص87) أن العدوان على الذات يأخذ عدة صور و مظاهر لدى الأطفال منها: تمزيق الطفل لملابسه أو كتبه أو كراساته، أو لطم الوجه، أو شد الشعر، ضرب الرأس بالحائط أو السرير، جرح الجسم بالأظافر، عض الأصابع، حرق أجزاء من الجسم، أو كيها بالنار أو السجائر.

● **العدوان الموجه نحو الآخرين:**

وهو أكثر مظاهر العدوان وضوحا، و من أهم دوافعه الغضب و الكراهة و الإحباط، و الغيرة.

4- أشكال السلوك العدواني:

4-1- من حيث الأسلوب:

- العدوان اللفظي: ويقف عند حدود الكلام الذي يوافق الغضب والسخرية والتهديد...، وذلك من أجل الإيذاء أو خلق جو من الخوف، ويمكن أن يكون موجها للذات أو الآخرين.
- العدوان الرمزي: ويشمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الأفراد الآخرين أو توجيه الإهانة لهم كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكن العدا له، أو الامتناع عن تناول ما يقدمه له أو النظر بطريقة ازدراء وتحقير. (خولة أحمد يحي، 2008).
- العدوان الجسدي: وقد يعبر بعض الأطفال عن سلوكهم العدواني باستخدام يديه كأدوات فاعلة مستفيدا بذلك من قوته الجسدية تجاه الآخرين وقد تكون الأظافر أو الأرجل أو الأسنان أدوات يستخدمها بعض الأطفال للتعبير عن هذا السلوك كما أن بعضهم يستخدم رأسه في توجيه الضربات للآخرين. (محمود محمد أبوسريع، 2008، ص56).

4-2- من حيث المظهر :

- العدوان العدائي (عدوان الغضب): وهو الذي ينشأ عن الغضب أو نتيجة له، هدفه جرح أو إيذاء المتلقي لهذا السلوك، ويطلق عليه بعض الباحثين العدوان المستثار أو عدوان الغضب. (معتز سيد عبد الله، 89، 2001).
- العدوان الو سيلبي: يقوم به الطفل بدافع الحصول على شيء ما أو استرداد شيء ما، وعادة ما يقوم الطفل بهذا النوع من العدوان عندما يشعر أن هناك ما يعترض سبيل تحقيقه لهدفه. (خولة أحمد يحي، 2003).

4-3- من حيث حجم المصدر

- العدوان الفردي: وقد يستهدف الطفل في عدوانه إيذاء شخص معين بذاته ربما يكون صديقا له أو شقيقا أو أي طرف آخر.
- العدوان الجماعي: وقد يوجه الطفل سلوكه العدواني ضد شخص أو أكثر كأن يوجه عدوانه على مجموعة من الأطفال ينهمكون في نشاط معين ويحاولون استبعاده من بينهم وربما يشترك في ذلك طفل واحد أو أكثر في توجيه العدوان ضد شخص واحد أو عدة أشخاص أو ممتلكات. (محمود أبوسريع، 2008، ص62).

4-4- من حيث الطريقة :

- العدوان المباشر: هو الذي يوجه مباشرة إلى الشخص أو الشيء الذي سبب له الإحباط أو الفشل.
- العدوان غير المباشر : ويتضمن الاعتداء على شخص بديل، وعدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي وغالبا ما يطلق على هذا النوع من العدوان العدوان البديل فقد يفشل الطفل في توجيه عدوانه مباشرة إلى مصدر الإحباط خوفا من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الأمن، فيحول سلوكه العدواني إلى طرف آخر يكون قادرا على توجيه العدوان له. (القحطان، 2004، ص78).

4-5- من حيث الإيجاب والسلب :

- العدوان الايجابي : هو الجزء العدواني من الطبيعة الإنسانية ليس فقط للحماية من الهجوم الخارجي ولكنه أيضا أساس الفخر والاعتزاز الذي يجعل الفرد مرفوع الرأس وسط زملائه و التنافس الشريف في مجال من مجالات الحياة.
- العدوان السلبي: هو العدوان الناتج عن التمرد عن السلطة من أهل ومعلمين حيث يشعر الطفل بأنهم ظالمون ومستبدون، وهنا يخاف من الانتقام بشكل مباشر فيلجأ إلى إظهار هذا العدوان على شكل خداع مبطن كتجاهل الواجبات المنزلية مثلا. (خولة أحمد يحيى، 2003)

5- أسباب العدوان:

5-1- الرغبة في التخلص من السلطة:

يظهر السلوك العدواني عند الطفل عندما تلح عليه الرغبة في التخلص من ضغوط الكبار عليه والتي تحول في كثير من الأحيان دون تحقيق رغباته.

5-2- الشعور بالفشل والحرمان:

قد يكون السلوك العدواني نتيجة حتمية للحرمان أو استجابة للتوتر الناشئ عن حاجة عضوية غير مشبعة. وقد يظهر السلوك العدواني نتيجة هجوم مصدر خارجي يسبب له الشعور بالألم.

5-3- الحب الشديد والحماية الزائدة:

قد تظهر على الطفل المدلل مشاعر العدوان أكثر من غيره فهو لا يرى سوى لغة الطاعة وتلبية رغباته، وبالتالي فإن مظاهر السلوك العدواني تظهر عليه. (سناء محمد سليمان، 2008، ص56).

المحاضرة الثالثة: اضطراب العدوانية عند الطفل

5-4- الأسرة:

للجو الأسري والثقافة الأسرية دور في إبراز مظاهر العدوان عند الأطفال، وكذلك العلاقة بين الوالدين. ويشير سيرز في هذا المجال إلى أن الطفل غالباً لا يكون عدوانياً إذا ما كان الوالدين يعتبران أن العدوان أمراً مرغوب فيه أو لا يجب ممارسته، أما باندورا فيرى أن الأطفال الذين يعاقبون على عدوانيتهم في المنزل يكونون عدوانيين في أماكن أخرى .

5-5- شعور الطفل بالغضب:

يمثل الغضب حالة انفعالية يشعر بها الأطفال، فيعبر البعض منهم عن هذا الغضب بالاتجاه نحو الهدف والعدوان عليه، وتأخذ هذه الصورة مظاهر عديدة مثل: إتلاف بعض ما يحيط به، أو معاقبة نفسه بشد الشعر، أو يضرب رأسه، وغير ذلك.

5-6- تجاهل عدوان الأطفال:

تشير الدراسات التي أجريت في مجال تجاهل عدوان الأطفال إلى أن الأمهات اللواتي يتجاهلن السلوك العدواني لأطفالهن أنهم أكثر عدوانية من أطفال الأمهات اللواتي لا يتجاهلن السلوك العدواني لأطفالهن، وأن هناك ارتباطاً بين التساهل وظاهرة العدوان، وبينت الدراسات أنه كلما زادت عدوانية الطفل كان أكثر استعداداً لعدم التساهل مع غيره من الأطفال، كما أن تساهل المعلمين أو تجاهلهم لعدوانية الأطفال يرفع مستوى العدوانية لدى هؤلاء الأطفال.

5-7- تعلم العدوان عن طريق التقليد:

غالباً ما نجد أن الأبوين إذا أرادوا التخلص من طلبات ورغبات الأبناء يوجهونهم إلى مشاهدة التلفاز، ولا يخلو هذا الأخير من مشاهد عدوانية، ومشاهدة الأطفال لهم قد تجعلهم أكثر عدوانية، لأن الطفل قد يلجأ إلى تقليد البرامج المشاهدة، وأعمال العنف تظهر بشكل منتظم، والطفل يشاهدها لعدة سنوات من عمره، وهذا ما ييسر اكتسابه للسلوك العدواني.

وقد بين " إيون 1988 " على أن الأطفال الذين يشاهدون أكثر من سواهم أفلام العنف يصبحون أكثر

عدوانية، وهذه العدوانية تستمر من المراهقة، وسن الرشد. (ضيفي زليخة، 2011، ص73)

المحاضرة الثالثة: اضرار العدوانية عند الطفل

وفي دراسة أخرى وجد أن الأطفال الذين يقضون معظم وقتهم في مشاهدة التلفاز يكونون عرضة لقدر كبير من العنف والعدوان. كما وجد أن هناك ارتباط إيجابي قوي بين مشاهدة البرامج التلفزيونية العنيفة والسلوك العدواني، حيث أن معدل ارتكاب جرائم القتل يزداد عادة بعد مشاهدة مباراة عنيفة في الملاكمة.

5-8- الغيرة:

نتيجة لعدم راحة الطفل من نجاح غيره من الأطفال فإن متغيرات القلق والخوف وانخفاض الثقة بالنفس تبدو واضحة عليه، وتسبب له الغيرة الشديدة، فيتوجه الطفل نحو الارتواء، والتشاجر مع الأطفال الآخرين، أو التشهير بهم.

5-9- الشعور بالنقص:

إن شعور الطفل بالنقص الجسمي، أو العقلي من عاهة أو عيوب في النطق، أو التحصيل الدراسي المنخفض أو خلل في الحواس عن بقية الأطفال من حوله يمثل منطلقاً بالنسبة له بظهور مشاعر الغيرة والعدوانية عنده. (سنة محمد سليمان، 2008)

5-10- استمرار الإحباط:

الإحباط معناه إعاقة دوافع الفرد، أو رغباته، وأماله عن الوصول إلى هدفها. كما أن الإحباط تعبير عن الحالة التي يمر بها الفرد حيث لا يتحقق له إشباع حاجة من الحاجات، وترى نسرين عبد الحميد " أن الإحباط في تحقيق الأمل يحدو بالمرء نحو العدوان، حيث ثبت علمياً أن بعض جرائم القتل قد تحدث نتيجة إهانة الفرد، أو الحط من كرامته، فالتقليل من قيمته على ملئ من الناس، الأمر الذي يهدد مستقبله فيشرع الشخص في هذه الحالة للثأر من كرامته.

5-12- الشعور بالإهمال والنبد والقسوة:

تعرض الطفل منذ طفولته للكثير من القسوة والعقاب يؤثر على شخصيته وبالتالي يؤثر على سلوكه، وعليه فهناك علاقة وطيدة بين الأطفال العدوانيين، وبين عقاب الآباء، فالطفل الذي ينال الكثير من العقاب يكون أكثر عرضة لمواقف الإحباط، وهذا يقود إلى مزيد من السلوك العدواني وقد تبين من بحث (Cummings) 1994 في إنجلترا أن الأطفال المهملين يظهرون صفات مضادة للمجتمع مثل: صفات عدوانية، القسوة، أو الكذب. (فرج عبد القادر، 1986، ص 64).

5-13- الشعور بالحرمان العاطفي:

يعبر الجو العاطفي للأسرة من أهم العوامل في تكوين شخصية الأبناء، لأن الحب الدافئ ينمي ثقة الفرد بنفسه، ويزيد من طمأنينته، وبالتالي يجعله أكثر قدرة على مواجهة الظروف القاسية، فهناك ارتباط وثيق بين التروع إلى العدوان، ونقص الدفء العاطفي، والحنان في الأسرة التي عاش فيها الطفل، ويؤكد جون في دراسة حول الحرمان العاطفي على وجود علاقة بين هذا الأخير والانحراف، ذلك أن الحرمان الجزئي، ويقصد به افتقار البيئة العائلية للحنان والعطف، رغم وجود الأبوين يترك آثار سيئة وخطيرة على الأطفال حيث، يصبحون يتصفون بالاضطرابات السلوكية كالعدوانية، السرقة، الكذب.

5-14- الرغبة في جذب الانتباه:

قد يقوم بعض الأطفال بجذب انتباه الآخرين، وذلك بإبراز قوتهم أمام الكبار، وممارسته العدوانية ضد الآخرين. إضافة إلى هذه الأسباب التي تؤدي بالطفل إلى السلوك العدواني هناك العوامل البيولوجية حيث أن الذكور أكثر عدوانية من الإناث ويرجع ذلك إلى عوامل وراثية وبيئية، نظرا إلى الفروق الفردية البيولوجية، والهرمونية والاجتماعية بين الجنسين، ويذهب عبد الرحمان العيسوي إلى أنه توجد عوامل بيولوجية تكمن وراء السلوك العدواني كالعوامل الوراثية المتمثلة في ناقلات الوراثة، أو الجينات. والسبب في ذلك يكمن في القوة العضلية، والهرمون الذكري الذي يعتبر من العوامل التي تدفع إلى السيطرة والتفوق فهرمون testosterone ذو فعالية قوية على العدوانية عند الذكر أكثر من الأنثى، كما يؤثر هرمون progesterone على الميولات العدوانية للأجنة. (زكريا الشريبي، 1994، ص85).

6- تطور مشاعر العدوان عند الطفل :

يذكر صفوت مختار (1999، ص55-58)، أن السنة الأولى تعتبر فترة نمو حرجة من حياة الطفل إذ يبدأ حياته و هو مزود بالشيء القليل من الاستجابات الانفعالية للإشارات و من الصعب تحديد العمر الذي تبدأ فيه النزعات العدوانية في الظهور، و لكن على كل حال يظهر في مرحلة مبكرة من النمو.

المحاضرة الثالثة: اضطراب العدوانية عند الطفل

● مرحلة الرضاعة من الولادة إلى العام الثاني:

يبدأ الرضيع بعض ثدي أمه حيث تظهر أسنانه و سلوك يكون غير مقصود أو ناتجا عن احباط نقص اللبن لانه لا يستطيع استخدام وسائل رمزية مقنعة، ثم يجرب إذاء الآخرين مع نهاية عامه الأول من خلال تحديقه بأمه أو شده شعرها، و تتمثل مظاهر الغضب في:

- منذ الميلاد إلى 12 شهرا: صراخ، بكاء عال، ضرب الأذرع و الأرجل.
 - في سن 15 شهرا: القذف بالأشياء و يستشير غضبه التدخل في مناشطة الجسمانية.
 - في سن 18 شهرا: انفجارات في الغضب، يصرخ و يبكي و يطرح نفسه أرضا و يضرب و يرفض و يدمر الأشياء، خشن و عنيف مع الأشياء و الحيوانات.
 - في سن 21 شهرا: يشد شعره، يصرخ و يبكي لعجزه عن التعبير عن رغباته بالكلام.
- ### ● مرحلة الطفولة المبكرة: (من عامين - 06 أعوام):

ينشأ العدوان حيث يمتشف الطفل أنه يستطيع أن يجعل الآخرين يسايرون رغباته التي يتعلمها الطفل بنوع الاستجابات التي تصدر عن الوالدين و غيرهما. و يمكن تلخيص مظاهر السلوك العدواني و تطوره في هذه المرحلة إلى :

- في سن العامين: يضرب الطفل غيره من الأطفال، يفسد نظام البيت و يشترك في مجاذبة الأشياء و شدها، و قد يرغب في العض كأسلوب أولي في الهجوم و الدفاع عن نفسه.
- في عامين و نصف: يهاجم غيره من الأطفال في عدوان و تعمد لا يذء شديد لتدمير الأشياء.
- في 03 سنوات: تكثر لديه نوبات الغضب، و يضرب الآخرين خلال هذه النوبات كما قد يضرب الأرض بقدميه و يرمي نفسه عليها.
- في سن 04 سنوات: أهم ما يميزها أن مشاعر العدوانية هنا تتخذ مظهر اللعب كما يبدأ باللجوء إلى الاحتجاج اللفظي بدلا من الهجوم على الفور.
- في 05 سنوات : أساليب التهديد و مقاومة التوجيهات اضافة إلى ما سبق ذكره.

المحاضرة الثالثة: اضطراب العدوانية عند الطفل



- مرحلة الطفولة المتأخر : (من 06 أعوام إلى 12 سنة):
 - يبدأ هنا ضمير رادع لسلوك الطفل و يكون أفكارا عن الخير و الشر فمع الشعور بالعداء الذي يحمله في اعماقه الا انه لا يقوم بالسلوك الا عند استفزازه. و يمكن تلخيص مظاهر العدوان في هذه المرحلة إلى:
 - في 06 سنوات : عدوان يكون جسمية و لفضيا و عدوان اتجاه الممتلكات.
 - في 07 سنوات: سلوك أقل عدوانا ينشأ بينه و بين إخوانه.
 - في 08 سنوات : يستجيب للهجوم أو النقد بحساسية شديدة أكثر منه بالعدوان يتهرب من المسؤوليات بدل الاعتداء جسمية.
 - في 09 سنوات: معظم عدوانه لفظي كلامي أما العراك و الضرب فيظهر في صورة لعب.

7- طرق ضبط السلوك العدواني:

- تتنوع و تختلف طرق ضبط السلوك العدواني باختلاف أشكاله وأنواعه لكن أنجع هذه الطرق هي العلاج السلوكي والذي يعتمد على تدريب الطفل على ضبط سلوكه العدواني و يمكن تلخيص مبادئ العلاج السلوكي فيما يلي:
- 7-1- الضبط الذاتي:
 - و يمكن تعريفه بأنه العملية التي من خلالها يتعرف الفرد على العوامل الأساسية التي توجه و تقوده و تنظم سلوكه والتي ينتج عنها في النهاية نتائج أو توابع معينة و من الطرق التي يستخدمها الفرد في ضبط سلوكه ذاتيا: التعزيز الذاتي واستخدام المثيرات والعقود.
 - 7-2- التعزيز التفاضلي: ويشمل تعزيز السلوكات الاجتماعية المرغوب فيها و تجاهل السلوكات الاجتماعية غير المرغوب فيها.
 - 7-3- التعزيز الرمزي: يعتبر نوعا من المعززات الايجابية التي أثبتت فعاليتها في عملية تعديل السلوك وتسمى المعززات الرمزية بالمعززات القابلة للاستبدال وهي عبارة عن أشياء مادية يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المقبول المراد ويستبدالها فيها بعد بمعززات عديدة و متنوعة.
 - 7-4- التصحيح الزائد: ويشمل هذا الأسلوب إجبار الطفل العدواني على إصلاح الأضرار التي نتجت عن سلوكه أو الاعتذار عنه أو القيام بسلوكه بديل وذلك مباشرة بعد قيامه بالسلوك العدواني.

المحاضرة الثالثة: اضطراب العدوانية عند الطفل

- 7-5- تقليل الحساسية التدريجي: ويتضمن هذا الأسلوب تعليم وتدريب الطفل العدوانية على استجابات لا تتوافق مع السلوك العدواني كالمهارات الاجتماعية اللازمة مع تدريبه على الاسترخاء وذلك حتى يتعلم كيفية استخدام الاستجابات البديلة بطريقة تدريجية وذلك بمواجهة المواقف التي تؤدي إلى ظهور السلوك العدواني.
- 7-6- العلاج من خلال النمذجة ولعب الأدوار: ويتم تعويض الطفل في هذا النوع من العلاج إلى نوعين من النماذج أحدهما يمارس سلوكيات عدوانية تعاقب عليها بشدة وأخرى تمارس سلوكيات اجتماعية وتعزز عليها والهدف من ذلك كف السلوك العدواني وتعزيز السلوك الاجتماعي لدى الطفل
- 7-7- توفير طرق لتفريغ العدوان: هنا يتم تقديم وسائل بديلة متنوعة من أجل التخلص من الغضب أو تفريغ النزوات العدوانية مثل اللعب والتمارين الرياضية. (بجي القبالي، 2008، ص 83-84).

المحاضرة الرابعة: الاضطرابات الحركية ومشكلات الاستقرار الحركي عند الطفل.

1- تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي:

يمكن تعريف النشاط الحركي الزائد على أنه " نشاط جسمي وحركي لدى الطفل ، بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمر".

وغالبا ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ أو قد تكون لأسباب نفسية ويرتبط النشاط الحركي الزائد مع عدم الانتباه ارتباطا وثيقا فتواجد أحدهما معناه تواجد أو إمكانية تواجد الآخر.

ويمكن تعريف عدم الانتباه على أنه " عدم القدرة على المتابعة والتركيز على المهمات"

ويعتبر النشاط الحركي الزائد هو السبب الرئيسي في عدم الانتباه ، فالنشاط الحركي الزائد هو زيادة عن الحد المطلوب بشكل مستمر ، كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون مناسبة لعمره الزمني.

(نوري القمش، خليل، 2007، ص190).

يعرف شيفر النشاط الزائد بأنه: حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول ، إنه متلازمة أو تناذر مكون من مجموعة اضطرابات سلوكية ينشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية و عضوية معا ، فالنشاط الزائد عبارة عن الحركات الجسمية العشوائية غير المناسبة تظهر نتيجة أسباب عضوية أو نفسية ، وتكون مصحوبة بضعف في التركيز و القلق والشعور بالدونية ، و كثيرا ما يترافق اضطراب الإنتباه مع النشاط الزائد أو فرط الحركة.(أحمد عبد اللطيف، 2009، ص262).

ويشير Pliszka, et al ، و نقلا عن (الشيخ، 2003، ص264) يعد اضطراب عصبي بيولوجي ينتج عن خلل في تكوين الخلية العصبية سببه زيادة إفراز هرمونات الكاتيكولامين . وإلى أن هرمونات الكاتيكولامين تعتبر من هرمونات الضغوط وهي تتكون من(الأدرينالين - النورادرينالين - الدوبامين)، وانه يمكن الاستدلال عن هذه الهرمونات في البول عن طريق قياس حمض الفانيليل مانديلك ، هذا يعتبر مؤشرا لمستويات هرمونات الكاتيكولامين.(قحطاني حنان، 2016، ص67).

2- أعراض اضطراب فرط النشاط الحركي:

الأعراض الجسمية:

ورد عن جو لنتيز 1981 Gollnitz أنه يمارس الأطفال ذوي النشاط الزائد حركات جسمية كثيرة معظمها حركات عشوائية غير مقبولة وغير هادفة ، ولا يستقرون في مكان واحد ، وينتقلون كثيرا بين المقاعد ، ولا يجلسون في مكان دون حركة ، وإذا أجبروا على الجلوس تراهم يتململون في مقاعدهم ويتأرجحون عليها دون ككل ، وقد يقفزون فوقها ثم لا يلبثوا أن يهبطوا أسفلها ، ويصدرون أصوات بلا مبرر محدثين ضوضاء و ضجيجا ، و يشاكسون من حولهم وبخاصة الأطفال الآخرين ، وهؤلاء الأطفال سريعوا الهياج لا يستطيعون السكون أو الهدوء ، وحركاتهم غير موجهة ، وقد لوحظ على بعض الأطفال ذوي النشاط الزائد كثرة حركات ال أرس والعينين في اتجاهات متعددة دون التوجه لشيء محدد ومنهم من يتلفت يمينا و يسارا بدون مبرر وبلا تركيز على شيء ، وتظهر هذه الحركات الجسمية للأطفال في أي مكان سواء في المدرسة أو في المنزل أثناء تناول الوجبات وأثناء مشاهدة التلفاز وأثناء عمل الواجبات المدرسية التي لا يكملها كما تظهر في الأماكن العامة كالحدائق والمطاعم وأثناء ركوب السيارة... ، وبرغم هذه الحركات الزائدة للأطفال إلا أنهم لا يقبلون على الألعاب الرياضية ، لأنهم لا يرغبون بالإلتزام بقواعد أو نظم. ومعظم هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات في التناسق الحركي والسلوكي ، وبعدم انتظام الرسم الكهربائي لعضلاتهم .

الأعراض الاجتماعية:

أكدت نتائج الدراسات أن الأطفال ذوي النشاط الزائد غير متوافقين ، لا يستعطون التعامل مع الآخرين ، ولا يطيعون الأوامر ، ويصعب عليهم إقامة علاقات طيبة مع زملائهم و إخوتهم ، ويمارسون سلوكيات غير مقبولة اجتماعيا مثل العدوان والصراخ والشجار والهياج ، وقد ينسحبون من الجماعة ونراهم منبوذون من الآخرين غير قادرين على التفاعل الاجتماعي الإيجابي ، ويتصف معظمهم بسوء التكيف وضعف في التطبيع الاجتماعي.

الأعراض الانفعالية:

يبدو الطفل ذو النشاط الزائد مشتت الانتباه ، ضعيف التركيز ، متهور ، يصعب عليه ضبط نفسه أو السيطرة على انفعالاته ، ويظهر عليه الغضب ولا يستطيع ضبط استجاباته للمؤثرات الخارجية.



المحاضرة الرابعة : الاضطرابات الحركية ومشكلات الاستقرار الحركي عند الطفل

ومعظم الأطفال ذوي النشاط الزائد يسهل استشارتهم وتعريضهم نوبات غضب حادة ، وتقلبات مفاجئة في المزاج كما يتسمون بسرعة الهياج خاصة إذا ما تعرضوا لمواقف محبطة ، فهم لا يتحملون الإحباط وتصدر منهم ردود فعل غاضبة غير متوقعة. وقد لوحظ أن هؤلاء الأطفال يظهر عليهم عدم الرضا وينظرون لأنفسهم نظرة سلبية ، وانفعالاتهم دائما غير مستقرة ، ومفهوم الذات لديهم منخفض. (نايف بن عابد الزراع، 2007، ص22-23).

الاندفاعية

إن الأطفال المصابين بفرط النشاط ، يتميزون بسرعة الاندفاعية في الاستجابة أو سرعة رد، إذ أن أي موقف يتعرض له الطفل من خلال لعبة مع زملائه في فناء المدرسة نجد أنه لا ينتظر دوره في اللعب، حيث يكون مندفعاً للإستجابة دون تفكير مسبق، فلا يعرف تبعات قيامه بالأفعال، كما يجد صعوبة في انتظار دوره ولا يفكر في البدائل المطروحة قبل أن يختار قراره الذي تم اختياره بالعجلة والتسرع.

3- النشاط الحركي الزائد والتربية الحركية:

التربية الحركية وبرامجها المختلفة من أنجع الوسائل التربوية التي تهدف إلى تحقيق النمو المتكامل للطفل، حيث يرى جالهيو (Gallhue, 1996) ان الحركة إحدى الدوافع الأساسية لنمو الطفل، فعن طريقها يبدأ الطفل التعرف على البيئة المحيط به. وهذا الميل الطبيعي للحركة هو إحدى طرق التعليم فالطفل يتعلم من خلال الحركة وهي عبارة عن مدخل وظيفي لعالم الطفولة ووسيط تربوي فعال لتحسن وتطوير النمو الحركي والعقلي والاجتماعي للطف.

ويؤكد فزاري (2002) إن مرحلة التعليم الأولى تلائم فترة النمو الفسيولوجي والإدراكي والحركي للطفل، حيث يبدأ خلالها في التدرج من مستوى الإدراك الكلي العام والشامل، إلى مستوى التحديد والثبات والتحليل حيث تنمو لديه أجهزة التحكم في العضلات والتنفس، وهذه العمليات تحتاج إلى رعاية وإلى تنظيم قصد المساعدة على تحقيق ترابط إجمالي لنضجه العضوي ولخبرته العصبية والحركية مما يساعده في إعداده لتعلم القراءة والكتابة والرياضيات. فالتربية الحسية الحركية أساس كل تعلم ومعرفة، فهي تسمح للطفل لاكتشاف ذاته وفق تسلسل منظم.

بينما يعرف الديرري (1999) التربية الحركية على "أنها ذلك الجزء من التربية الذي يتم عن طريق النشاط البدني الذي يستخدم الجهاز الحركي لجسم الطفل، وما ينتج عنه من اكتساب الفرد لبعض الاتجاهات السلوكية."

المحاضرة الرابعة : الاضطرابات الحركية ومشكلات الاستقرار الحركي عند الطفل

والخلاصة ان التربية الحركية، نظام تربوي مبني بشكل أساسي على الإمكانيات النفس حركية الطبيعية المتاحة لدى الطفل وهي جزء من التربية العامة، تتم عن طريق ممارسة النشاط البدني أو الحركي، فهي تعرف الطفل بنفسه وبجسمه، ومن خلالها ينمي لياقته البدنية والصحية ، ومفاهيمه وعلاقاته وانفعالاته ومعارفه في ضوء الظروف البيئية المحيطة به.

<https://childhood.ahlamontada.com/t50->

topic

4- الصعوبات التي تصادف في القسم قبل التعرف عن الإضطراب:

المعلم يلاحظ الطفل الذي لم يستطيع التحكم في نفسه، ولم يستطع تتبع القوانين المطبقة في القسم، مثل البقاء جالساً، الامتناع عن الضجيج، و صعوبة التأقلم مع الجماعة. زيادة على ذلك يظهر الطفل حزين ، عدم القدرة على الانتباه وغير مهتم إهمال أو أكثر من ذلك ، مضطرب بدون هدف معين.

- الطفل يزجج أصدقاءه ببعض الكلمات . له مصاعب البقاء على تركيز انتباهه حول تمرين أو درس.

- سرعة زوال الشجاعة غير قادرة على حل المشكلة ولا يطلب المساعدة لأنه لا يستطيع وغير قادر على الانتظار، يريد الحل وحيناً.

الطفل له مصاعب في الانتباه السمعي مما يجعل المعلم يكرر المعلومات عدة مرات، لكي تصبح مفهومة . زيادة يظهر بأن الطفل له مشاكل الفهم العام إذا كانت الشروحات غير مفصلة.

5- دور المعلم :

المعلم عليه أن يتقبل بأن الطفل مصاب بالنشاط الحركي الزائد و مهياً لتكييف الطرق البيداغوجية حسب حاجات الطفل . ولهذا الغرض عليه العمل طيلة السنة مع أولياء الطفل والفريق الطبي بدون إهمال حريته البيداغوجية . هذا التعاون مهم بالنسبة للطفل حتى يجد معالم لصنع وجوده كتلميذ.

إن الطبيب يطلب ملء استمارة (questionnaire de conners) لسلم السلوكيات في القسم . العديد من الحلول تقترح للمعلمين حتى تمر الأمور على أحسن ما يرام.

المحاضرة الرابعة : الاضطرابات الحركية ومشكلات الاستقرار الحركي عند الطفل

6- بعض النماذج المقترحة للتخفيف من اضطراب فرط النشاط الحركي:

- وضع استعمال الزمان للقسم اليومي حتى يتمكن هذا الطفل ذو النشاط الحركي الزائد من إدراك جيد للوقت.
- تجزئة نشاط الطفل : و تنظيم حصيلة عمل قصيرة تنقسم إلى مراحل:
- تحديد الأهداف الدقيقة للطفل للوصول إليها خلال السنة : الإستجابة للقوانين ، و ضوابط القسم لكي ينجز فروضه و يكون هادئا ،... إلخ.
- محاولة تقديم الأشياء الجديدة بصفة مستمرة حتى نمنع الملل عند الطفل المصاب و استخدام الطرق التي تجلبه أكثر (باستعمال الإعلام الآلي، الأجهزة السمعية البصرية).
- إعادة النظر في نفس الوقت إلى حاجة الطفل للحركة وهذا بإشراكه في نشاط القسم مثل توزيع الكرايس، مسح السبورة ، تشجيعه المستمر و محاولة البقاء الإيجابي معه.
- البقاء أو التسامح معه أكثر من الآخرين
- تشجيع أو شكر السلوكات المكيفة ، جهل السلوكات السلبية إذا لم تمثل خطورة .إذا لم نلغي هذه السلوكات فمن الأحسن إبعاد الطفل أو جهل كامل يكون أحسن من أن نغضب عليه .و في كل الحالات يجب أن نبرز المكافآت و العقوبات بطريقة هادئة، مدققة، و محايدة:
- المعلم يجب أن يظهر صارم و لكن منفتح، لقاء حار، إعطاء أوامر واضحة و بسيطة.

(Canez Marianne et les autres,2009 ,p08-09)

7- التشخيص الأمثل لاضطراب فرط الحركي:

إن التشخيص الأمثل لاضطراب فرط في النشاط الحركي يجب أن يشتمل على فريق طبي متعدد من أجل أن يكون التشخيص كامل وهذا ما أشار إليه المعهد الوطني للصحة ،أنه من أجل تشخيص الأطفال المصابين بقصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي يجب أن يقوم بالتشخيص طبيب الأمراض العقلية للأطفال وطبيب الأطفال وأخصائي نفسي بشرط أن يكونوا مؤهلين ومدربين وتكون لديهم الخبرة اللازمة من أجل إعطاء التشخيص الصحيح . ويتم تقويم شامل وواضح للمشكلات الطفل الذي يعاني من اضطراب النشاط الزائد

المحاضرة الرابعة : الاضطرابات الحركية ومشكلات الاستقرار الحركي عند الطفل

المصحوب بتشتت الانتباه من المدرسة عن طريق المعلم وفي المنزل عن طريق الوالدين وفي البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل، تجمع المعلومات التي تتعلق بهذا العنصر الأخير من الوالدين، وبعد أن يتم تحديد طبيعة مشكلة الطفل، ومظاهرها وأبعادها، يتم صياغة برنامج علاجي شامل لهذه المشكلة، فالهدف الأساسي من عملية التشخيص هو معرفة جوانب القوة والضعف عند الطفل، وتصنيف مشكلته لتقدم للمعالج الصورة الشاملة للطفل و تشمل عملية التشخيص ما يلي:

أولاً : يتم في هذه المرحلة جمع المعلومات الأولية على الطفل للتقييم السريري ونفسي للطفل إذ تحتوي هذه المرحلة على دراسة سلوك الطفل في مختلف مجالات حياته اليومية . يجب الاستعانة بالأدوات التشخيصية اللازمة للحصول على معلومات عن الطفل وذلك من مصادر متعددة ومختلفة من بينها نجد الوالدين والمعلم . يجب الاستعانة بالسجلات الطبية لإجراء مسح طبي عام لاستبعاد أي مشاكل في القدرات الجسمية، من بين التخصصات التي يجب الاستعانة بها من أجل الوصول إلى المسح الطبي الجيد أولاً طبيب عام، طبيب الأمراض العقلية للأطفال، طبيب أعصاب، أخصائي نفسي عيادي.

ثانياً : في هذه المرحلة نقوم بالمقابلة المباشرة مع الطفل من أجل الملاحظة خلال فترة تطبيق الاختبارات المقدمة إليه من أجل الحصول على معلومات هامة حول كيفية تعامل الطفل مع الواجبات البسيطة أو المعقدة ، والتعرف على المشكلات البصرية أو السمعية.

ثالثاً : في هذه المرحلة يمكن أن نطلق عليها بالتشخيص الشامل للحالة إذ يتم إجراء تقييم نفسي وإجراء اختبارات الذكاء وتحصيل فردية، وتطبيق قوائم تقدير السلوك وملاحظة صفته بالإضافة إلى إجراء تقييم مبني على المنهج ثم بعد الانتهاء من التشخيص من قبل الفريق المتعدد التخصصات يقوم هذا الفريق بوضع الخطة التربوية الفردية ومن العناصر الأساسية في عملية تقييم وتشخيص الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وهو التنوع في تطبيق المقاييس سواء قوائم تقدير السلوك أو الاختبارات الفردية المقننة إن وجدت.

بالإضافة إلى التاريخ السابق للطفل وجمع ما أمكن من معلومات عن الطفل داخل المدرسة ومراجعة سجلاته المدرسية . وبما أن هنالك بعد طبي وتربوي أكاديمي وتربوي سلوكي ونفسي في هذا الاضطراب، فلا بد من أن

المحاضرة الرابعة : الاضطرابات الحركية ومشكلات الاستقرار الحركي عند الطفل

يكون الفريق الذي يعمل في التشخيص فريق متعدد التخصصات مثل ما تم الإشارة إليه في النقطة الأولى من الأخصائي النفسي، وطبيب الأطفال أو طبيب الأمراض العقلية للأطفال، بالإضافة إلى الأخصائي المختص والمدرس العادي ومدرس التربية الخاصة . إن قياس وتشخيص المظاهر السلوكية والانفعالية للطفل من شأنه أن يلقي الضوء عما إذا كانت المشكلات ذات مظاهر خارجية مثل العدوانية واضطرابات التصرف، والقلق، والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي. (نايف بن عابد الزراع، 2007، ص44).

8- التشخيص الفارقي لاضطراب فرط النشاط الحركي:

تمتج أعراض اضطراب فرط النشاط الحركي مع عوارض لاضطرابات وحالات سلوكية مختلفة، عندما يقوم المتخصص العيادي بعملية التشخيص يجب عليه أن يعتمد على ما يسمى بالتشخيص الفارق لتحديد الفوارق الأساسية بين الاضطرابات واضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه فحسب (سيد سليمان، 2011) في (بن مصطفى 2016، ص 39) أنه ليس كل من تظهر عليه أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يعاني بالضرورة من هذا الاضطراب، فهناك مجموعة من الاضطرابات تكون سببا في ظهور سلوكيات تشبه إلى حد كبير أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، كما يصعب في مرحلة الطفولة المبكرة التمييز بين أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عن سلوكيات الأطفال النشطة مثل الجري وغير ذلك . في نفس السياق اشارت كلا من معين شاهين ونافع العجارمة 2010 و ابراهيم صندقلی 2008 و مريم سليم 2005 إلى أنه يوجد حوالي سبعة تشخيصات طبية لها اعراض مشتركة مع اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

أ- متلازمة اسبيريجر: هو أحد الامراض السلوكية التي تظهر اعراضه في سن الثالثة، فيظهر الطفل حالة من الانزعاج من الأصوات المرتفعة وصعوبة التكيف مع الواجبات الاجتماعية ومشاكل في العلاقات مع الآخرين .

ب- ضعف السمع: اثبتت العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع أو التهاب الاذنين، لديهم صعوبة في الانتباه وصعوبة في التمييز بين الكلام المسموع فلا يتذكرون بعض تفاصيل المحادثة وبالتالي يبدو أنه غير منتبه أو غير مصغي وهذا يحدث أيضا مع الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه

المحاضرة الرابعة : الاضطرابات الحركية ومشكلات الاستقرار الحركي عند الطفل

ت- **نقص هرمون الدرق** : يؤدي الخلل في عمل الدرق إلى زيادة نشاطها وبالتالي إلى زيادة افرازات مما يؤدي إلى زيادة التمثيل والامتصاص الغذائي وإلى كذلك تغيرات كيميائية في الخلايا الحية، ويصاحب هذا الخلل ظهور بعض الاعراض الشبيهة بأعراض قصور في الانتباه وفرط النشاط الحركي مثل الشعور بالإحباط والحزن وكذلك صعوبة في التركيز والانتباه، وكثرة النسيان وزيادة النشاط الحركي والتهيج، بالإضافة إلى زيادة في نشاط الجهاز العصبي ويظهر على شكل تصبب للعرق وزيادة في نبضات القلب.

ث- **عوارض توريت** : يعتبر هذا المرض السلوكي من بين أكثر الامراض تشابها باضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من حيث عوارضه ومظاهره، فهو اضطراب نفسي لدي الأطفال تظهر اعراضه قبل مرحلة البلوغ، وتتغير هذه الاعراض بحدتها من وقت لآخر وبحسب الظروف المحيطة وربما تزيد مع تقدم العمر، ومن خصائصه حدوث حركات لا ارادية مفاجئة مصحوبة بأصوات تشبه الشخير أو الهمس أو السعال أو الشهيق أو اطلاق اللعنت والالفاظ النابية.

ج- **التخلف العقلي** : يمكن أن تظهر هذه الأعراض على شكل عدم المقدرة على التكيف الاجتماعي مع ضعف الاداء المدرسي والحاجة إلى وقت أطول للاستيعاب.

ح- **ضعف التغذية والحساسية من بعض الأطعمة** : حيث يؤدي نقص السكر في الدم إلى العدوانية والنشاط الزائد وعدم القدرة على التركيز.

خ- **النوبات الصرعية** : يتشابه الصرع مع اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من حيث تأثير الاثنين على التحصيل الاكاديمي وعدم القدرة على التركيز في انجاز الاعمال الدراسية. إن حالات الصرع تتنوع من واهم نوبات الصرع ما يسمى نوبات الصرع الخفيف أو الصغير والذي يؤدي إلى انقطاع الانتباه خلال ثواني (أقل من 15 ثانية) ومن السهولة جدا عدم ملاحظة الاخرين لهذه الحالة، ولكن هذه الحالة قد تصل لحد مئة مرة في اليوم الواحد وبعدها يصبح من الصعوبة متابعة الحدث الذي كان امامه. أما بالنسبة للحالة الثانية وهو نوع اخر من أنواع الصرع وهو ما يسمى بصرع الفص الجبهي تحدث هذه الحالات بين المواليد والبالغين واسبابها غير معروفة إلى الان وتبدأ عوارضها بوجود علامات منبهة قبل حدوث

المحاضرة الرابعة : الاضطرابات الحركية ومشكلات الاستقرار الحركي عند الطفل

النوبة يليها فقدان للوعي بدون السقوط، ويصاحبها تصرفات لا هدف لها كالمشي العشوائي وشد الملابس وحركات غريبة في الوجه كمص الشفاء والبلع والمضغ بالإضافة إلى حركات متكررة في الاصابع وتكون على نمط واحد وبدون هدف مع تمتمة وكلام غير منطقي. (عيناد ثابت إسماعيل، 2016، ص43-44).

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري.

تمهيد

لما كانت اللغة أداة مهمة لمعرفة نمو الطفل عبر انتقاله بمراحلها وصولاً إلى إدراك المفاهيم وتعلم التعليمات، وفي مرحلة لاحقة اندماجه بعالم أرحب وأوسع من عالمه الذاتي، كان من الضروري التعرف على مراحل النمو اللغوي لدى الطفل، لأن مثل هذا التعرف من شأنه أن يثبت هوية الطفل بشكل دائم وعميق عبر مبادلة والديه له بالمشاعر ليحدث ما يسمى بالتغذية الراجعة الحيوية جداً بالنسبة للأطفال عبر هذه العلاقة بينهما. وللتواصل جوانب عديدة ومنها :

01- اللغة (Language): والتي تعرف على أنها عبارة عن الرموز المتفق عليها في ثقافة معينة أو بين أفراد فئة محددة أو جنس معين، وتتسم اللغة بنظام يضبط الاتصال بقواعد محدودة تتمثل في صور متعددة؛ قد تكون إشارات أو رموزاً أو لباساً أو صوراً ... الخ

واللغة قدرة مكتسبة يتعلمها الطفل من الأسرة والمدرسة والمجتمع بمؤسساته المختلفة، والتي قد يتقنها بعض الأطفال، ولكن بعضهم الآخر قد يواجه مصاعب مختلفة في تعلمها . ويشير (Miklaleh, 1981) إلى أن للغة أصولاً بيولوجية تتمثل في الاستعداد الفيزيولوجي والعقلي وأنها تسير وفق أربع مراحل هي:

1. مرحلة البكاء : حيث يعبر الطفل في هذه المرحلة عن حاجاته وانفعالاته بالصراخ .
2. مرحلة المناغاة : وهي مرحلة إصدار أصوات ومقاطع متكررة ويمتد ما بين الشهرين الرابع والخامس .
3. مرحلة التقليد : تقليد الأصوات أو الكلمات التي يسمعها وقد يكون بشكل خاطئ. 4. مرحلة المعاني : وفي هذه المرحلة يربط الطفل بين الرموز اللفظية ومعناها .

02- الكلام (speech): يعتبر الكلام جزءاً من اللغة وهو الجانب الشفهي أو المنطوق أو المسموع وهو فعل حركي للغة.

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

ويتمثل من خلال سياق من الرموز الصوتية يخضع أيضا لنظام معين يتفق عليه للثقافة الواحدة وهو أكثر خصوصية من اللغة ، ويعتمد الكلام على مجموعة من الأجهزة الحسية والحركية والعصبية لدى الفرد، ويمر الكلام في ثلاث مراحل :

1. مرحلة الاستماع : وتعتمد على سلامة الجهاز السمعي

2. مرحلة المعالجة: وتعتمد على قوة التفسير في الدماغ وسلامة مراكز اللغة في الدماغ .

3. مرحلة الإرسال، وتعتمد على سلامة أجهزة النطق بدءا من الرئتين وانتهاء بالشفيتين .

03- الصوت (Voice): وهو ذلك المؤثر الذي يحدث نتيجة الاهتزازات للأجسام والأشياء عندما تصطدم

أو تحتك في بعضها أو بأجزائها بحيث يصل عدد الاهتزازات الصوتية في الثانية الواحدة مقدار ما تستطيع إذن الإنسان الإحساس بها، ويقدر العلماء بأن مدى إحساس أذن الإنسان بالاهتزازات الصوتية والتي تقاس بالتردد ما بين 20-20000 هيرتز (ذبذبة في الثانية)، هذا في الحالة الطبيعية في الإنسان وقد يتخلل ذلك بعض المشكلات عند بعض الأفراد؛ إما بسبب مرحلة الاستقبال أو الاستماع؛ وهذا يعود لمشكلات في الجهاز السمعي، أو بسبب مرحلة المعالجة؛ ويعود ذلك لمشكلات في مراكز اللغة في الدماغ، أو مشكلات في مرحلة الإرسال؛ وهذا يعود لمشكلات في جهازي النطق والصوت، وكل ذلك يعرف باضطرابات التواصل. (عصام نمر عواد، 2008، ص04)

4- نمو اللغة عند الطفل:

لابد من الإشارة إلى أن النمو اللغوي و النمو المعرفي يرتبطان ارتباطا وثيقا جدا و قد درس عدد من علماء النفس اللغوي بين القدرات اللغوية عند الأطفال و قدراتهم المعرفية و يعتقد بعض هؤلاء (DALE 1976) أن الطفل لا يمكنه أن يعكس على شكل لغة سوى الأشياء، و الأفكار التي يستطيع التعامل بها معرفيا و عقليا، أي أن الطفل لا يمكنه استعمال كلمات و جمل ذات معاني أبعد من مستواه المعرفي من النمو. و مع تعقد القدرة المعرفية عند الطفل تتعقد قدراته المعرفية بشكل يوازي تطور قدراته المعرفية و شدة الارتباط بين هذين الجانبين من التطور يعتقد بعض العلماء أنها في الحقيقة موضوع أكاديمي واحد (Anaëlle 1977) و عند الحديث عن نمو لغة الأطفال لا يستطيع احد أن ينكر أهمية العمليات النضجية في اكتساب اللغة، استجابات

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

الطفل الوليد اللغوية تكون محدودة جدا في بداية حياته ، و ليس من السهل التغلب على هذا القصور و تغييره مهما حاولنا إنماء البيئة الاجتماعية للطفل بمثيرات لغوية متعددة . وقد لاحظ بعض العلماء أن هناك ارتباطا محدودا بين اكتساب الطفل لبعض المعالم اللغوية الأساسية و بين مهارات حركية معينة عند الطفل .(عبد القادر فيصل، 1993، 56).

5- مراحل إكتساب اللغة عند الطفل:

تتطور لغة الأطفال بشكل سريع خلال السنوات الأولى من أعمارهم ، حيث يتقن الطفل الكثير من المهارات اللغوية مع بلوغه سن الخامسة و السادسة ، فالتطور اللغوي عند الطفل ينطوي على مهارتي الاستقبال (الفهم) و التعبير (الإنتاج)، علما أن مهارة الاستقبال تنضج قبل مهارة التعبير، وتتسم سرعة التطور اللغوي عند الأطفال بالتباين الشديد من طفل لآخر ، فكثيرا ما يصل بعض الأطفال إلى عمر الثلاث سنوات لا يزالون لا يتقنون سوى بعض الكلمات بينما نجد

أن ابن السنتين أو اقل بقليل يتحدثون بجمل واضحة و مفهومة إلى حد بعيد ، ويمكن تفسير هذا التباين من خلال العوامل المؤثرة في التطور اللغوي و تحديد العوامل البيئية و العوامل الذاتية . و يمكن تقسيم مراحل تطور اللغة إلى مرحلتين:

-مرحلة ما قبل اللغة.

-المرحلة اللغوية.

1- مرحلة ما قبل اللغة:

و تشمل السنة الأولى من العمر ، ويمكن تقسيمها إلى ثلاث إشكال:

1-1-البكاء و الصراخ : يمارس الطفل منذ ولادته إصدار الصراخ و البكاء ، حيث تعد وسيلة الاتصال الوحيدة غير المتعلمة التي يستطيع الرضيع ممارستها ثم ليث الصراخ وسيلة للرضيع لكي يعبر عن عدم ارتياحه أو سوء تكيفه ، فيصبح هناك صراخ للجوع... الخ.

1-2- السجع : تظهر هذه المهارة في الشهر الثالث و الخامس حيث يعد السجع نطق المقاطع الصوتية مثل (دو، نمو، وو) ، وهذه المقاطع تؤدي وظائف اتصالية ترتبط بحالة الرضا و الحالات الوجدانية.

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

1-3- المناغاة: يمارس الرضيع هذه المهارة في فترة السادسة و الثانية عشر شهرا ، وهي أصوات أكثر تعقيدا من السجع ، و لكنها لا تشكل كلمات ذات معنى ، بل هي اقرب إلى تركيب مقطعين ، صوتين هي سلوكيات عالمية غير متعلمة ، لا علاقة لها بنوع الثقافة ، أو اللغة و لكنها عادة ما يفهمها الناس بطرق مختلفة ، فيعملون على تعزيزها و إظهار علامات السرور و الاستحسان مما يساعد على تفريقها لتصبح كلمات لها معنى مع نهاية السنة الأولى و بداية السنة الثانية.

2- المرحلة اللغوية:

تبدأ هذه المرحلة مع دخول الطفل سنته الثانية حيث يبدأ أولا بالمناغاة ثم يقوم باستبدال الحروف في الكلمات. ويمكن أن تشمل المراحل التالية:

2-1- مرحلة الكلمة : يتعلم الطفل الكلمات الأولى في مرحلة السابعة و الثامنة عشر شهرا من خلال تجمع صوتين أحدهما ساكن و الآخر متحرك ، وعادة ما ترتبط هذه الكلمات بحاجات الطفل الأساسية كحاجات الطعام و الشراب و مناداة الأب و غيرهم من الناس المقربين إلى الطفل (ماما ، بابا، حليب ، عصير) و قد أظهرت الدراسات إن كمية الكلام غير الواضح تبدأ بالانحصر تدريجيا مع بداية الشهر التاسع من العمر، و بغض النظر عن اللغة القومية للطفل ، فان الكلمات الأولى تتألف من المقاطع التالية (ث،ب،ت،م) و التي تصدر عن مقدمة اللسان ، و كذلك أحرف العلة (ا ، ي ، و) التي تصدر عن مؤخرة اللسان و هذا الأمر قد يكون السبب وراء تشابه الكلمات (بابا ، ماما) في كل اللغات.

و من الصعب إن نعلم بان الحروف الصامتة التي تصدر عن مؤخرة اللسان و وسطه مثل (ع،ق،ك ،ج) التي لا يحسن الطفل المبتدئ النطق بها في الأحوال العادية ألا انه يحسن النطق بها أثناء اللعب فقط ، و يقدر عدد الكلمات التي يمكن للطفل استخدامها في مراحل الحياة الأولى بمايلي:

- نهاية ثمانية عشر شهرا :حوالي خمسون كلمة.

- نهاية السنة الثانية : حوالي مئتي و خمسون كلمة.

- نهاية السنة الثالثة: حوالي أربع مئة و خمسون كلمة . (محمد عوض التتوري،2006،ص194)

2-2- مرحلة الكلمة : و يستخدم الأطفال في هذه المرحلة (أربعة و عشرون شهرا) كلمة واحدة تدل على عدد من الأشياء و الأحداث أو الظواهر المحيطة به و خصائص هذه المرحلة ارتباط الكلمة بالأفعال و الحركات

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

نتيجة العلاقة القوية بينهما و الكلمة تدل على معنى جملة مفيدة حيث يستخدم الطفل كلمة(ماما) ، ليعني بها(بابا ،انتبه على شيء ما).

2-3- مرحلة الجملة : يبدأ الطفل مع نهاية السنة الثانية بتطوير الجمل القصيرة و البسيطة حيث يربطون كلمتين أو ثلاث كلمات أساسية لتكوين جملة ذات معنى ، ولكن دون مراعاة لقواعد اللغة أو حروف الجر و الوصل و ظرف مكان و زمان ، أو كما شبهها البعض بلغة البرقيات مثل (طارت ، طيارة) و يتميز نمو الجملة بالبطء الشديد في بداية المرحلة ، ثم ما يلبث أن يزداد بسرعة عالية. ومع بساطة الجمل في هذه المرحلة إلا انه إبداعية يستطيع الطفل تركيب جمل جديدة ليصف ظاهرة ما . (عبد الفاتح أبو معال، 2000، ص6)

6- أنواع اضطرابات التواصل:

6-1- اضطرابات النطق:

تتنوع اضطرابات النطق لدى أطفال ما قبل المدرسة و أطفال المدرسة وفقا لأسبابها أو مظاهر النطق لدى الأطفال، وتعرف اضطرابات النطق بأنها الصعوبة التي يواجهها الشخص في استخدام جهازه النطقي. ويعرف الباحثان (Oralansky & Heward, 1986) اضطراب النطق بأنه عدم قدرة الطفل أو الفرد على ممارسة الكلام بصورة طبيعية تتناسب مع عمره الزمني، وقد يتمثل ذلك في صعوبة النطق للأصوات أو تراكيب الأصوات مع بعضها لتكوين كلمات مفهومة، أو تركيب الكلمات في صورة جمل مفهومة، أو استخدام الكلام بصورة فاعلة في عملية التواصل مع الآخرين. وتشمل اضطرابات النطق المظاهر التالية :

7- **الحذف (Omission):** ويقصد به أن يحذف الفرد حرفا أو أكثر من الكلمة (كخوف بدلا من خروف) ويعتبر عملية الحذف طبيعية حتى سن دخول المدرسة.

8- **الإبدال (substitution)** ويقصد به أن يبدل الفرد حرفا بأخر (كإبدال حرف [ك] بحرف [ت] ، فيقول : " ستينة بدل سكينة" ، ويعتبر الإبدال طبيعية أيضا حتى سن دخول المدرسة.

9- **الإضافة (Additions):** ويقصد به إضافة حرف إلى الكلمة المنطوقة مثل (لعبات بدل لعبة)، وهي أيضا ظاهرة مقبولة بين الأطفال حتى سن دخول المدرسة

10- التشويه (**Distortions**): ويقصد به أن ينطق الفرد بطريقة غير مألوفة، وقد لا يكون الحرف واضحة، وأيضا يعتبر أمرا طبيعيا لبعض الحروف بين الأطفال حتى سن السادسة. وتعتبر اضطرابات النطق من الاضطرابات التواصلية التي تحدث في مرحلة الإرسال نتيجة لأسباب عضوية متعلقة بخلل في جهاز النطق وتشكل هذه الأسباب نسبة 20% .

أما الوظيفية فتشكل 80% من أسباب اضطرابات النطق، وهنا يكون جهاز النطق سليمة، وتعتبر اضطرابات النطق والصوت من أكثر اضطرابات التواصل شيوعا حسب تقدير العلماء والباحثين. وتقدر الرابطة الأمريكية للسمع والنطق أن 10% من الأفراد في المجتمع الأمريكي يعانون من صورة أو أخرى من اضطرابات التواصل، حيث تمثل اضطرابات النطق الحد الأعلى منها وتشكل 5%، وتنتشر اضطرابات النطق بشكل أكبر بين المعاقين سمعية. وقد أشار(هل) في دراسته إلى أن نسبة اضطراب النطق في المدارس الأمريكية العامة بـ 0.7%، ويعتبر اضطراب النطق بالاستبدال من أكثر أشكال اضطرابات النطق شيوعا، وأقل اضطرابات النطق شيوعا حسب الدراسات العالمية هو اضطراب الإضافة ويمكن تشخيص الاضطرابات التواصلية بطرق متعددة أهمها الفحص الطبي لجهاز النطق والصوت والمناطق المسؤولة عن اللغة في الدماغ، وهناك اختبارات سيكولوجية متعددة يقوم بها أخصائي النطق لتحديد نوع الاضطرابات ثم استخدام خطة العلاج المناسبة .

(عصام نمر عواد، 2008، ص 05).

6-2- إضرابات الكلام:

إن اضطرابات الكلام لدى أطفال ما قبل المدرسة و أطفال المدرسة تنوع وفقا لأسبابها أو مظاهر النطق لدى الأطفال، وقد قسمها المختصون لعدة أقسام وفقا لمدخلات عدة و فيما يلي سنذكر بعض تقسيمات المختصين لها:

قسم الروسان(2000) اضطرابات الكلام للمظاهر التالية:

1- ظاهرة التأتأة في الكلام :و في هذه المرحلة يكرر المتحدث الحرف الأول من الكلمة عددا من المرات أو يتردد في نطقه عددا من المرات و يصاحب ذلك مظاهر جسمية انفعالية غير عادية ،مثل تعبيرات الوجه أو حركة اليدين.

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

2- ظاهرة الوقوف أثناء الكلام: وفي هذه الحالة يقف المتحدث عن الكلام، بعد كلمة أو جملة لفترة غير عادية، مما يشعر السامع أنه إنتهى من كلامه مع أنه ليس كذلك، و تؤدي إضطرابات الكلام أي كانت إلى صعوبات في التعبير عن الذات تجاه الآخرين.

3- ظاهرة السرعة في الكلام: و في هذه الحالة يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات و يصاحب تلك الحالة مظاهر جسمية و إنفعالية غير عادية أيضا، مما يؤدي إلى صعوبة فهم المتحدث، و يصاحبها مشكلات في التواصل الاجتماعي مع الآخرين. (الروسان، 2000، ص19-20).

و من بين إضطرابات الكلام نذكر أيضا:

أ- الأفازيا **aphasia**:

7- كلمة أفازيا مصطلح يوناني مكون من مقطعين: المقطع الأول (A) ويعني "عدم أو خلو"، والمقطع الثاني **phasia** ليست الأفازيا مجرد انعدام القدرة على النطق أو إخراج الصوت ولكن أيضا تعطل في الوظيفة الكلامية من حيث قدرة الفرد على الإدراك الصوتي والتعبير بالرمز سمعا أو نظرا أو كتابة أو نطقا أو غير ذلك. (عبد الله فرج، 2005، ص130).

وهناك أنواع كثيرة لأفازيا نذكر منها:

8- **الأفازيا الحركية**: تسمى بالأفازيا الشفوية وهو عدم القدرة على الكلام الحركي بصوت مسموع وعدم القدرة على القراءة بصوت مسموع، أو إعادة الكلمات المسموعة وذلك دون وجود ظاهرة كلامية أخرى. (أحمد نايل، 2002، ص21).

9- **الأفازيا الحسية**: افتراض مركز سمعي كلامي يوجد في القصد الصدعي الكلامي من الدماغ وافتراض حدوث إصابة أو تلف في هذا الجزء من الدماغ أدى بدوره إلى تلف الخلايا العصبية، التي تساعد على تكوين الصورة السمعية للكلمات فالأفازيا من الاضطرابات الكلامية، حيث ينتج عنها عملية النسيان يوحى فقدان الذاكرة. (قحطان أحمد الظاهر، 2010، ص134).

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

ب- الحبسة الكلامية: إن الحبسة تشكل مرضا كلاميا ولغويا، يؤدي إلى خلل في أداء الكلام والحبسة هي: "مجموعة الاضطرابات المرضية التي تخلو بالتواصل اللغوي دون عجز عقل خطير ويمكن أن تصل مقدراتها التعبير والاستقبال الأدلة اللغوية المنطوقة والمكتوبة، والحبسة ثلاثة أنواع وهي:

-الحبسة الإرسالية: وهناك يواجه الطفل صعوبة في التعبير سواء من خلال الكلام أو حتى الكتابة.

-الحبسة الاستقبالية: تكون هنا القدرة على الكلام سليمة نوعا ما، ولكن المشكلة تكون في فهم اللغة المنطوقة.

-الحبسة الكلية: وهي أشد الأنواع خطورة حيث يفقد الشخص القدرة على الفهم وعلى التحدث معا، أي هناك عجز كامل في كل النواحي اللغوية. وتعد هذه الحبسة الكلية من أصعب الاضطرابات، لأنها قد تؤدي بصاحبها إلى فقدان الذاكرة. (سعدون، هدى، 2005، ص105).

6-3- إضرابات اللغة:

تنوعت تقسيمات المختصين لأنواع إضرابات اللغة و نلخص كلام العزالي (2014) الذي قسمها إلى :

1- الإضرابات اللغوية التطوية: ويرجع السبب الرئيسي لاضطرابات اللغة التطورية إلى صعوبة في إكتساب

اللغة و التي تظهر في الأشكال التالية:

● عدم نمو اللغة اللفظية : و يضم الأطفال الذين بلغو سن الثالثة و لا يظهرون أية أمارات لفهم اللغة أو إنتاجها، و بعضهم قد يكون أصما خلقيا أو متعدد الإعاقات، و مثل هؤلاء الأطفال يصعب إستخدام الاختبارات معهم بسبب عدم قدرتهم على الإنتباه و الاستجابة للمهام أو مطالب في موقف القياس، فغالبا ما يتم تقييم مستوى نموهم العقلي و الانفعالي على أساس أساليب الملاحظة المنظمة و الغير المنظمة.

● إضرابات الكفاءة اللغوية : و تضم هذه المجموعة الأطفال الذين يمارسون كلاما طفوليا في سن الثالثة و السادسة و الذين لا يستطيعون ممارسة كلام الطفل العادي البالغ من العمر عامين فقط، فلديهم قواعد لغوية خاصة تختلف عن العادية، و مع ذلك فهم لا يعانون من تأخر بسيط في

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

اكتساب اللغة فحسب، بل أكثر من ذلك فقد اكتسبوا حصيلة لغوية معينة حتى الثالثة و لم يطرأ عليهم تغير يذكر بعد ذلك حتى السادسة.

● تأخر ظهور اللغة (تأخر لغوي): يضم هذا الصنف أطفالا يعانون من بطء في معدل النمو اللغوي، حيث يمكن أن يظهر التأخر في واحد أو أكثر من مكونات اللغة الصوتية و الصرفية و النحوية و الدلالية، و قد يشمل تأخر أيضا جوانب أخرى مثل: المهارات الحركية، و التوافق الاجتماعي و القدرة العقلية، أو المتأخرين في الكلام على أنه يماثل السلوك اللغوي لأقرانهم العاديين عدا أنه غير مناسب لعمرهم الزمني.

2- **الاضطرابات اللغوية المكتسبة:** تحدث اضطرابات اللغة عند البالغين لسببين رئيسيين هما إستمرار اضطرابات اللغة التي بدأت في مرحلة الطفولة حتى البلوغ بسبب استعصاء بعض الاضطرابات على العلاج أو عدم توفر الخدمات العلاجية، أو تعرض الأطفال الذين نمت لغتهم بصورة طبيعية لاعاقة بسبب مرض ما، أو نتيجة لحادث أو حدوث تلف في الدماغ و خاصة بعد مرحلة فهم الكلام، و السبب الثاني من الاضطرابات اللغوية المكتسبة و الناجمة عن تلف الدماغ ما يعرف بالحبسة الكلامية و هي فقدان القدرة على الفهم اللغة و إصدارها حيث لا يستطيع الطفل أن يفهم اللغة المنطوقة، كما لا يستطيع أن يعبر عن نفسه لفظيا بطريقة مفهومة. (العرابي، 2014، ص 177-280).

4-6- إضرابات الصوت:

إن الصوت يتكون نتيجة عملية التعلم التي تعتمد على بعض المتغيرات مثل السن والجنس والمكانة الاجتماعية، وإن الصوت الطبيعي يتميز بطول الوقت المستغرق في قراءة الجملة، وطول الفواصل بين الكلمات، والطبقة العريضة وكثرة التغير في مقام الصوت وطبقته من حيث الارتفاع والانخفاض، بينما يفتقر الصوت غير العادي إلى مثل هذه الخصائص ويرى (Oralansky & Heward, 1986) أن الصوت يجب أن يتناسب مع جنس الفرد وعمره الزمني بحيث يكون الصوت السليم مرغوبا وخالية من البحة والخشونة كما يشير أمريك إلى أن اضطرابات الصوت تمثل 5. 15% من اضطرابات التواصل وتمثل 1% من المجموع العام من السكان.

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

ويؤكد (Deborah,2001) أن 75% من اضطرابات الصوت وظيفية، بينما 20% ترجع لأسباب عضوية.

أما (هو) فيرى أن 3% من الأطفال الأمريكيين يعانون من اضطرابات الصوت، وتنتشر اضطرابات الصوت بين الذكور أكثر من الإناث وتشتمل اضطرابات الصوت على :

الاضطرابات المتعلقة بالطبقة الصوتية (Pitch) من حيث ارتفاع الصوت أو انخفاضه بما يناسب العمر الزمني، أما إذا تناقض ارتفاع الصوت أو انخفاضه مع العمر الزمني فيعتبر ذلك اضطراباً وتشمل اضطرابات الصوت الصوت الرتيب (Monotone) والصوت المرتعش (Shivering Voice).

اضطرابات المتعلقة بنوعية الصوت (Quality) ويقسم (بانكر) هذه الاضطرابات إلى قسمين هما الهمس والبحة الصوتية ، وتعود أسباب الاضطرابات الصوتية إلى مرحلة الإرسال الناجمة عن العيوب الخلقية في الحنجرة أو إصابات الحنجرة والأمراض والحوادث، وأشكال الحبال الصوتية.

(عصام نمر عواد، 2008، ص 06).

7- قياس و تشخيص و علاج اضطرابات اللغة:

تهدف هذه المقاييس إلى جمع معلومات عن البناء اللغوي لدى الفرد ومحتواه ودلالات الألفاظ واستخدام اللغة ونطق الكلام والطلاقة اللغوية وخصائص الصوت والمهدف من التشخيص هو تحديد طبيعة اضطراب التواصل ومعرفة مدى قابليته للعلاج، ويتطلب ذلك دراسة حالة الطفل التي يجب أن تحتوي على المظاهر النمائية والتطورية لدى الطفل. ويجب أن تشمل عملية التقييم النواحي الآتية:

- فحص النطق وتحديد أخطاء النطق عن الطفل.
 - فحص السمع لمعرفة هل سبب الاضطراب يعود لأسباب سمعية.
 - فحص التمييز السمعي بمهدف تحديد مدى قدرة الطفل على تمييز الأصوات التي يسمعها.
 - فحص النمو اللغوي لتحديد مستوى النمو اللغوي لدى الطفل ومعرفة ذخيرته اللفظية وقياسها مع العاديين وقياس العوامل النفسية المرتبطة باضطرابات التواصل تأخذ واحداً أو أكثر من الأشكال التالية:
- 1- المنحنى التشخيصي العلاجي: ويركز على دراسة خصائص الفرد السلوكية ويفترض هذا المنحنى بأن

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

الاضطرابات في التواصل ناتجة عن خلل نمائي أو اضطراب نفسي وبعده تحديد أسباب الاضطراب يقدم العلاج المناسب، وقد يشمل العلاج تحليل مهارات الفرد الكلامية واللغوية لدى الفرد وتحديد المهارات التي يفتقر إلى تدريبه عليها.

2- المنحنى السلوكي التعليمي: يقيم هذا الاتجاه اضطرابات اللغة والكلام على أساس مبادئ التعلم السلوكي الإجرائي ويحدد المثيرات البيئية واللفظية ذات العلاقة بالاضطراب التواصلية وتحديد المفردات وطرق تعديل السلوك المفيدة في العلاج.

3- المنحنى التفاعلي بين الشخص: ويركز هذا المنحنى على تحديد مواطن الضعف والقوى لدى الفرد في مجال استخدام الكلام واللغة في الاتصال مع الآخرين بهدف تنظيم الأنماط السلوكية المناسبة لدى الفرد.

4- المنحنى النفسي التحليلي: ويهدف هذا المنحنى إلى تحديد العوامل النفسية والانفعالية ذات العلاقة باضطرابات التواصل خاصة في غياب الأسباب البيولوجية أو عضوية قد تكون مسؤولة عن الاضطراب ويعتقد أصحاب هذا المنحنى بأن الأفكار المكبوتة في اللاشعور هي المسؤولة عن حدوث الاضطرابات ولذلك فإن العلاج ينصب على إخراجها من اللاشعور إلى الشعور، وقد يفيد في العلاج الاختبارات الإسقاطية والعلاج السيكودرامي.

5- المنحنى البيئي: و يهدف إلى دراسة جميع الخصائص الشخصية والأبعاد البيئية التي ترتبط باضطرابات التواصل وتكون عملية القياس والتشخيص منسوبة على تقييم ديناميكيات الشخصية لدى الفرد ومهاراته اللفظية وغير اللفظية ومهاراته في التواصل الاجتماعي.

8- مراحل قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية:

المرحلة الأولى: مرحلة التعرف المبدئي على الأطفال ذوي المشاكل اللغوية: وفي هذه المرحلة يلاحظ الآباء والأمهات، والمعلمون والمعلمات، مظاهر النمو اللغوي، وخاصة مدى استقبال الطفل للغة، وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها والمظاهر غير العادية للنمو اللغوي مثل التأتأة، أو السرعة الزائدة في الكلام، أو قلة المحصول اللغوي وفي هذه المرحلة يحول الآباء والأمهات أو المعلمون والمعلمات الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية إلى الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية.

المحاضرة الخامسة: الاضطرابات اللغوية عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

المرحلة الثانية: مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة وبعد تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، أو الذين يشك بأنهم يعانون من اضطرابات لغوية، إلى الأطباء ذوي الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة، وذلك من أجل الفحص الطبي الفسيولوجي، وذلك لمعرفة مدى سلامة الأجزاء الجسمية ذات العلاقة بالنطق، واللغة، كالأذن، والأنف، والحبال الصوتية، واللسان، والحنجرة.

المرحلة الثالثة: مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات الصلة للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة وبعد التأكد من خلو الأطفال ذوي المشكلات اللغوية من الاضطرابات العضوية يتم تحويل هؤلاء الأطفال إلى ذوي الاختصاص في الإعاقة العقلية، والسمعية، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، وذلك للتأكد من سلامة أو إصابة الطفل بإحدى الإعاقات التي ذكرت سابقا، وذلك بسبب العلاقة المتبادلة بين الاضطرابات اللغوية وإحدى تلك الإعاقات، وفي هذه الحالة يذكر كل اختصاصي في تقريره مظاهر الاضطرابات اللغوية للطفل ونوع الإعاقة التي يعاني منها، ويستخدم ذو الاختصاص في هذه الحالات الاختبارات المناسبة في تشخيص كل من الإعاقة العقلية أو السمعية أو الشلل الدماغي، أو صعوبات التعلم.

المرحلة الرابعة: مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة وفي ضوء نتائج المرحلة السابقة، يحدد الأخصائي في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية مظاهر الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الطفل، ومن الاختبارات المعروفة في هذا المجال.

(سامية عرعار، أكرام الهاشمي، 2016، ص 11-12).

المحاضرة السادسة: اضطراب العزلة عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

المحاضرة السادسة: اضطراب العزلة عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري.

تمهيد:

الانعزالية أو الانطوائية مرض عقلي ونفسي يصيب الأطفال وهو مرض حاد يجعل الطفل يحيى حياة خاصة به تختلف عن حياة الأطفال الطبيعيين وفي هذه الحالة يجد الأطفال المصابون بالانعزال صعوبة كبيرة في التعامل مع الآخرين ويصعب عليهم التفاعل مع الجو المحيط بهم . فمثلاً يجد أو يشعر الأطفال العاديون إلى شخص ما عند ما ينظرون إليه وهو مبتسم يوقنون أن هذا الشعور سواء كان الشخص مبتسم أو عبوسي ومن ثم يجد الأطفال الانعزاليون صعوبة في فهم المعاني والإحساس بالكلام أو أحاسيس من يتحدث إليهم كما لا يستطيع الطفل الانعزالي أن يعبر عن نفسه.

وأن الانعزالية تخلق جواً أو عالماً مشوشاً مناسبة من الأحاسيس عند الأطفال المصابون فمثلاً عند حدوث ضجة مفاجئة يشعرون بالرعب أو عند ما يلمس شخص ما أحدهم يشعر الطفل بموجات قوية من الأحاسيس في صدره ورجفة شديدة.

1- تعريف الانطواء:

ظهر مصطلح الانطواء لأول مرة عند (yung) عام 1919 في مقالاته "صراعات الروح الطفلية" و لقد لاقى هذا المصطلح شهرة ذائعة و حضى باهتمام الكثير من علماء النفس فلقد قدمت له عدة تعاريف منها:

9- تعريف يونغ (yung) " هو انفصال الليبدو عن موضوعاته الخارجية و انسحابه الى العالم الشخصي الداخلي".

10- و عرفه فرويد (s.freud) "سحب الليبدو الذي يفضي إلى توظيف التكوينات النفسية الداخلية ذات طابع الخيالي". (محمد عبد الله، 1996، ص39-43).

من خلال التعريفين السابقين يمكن تعريف الانطواء على النمط الذي يكون تنظيم الشخصية فيه مركزاً على الذات، و منغلقة عليها لذا فالطاقة النفسية عند المنطوي تجعله يتجه إلى داخل ذاته و بالتالي يتميز بميله إلى التفكير و الخيال و التركيز على العالم الداخلي و التأمل و المعاني الذاتية.

المحاضرة السادسة: اضطراب العزلة عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

وهناك فرق بين الخجل والانطواء : فالشخص الخجول يرغب في الاحتكاك والتفاعل مع غيره، ولكنه يشعر بعدم الارتياح إذا ما فعل ذلك الأمر الذي قد يجعله يتفادى الغير في المناسبات، أما الانطواء فانه يشتمل على ميل الفرد إلى توجيه الاهتمام إلى الداخل.

2- الأسباب التي تؤدي إلى الانطواء:

أكدت بعض الدراسات أن أسباب نشأة الانطوائية يعود إلى عوامل فطرية وراثية، مما يلاحظ أنها تحدث بنسبة أكبر بين الناس الأقرباء إلا أن هناك قلة من الأطفال الانطوائيين الذين ينحدرون من آباء كانوا انطوائيين. ونظرا لظهور الانطوائية، في سن مبكرة فإنه ممكن أن يرجع إلى ضعف بيولوجي، حيث يقال أنهم يأتون إلى الحياة ولديهم عجزا فطريا، مما يؤدي بهم إلى عدم القدرة على تكوين الاتصالات العاطفية مع الناس الآخرين مثلهم مثل الأطفال الذين يأتون إلى الحياة ولديهم ضعفا في قواهم العقلية ويرى علماء الوراثة أن ظاهرة الانطواء تحددها عوامل داخلية فيزيولوجية كإفرازات الغدد الصماء، والجهاز العصبي المركزي وبعض التفاعلات الكيميائية والتغيرات التي تطرأ على الهرمونات.

كما أن هناك عوامل أسرية ومن بينها ظروف المنزل السيئة من حيث المعاملة الصارمة أو التدليل الزائد وحرمانه من الاحتكاك بالأطفال خوفا عليه منهم، وعدم تفهم الأبوين لرغبات المراهق وحاجاته كذلك ثقافة الوالدين تؤثر في انطواء المراهق فهناك أسر تعتبر مجالات النشاط الرياضي والاجتماعي والفني مضيعة للوقت. وكذلك انشغال الآباء وتخليهم عن تربية الأبناء، إضافة إلى التصور بالحرمان من العطف من طرف الأم وتصور الأبناء بعد عدل الوالدين وانحيازهم للبعض الآخر، وكذلك غياب الحوار الأسري وعدم مجالسة الوالدين لأبنائهم. وبالنسبة للمحتوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي فقد لوحظ أن الانطوائية تحدث في كل الطبقات الاجتماعية، حيث دلت الدراسات أن آباء هؤلاء الأطفال يتمتعون بنسبة ذكاء أعلى مما أدى إلى عرضهم إلى البحث في تشخيص أطفالهم على يد الخبراء. إضافة إلى الحالة الاقتصادية المنخفضة التي يعاني الطفل فيها من حرمان في الملابس والمأكل والمصروف اليومي ومنزوي بعيدا عن رفاقه.

إضافة إلى مواقف الإحباط التي يتعرض لها الطفل في المدرسة تشعره بالألم ومن ثم فانه يتفادى هذا الإحساس المؤلم بالانسحاب كإحدى الحيل الهروبية من المواقف غير المرغوب فيها، كذلك العكوف على توجيه النقد الهدام

المحاضرة السادسة: اضطراب العزلة عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

للطفل وذمه من شأنه أن يقوده إلى الشعور بالنقص وعدم الثقة بنفسه، ومن ثم يلجأ إلى الانطواء كذلك غلق الطريق أمام الطفل، للتعبير عن نفسه من شأنه أن يقوده إلى الصمت والاستغراق في الأحلام. والتسلط على الطفل والسيطرة عليه بالإفراط في القسوة والعنف والكبت والحرمان والإهمال والتوبيخ وما إلى ذلك له أثر في اتجاه الطفل نحو الانطواء وللمدرس وأسلوب التربية أكبر أثر في هذا .
(العيسوي 1992 ، ص 234-235).

3- أنماط الانطواء

يلاحظ أن الانطواء يظهر في أحد شكلين أو نمطين:

- النمط الأول هو الانطواء أو الانعزال الجبري أي أن الانعزال أو الانطواء يحدث لأسباب خارجة عن إرادة الطفل، وعادة هذا النوع من الأطفال الانطوائيين لا يكفون عن محاولة التغلب على تلك المشكلة والتوصل إلى نوع من التواصل الاجتماعي ومحاولة التفاعل مع المحيطين بهم.
- النمط الثاني هو الانفصال بشكل متعمد أو مقصود أي أن قرار الانفصال كان نابع من الطفل ذاته فهو من قرر الابتعاد والانعزال عن المحيطين به والابتعاد عن إجراء أي نوع من أنواع التواصل أو التفاعل الاجتماعي.

4- علامات الطفل الانطوائي:

- قد يواجه أحدنا مشكلة في تعريف الطفل الانطوائي، أو قد تساور شخصاً ما الشكوك حول ما إذا كان طفله انطوائياً، لذلك إليك أهم علامات الطفل الانطوائي وفوارقه السلوكية. وتتمثل أعراض الانطواء عند الأطفال في:
- 1- الحساسية الشديدة من النقد أو الزجر أو التوبيخ من الكبار على وجه الخصوص.
 - 2- الاعتماد التام على الاحتكاك ببيئة مغلقة مقتصرة على الوالدين فقط.
 - 3- عدم إفصاحه عن مشاعره الدفينة وأحاسيسه، بل يسعى إلى الكبت والصمت والهروب إلى العزلة.
 - 4- يعمد الطفل الانطوائي والخجول إلى الابتعاد عن الأنشطة التي تحتاج إلى الثقة بالنفس لنجدته يتجنب الملاعب والمسارح وغيرها.

المحاضرة السادسة: اضطراب العزلة عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

- 5- يرتبط الطفل الانطوائي بشبكة محدودة من الأصدقاء ولا يسعى لتكوين أي صداقات جديدة.
- 6- يلجأ الطفل الانطوائي إلى اختيار الأنشطة الفردية كالرسم والقراءة، ويصعب عليه الاندماج في الأنشطة الاجتماعية.
- 7- لا يندمج الطفل الانطوائي بسهولة مع المجموعة باللعب.
- 8- يستسلم الطفل الانطوائي الخجول للكلمات والألفاظ السلبية التي يسمعا من قبل أهله أو أصدقائه وتؤثر فيه بشكل كبير في المستقبل.
- 9- يعاني الطفل الانطوائي من الخجل والخشية من إبداء الرأي وطرح الأسئلة المناسبة أو الاسترسال في الكلام خوفاً من التورط بعلاقات جديدة.
- 10- الإفراط في مشاهدة التلفاز أو الألعاب الإلكترونية.
- 11- التشاؤم واللامبالاة.
- 12- قد يعاني الطفل الانطوائي الخجول من ضعف في التحصيل الدراسي.
- 13- الإحساس الدائم بعدم الثقة بالنفس.
- 14- عدم القدرة على التحدث بطلاقة أمام الناس. <https://www.tbceb.net/health/>

5- علاج الانطواء :

يحتاج الطفل إلى العيش في بيئة اجتماعية مشجعة ومؤيدة وتقبل الطفل وإيثاره نحو السلوك التكيفي، فهناك بعض الدراسات الأمريكية التي تمثل بيئة اجتماعية جيدة لكن ذلك لا يقلل من أهمية المؤسسات العلاجية. هناك عوامل نفسية تساهم في نشأة الانطوائية، حيث يحتاج الأطفال فرصة للاسترخاء والتعبير عن انشغالاتهم مع المساعدة في بناء نماذج سوية للشخصية، يجب ترك للطفل حرية التصرف ما دام لا يؤذي نفسه، مع تقديم العون والمساعدة والعطف.

إلى جانب النشاط المدرسي وبث روح التنافس الجاد بين التلاميذ، من خلال الأنشطة التربوية والترفيهية والألعاب الرياضية ونطبق جلسات العلاج عن طريق اللعب وقد يستغرق العلاج أربع سنوات أو أكثر.

المحاضرة السادسة: اضطراب العزلة عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

قام علماء النفس التحليلي بتفسير سلوك الأطفال في أداء الذات وتدميرها لأنه يعكس مشاعر عدم القيمة وكرهية الذات، حيث قام علماء النفس التحليلي بمعالجة هؤلاء الأطفال على أساس هذا المنهج حيث قاموا بتوفير للأطفال الحب والعطف والحنان والتفاهم من أجل تنمية شعور الطفل بقيمته الذاتية إذا قام بإيذاء نفسه. هناك برامج تعتمد على إشراك الآباء في عملية العلاج بتنمية مهارات الطفل والتواصل الاجتماعي من أجل تقليل سلوك الطفل غير الملائم، وتشجيع التفاعل الإيجابي بين الوالدين والأطفال.

وقد تبين أن هذه البرامج لا يستفيد منها الأطفال الانطوائيين أصحاب نسبة الذكاء التي تزيد عن 60 % ونحن نعرف أن هناك أكثر من ثلثي نوع الأطفال الانطوائيين تقل نسبة ذكائهم عن 60 %. ومهما يقال عن مسؤولية الآباء والأمهات في حدوث الاضطرابات التي يعاني منها أطفالهم فإننا لا يمكن أن نشجع شعور الآباء والأمهات بالذنب ما داموا قد قاموا بواجبهم في الرعاية والوقاية والعلاج.

ومن ثم على المرء أن يستقصي سبب انطواء الطفل وان يواجه ظاهرة الانطواء بتنشيط ميل المراهق للاندماج في أكثر من مجال وإشراكه في أعمال جماعية، وان ينمي لديه الثقة بالنفس من خلال تكليفه بأعمال يستطيع إنجازها وان يشركه في الإنشاد الجماعي واستفسارات مع أفراد آخرين لغرض الدراسة وإشراكه في مواقف اجتماعية كمشاهدة مباريات الفصول أو فريق التمثيل. وأن يحاول تفهم سلوك الطفل خارج المدرسة ليزيل أسباب إنطوائه مستعينا بوالديه وأهله والقائمين على تربيته.

(العيسوي، 1992، ص243).

6- كيفية التعامل مع الطفل الانطوائي

لعلاج مشكلة انطواء الأطفال والطرق الصحية للتعامل مع الطفل الانطوائي الخجول، هناك مجموعة من الحلول التي قد تكون مفيدة في سبيل تخليص الطفل من الخجل والانطواء:

- 1- يتوجب على الأسرة توفير الجو الهاديء لأبنائهم، بعيداً عن التوتر والقلق، ليتيح ذلك للطفل فرصة بناء شخصيته بعيداً عن المؤثرات السلبية.
- 2- على الوالدين إعطاء أطفالهم قدرًا كافيًا من الحب والحنان والعطف، وعدم انتقادهم بتعريضهم للإهانة، خصوصاً أمام أصدقائهم أو أقاربهم.
- 3- ابتعاد الأهل عن القلق الزائد تجاه أبنائهم، وإعطاؤهم مساحة من الثقة بأنفسهم وبقدراتهم.

المحاضرة السادسة: اضطراب العزلة عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

- 4- دمج الطفل في مرحلة مبكرة بالحياة الاجتماعية، من خلال استضافة الأقارب، أو حتى بدمجه في دور الحضانة.
- 5- الحرص على مدح الطفل في حال قيامه ببعض الأعمال الإيجابية مهما كانت، صغيرة، فهذا من شأنه بث الثقة في نفسه، ودفع من حوله من أطفال أيضاً إلى سلوكيات مشابهاة.
- 6- على الأهل عدم التدخل إلا للضرورة في حالة وقوع شجار بين الأبناء أو بين الطفل وأقرانه.
- 7- تنمية ثقة الطفل بذاته عن طريق التشجيع الدائم .
- 8- مصاحبة الوالدين للطفل، وتشجيعه على التفريغ والإفصاح عن المكبوتات الداخلية، فهذا يتحول إلى ما يشبه التمرين على التعبير، وعلى مهارات الاتصال .

7- تجنب بعض السلوكيات في التعامل مع الطفل الانطوائي:

إضافة إلى الإجراءات التي يتخذها الأهل والمربون لمساعدة الطفل الانطوائي على الخروج من عزله أو تقليل الآثار السلبية للانطواء؛ فإنه من الأهمية بمكان أن يتجنب الأهل والمربون والمحيطون بالطفل بعض التصرفات التي من شأنها أن تجعل الطفل أكثر انطواءً بل وتقوده للاكتئاب، من هذه التصرفات التي يجب تجنبها مع الطفل الانطوائي:

- 1- تجنب إخراجهم عن قصد: يعتقد بعض الآباء أن السخرية من السمات السلبية عند الطفل طريقة لعلاجها، لكن الحقيقة على العكس تماماً، السخرية والإخراج يزيد من انطوائية الأطفال ويجعلهم أقل رغبة بالاندماج مع محيط يسخر منهم!
- 2- تجنب الإكراه على التفاعل الاجتماعي: لا شك أن انطوائية الطفل تقلق الأهل، هذا قد يدفعهم لإجبار الطفل على التفاعل مع الآخرين من خلال تعريضه للمناسبات الاجتماعية بشكل قسري أو تعمد استدراجه للتفاعل بشكل فج، النقطة الأهم هي منح الطفل الأمان والاستقرار ليتفاعل بشكل عفوي.
- 3- تجنب الضغط على الطفل الانطوائي: في سياق متصل قد يعتقد الأهل أن الحديث مع الطفل في كل وقت هو الحل، لكن الطفل الانطوائي يحتاج فعلاً أن يكون أقل تفاعلاً أحياناً، وورغبتنا بإخراجه من عزله لا يجب أن تتحول إلى حصار يرغمه على الحديث طوال اليوم.

المحاضرة السادسة: اضطراب العزلة عند الطفل في مرحلة التعليم التحضيري

إن البيئة التي ينمو فيها الطفل تلعب دوراً أساسياً في تشكيل شخصيته، تلك الشخصية التي ستلازمه طوال حياته، فإذا عمل الأبوان على بنائها بشكل سليم، يكونان قد منحا طفلها تذكرة حضور مميز في حياته المستقبلية، أما إذا فشلا في بناء شخصيته وتطوير سلوكه، فإنهما يحكمان عليه بتحمّل المتاعب طوال عمره فمهما كان شعور المرء بالخجل - طفلاً كان أم راشداً- مزعجاً لمن حوله، إلا أنه هو من يدفع الفاتورة الكبرى لأن الأذى الواقع عليه أكبر بكثير مما يقع على الآخرين.

4- تجنب الحديث عن انطوائية الطفل أمام الآخرين: التركيز على صفة من صفات الطفل مهما كانت وجعلها موضوعاً للأحاديث العامة مع الجيران والأقارب لا يمكن أن يؤدي إلا إلى زيادة وتفاقم حدة المشكلة، لذلك لا تجعل من انطوائية طفلك موضوعاً للنقاش العام.

5- لا تفسد متعتهم: الأطفال المنعزلون أو الانطوائيون يملكون أيضاً ممارسات ممتعة وحدهم، أنشطة هادئة قد تجعلك تقلق، لكن ليس عليك أن تدمر متعتهم الصغيرة بتأمل السقف أو الاستلقاء على الأريكة أو اللعب بشكل منفرد في الحديقة، تنظيم هذه الأنشطة ومحاولة خلق أنشطة أخرى دون إلغاء متعة الطفل في الأنشطة الفردية هو الحل. <https://arabiaparenting.firstcry.com/articles>

المحاضرة السابعة: صعوبات التعلم الاكاديمية (عسر القراءة) في المرحلة الابتدائية:

1- تعريف صعوبات التعلم:

و هي مشكلات تظهر من قبل أطفال المدارس و تبدو واضحة إذا حدث لدى الطفل إضطراب في العمليات النمائية السابق ذكرها و تشمل على :

1. صعوبات خاصة بالقراءة (عجز القراءة dyslexia).
2. صعوبات خاصة بالكتابة و صعوبات خاصة بالتهجي و التعبير الكتابي (عسر الكتابة dysgraphia).
3. صعوبات خاصة بالحساب (عسر إجراء العمليات الحسابية dyscalculai). (عواد، 1998، ص97).

2- لمحة تاريخية عن عسر القراءة:

يعتبر عسر القراءة اكتشاف طبي، ظهر اثر المجهودات الطبية العصبية في أواخر القرن التاسع عشر .فقد توصل الباحثون في هذا الميدان إلي وجود مراكز خاصة باللغة في الدماغ. و يوجد اضطراب لغوي ناتج عن إصابة هذه المراكز و شخصوها بالأفازيا أو الحبسة .(Michele E.2014, pp 103- 104) فأول حالة طفل مصاب بعسر القراءة تم اكتشافه في سنة 1896 من طرف الطبيب الانجليزي مورغون (margan) من خلال دراسته لحالة طفل يبلغ من العمر 14 سنة كان يتميز بذكاء عادي و حاسة بصر طبيعية، كما كان يتمتع بمكانة اجتماعية عادية و يقوم بالعمليات الحسابية بشكل عادي و لم يحدد الباحث دليلا على وجود جرح بالمخ عنده إلا أنه كان عاجزا عن القراءة (Elisabeth V.2007,p6).

في عام 1906 أشار جاكسون إلى انعدام القراءة الخلقي و التطوري و كان يقصد الاستحالة المطلقة لاكتساب القراءة . و ظهر سنة " 1917 انجلر " و أعطى ملاحظة مهمة جدا، هي أن عسيري القراءة لا يتعرفوا على بعض الحروف و كأنها مختارة من طرفهم.

بدأت تظهر الاختبارات التي تفسر هذه الظاهرة ، أول اختبار ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1942 ضمن الاختبارات التربوية التي كانت تقيم المستوى الدراسي و بدأت البحوث المختلفة الاتجاهات تنتشر ابتداء من 1950 و ظهرت عدة نظريات و عدة أسماء منهم " بوريل - ميزوني - ماري دي ماستر -

المحاضرة السابعة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر القراءة) في المرحلة الابتدائية

فرانسواز - ايستيان - فرانسيس كوشي- أجوريا جبر " ، و أول اختبار أنجز في فرنسا كان من طرف "بيار ليفافري" سنة 1963 وهو اختبار " القدرة " (مسعود ع، 2007، ص 50).

3- مفهوم عسر القراءة :

وإذا أردنا أن نعرف ماذا تعني كلمة " ديسليكسيا " "Dyslexie" فهي تتكون من المقطع "dys" الذي يقابله باليونانية "dus" ويعني " ألم " أو " صعوبة " أو " اضطراب " ، والمقطع "lexie" في اللغة والذي يقابله "lexis" في اليونانية ويعني " كلمة " .

- " إذا كلمة " ديسليكسيا " "Dyslexie" في اللغة الفرنسية تعني صعوبات في تعلم الكلمات. (Noel,1976 ,p11)

تعريف المنظمة العالمية للأعصاب:

عسر القراءة هو صعوبة في اكتساب القراءة، يظهر عند الأطفال المتدرسين بحيث يتميزون بذكاء عادي و يكون التدريس عادي، لا يعاني من أي نقص حواسي و يتفاعل مع أفراد المجتمع و لديه اضطراب معرفي. (Kosir S. 2003, p131)

تعريف معجم علم النفس والعلوم التربوية :

يعتبر عسر القراءة بأنه تعطل القدرة على القراءة جهرا أو صمنا أو فهم ما يقرأ، و ليس لهذا التعطيل صلة بأي عيب في النطق. (نصرت محمد، 1995، ص96).

تعريف منظمة الصحة العالمية لعسر القراءة :

هي صعوبة دائمة في تعلم القراءة و اكتساب آلياتها عند أطفال أذكيا ملتحقين عادة بالمدرسة ولا يعانون من أي مشكلة جسدية أو نفسية موجودة مسبقا. (إني ديمون، 2006، ص15).

4- تصنيفات عسر القراءة:

بعد أن كان الحديث في البداية عن عسر القراءة بصورة عامة، ظهرت ضرورة التمييز بين عسر القراءة التطوري أو النمائي و عسر القراءة المكتسب. هذا الأخير يخص الأفراد الذين يعانون من إصابات دماغية، في حين ينتج عسر القراءة التطوري عن اضطرابات و صعوبات تمس القدرة على نظام تحليل الرموز الكتابية. من الباحثين من يركز في تصنيفه لعسر القراءة على مراحل تعلم القراءة و هي كالتالي:

المحاضرة السابعة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر القراءة) في المرحلة الابتدائية

المرحلة الصورية الخطية .

المرحلة الهجائية.

المرحلة الكتابية.

و هناك من اعتمد في تصنيفه على الاستراتيجيات المتبعة في عملية القراءة من طرف الطفل، وهو " النموذج ذو المسلكين "أو الطريقتين في القراءة والذي حسبهما يميل بعض الأفراد إلى استعمال إعادة الترميز الفونولوجي فيتم الربط بين الحروف والفونيمات، بينما يفضل أفراد آخرون طريق التعرف على الكلمة دون اللجوء إلى إعادة الترميز، وإلا فبدرجة قليلة.

من بين أهم التصنيفات كذلك، تلك التي يميز فيها (Boder1973) ثلاثة أصناف :

• عسر القراءة الفكرية:

10 % من الحالات، و تكون نتيجة لإدراك بصري سيء للكلمات حيث تكمن الصعوبة في الوقت الذي يكون فيه الطفل بصدد تكوين رصيد " التمثيلات الكلية" حول الكلمات .فالطفل لا يملك القدرة على التعرف البصري و الآلي للكلمات حتى تلك التي صادفها من قبل.

• عسر القراءة الصوتي:

وهو الاكثر شيوعا 60% التي تنتج عن عدم القدرة على التحليل السمعي للوحدات الصوتية، لكن المصاب هنا يعتمد على إدراك بصري جيد للأشكال الرمزية، و بالتالي إحداث صلة و ترابط بين أشكال الحروف و الفونيمات التي تناسبها.

من جهة أخرى هناك طرق أخرى لتصنيف عسر القراءة ابتداء من أنواع أخرى للقراء، حيث يميز Seymour طريق فونيمي و طريق مظهري شكلي في عملية القراءة، و بالتالي ينتج عسر القاء الفونيمي و عسر القراءة المورفيمي . (Khomsy,1994).

• عسر القراءة المختلط:

و تعكس هذه الحالة خلل في القدرة على المستوى السمعي والبصري في آن واحد.اقترح Bakker و آخرون تصنيفا آخر يميزون فيه بين نوعين ثانويين من عسر القراءة.

المحاضرة السابعة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر القراءة) في المرحلة الابتدائية

عسر القراءة من نوع " P " الذي يظهر من خلال قراءة بطيئة و متقطعة و تحتوي على بعض الأخطاء، حيث يعتمد الطفل في قراءته على استراتيجيات تحليلية - بصرية (أي تحليل الكلمات إلى حروف) حرف - صوت و الذي يتضمن تكوين كلمة خطيا أولا ثم تحويلها إلى أصوات.

عسر القراءة من نوع " L " حيث تكون القراءة سريعة إلى حد ما لكنها تحتوي على العديد من الأخطاء، عن طريق الحذف والتعويض، و يكون الاعتماد هنا على استراتيجيات التعرف المفرداتي الدلالي و الشكلي على الكلمات.

حديثا، هناك من الباحثين من اهتم بتحليل صعوبات تعلم اللغة الكتابية، في إطار دراسة حالات مع أخذ النماذج المعرفية المستعملة في عمليتي القراءة و الكتابة كمرجع لها. هذه الدراسات و الأعمال بينت وجود أشكال من عسر القراءة التطوري تشابه تلك التي وصف بها الراشد حديثا، (Valdois, 1996).

● عسر القراءة المحيطي :

تدل على اضطرابات و صعوبات في القراءة ناتجة عن خلل في الانتباه وعجز في عملية التحليل البصري للرموز الكتابية.

● عسر القراءة حرف بحرف :

لقد وصف Hinshelwood (1971) حالة طفل في سن 12 سنة يعاني صعوبات كبيرة في القراءة، حيث يتعرف على كل حرف على حدى حتى يستطيع التعرف على الكلمة ككل. مثل هذه الحالات، تظهر بعض الأعراض المميزة لعسر القراءة حرف - بحرف الخاصة بالراشد. في حين، لم يتم تقديم إلى حد الآن وصف إكلينيكي كافي لشكل تطوري من هذا النمط من عسر القراءة، حتى يمكن تأكيد وجوده.

● عسر القراءة البصرية:

تسمى كذلك " البصرية الانتباهية" ويتعلق أصل هذا الاضطراب بخلل في " الانتباه البصري" على مستوى المنظم البصري" الذي ذكر في نموذج المسارات ل Seymour (1990).

فالانتباه الانتقائي، الذي يسمح في الحالات العادية باختيار المعلومات المراد معالجتها، وبتثبيط العناصر الأخرى الثانوية نجده مضطربا، حيث يتميز أثناء القراءة ب" انطفاءات"، و إعادة تشكيل "الأجزاء من الكلمات أو كلمات بأكملها. (Robert, 2000, p38).

● عسر القراءة الفونولوجية:

يظهر من خلال صعوبات في قراءة شبه - كلمات أو كلمات غير معتادة . كما أن أهم الأخطاء في هذا النمط تتمثل في تعويض الكلمات المقروءة بكلمات قريبة منها صوتيا أو شكليا (بصريا) أو " تكوين الكلمات " ، بالإضافة إلى " برالكسيا فونيمية " أي تكوين شبه كلمات عن طريق حذف، تعويض أو تغيير أصوات الوحدة المفرداتية الأصلية، كما تظهر أخطاء من نفس الطبيعة لكن بدرجة أكبر على مستوى الكتابة.

● عسر القراءة السطحي:

حسب Frith.U (1985)، ومن زاوية مراحل القراءة، يعتبر عسر القراءة التطوري " توقف " أو " تباطؤ " في سلسلة مختلف استراتيجيات الاكتساب، سواء في الاستراتيجية الصورية- الخطية، الأبجدية أو الاستراتيجية الكتابية. وعسر القراءة الفونولوجي يعكس خلل في سيورة تكوين الاستراتيجية الأبجدية للقراءة والكتابة ، مما يعرقل نشوء أو تطور عملية " تجميع " فعالة. هذا الخلل ينعكس بدوره على النمو اللاحق للتعرف على الكلمات المكتوبة.

Castles و Colheart (1993)، بينا أن % 19 من أصل 53 طفلا معسورا خضعوا للاختبار، يعانون صعوبة خاصة بقراءة الكلمات غير الثابتة (Valdois,1996,p141).

5- أعراض عسر القراءة:

كل الأطفال في بداية تعلمهم يعانون من اضطرابات أو مشاكل على مستوى القراءة، لكنهم سرعان ما يتخلصون منها في آخر السنة الأولى أو في السنة الثانية من تدرسههم . لذا لا يمكن التكلم عن عسر القراءة إلا بعد سنتين كاملتين من الدراسة.

توجد عدة مظاهر يتصف بها الطفل الذي يعاني من عسر القراءة، ويمكن أن نحصر أهمها فيما يلي:

1- البطء في القراءة.

2- أخطاء القراءة الجهرية، و تتضمن حذف و إضافات بعض الكلمات أو تشويهاات نتيجة العيوب الصوتية.

3- صعوبة الفهم القرائي و تتمثل في عجز الطفل عن استخلاص بعض المعاني و الاستنتاجات في المادة المقروءة.

4- إخفاق الطفل في إسترجاع المادة و المعلومات المقروءة

(القريطي عبد المطلب، 1988، ص356).

المحاضرة السابعة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر القراءة) في المرحلة الابتدائية

- 5- اللاتطابق بين مستوى الذكاء العام و المستوى في القراءة.
 - 6-الاتاف بخاصية اللجلجة و التلعثم و التقطيع.
 - 7- الاتباع بالأصابع للنص المقروء.
 - 8- ترك الكلمات و السطور أثناء القراءة.
 - 9- عدم تطابق القواعد و المهارات المطلوبة في القراءة.
 - 10- التهجي في القراءة.
 - 11-الاضافات أو الحذف في النص المقروء.
- و قد تكلمت بوريل ميزوني (Borel Maisonnny) عن بعض الأعراض المصاحبة لعسر القراءة و التي من خصوصيات هؤلاء الأطفال ندرجها في النقاط التالية:
- اضطراب في التوجه :و يظهر كصعوبة في تحديد مواقع التخطيط الجسدي، إلى جانب وجود جانبيه مضطربة تكمن حتى في عدم تمكن الطفل من تحديد يمينه عن يساره.
 - اضطرابات في تحليل الظواهر الصوتية :بحيث يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبة في تقدير طبيعة الفونيمات أو العناصر النطقية للكلام و هذه الصعوبة في الإدراك تعود إلى الخلط بين الصوامت.
 - اضطرابات رقمية إيقاعية : تبرز في صعوبة إعادة عدد من الضربات الإيقاعية، و تركز بوريل ميزوني (Borel Maisonnny) كثيرا على مشكلة التوجه إذ اعتبرتها مشكلة ثابتة عند جميع المعسررين.
- بينما ترى استيان (Estienne) بأن اضطراب التوجه ليس أساسيا إذ أن هناك أطفالا يقرؤون جيدا و بالرغم من هذا فهم يعانون منه و في كثير من الأحيان ينعكس اضطراب عسر القراءة على بعض المواد الدراسية خاصة على الكتابة (الإملاء) لكن يخلط بأن بعض المواد الأخرى يحسنها التلميذ حتى و لو كان يعاني من عسر القراءة كالحساب أو المواد التي لا تتطلب منه القراءة و خاصة القراءة الجهرية. إن الاختلاف بين اللغات يجعل تلك الأعراض تختلف حسب كل لغة. (على تعوينات، 1998، ص27).

6- أسباب عسر القراءة:

إن لكل اضطراب أسبابه أو عوامل تؤدي إلى ظهوره عند الشخص ،فمن بين العوامل التي تتسبب في ذلك ما يلي:

6-1- الأسباب العصبية :

لقد تنوعت التفسيرات العصبية و الفسيولوجية لاضطراب عسر القراءة فمنها من اعتبر المشكلة بالإدراك البصري و الحركي و الذاكرة البصرية، و منها من اعتبرها مشكلة لغوية دقيقة ،حيث يرى اورتون(1925) من خلال نظريته التي قام بها عن سيطرة جانب من المخ على الجانب الأخر و علاقة ذلك بعسر القراءة (مع العلم أن النصف الايمن للمخ يسيطر على الجانب الايسر في حركة أعضاء الجسم و النصف الأيسر يتحكم في أعضاء الجانب الأيمن).

كما يرى أيضا بأن صور المرئيات أو الحروف أو الكلمات يتم حفظها في الذاكرة في كلا نصفي المخ الأيمن و الأيسر على شكل صورتين لشكل واحد، كما يحدث تماما في حالة المرآة العاكسة، و يرى أن عملية تعلم القراءة تتضمن إنتقاء صورة من ذاكرة النصف المسيطر في حالة سيطرة أحد نصفي المخ على الآخر و التي تكتسب مكبرا عند الطفل و هنل لا يواجه الطفل أية صعوبة في تعلمه القراءة.

إما إذا لم يتمكن هذا الطفل عند بداية تعلمه للقراءة من تنمية و تغلب إحدى الجهتين على الأخرى فإنه يواجه عدة مشكلات ناشئة عن الصراع بين نصفي المخ، و ينتج هذا الصراع عن عدم وجود نظام واحد لتتابع الحروف، فهي أحيانا في إتجاه اليسار وفق تغليب على الأخر، و هو ما يؤدي إلى عكس التتابع الطبيعي لحروف الكلمة. (نصرت محمد، 1995، ص65).

6-2- الأسباب النفسية:

1- إضطرابات العمليات النفسية و العقلية: لقد استدل العلماء من خلال أبحاثهم على أن قصور الانتباه و الاضطرابات في الادراك السمعي ،و الادراك البصري ما يترتب عليه من قصور في تكوين المفاهيم و قصور في الذاكرة السمعية و البصرية و يمكن أن يؤدي إلى صعوبات في القراءة.

2- إنخفاض مستويات القدرات العقلية.

3- إنخفاض نسبة الذكاء: قد توجد صعوبات القراءة عند العاديين في الذكاء ألا أن إنخفاض نسبة الذكاء 70

درجة تسبب صعوبات صعوبات في اكتساب اللغة، نظرا لان الغة باعتبارها تتناول الرموز و ترتبط بنمو القدرة على التجريد و القدرة على التعميم تقترن بانخفاض نسبة الذكاء، التي عرفت بأنها تعكس القدرة على التجريد و التصنيف و المقارنة، و هي كلها مرتبطة بتمييز الكلمات و ادراك دلالاتها.

المحاضرة السابعة: صعوبات التعليم الأكاديمية (عسر القراءة) في المرحلة الابتدائية



4- إنخفاض مستوى القدرة اللغوية: لها مظاهر عديدة تتعلق بالقدرة على التفكير و التعبير اللغوي، فالطفل يستطيع أن يفهم اللغة لكنه لا يقدر أن يجد صعوبة في تعبير اللغة بسبب إيجاد صعوبة في استخدام قواعد اللغة السليمة، أو انه لا يقدر على أثناء الكلام أن ينظم أفكاره .

5- إنخفاض الدافعية: قد يتعرض الطفل إلى صعوبة في النطق و القراءة، و هنا يجب تشجيعه و جعل النشاط القرائي محببا إلى نفسه عن طريق الاستعانة بالصور الملونة و الأغاني و الموسيقى و غيرها.
(حافظ النبيل، 2000، ص94-95).

كما أن العلاقة الوالدية المضطربة، و سوء معاملة الطفل و كثرة إنتقاد سلوكه يؤدي به لاشعوريا إلى الفشل فيما كان يرغب فيه، فقد يفقد الطفل حب القراءة نتيجة عدم منحه فرصة الاستثمار في الميدان من طرف محيطه و من خلال علاقاته مع الآخرين خاصة علاقة (أم بطفل) التي لها أثر بالغ في تكوين الشخصية وقد تؤدي الصدمة الانفعالية ذات الطابع الوجداني إلى خلق صعوبات في مجالات مختلفة كتعلم القراءة و التوافق على مستويات مختلفة كالتوافق الدراسي. (علي تعوينات، 1998، ص104-105).

6-3- الأسباب التعليمية:

تنشأ الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات في المرحلة الابتدائية عن المناهج ووسائل فغالبا ما تحمل المناهج الفروق الفردية.

1- الفروق الفردية: فالمناهج المطبقة وضعت على أساس إن كان كل التلاميذ متشابهين دون اعتبار القدرات و المهارات الخاصة بكل تلميذ، في حين إن لكل شخص قدراته على التعلم و الاستعاب.

2- دور المعلم: يلعب المعلم دورا مهما فهو الموجه الذي يقود التلميذ إلى الأهداف المرجوة و حتى يقوم بدوره على أكمل وجه يجب أن يتمتع بتكوين متين يسمح له إن يعرف حاجات التلميذ و مهاراته بالنسبة لكل مادة يقوم بتدريسها، أما بالنسبة للقراءة فمن المفروض أن يكون المعلم واعيا بطرق إكتساب القراءة عند التلميذ لكل مرحلة لكي لا يقع في الخطأ. (فهيم مصطفى، 2000، ص121).

3- نقص الاستعدادات لتعلم القراءة: لكي يتمكن التلميذ من تعلم القراءة يجب أن تكون لديه إستعدادات للتعلم و تتمثل هذه الاستعدادات في قدرات و أنماط السلوك، القدرات المعرفية، الإدراك السمعي، الإدراك البصري، و الاستعداد النفسي للقراءة، فكل هذه الاستعدادات تدخل في تعلم التلاميذ للقراءة.

4- البرامج و المناهج: قد يكون محتوى المقررات الدراسة لا يتناسب مع ميول و قدرات التلميذ و أن المنهج طويل بحيث يبذل المعلم جهده ووقته في إكمال البرامج، وهذا ما يجعله يغفل عن الفروق الفردية و اختيار طرق التدريس الملائمة. (أحمد عبد الله، 2000، ص120).

7- تشخيص عسر القراءة:

لا نعرف بالتحديد كيف يجد كل شخص وسيلة لفهم كيفية القراءة، حتى إن وجدت الكيفية فهي تختلف من شخص إلى آخر و يعد كل شخص حالة منفردة و لذلك لا تنطبق جميع القواعد على كل الأفراد . و هناك الكثير من التعقيدات و التي تنبع من التفريق البصري أو الذاكرة أو مجرد الثقة بالنفس و من ثم يتعذر وجود تفسير واحد بسيط لجميع الحالات التي تعاني عسرا في القراءة. و بالتالي صعوبة في إيجاد الطريقة الناجعة لاكتساب القراءة.

وما يجعل التشخيص صعبا هو الفوارق الفردية واختلاف عسيري القراءة. بالإضافة إلى تدخل عدة ميادين لذلك فلا بد من استخدام أدوات تقييم متعددة و متنوعة منها ما هو طبي، تربوي، لغوي و نفسي، فلا يمكن التحدث عن حالة عسر القراءة بالنسبة للطفل إلا بعد مدة زمنية كافية لتعلمه الآليات الأساسية للقراءة في المدرسة. و لا بد أن نقول بأن جزء كبير من الأطفال يعرف هذه الصعوبات في بداية تدرسه و لكنها تختفي تدريجيا بعد عدة أسابيع من الدخول المدرسي و عسירו القراءة هم التلاميذ الذين لم يستطيعوا تجاوز هذه الصعوبات. (Pierre D. 1970, P 135).

و يمكن التكفل بذوي عسر القراءة من خلال القيام بعدة فحوصات و هي:
اختبار طبي عصبي : لا بد من هذا الإجراء حتى نبعث أي سبب عضوي في الدماغ و أي سبب في العين أو الأذن.

اختبار ارطوفوني : عن طريق فحص اللغة الشفوية و المكتوبة و اختبار المفاهيم الأولية.
اختبارات نفسية : تحتوي من جهة على تحديد درجة الذكاء و من جهة أخرى تبحث عن الاضطرابات العاطفية.
(Defontaine , 1980 , p 70 – 71)

8- إعادة تربية عسير القراءة:

يحتاج عسير القراءة الى عناية خاصة ، والى طاقم من المختصين ، وعدة وسائل. ولقد ظهرت من مدة طويلة عدة طرق نلخصها كما يلي:

طريقة " بورال ميزوني " " Boral Maissonny "

وهي على رأس الطرق العلاجية في فرنسا تستعمل مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 7 الى 8 سنوات تعتمد على تنظيم الأصوات والحروف وخلق ارتباط بين المكتوبة والصوت.

طريقة " شاساني " " Chassagny " :

وهي طريقة جديدة في تعاملها مع عسير القراءة وتطبق على أطفال أكبر سنا ، أساسها الاتصال ، هدفها اقامة علاقة بين المعالج والتلميذ ، تدفع هذه الطريقة الطفل عسير القراءة الى التعبير والحوار ، انها نوع من العلاج النفسي.

طريقة " ميكائلي " و " بورسي " " Muchielli et Bourcier " :

الطريق الأنسب هي التركيز على العلاقة المهمة بالنسبة للطفل ، وغير المنتظمة (Pierre & Badrig , 1970 , p141) .

9- علاج عسر القراءة:

ومن الأساليب التي إستخدمت كطرق علاجية لعسر القراءة مايلي:

- برنامج ديستار Distar للقراءة:

أعد هذا البرنامج كل من " انجلمان وبرونر " (1974) و هو نظام قوي ومعد بطريقة جيدة لتوصيل مهارات القراءة تحت المتوسط للتلاميذ عبر الصف الثالث وفيه يجمع التلاميذ في مجموعات بحيث لا يزيد عدد المجموعة عن (05) تلاميذ وذلك طبقا لقدراتهم، أول مستويين في البرنامج يعملان على تأكيد المهارات الأساسية عند التلاميذ ويعتمد التلاميذ في هذا البرنامج على الواجبات المنزلية والكتب العلمية التي تتضمن التمارين التالية:

-ألعاب لتعليم المهارات والوعي باتجاه اليمين واليسار.

-تركيب الكلمات لتعليم التلاميذ الهجاء من نطق الكلمات بطريقة بطيئة ثم سريعة.

-تمارين الإيقاع (الوزن) لتعليم التلاميذ العلاقة بين الأصوات والكلمات.

المحاضرة السابعة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر القراءة) في المرحلة الابتدائية

اما المستوى الثالث من هذا البرنامج فيركز على القطع المكتوبة في العلوم والدراسات الاجتماعية مع التركيز على التصحيح لاخطاء التلاميذ ومراجعتها بطريقة منظمة.

- برنامج " ادمارك " للقراءة :

ولقد نشر هذا البرنامج جمعية " ادمارك " وهو مصمم لتدريب 150 كلمة لتلاميذ ذو القدرات المحدودة بطريقة التريديد خلف المدرس ويشمل على 277 درس من أربعة أنواع هي:
-دروس للتعرف على الكلمة وكل درس يشمل على كلمتين فقط.
- دروس كتب الاتجاهات فيجب على التلاميذ تتبع الخطوط والاتجاهات المطبوعة للوصول إلى الكلمة.
-دروس الصور التي تتوافق مع العبارات.
-دروس الكتب القصصية حيث يقرأ التلاميذ 16 قصة.
وفي هذا البرنامج تقسم الدروس بطريقة مبسطة مع عمل مراجعات دورية ويسجل استجابات التلاميذ بطريقة بيانية.

- طريقة ريبوس :

يستخدم في هذه الطريقة صور الكلمات بدلا من الكلمات المكتوبة فعندما يريد الطفل أن يتعلم كلمة " كلب " فإنه يرسم له صورة كلب وتتضمن هذه الطريقة 03 كتب كل كتاب يحتوي على 384 شكل يقوم بتسمية هذه الأشكال بالقلم الرصاص، ولا ينتقل التلميذ للشكل التالي إلا بعد أن يجيب إجابة صحيحة وبعد الانتهاء من هذه الكتب يوجد كتاب رابع عبارة عن:

-قاموس من الكلمات المرسومة " أي توجد صورة قطة. "

-قاموس من الكلمات المعقدة ورسمها.

- 17 قطعة للفهم القرائي.

ثم يدخل الطفل بعد ذلك مرحلة التحول لقراءة الكلمات والمجاء الصحيح لها بدلا من معرفتها عن طريق رسمها، وفيها تكتب الكلمة بحروف كبيرة ويدخل التلميذ بعد ذلك مرحلة القراءة المكتوبة للكلمات والجمل.

- طريقة الحواس المتعددة للقراءة:

وهي تعتمد على استخدام عدة حواس لتعليم القراءة وتسمى "VAKT" وتعني الحواس المختلفة (V) الرؤية Visual السمع (K)، الاحساس بالحركة Esthetic KIN (T)، يشير إلى اللمس Tactile، وهذه الطريقة تعتمد على أسلوبين أسلوب " فرنالذ " Fernald، وأسلوب " جلينجهام " Gillingham (حافظ النبيل، 2000، ص100-102).

المحاضرة الثامنة: صعوبات التعلم الاكاديمية (عسر الكتابة) في المرحلة الابتدائية:

1- تعريف عسر الكتابة dysgraphie:

كلمة Dysgraphia و هي كلمة لاتينية الأصل تتكون من مقطعين هما: Dys وتعني الصعوبة أو العجز أو عدم القدرة، Graphia وتعني عملية الكتابة .

تعريف مصطفى فتحي الزيات :صعوبة في آلية تذكر تعاقب الحروف وتتابعها، ومن ثم تناغم العضلات والحركات الدقيقة المطلوبة تعاقبياً، أو تتابعياً لكتابة الحروف والأرقام.(فتحي الزيات، 2002، ص904).

كما تعرف "رين وآخرون": "عسر الكتابة بأنها صعوبة تنتج عن اضطراب في التكامل البصري الحركي والطفل صاحب هذا النوع من الصعوبة ليس لديه عيب أو إعاقة بصرية أو حركية ولكنو غير قادر على تحويل المعلومات البصرية إلى مخرجات حركية. (أسامة البطانية، 2005، ص150).

2- أنواع عسر الكتابة:

2-1-1- صعوبة الكتابة المكتسبة : و يتضمن نقطتين:

2-1-1-1- صعوبة الكتابة الفونولوجية الصوتية : و يقصد عدم القدرة على تهجي الكلمات التي يسبب لديها معني أن الطفل ليس لديه القدرة على أن يجمع الحروف معا أو يستخدم العناصر المعتمدة على الصوت في تكوين الكلمات لكي يصل إلى التهجي الصحيح لها مثل : تعطي صورة شمس ، و صورة شجرة و صورة أخرى و نسأل أي صورة تبدأ بنفس الحرف.

2-1-1-2- صعوبة الكتابة السطحية: و في هذا النوع تكون لدى الفرد مشكلات في الكتابة للكلمات غير المنظمة حيث يميل الفرد إلى إتباع تهجي الكلمات اعتماداً على قواعد النطق ، و ليس على التهجي الخاص بالكلمة.

2-1-1-3- صعوبة الكتابة النمائية: و يشر هذا النوع من الصعوبات الكتابية إلى أن كلا من مسار التهجي الفونولوجي " الصوتي " و مسار التهجي الخاص بالكلمات و اللذين يتميزان بموضع تشريحي لكل منهما يمكن أن يصاب الفرد بإحدهما دون الآخر في أثناء النمو بالتالي فإنه يمكن تضيف صعوبات الكتابة النمائية إلى نوعين

المحاضرة الثامنة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر الكتابة) في المرحلة الابتدائية

أ- صعوبات الكتابة النمائية السطحية: و فيه الصعوبات تكون على القواعد المعتمدة على الصوت بينما تفضل المعرفة الخاصة بالكلمات في حالة جيدة مثال : عندما يكون لدى الطفل خلل في السمع فإنه لا يستطيع كتابة الكلمة بشكل صحيح.

ب- صعوبات الكتابة النمائية السطحية : و في هذا النوع يكون مسار الصوتي للتهجئة قد تأسس بصورة جيدة بينما تظهر الإضطرابات في المسار المعجمي الدلالي.

و من الممكن أن تظهر صعوبة الكتابة منفصلة عن صعوبة القراءة ، حيث أن عسر الكتابة المصاحبة لعسر القراءة تظهر في الكتابة الإنشائية في قواعد الإملاء في الخط . (فطيمة دبراسيو، ص42-43).

3- أعراض عسر الكتابة:

تتمثل مظاهر صعوبات الكتابة الأكثر شيوعا لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية فيما يلي:

3-1- عادات الكتابة:

- 1- إمساك القلم بطريقة غير صحيحة لا تحقق درجة ملائمة من المرونة أثناء الكتابة.
- 2- وضع الورقة بطريقة غير مناسبة .
- 3- الجلوس بطريقة غير صحيحة.
- 4- الاقتراب جيدا أو الابتعاد كثيرا بالرأس عن الورقة أثناء الكتابة.
- 5- الضغط على القلم بقوة أو بوهن شديد.

3-2- المظاهر الانفعالية:

- 1- الإحباط الحاد أو العصبية المفرطة أو الانفعال الزائد عند الكتابة .
- 2- الاتجاه السالب نحو الكتابة.
- 3- البطء الشديد في الكتابة.
- 4- عدم الاهتمام بأدوات الكتابة.

3-3- أخطاء الكتابة :

- 1- تشويه أشكال الحروف.
- 2- عدم تناسب أحجام الحروف.

المحاضرة الثامنة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر الكتابة) في المرحلة الابتدائية

3- عدم انتظام المسافات بين الحروف والكلمات.

4- ميل الكتابة على السطور.

5- التوصيل الخاطئ بين الحروف.

6- حذف النقاط أو وضعها في أماكن غير صحيحة.

7- دمج بعض الحروف في شكل يصعب التمييز.

إضافة بعض الحروف مما يغير شكل أو معني الكلمة، ويمكن للمعلم من خلال هذه المظاهر التعرف على الأطفال ذوي عسر الكتابة ثم العمل على مساعدتهم بتقديم الطريقة الصحيحة لكتابة الحروف والإشراف على الجهود التي يبذلها التلميذ للكتابة بعناية شديدة ومساعدة التلميذ على تنمية اتجاه موجب نحو الكتابة.

(أنس عبد الوهاب، 2003، ص120).

4- تشخيص عسر الكتابة:

تبدأ عملية تشخيص عسر الكتابة عند ملاحظة أن التلميذ غير قادر على الكتابة بشكل واضح ومقروء عند مقارنته بزملائه في نفس الفصل، وقد أظهرت العديد من الدراسات أن المعلم الكفاء يعطي تقديرات صادقة لمستويات التلاميذ في مختلف المواد الدراسية داخل الفصل بصفة عامة، ومدى وضوح وسلامة كتابة التلاميذ بصفة خاصة.

- وقد حاول العديد من المختصين تشخيص عسر الكتابة من خلال عاملين أساسيين على النحو التالي:

- تقييم اليد المفضلة في الكتابة: يمكن للمعلم أن يعرف اليد التي يستخدمها التلميذ، فهل هو يعتمد بالكامل على اليد اليمنى أو اليسرى، أو الحالة مشتركة بين اليد اليمنى واليد اليسرى.

وقد يستعين المعلم بعمليات كالقطع والركل والأكل أو التمييز بين الاتجاهات أو كتابة خطوط أفقية أو عمودية أو رسم أشكال، أو كتابة عينات من الحروف المتشابهة أو وضع الجسم عند الكتابة، والكتابة ذاتها من حيث التنظيم والترتيب والتنسيق والدقة. (قحطان أحمد الظاهر، 2012، ص55).

ويمكن القيام بالملاحظات التالية عند كتابة التلميذ باليد اليمنى بشكل غير متناسق وارتكابه أخطاء مكتسبة أو استخدامه اليد اليمنى لبعض النشاطات واليد اليسرى لنشاطات أخرى.

المحاضرة الثامنة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر الكتابة) في المرحلة الابتدائية

إذا كان التلميذ قادرا على كتابة اسمه، نطلب منه أن يكتب باليد التي يفضلها في الكتابة، ثم نطلب منه أن يكتب باليد الأخرى، ويحاول المعلم ملاحظة السهولة والسرعة والوضوح في كل يد للإجابة على السؤال، هل كتب التلميذ بوضوح وحرية أكبر باليد اليمنى أم اليد اليسرى؟

- يطلب المعلم من التلميذ بأن يقوم بتسطير جدول يحتوي على خطوط عمودية وأخرى أفقية بسرعة وأزمنة مختلفة وبكلتا يديه، ويستخدم هنا محك عند الخطوط الأفقية، وعند الخطوط الرأسية التي قام بإجرائها في نفس الفترة الزمنية لتحديد اليد المفضلة في الكتابة لدى التلميذ.

- يتعرف المعلم على العين والقدم المفضلة للتلميذ ويتم التعرف على العين المفضلة من خلال قياس قوة البصر لكلتا العينين أو باختيار التلميذ النظر إلى مواد تعليمية على السبورة باستخدام عين تلو الأخرى، ويمكن التعرف على القدم المفضلة بملاحظته في فناء المدرسة عندما يلعب كرة القدم مع زملائه، فالقدم التي يستخدمها في اللعب هي المفضلة بالنسبة له.

- يمكن للمعلم تحديد ما إذا كانت اليد اليسرى هي المفضلة عند التلميذ في المرحلة المبكرة من عمره وهل تم تغيير ذلك أم لا باستخدام تاريخ الحالة. (عادل محمد، 2011، ص235).

- **تقييم عدم وضوح الكتابة:** هناك طريقتان يتمكن المدرسون من استخدامها في ملاحظة صعوبات الكتابة، فالإجراء الأول الذي يمكن القيام به يتمثل في سؤال الطفل بأن ينسخ كلمة أو جملة، وفي هذا الاختبار يكتب المدرس كلمات بحروف صغيرة ويلاحظ عدد وتكرار الحروف غير الواضحة ونتاج الطفل، فإذا كانت كتابة الطفل متقدمة، يستطيع المدرس أن يعرض جملة تتألف من حروف متشابهة ويسأل الطفل أن ينسخها، إن مثل هذه العينات تعطي المدرس فرصة لتحليل أنماط أخطاء الطفل.

والاختبار الثاني يعرف بالكتابة الحرة وهو أن تأخذ عينات من كتابة الطفل حول صورة أو حدث ما.

تحليل الأخطاء في الكتابة المنفصلة للأطفال في مستوى الصف الأول:

1- الأخطاء كانت أكثر شيوعا في تشكيل الحروف التي تتطلب دمج الخط العمودي والمنحني في حين كانت

اقل تكرار في تشكيل الحروف المكونة من خطوط أفقية أو خطوط عمودية.

2- الأخطاء الأكثر تكرار كانت في الحروف.

المحاضرة الثامنة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر الكتابة) في المرحلة الابتدائية

3-الأطفال الذين يتمتعون بدرجات أعلى في النضج العقلي كانت أخطائهم أقل ممن كان نضجهم العقلي منخفض. (بطرس حافظ، 2011، ص358).

بالإضافة إلى ملاحظة الأخطاء في تشكيل الحروف يجب أن ينظر المدرس كما أشار "كيرك" و"كالفانت" في المهارات العشرة التالية:

1-وضع الجسم واليد والرأس، والذراعين، والورقة .

2- مسك القلم.

3- المخطوط:

أ - عمودية (فوق، تحت)

ب- فقية (يسار، يمين).

ج- منحنية إلى اليسار واليمين.

د -ميل الحروف (يسار ويمين)

4- تشكيل الحروف، الشكل والحجم.

5- استقامة الخط.

6- الفراغات بين الحروف والحواشي.

7- نوعية الخط:

أ- الضغط داكن خفيف.

ب -استقامة الخط وعدم تموجه.

8- وصل المخطوط.

9- إكمال الحروف .

10- تقاطع. (قحطان أحمد الظاهر، 2012، ص255).

5- علاج عسر الكتابة:

العلاج التربوي داخل الفصل و يشمل الأنشطة التالية:

المحاضرة الثامنة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر الكتابة) في المرحلة الابتدائية

- **علاج الضبط الحركي:** ويتضمن هذا ضبط وضع الجسم أثناء الكتابة بحيث يكون مريحاً للتلميذ أثناء جلوسه على الكرسي أمام منضدة الكتابة ويكون ارتفاع جسمه أمامها مناسباً مع التأكد من أن قدميه مستقرتان على أرضية مستوية ويديه فوق منضدة الكتابة، بحيث تمسك إحداها بالقلم والأخرى غير المستخدمة بالورقة، ويمكن تدريب التلميذ على كيفية الإمساك بالقلم بحيث يضعه بين الإصبع والإبهام والأوسط ويضع فوقه السبابة وتدريب الطفل على إنتاج الخطوط ورسم الأشكال، وترك فراغ مناسب بين الحروف والكلمات والأعداد أثناء كتابتها، وتقديم له نماذج يقلدها ويمكن تغيير اليدين أثناء الكتابة حتى تستقر الكتابة على اليد المفضلة لدى الطفل.

- **تحسين الإدراك البصري المكاني:** تعتبر مشكلات الإدراك البصري المكاني من أهم المشكلات التي تظهر عند التلاميذ ذوي صعوبات تعلم الكتابة، وأن علاج هذه المشكلات يكون له الفائدة الكبيرة في تحسين صعوبة الكتابة ويمكن التخفيف من هذه المشكلات إذا ما تم التخفيف من هذه المشكلات إذا ما تم علاج ما يلي:

أ- **تحسين التمييز البصري:** إن الأطفال الذين يعانون من مشكلات في التمييز البصري يجب أن يتعلموا التشابه والاختلاف في الأشكال والأحجام والحروف والكلمات والأعداد وغيرها من المثيرات، إن نوعية الإشارات بين المثيرات والتي يتم في ضوءها التمييز يجب أن تكون واضحة للطفل، فالطفل يجب أن تتاح له الفرصة لاختيار الاستجابة التمييزية. (بطرس حافظ بطرس، 2011، ص362).

ب- **تحسين الذاكرة البصرية للحروف:** إن الأطفال الذين يستطيعون تذكر الحروف وتحليلها هم أكثر قدرة على كتابة الحروف بشكل صحيح، فالذاكرة البصرية تساعد الطفل على إعادة القدرة على إعادة على تخيل الحروف والكلمات ويمكن تدريب الذاكرة البصرية من خلال:

- يطلب من الطفل أن ينظر إلى الحروف أو الكلمة أو الشكل أو العدد، ثم يكتب كلا منها.
- يعرض سلسلة من الحروف على بطاقات تم إخفائها عن الطفل ويطلب منه إعادة كتابتها.
- يطلب من الطفل أن يعيد تتبع الحروف أو الكلمات أو الأعداد أو الأشكال، حتى يلم بها ثم يعبر عنها ويعيد كتابتها من الذاكرة.
- يطلب من الطفل أن يرى حرفاً أو شكلاً أو رقماً ثم يغلق عينيه ويعيد تصوره أو تخيله ثم يفتح عينيه.

المحاضرة الثامنة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر الكتابة) في المرحلة الابتدائية

(محمود عوض الله سالم و آخريين، 2008، ص179).

- علاج مهارات تشكيل الحروف: ويشتمل هذا على عدة اجراءات تتخذ مع الطفل منها:
 - 1- النمذجة: ويكتب المعلم الحروف ويسميه، أو يلاحظ التلميذ العدد، والترتيب، واتجاه الخطوط.
 - 2- ملاحظة العوامل المشتركة: يقوم المعلم بإجراء مقارنة بين الحرف وغيره من الحروف التي يشترك معها بخصائص شكلية.
 - 3- المنبهات الجسمية: يقوم المعلم بتوجيه حركة التلميذ في تتبع الاتجاهات والترتيب من خلال الأسهم أو نقاط ملونة تحدد شكل الحرف.
 - 4- التتبع: يشكل التلميذ عن طريق رسم النماذج المنقطة بالتوصيل ما بين نقطة أو أخرى، والنماذج الباهتة والحروف البارزة.
 - 5- النسخ: ينسخ التلميذ الحروف على الورقة. (عادل محمد، 2011، ص245).
 - 6- التعبير اللفظي: يعبر التلميذ لفظيا عن الخطوات عند كتابته الحروف (يستخدم النموذج السمعي)
 - 7- الكتابة من الذاكرة: يكتب التلميذ الحرف دون مساعدة المنبهات.
 - 8- التكرار: يتدرب التلميذ على كتابة الحرف من خلال التركيز على التدريبات المتعددة الحواس.
 - 9- تصحيح الذات والتغذية الراجعة: يقوم التلميذ بتصحيح الحروف المشكلة بطريقة غير صحيحة بمساعدة المعينات البصرية (لوحة الحروف الهجائية الموجودة على الحائط أو المقعد) وتحت إشراف وتوجيه المدرس.
- 10- التعزيز: مدح المدرس التلميذ ويقدم له تعزيزا أوليا على تصحيح تشكيل.
(بترس حافظ، 2011، ص363).

المحاضرة التاسعة: صعوبات التعلم الاكاديمية (عسر الحساب) في المرحلة الابتدائية:

1- تعريف عسر الحساب:

لقد تنوع تعريف عسر الحساب بحسب وجهات النظر والآراء المختلف لعلماء الاختصاص والمراحل تطوره , وعلى هذا سنحاول تقديم بعض تعريفات الذي توصل اليها المختصين.

تعريف الزيات:

يعرف صعوبات التعلم في الحساب علي أنها مصطلح يعبر من عسر أو صعوبات في استخدام وفهم المفاهيم والحقائق الحسابية والفهم الحسابي والاستدلالي العددي والحسابي وإجراء العمليات الحسابية والرياضية، وهذه الصعوبة تعبر عن نفسها من خلال العجز عن استيعاب المفاهيم الرياضية وصعوبة إجراء العمليات الحسابية (الزيات فتحي مصطفى، 2002، ص549).

يعرفها (ستيفين) على انها اضطراب نوعي يرتبط بانخفاض مستمر في معالجة المعلومات العددية، والتعامل مع الارقام وتعلم الحقائق الحسابية. (صفاء السيد، 2016، ص552).

-تعريف Shalev R. et al (2001):

"صعوبة تعلم الجداول الحسابية، وإجراء العمليات مثل: الجمع و الطرح والضرب والقسمة، أو عدم القدرة على تكوين مفهوم العدد وقراءة وكتابة الأعداد بطريقة صحيحة. " (Shalev R. et al, 2001, p56).

2- أنواع عسر الحساب:

نميز بين نوعين من عسر الحساب

1-2 عسر الحساب النمائي:

يقول البطانية وآخرون: بأنه عدم القدرة علي استيعاب المفاهيم الرياضية بإجراء العمليات الحسابية والتي قد ترجع إلى اضطراب أو خلل في الوظيفة النمائية والذي قد يحدث نتيجة خلل جيني وقد يحدث بعد الولادة نتيجة الكدمات أو إصابات في المخ. (أسامة عمد البطانية وآخرون، 2005، ص171).

فالاضطرابات التطورية تظهر في نفس الوقت مع نمو الطفل، وتمس جوانب أو مهارات لم تكن مكتسبة في السابق من طرف الطفل، ويتمثل في تأخر (بطء) غير عادي، أو عدم القدرة للوصول إلى مرحلة مواءمة.

المحاضرة التاسعة: صعوبات التعليم الأكاديمية (عسر الحساب) في المرحلة الابتدائية

-تصنيف عسر الحساب النمائي:

توصل TEMPLE (1994) إلى تصنيف بسيط يتمثل في أنواع عسر الحساب عند الطفل وكذا عند الراشد:

- 1- عسر حساب معالجة الأعداد: يتعلق الأمر بصعوبات في معالجة الرموز الرقمية أو الكلمات مثل : صعوبات قراءة الأعداد، الكتابة، التكرار.
 - 2- عسر حساب العمليات الحسابية: صعوبات في إتقان العمليات الحسابية: جداول الضرب، الجمع البسيط، الطرح البسيط.
 - 3- عسر حساب إجرائي: نسيان أو التباسات في طريقة وضع مصطلحات العمليات في المراحل الفرعية للحل، وفي كيفية تعيين الإضافات.
- 2-2- عسر الحساب المكتسب:

ينشأ نتيجة تلف أحد نصفي المخ أو كليهما، يظهر عند الأطفال أين يكون النمو في البداية عادي، ولكن بعد مشكل من نوع عصبي فإن المهارات التي كانت سليمة تختفي وتكون مضطربة. كما نجده عند الراشد، و هو يحدث إثر وجود خلل في بعض الوظائف المعرفية التي كانت سابقا مكتسبة فيتدخل الخلل حسب Van Hout (2005) ، بعد مدة زمنية من النمو العادي.

-أسباب عسر الحساب المكتسب: الإصابات الدماغية المكتسبة هي مختلفة:

وعائية: انسداد أو تجمد الدم

ورمية: إصابات البؤر الخلفية هي الأكثر شيوعا من إصابات النصف الكرة المخية، أما إصابات الوظائف القشرية فهي ثانوية.

تعفنية: إذا كانت الأسباب البكتيرية هي أقل، فإن الإصابات الفيروسية هي الأهم.

الصددمات: حاليا نجد الأسباب الصدمية هي الأكثر شيوعا، ونجدها عند الطفل وعند الراشد.

(Van Hout،2005،P394)

3- أعراض عسر الحساب:

لكل اضطراب أعراض تميزه عن غيره من الاضطرابات الاخرى ، ومظاهر عسر الحساب تتمثل فيما يلي:

المحاضرة التاسعة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر الحساب) في المرحلة الابتدائية

- أخطاء في التنظيم المكاني: وتوضح في تبديل الأعداد التي يحتويها العمود الواحد مثل: تبديل عددين محل بعضهما وعدم معرفة الاتجاه الصحيح للعملية وبخاصة في عملية الطرح وتعني عدم معرفة العدد المطروح منه.
- أخطاء إجرائية: وتظهر في إجراء وتنفيذ العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة... الخ من العمليات الأخرى.
- أخطاء الوصف البصري: وتظهر في قراءة المشكلات الحسابية التي تحتوي علي علامات عشرية مثل: ترك العلامة أو عدم معرفة مكانها.
- الإخفاق في تعديل الوضع النفس-تربوي: وتظهر عندما تحتوي المسألة علي عمليتين حسابيتين أو أكثر.
- الحركة الكتابية: وتظهر في أداء المتعلمين الكتابي في الحساب.
- الذاكرة: حيث تظهر معظم الصعوبات في الحساب من الإخفاق في تذكر الحقائق العددية الأساسية من الذاكرة.
- الحكم والاستدلال: وتظهر في عدم القدرة في الحكم علي مدي صحة أو خطأ بعض العمليات وعدم القدرة علي الاستدلال والاستنتاج السليم، كما أن المتعلمين ذوي عسر الحساب لديهم قصور في القدرة الحسابية، فمعدل تعليمهم يكون منخفض في الحساب حيث يعتبرون اقل كفاءة من أقرانهم وذلك في اغلب الأحوال، يرجع ذلك الإخفاق إلي عدة عوامل. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2013، ص 174-175).
- مشكلات في الانتباه: يشير بادين 1983 إلي أن العديد من الطلبة الذين يعانون الكثير من الأخطاء الحسابية مثل: الإسترجاعية أو الأخطاء الإجرائية، ليس بسبب صعوبة خاصة لكن بسبب صعوبة انتباهية أكثر عمومية، وللتحقق من ذلك اجري دراسة حالة لطفل يعاني من قصور الانتباه، ويعاني أيضا من صعوبة استرجاع بعض حقائق الضرب، فوجد انه بعد تقديم العلاج بالعقاقير المنبهة(عقاقير نفسية منبهة) القصور الانتباه، أصبح الطفل قادرا علي الفهم الكامل لجدول الضرب. (خالد الزيادة، 2006، ص136).

المحاضرة التاسعة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر الحساب) في المرحلة الابتدائية

- قصور في الإدراك: والذي يظهر في العجز عن التمييز بين الأشكال والحجوم والمسافات والكلمات المكتوبة والمسموعة، خصوصا عندما تكون الفروق دقيقة كالتفريق بين أشكال الأرقام (2،3) أو شكل المربع أو المستطيل، أو بين الخطوط ومساحات الأشكال . (عريفج سامي، 2004، ص 67).

4- تشخيص عسر الحساب:

يعتمد هذا التشخيص علي ثلاثة محكات هي:

4-1- محك التباعد أو التعارض: وفيه يظهر من ذوي صعوبات التعلم فروقا فردية ملحوظة في كل من المجالات الأكاديمية والنمائية، وقد لوحظت الفروق الفردية بين الأطفال ذوي صعوبات تعلم في النواحي النمائية في مستويات ما قبل المدرسة. أما صعوبات التعلم الاكاديمية، فنلاحظ في مرحلة المدرسة الابتدائية والمراحل التعليمية التي تليها، ويعاني الطفل الذي يظهر صعوبة تعلم نمائية من تباين كبير في القدرات اللغوية، الاجتماعية، الذاكرة، والقدرات المكانية.

4-2- محك الاستبعاد: وفيه يستبعد الطفل ذوو صعوبات التعلم الناتجة عن التخلف العقلي، واضطرابات سمعية، وبصرية وانفعالية، نقص الفرص للتعلم. ولا يعني عامل الاستبعاد أن الأطفال ذوي التخلف العقلي أو من يعانون من اضطرابات في السمع أو البصر لا يمكن عدهم ذوي صعوبات التعلم.

4-3- محك التربية الخاصة: يحتاج الأطفال ذوي صعوبات التعلم إلي تربية خاصة تلاؤم نموهم، فقد يتأخر الأطفال نمائيا بسبب نقص الفرص المناسبة ليتعلموا كيف يتعلمون من خلال الطرق والمناهج الملائمة لتدريس في مستوى تحصيلهم الدراسي، علي سبيل المثال: طفل في التاسعة من عمره لا يذهب مطلقا إلي المدرسة وتعلم القراءة والكتابة ولكن قدراته الإدراكية والمعرفية سوية. هذا الطفل لا يمكن اعتباره من ذوي صعوبات التعلم علي الرغم من التباعد الواضح بين القدرة والتحصيل. ويمكن لهذا الطفل أن يتعلم من خلال المناهج النمائية للتدريس. (خالد زيادة، 2005، ص 70-71).

5- علاج عسر الحساب:

لقد استخدمت طرق واستراتيجيات عديدة لعلاج عسر الحساب، وكل طريقة منطلقا وأسسها وإجراءاتها وسوف نعرضها فيما يلي:

المحاضرة التاسعة: صعوبات التعليم الاكاديمية (عسر الحساب) في المرحلة الابتدائية

***طريقة التعلم الايجابي**: وهي طريقة تستند إلى فاعلية المتعلم ذوي صعوبة في التعلم وتفاعله مع المعلم والدرس وقيامه بالأنشطة التعليمية اللازمة.

***طريقة التدريس المباشر**: وهي طريقة تستند إلى التكامل بين تصميم المنهج وطرق التدريس، وتسير هذه الطريقة وفق أربع خطوات هي:

- تحديد أهداف إجرائية من تدريس مادة الرياضيات يستهدف تحقيقه.

- تحديد المهارات الفرعية التي نحتاج إليها لتحقيق الهدف.

- تحديد أي مهارات سابقة الذكر يعرفها المتعلم ذو الصعوبة في التعلم.

- رسم خطوات الوصول إلى تحقيق الهدف.

***طريقة الألعاب الرياضية**: وهي طريقة يتم فيها تنفيذ نشاط ممتع وهادف، يقوم به المتعلم ذو الصعوبة في التعلم أو مجموعة من المتعلمين ذوي صعوبات التعلم بقصد إنجاز مهمة حسابية محدد في إطار قواعد معينة للعبة مع توافر التعزيز لدي المتعلم للاستمرار في النشاط. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2013، ص 175-176).

المحاضرة العاشرة: إضرابات السلوكية إضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه (ADHD)

المحاضرة العاشرة: إضرابات السلوكية إضطراب فرط الحركة و قصور الانتباه (ADHD)

1- تعريف إضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه

عرفته الجمعية البريطانية لعلم النفس ADHD بأنه إضطراب عصبي نفسي محدد يتمثل في ضعف الإنتباه و /أو النشاط الزائد والاندفاعية، ولا يلائم المرحلة النمائية العمرية للفرد، ويسبب إعاقة ذات دلالة في التفاعل الإجتماعي والنجاح الأكاديمي، وعجزاً في السلوك المنظم والمنتج، وإضطراب نمائي يمكن تحديده في الطفولة، ويستمر خلال مرحلة الرشد. (الناطور والقرعان، 2008، ص304).

بينما أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM4, 1994) الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية للطب النفسي، أنّ اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يتضمن الخصائص التالية: نقص الانتباه والقابلية للتشتت، النشاط الزائد والحركة المفرطة، الاندفاعية وترتبط هذه الخصائص الثلاث ببعضها البعض ارتباطاً أساسياً، فتوافر خاصية واحدة من هذه الخصائص الثلاث لدى الفرد معناه تواجد أو إمكانية تواجد الخصائص الأخرى. وعليه فإن اضطراب الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي اضطراب سلوكي معرفي يصيب الأطفال بعد عمر الست سنوات، حيث يتميزون باندفاعية كبيرة واستجابات سريعة للمثيرات المحيطة بهم مما يجعلهم يقعون في الأخطاء وخاصة أثناء الاختبارات النفسية، حيث تكون إجاباتهم سريعة وعشوائية وتتسم بعدم الدقة والتركيز، كما يتسمون بعدم القدرة على التحمل والصبر أثناء قيامهم بمهمة ما، وذوي نشاط حركي زائد يجعلهم لا يقومون بالأعمال والنشاطات المطلوبة منهم، سواء كان ذلك في المنزل أو المدرسة مما يؤثر سلباً على توافقهم النفسي والمعرفي والمال وراء المعرفي والاجتماعي وكذا المدرسي.

2- أعراض إضطراب فرط الحركة / تشتت الانتباه حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع

للاضطرابات العقلية (DSM4)

(أ) إما (01) أو (02).

ستة أعراض التالية لتشتت الانتباه (أو أكثر) ظهرت لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة غير متسقة مع مستوى النمو و غير متسق معها من هذه الأعراض:

المحاضرة العاشرة: إضرابات السلوكية اضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه (ADHD)

تشئت الإنتباه:

- أ-يفشل غالبا في منح الإنتباه للتفاصيل أو ارتكاب أخطاء إهمال في العمل المدرسي أو العمل أو الأنشطة الأخرى.
- ب- غالبا يجد صعوبة في مواصلة الإنتباه في المهام أو أنشطة اللعب.
- ت- غالبا لا يبدو منصتا عندما يتحدث الآخرون إليه مباشرة.
- ث- غالبا لا يتابع التعليمات و يفشل في الإهتمام بالعمل المدرسي أو العمل الروتيني في محل العمل (علما بأن ذلك لا يرجع إلى سلوك مقاوم أو إلى الفشل في فهم التعليمات).
- ج- غالبا يجد صعوبة في تنظيم المهام و الأنشطة
- ح- غالبا يتجنب أو ييغض أو يقاوم الاشتراك في مهام تتطلب جهدا عقليا مستمرا (مثل العمل المدرسي أو العمل المنزلي).
- خ- غالبا يفقد الأشياء الضرورية للمهام أو الأنشطة (مثل: الألعاب، الواجبات المنزلية، أقلام الرصاص، الكتب، الأدوات).
- د - غالبا يتشتت بسهولة من المثيرات الخارجية.
- ذ - غالبا ينسى الأنشطة اليومية .
- (02) ستة أعراض التالية الخاصة بفرط الحركة - الإندفاعية (و أكثر) ظهرت لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة غير متسقة مع مستوى النمو و غير متسق معها من هذه الأعراض:

النشاط الزائد:

- أ- غالبا يتململ بيديه أو رجليه، أو يتلوى في مقعده.
- ب- غالبا يترك مقعده في الفصل أو مواقف أخرى يتوقع فيها أن يبقى في مكانه.
- ت- غالبا ينتقل من مكان إلى آخر أو ينسحب من موقف كان قد اتخذه كثيرا في ظروف لا يلائمها ذلك (في المراهقين أو الراشدين ربما كان مقصورا على المشاعر الذاتية بعدم الهدوء أو الضجر).
- ث- غالبا يجد صعوبة في اللعب أو الإشتراك في أنشطة أوقات الفراغ تماما.
- ج- غالبا يكون ناشطا من غير كلال أو يتصرف كما لو كان يحركه موتور.

المحاضرة العاشرة: إضرابات السلوكية إضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه (ADHD)

ح- غالبا يفرط في الحديث.

الإنذفاعية:

خ- غالبا يقول الإجابات من غير تفكير قبل استكمال الأسئلة.

د- غالبا يجد صعوبة في انتظار دوره.

غالبا يقاطع الآخرين و يتدخل في شؤونهم (تدخل في المحادثات أو الألعاب).

(ب) بعض أعراض الإنذفاعية و النشاط الزائد أو تشتت الإنتباه التي تسبب عجزا تكون موجودة قبل سن 7 سنوات.

(ج) يوجد عجز ما في اثنين أو أكثر من المواقف (كالمدرسة، العمل أو البيت).

(د) لابد أن يكون هناك دليل واحد على وجود عجز دال إكلينيكي في الأداء الاجتماعي، الأكاديمي أو الوظيفي.

(هـ) لا توجد الأعراض بشكل مطلق أثناء مسار اضطراب نمو سائد ، أو فصام أو اضطراب ذهاني آخر و لا يحسن تفسيرها باضطراب عقلي آخر (مثل الإضطراب المزاجي -اضطراب القلق -اضطراب عدم الإجتماعية -أو اضطراب الشخصية).

3- تشخيص فرط الحركة و تشتت الانتباه:

يتم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وفقا للمعايير المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، إذ يقدم هذا الأخير خطوطا إرشادية لتشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، والاضطرابات النمائية، أو السلوكية، أو الانفعالية الأخرى، وذلك عن طريق عرض قائمة من الأعراض التي قد تشير إلى الاضطراب، وكذلك مجموعة من المعايير لتحديد فيما إذا كان الفرد يعاني من اضطراب ام لا. يذكر كل من باركلي BARAKELY سنة 1998 وكوفمان KOFMAN سنة 2005، أنّ قياس وتشخيص أي طفل يعاني من اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي، لا بد أنّ يتضمن المراحل الآتي:

1- اجراء الفحوصات الطبية المختلفة:

تعمل أسرة الطفل على إجراء بعض الفحوصات التي تخص الجهاز العصبي، والجوانب الصحية، والظروف الطبية

المحاضرة العاشرة: إضرابات السلوكية اضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه (ADHD)

مثل أورام الدماغ، والصرع كمسبب لحالة اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه للتأكد من وجود أوعدم وجود مشكلات مرتبطة بها.

2- إجراء المقابلة الطبية:

يعرض الآباء في المقابلة الطبية الطفل على طبيب نفسي من أجل توفير معلومات عن الخصائص الطبية، والنفسية للطفل وتفاعلات الأسرة مع الطفل.

3- تقديرات المعلمين والآباء:

عادة ما يكون الآباء، والمعلمون أكثر اهتماماً بعملية التقييم، والتشخيص من أجل وضع خطة علاجية لضبط السلوك، وتنظيم حياة الطفل، وبيئته المدرسية، وطرق التدريس الفعالة، حيث تعد الطريقة المثلى لتقييم وتشخيص اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه هي تعريض الطفل لمتطلبات البيئة المدرسية، بالإضافة إلى تقديرات المعلمين، والملاحظة المباشرة، والمقابلات المباشرة.

كما يمكن الرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في الطبعة الرابعة الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تشخيص الاضطراب، وتوجد العديد من مقاييس التقدير التي تستخدم للتعرف على اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه كما أوردها سالم 2001 ومنها ما يلي:

- **مقاييس تقدير أولياء الأمور** : يعتبر مقياس كونر CONNERS المعدل لتقدير أولياء الأمور من

أكثر المقاييس

شمولية وهو يصلح للأطفال فيما بين 3 سنوات و 17 سنة وهو ثمرة جهد 30 سنة من البحث والتطوير، ويشتمل على ثمانية مقاييس رئيسية إضافة إلى قائمتين تستخدمان للتمييز بين الأطفال العاديين وذوي اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وهذه المقاييس الثمانية هي:

1. مقياس المقابلة أو المعارضة.

2. مقياس المشكلات المعرفية

3. مقياس النشاط الزائد والاندفاعية.

4. مقياس القلق والخجل.

5. مقياس الإتقان.

المحاضرة العاشرة: إضرابات السلوكية إضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه (ADHD)

6. مقياس المشكلات الاجتماعية.

7. مقياس الاضطرابات النفسية.

8. مقياس اعراض الاضطرابات العقلية التي وردت في دليل التشخيص للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المراجعة والمنقحة والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

يتبين من خلال المقاييس السابقة الذكر التي تعمل تشخص اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه من خلال تقدير الآباء، تكاملها في تشخيص جوانب عديدة للطفل : المعرفية، النفسية، السلوكية، الاجتماعية، كما أنّ لتقدير المعلمين وملاحظتهم داخل الصف الدراسي أهمية بالغة في تشخيص الاضطراب.

- مقاييس تقدير المعلمين:

توجد مجموعة من المقاييس التي تستخدم للحصول على تقديرات المعلمين وأهمها:

مقياس كونر CONNERS لتقدير المعلمين ويحتوي على 59 عنصراً مشابهاً للعناصر التي يشتمل عليها مقياس تقدير أولياء الأمور بالإضافة إلى مقياس للجوانب النفسية والجسمية . كما توجد مقاييس أخرى تهتم بالتقدير الذاتي من قبل الطلاب خاصة في المراهقة سوف يتم التعرض لها في العنصر الموالي.

- مقاييس التقدير الذاتي خاصة إذا كانت الحالة من فئة الطلاب والمراهقين:

يعتبر مقياس كونر CONNERS للتقدير الذاتي للمراهقين من أكثر مقاييس التقدير الذاتي المستخدمة لتقدير اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ويتكون هذا المقياس من 87 عنصراً ضمن مجموعة المقاييس الفرعية التالية) :مقياس المشكلات العائلية، مقياس التحكم بالغضب، مقياس الاعراض التي يشتمل عليها الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة، مقياس المشكلات الانفعالية، مقياس مشكلات التعرف، مقياس المشكلات العقلية مقياس النشاط الزائد والاندفاعية (كما تم تطوير نسخة مختصرة لهذا المقياس تحتوي على 27 عنصراً ضمن أربعة من المقاييس الأساسية وهي : مقياس النشاط الزائد والاندفاعية، مقياس المشكلات العقلية، مقياس مشكلات التصرف، مقياس المشكلات الانفعالية.

نلاحظ تنوعاً في مقاييس كونر CONNERS حيث تشمل جوانب مختلفة تشخيصية عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وهذا ما يمكن أن نطلق عليه مقاييس مشتركة

المحاضرة العاشرة: إضرابات السلوكية إضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه (ADHD)

- مقياس التقدير المشتركة:

يعتبر مقياس تقييم سلوك الأطفال من المقاييس المختلطة التي يشترك في أدائها مجموعة من المقدرين مثل المعلمين وأولياء الأمور ، والطلاب ، وقد تم تقنيه على عينة مختلطة تقدر بحوالي عشرة آلاف طفل و 2000 معلم، وأكثر من ثلاثة آلاف ولي أمر ، ويختص المقياس بمعلومات عن الجانب السلوكي، والعقلي، والانفعالي للمفحوص كما يقسم الجزء الخاص بتقدير المعلمين إلى ثلاث مجموعات عمرية: المجموعة الأولى : من سن 4 إلى 5 سنوات مرحلة الطفولة المبكرة. المجموعة الثانية : من سن 6 إلى 11 سنة مرحلة الطفولة المتأخرة. المجموعة الثالثة : من سن 12 إلى 18 سنة مرحلة المراهقة.



ويستغرق تطبيق كل مجموعة ما بين 10 إلى 20 دقيقة للأبعاد الأربعة التالية

-المشكلات المرتبطة بالعوامل الخارجية المحيطة بالمفحوص.

-المشكلات المرتبطة بالعوامل الداخلية الخاصة بالمفحوص.

-المشكلات المرتبطة بالمدرسة المشكلات المرتبطة بالتكيف. (نايف الزارع، 2007، ص42-49).

4- التشخيص الفارقي لإضطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه:

1- إضطراب العناد و التمرد:

فقد يتزامن هذا الإضطراب مع عجز الإنتباه و النشاط الزائد ، لدرجة أنه قد يرى معها أنها إضطرابات مترابطة أو متداخلة و تظهر تقديرات الوالدين و المعلمين لأعراض هذه الإضطرابات تداخلات شديدة. غير أن السمة الأساسية لإضطراب العناد و التمرد أنه يكون نموذجاً متكرراً للسلوك السلبي العدواني الجريء.

2- إضطراب السلوك المنحرف:

السمة الأساسية للسلوك المنحرف أنه شكل سلوكي ممتد فيه ينتهك الطفل الحقوق الأساسية للآخرين، و لا يتفق مع المعايير أو القواعد الإجتماعية الرئيسية الملائمة للعمر . و يبدو أن هناك إجماع على أن إضطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه تكون بدايته مبكرة للنمو المعرفي أو النضج العصبي.

أما إضطراب العناد و التمرد و إنحراف السلوك فإنهما يعكسان فإنهما يعكسان مشكلات مقترنة بعوامل مزاجية و عوامل أسرية و إجتماعية و هكذا : لو حدث إضطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه في وجود ضغط نفسي

المحاضرة العاشرة: إضطرابات السلوكية إضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه (ADHD)

اجتماعي فإن الخطورة تزداد إذا تلي ذلك اضطراب العناد و التمرد أو انحراف السلوك و كان أيهما مصاحب لعجز الانتباه و فرط الحركة.

3- اضطرابات النمو السائدة:

إذ أن كثيرا من الأطفال ذوي اضطرابات النمو السائدة مثل : اضطراب التوحد يظهر سلوكيات تتضمن النشاط الزائد و الإندفاعية و عدم الانتباه.

4-متلازمة اضطراب الفص الصدغي: نميزها عن اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه قد تظهر في صورة قص مدى الانتباه مع الإفراط في الحركة.

5- حالات القلق المفرط: الذي يتميز بفرط الحركة و التشتت و عدم القدرة على الإستقرار.

6- نوبات الهوس و الهوس الخفيف: قد تظهر في المراهقة أو قبلها و لكنه يتميز بأن البداية ليست أقل من سن السابعة بالإضافة إلى باقي المظاهر الإكلينيكية التي يميز بعضها بين الإضطرابين.

7-اضطراب المزاج عند الطفل:

يمتاز بعدم المبالاة العاطفية، العدوانية الإثارة الحركية و فرط الحركة بحيث التشخيص هو صعب بحيث هو مترابط جدا باضطراب فرط الحركة.

8-صعوبات التعلم: الديسليكسيا: في هذه الحالات يكون الذكاء طبيعيا أو أقرب للطبيعي، و لكن هناك فشل دراسي نتيجة لوجود صعوبات محددة مثل: صعوبات في القراءة، الكتابة، النطق، الحفظ و غالبا ما تكون درجة التركيز مقبولة

9-التوحد بأنواعه المتعددة: الإضطراب التوحدي، اضطراب ريتز، اضطراب اسبيرجر، اضطراب التحطم الطفولي و اضطرابات التطور العامة غير المحددة.

10-القلق : هي حالة الإحساس بالخوف و عدم الإرتياح ، قد يكون الخوف من المجهول، يظهر كتعبير عن الضغوط النفسية التي يواجهها الطفل ، هذه الضغوط قد تكون مؤقتة مثل : الإمتحانات، أو تكون مستمرة كالبيئة المنزلية و الإجتماعية (طلاق الوالدين، العنف الأسري) و تكون الأعراض جسمية،أو نفسية ، قد تكون

المحاضرة العاشرة: إضرابات السلوكية إضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه (ADHD)

خفيفة و غير واضحة أو شديدة ، و عادة ما ينعكس القلق على تصرفات الطفل كفرط الحركة، قلة الإستيعاب و التركيز، الفشل الدراسي، العناد، العدوانية ، التحدي و غيرها.

11-اضطراب المعارضة و العصيان: هي حالات تتشابه مع حالات اضطراب النشاط الزائد في أعراض كثيرة منها: العدوانية، تدمير الممتلكات، انتهاك القوانين، عدم القدرة على بناء الصداقات.

(يوي نييلة،2014،ص98-99).



المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

1- تعريف الخوف المدرسي:

تعرف " هند العزازي (2013) " أن الشعور بالخوف من المدرسة مع الرغبة في عدم الذهاب إليها ورفضها، بسبب شعور الطفل بالخوف من أو المواقف أو الأوضاع المدرسية، أو الأشخاص أو الموضوعات أو الأفعال المتعلقة بالحياة المدرسية". (هند العزازي، 2013، ص108).

وتعرفه " رشا محمد" (2016) أن الخوف المدرسي " :خوف لا منطقي مرتبط بفكرة ذهاب الطفل إلى المدرسة يظهر في الصعوبة المتناهية في المداومة على الذهاب إليها والتغيب عنها، مع عدم وجود أي أسباب مرضية أو اجتماعية تمنعه من ذلك، ويأخذ الخوف شكل دفاعي لتأكيد بقاءه بالمنزل بظهور مجموعة من الأعراض النفسية والعضوية كالآلام المختلفة والتشنجات اللاإرادية والبكاء والصرخ عند الذهاب إليها سرعان ما تختفي باختفاء المثير المسبب لها". (رشا محمد، 2016، ص14).

2- الفرق بين الخوف المدرسي و بعض المفاهيم:

1- قلق الانفصال:

قلق الانفصال يعتبر أحد أسباب حدوث فوبيا المدرسة، في حين ليس كل الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة يظهر لديهم قلق الانفصال، وفي حالة قلق الانفصال يكون مصدر الخوف الرئيسي هو الابتعاد عن الأم، أما فوبيا المدرسة فيكون سببها الخوف من إحدى المواقف كقسوة المعلم أو سخرية زملاء، فحتى لو ذهب الوالدان معه إلى المدرسة تبقى حالة الفوبيا موجودة لدى الطفل، ويتفق كل من فوبيا المدرسة وقلق الانفصال في بعض المظاهر والأعراض كظهور بعض الشكاوي والآلام التي لا أساس عضوي لها، والرغبة في البقاء في البيت وغيرها، غير أنهما يختلفان في بداية ظهور الاضطراب ففي قلق الانفصال تكون البداية مبكراً قبل سن المدرسة ما بين العام الأول وحتى العام الثالث، بينما فوبيا المدرسة تبدأ في الظهور عند بداية التحاق الطفل بالروضة أو المدرسة ما بين العام الرابع وحتى العام السادس.

2- الرفض المدرسي:

أن الرفض المدرسي يعتبر أحد مظاهر فوبيا المدرسة، أي أن فوبيا المدرسة أعم وأشمل من الرفض المدرسي، ويعتبر أحد العوامل المسببة لفوبيا المدرسة، وتختلف أعراض فوبيا المدرسة عنها في الرفض المدرسي، حيث أن

المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

هذه الأخيرة تعدد أعراضها كالقلق العام والوساوس القهرية والخوف من العدوان والفوبيا الاجتماعية واضطراب الملح أو الرعب وصعوبات التعلم وغيرها، في حين أن فوبيا المدرسة تظهر في صورة أعراض عضوية ونفسية وسلوكية واجتماعية ومعرفية.

3- التغيب عن المدرسة:

يختلف مفهوم الخوف المرضي المدرسي عن التغيب عن المدرسة، حيث يشير "محمد العمارة" (2014) إلى مفهوم التغيب عن المدرسة بأنه "الغياب المتكرر عن المدرسة هو انقطاع التلميذ عن المدرسة أو بعض المواد الدراسية بصورة منتظمة، وقد يعود هذا الانقطاع إلى أسباب تتعلق بالمدرسة نفسها أو بالتلميذ أو بعض المواد الدراسية، ويؤدي ذلك إلى حرمان التلميذ من فرص النمو المختلفة، وهذا يؤثر بشكل مباشر فيما بعد على تشكيل شخصيته، وقد يؤدي تكرار الغياب إلى ضعف التلميذ الدراسي في المواد التي يتغيب عنها، وينجم عنه في الغالب تفكير التلميذ بالانقطاع التام عن المدرسة".

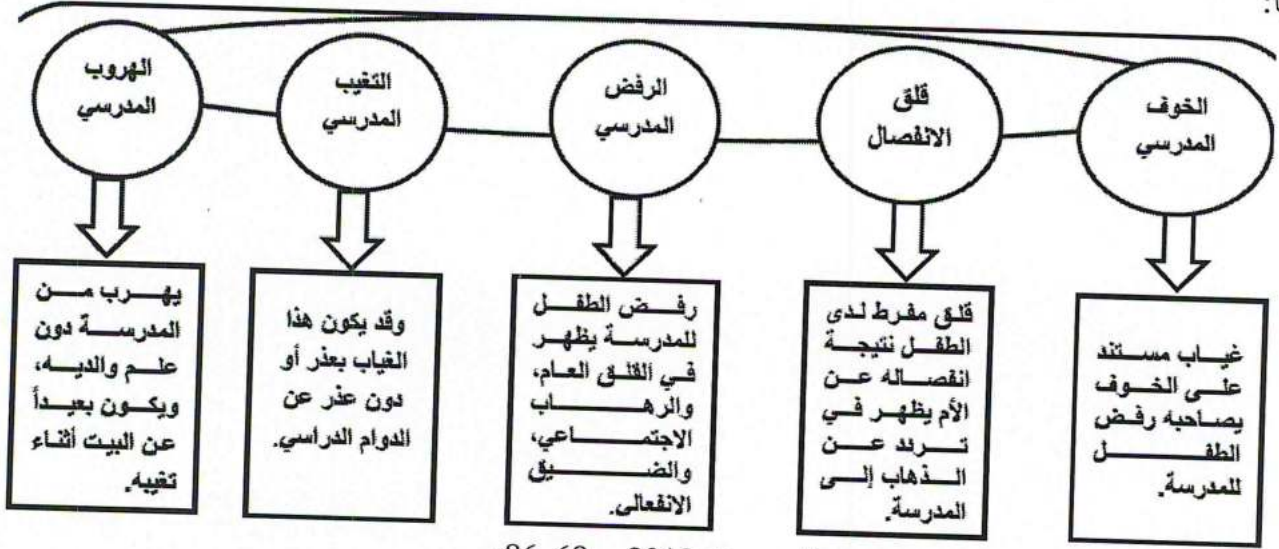
كما أن عملية التغيب المدرسي تتطور عبر مراحل، ففي البداية يكون الحضور بالإكراه والتماس عدم الحضور للحصص الدراسية الأمر الذي يتطور ويصل إلى مرحلة التغيب الكلي عن الحضور، وهذا الغياب قد يكون بعذر أو بدون عذر يظهر في مجموعة من العوامل والأسباب التي تساهم في حدوثه، وهذه العوامل تتمثل في عوامل خاصة بالمجتمع كنظرة المجتمع إلى المدرسة وأهميتها، وعوامل خاصة بالمدرسة كعلاقة الطفل بمعلمه والادارة، وعوامل خاصة بأقرانه بالمدرسة، وعوامل خاصة بالأسرة كالمشاكل والصراعات بين الوالدين، وعوامل خاصة بالطفل كحالته الصحية والنفسية، كل هذه العوامل تساهم في ظهور وتطور هذا المشكل لدى الطفل، وتطور التغيب المدرسي قد يكون في بدايته حاداً وقد يتطور ويصل إلى درجة التغيب المزمن وبالتالي يصل إلى كره المدرسة.

4- الهروب من المدرسة:

قد يهرب الطفل من المدرسة ووالديه لا يفهمانه والده يضربه وأمه تصرخ في وجهه، ومع ذلك فهو لا ينتظم في دراسته، ويريد أن يهرب دائماً من المدرسة، وقد يكون السبب أنه أقل من زملائه في أشياء كثيرة، ومن المحتمل أن يكون هناك من يراقبه.

المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

نستنتج مما سبق أن الخوف المرضي من المدرسة يرتبط بعدة مفاهيم قريبة منه كالقلق الانفصال والرفض المدرسي والتغيب المدرسي والهروب من المدرسة، وبالتالي فإن الخوف المدرسي يختلف عن تلك الأنماط والاضطرابات الانفعالية الأخرى، لذا يجب التمييز فيما بينها، والشكل التوضيحي التالي يوضح أوجه التشابه والاختلاف فيما بينها:



(أغيات سالمة، 2018، ص 68-86)

3- أنواع فوبيا المدرسة:

للمخاوف المدرسية أنواع نذكر منها:

3-1- الخوف المدرسي الحاد:

عادة ما يحدث الخوف المدرسي الحاد للطفل الصغير الذي لم يسبق له أن تعرض لمشاكل سلوكية ولم يتداخل معه أو معها، النمو الاجتماعي خارج المدرسة، ونلاحظ أن الخائفين بحدة من المدرسة يميلون إلى أن يكونوا سعداء، ودودين لأطول ما يمكن كلما سمح لهم بالبقاء في المنزل، ويتمرون على تمتعهم بصداقاتهم وبمجموعة الرفاق وربما يتمرون أيضاً في دراستهم لو أن المدرس يكون راغباً في إرسال واجباتهم المدرسية إلى المنزل.
(مجدي أحمد محمد، عبد الله، 4002، ص 126-146).

3-2- مخاوف مدرسية حادة عفوية:

وأصلها مجموعة من الحوادث والتي تصدم الطفل وتشكل له تهديداً يفقد توازنه مع الواقع مثل المرض، موت أحد الوالدين أو عملية جراحية.
(P-H MAZET, 1972, P178).

المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

3-3- مخاوف مدرسية حادة مثارة:

لا نجد في هذا النوع أحداث معينة تسبب صدمات للطفل بينما نجد عموماً سلوكاً تخوفياً في ماضي الطفل خاصة عندما يسبب أحد الوالدين الخوف، في أغلب الأحيان الأم وفي بعض الأحيان الأب مثل الصراع بين الوالدين، تخويف الطفل من أجل الحفاظ على تبعيته.

3-4- الخوف المدرسي المزمن:

يحدث للطفل الأكبر ممن له تاريخ بالمشاكل السلوكية (متضمناً الرهاب المدرسي الحاد)، ومن الممكن أن بقائهم خارج المدرسة يعد واحداً من كثير من المشكلات توافقهم، ويلاحظ أن أصحاب الرهاب المدرسي المزمن يميلون إلى الانسحاب من النشاطات الاجتماعية والعقلية في الغالب كما أنهم يمكثون في المنزل دون إنجاز أي شيء كما يلاحظ أنهم عادة ما يقطعون الاتصال بأصدقائهم. (مجدي أحمد محمد، عبد الله، 4002، ص 146).

3-5- مخاوف مدرسية مزمنة مثارة:

نلاحظ أن هذا النوع عند نهاية مرحلة الطفولة وبداية مرحلة البلوغ، في هذه الحالات تكون شخصية الطفل مضطربة بصفة عميقة، ويعان من اضطرابات وظيفية أو أمراض نفسية جسمية التي تظهر خاصة في بداية المرحلة الدراسية (القرحة المعدية).

3-6- مخاوف مدرسية عفوية:

نلاحظ عند الطفل الذي اكتسب مسبقاً استعداداً للقيام باستجابات تخوفية إزاء المواقف التي تسبب له الصدمات، هذه أهم الأنواع التي يمكن أن نلاحظها عند الطفل في المرحلة الدراسية. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 65).

4- أعراض الخوف المدرسي:

4-1- الأعراض العضوية (الجسمية):

- صداع ودوار الرأس في الصباح وعند وقت الذهاب إلى المدرسة.
- كثرة العرق وظهوره على الوجه والجسم والأطراف.
- الغثيان والرغبة في التقيؤ.
- سرعة دقات القلب.

المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

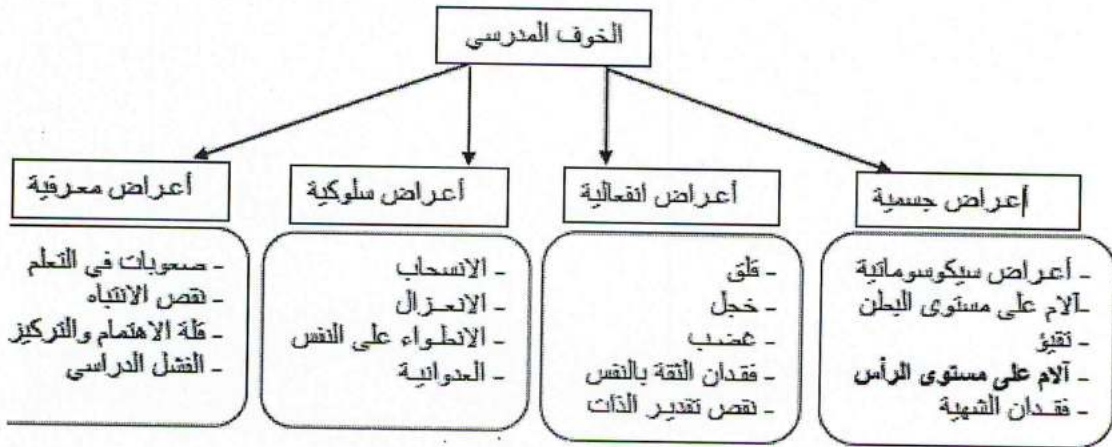
- صعوبة في التنفس.
 - التبول اللاإرادي وكثرة الذهاب إلى دورات المياه.
 - الألم في المعدة.
 - الإسهال.
 - ارتجاف في الأطراف واهتزازها.
 - فقدان الشهية للطعام.
 - ارتفاع درجة الحرارة وظهور الحمى.
 - صعوبة في البلع والألم في الحلق.
- 4-2- الأعراض النفسية الاجتماعية:**

- هذه الأعراض تشمل:
- البكاء والصراخ.
 - الشعور بالكآبة والحزن.
 - قلق مفرط وشديد.
 - ظهور اضطرابات في النوم.
 - الميل إلى العزلة الاجتماعية.
 - توقع الأذى حول النفس.
 - عدم القدرة على المبادأة بالتفاعل مع الآخرين.
 - العدوان.
 - التعلق الشديد بالأم.
 - رفض الخروج من الفراش.
 - الرغبة في البقاء بالمنزل.
 - ظهور نوبات من الغضب.
 - تقلب المزاج.

المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

- الانسحاب الاجتماعي.
 - الخجل والانطواء.
 - افتقار الاتزان الانفعالي والوجداني والشخصي.
 - اضطراب صورة الذات، وفقدان الثقة بالنفس.
 - غياب السلوك الاجتماعي.
- (عبد الفتاح غزال، 2013، ص38).

الشكل التالي يوضح أعراض الخوف المرضي من المدرسة:



(أغيات سلمة، 2018، ص141)

5- الوقاية من الفوبيا المدرسية:

للتجنب والتقليل من الفوبيا المدرسية تتبع ما يلي:

- 1- الإسراع بقدر الامكان في إعادة الطفل إلى المدرسة والصف الدراسي.
- 2- محاولة التدرج في بقاء الأب أو الأم مع الطفل في المدرسة لبعض الوقت والتناقص تدريجيا.
- 3- تحسين المناخ الأسري والمدرسي .
- 4- التفاهم والحوار بأسلوب مناسب مع الطفل عن مصدر الخوف الذي يعاينه .
- 5- استشارة المختصين في مراكز التوجيه والارشاد والعيادات النفسية .
- 6- الابتعاد عن جميع أنواع الإحباط التي تسبب الخوف للطفل .



المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

- 7- تدريب الطفل على الفطام النفسي والاستقلال عن الأسرة وعدم الارتباط أو الالتصاق بها، وذلك عن طريق إتاحة الفرصة أمام الطفل الصغير لتكوين صداقات مع أبناء الحي أو الأقرباء.
 - 8- كذلك من الممكن أن تقدم الأسرة المدرسة للطفل على أنها شيء جميل ومفيد حيث العلم والإعداد للحياة وحيث الأصدقاء والزملاء والصحبة الطيبة.
 - 9- أخذ الطفل إلى الروضة لكي يتدرب على الحياة المدرسية المنظمة ويتعود الابتعاد عن البيت، وبذلك لا يتعرض الطفل لخبرات انفعالية حادة ومفاجئة عندما يذهب للمدرسة الابتدائية.
 - 10- يجب على الآباء أن يروضوا أنفسهم على عدم القلق على أبنائهم بشكل مفرط فعالم الطفل عالم دقيق حساس سريع التأثير، شديد الانفعال، قليل الإدراك نادر الخبرة وهذه من أهم العوامل التي تسهل احتمال نمو الخوف بصورة غير سوية.
 - 11- إن المنظر الانفعالي لوداع الأم لطفلها على باب حجرة الدراسة لا يعرض لنا صعوبة سيكولوجية لدى الطفل و حسب ولكن لدى الأم كذلك، وكلما شعرت الأم بالحزن أو التوتر أو الخوف كلما أثر ذلك على نفسية الطفل و لذلك من الواجب تتقبل الأم هذا الموقف قبولاً طبيعياً كشيء حتمي و ضروري.
 - 12- على المدرس أن يبدي اهتمامه و عنايته و محبته لهؤلاء الأطفال خاصة لأنهم حديثي العهد بالمدرسة و إن لم يقدم لهم النصح والعون وذلك كي يرفع من معنوياتهم من خلال القول أنهم أذكاء و سوف ينجحون من خلال العمل و الإجتهد.
 - 13- على المدرس إحداث التكيف المدرسي و الإجتماعي للطفل فإن المدرسة يجب أن تكون مكاناً يحبه الطفل حيث يجد الحب و الدفء و الحنان و الرعاية.
 - 14- تنمية ثقة الطفل بنفسه و تشجيع النجاح و الشعور به و إبراز نواحي القوة الإيجابية لدى الطفل، و تنمية الشعور بالأمن و الإقدام و الشجاعة و الابتعاد عن جميع أنواع الإحباط الذي تسبب الفوبيا المدرسية لدى الطفل.
- بهذه الإرشادات يمكن أن نجد و نهيئ الطفل للدخول المدرسي وهذا يجعله يتأقلم بسرعة كبيرة مع بيئته المدرسية و ينسجم مع باقي الأطفال و يتكيف مع المدرسة. (عبد اللطيف حسن فرج، 64، 2009).

6- طرق علاج الخوف المرضي من المدرسة :

يختلف نوع العلاجات باختلاف أسباب الخوف وأنواعه، ولكن تبقى هناك بعض الطرق العلاجية العامة التي يمكن استخدامها مع حالات الخوف المتنوعة بما فيها الخوف المدرسي، كما يجمع علماء النفس على ضرورة عودة الطفل إلى المدرسة في أسرع وقت ممكن، وكلما طالت الفترة التي يبقى فيها الطفل بعيداً عن المدرسة فإن التغلب على المشكلة يزداد صعوبة وتعقيداً، ويعتبر "كندي" أنه بنجاحنا في عودة الطفل إلى المدرسة نكون قد ضممنا معدل نجاح 100% في التغلب على الخوف من المدرسة ومن الطرق والأساليب التي يمكن استخدامها للتغلب على الخوف من المدرسة ما يلي:

1-العلاج السلوكي:

وأهم الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي ما يلي:

أ -تقليل الحساسية والاشتراط المضاد (التحصين التدريجي):

وذلك لكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك، وفك الاشرط والتعرض لمواقف الخوف المرضي من المدرسة نفسه مع التشجيع والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمر سارة محببة، والتعويد العادي في الخبرة الواقعية السارة غير المخيفة، ومنع استثارة الخوف.

(حسن عبد المعطي، 2003، ص321).

إن الهدف من هذه التقنية هي مساعدة الأطفال ليصبحوا أقل حساسية أو لا يستجيبوا للموضوعات التي تثير خوفهم، فعندما يتم اقتران موضوع الخوف أو الفكرة المثيرة له بأي حدث سار " اشرط" مضاد فإن الحساسية تقل، فعلى سبيل المثال يمكن أن يقوم الطفل بتمثيل بعض الأدوار في المنزل، فقد يمثل أنه معلم وهو يدرس بعض التلاميذ كخطوة أولى للتغلب على خوفه من معلمه، كما أن وجود العائلة إلى جانب الطفل يساعد على تشجيعه على تقليل الحساسية، فكتابة تعبير ما أو رسم صور تمثل مخاوف الأطفال كصور المعلمين الذين يعنفونه، صور الزملاء الذين يسخرون منه، وضخامة ساحة المدرسة، ثم مناقشتها مع إخوته مثلاً تؤدي بالطفل إلى فراغ شعوره بالخوف والتقليل من شدته. (محمد الشحيمي، 1994، ص111).

ومن أجل تأثير أسلوب تقليل الحساسية يجب على المرشد أن يبني علاقة جيدة مع الطفل، وإذا كانت الفوبيا قوية لدرجة أن يقاوم عودته إلى المدرسة فيجب أن يبدأ هذا الأسلوب في البيت في جو هادئ، وفي هذه الطريقة

المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

يبدأ بتقوم المثير الأقل قلقاً والذي هو ضمن هرم القلق حتى يصل فيه الطفل إلى آخر سلم القلق، والهرم يحتوي على فقرات كثيرة حيث أن كل طفل يختلف عن الآخر، فعلى المرشد أن يبيّن لكل حالة هرماً خاصاً بها، وعندما يصبح الطفل على استعداد تام للدخول إلى المدرسة تذهب الأم وتدخل معه إلى الصف ثم تتركه .
(هيفاء أبو غزالة، ص37).

أما بالنسبة للمعلم في المدرسة فيمكن أن يساعد التلميذ في الدخول للمدرسة حتى ولو مشى معه خطوات خارج بناء المدرسة، وأي مستوى من المشاركة للطفل في المدرسة يجب أن يشجع عليها كالمشاركة في نشاطات الفن أو الموسيقى... الخ

إن المعلم الذي يمتاز بالمرونة يمكنه أن يتبع عدة أساليب ومعززات للطفل، فهو يستطيع معرفة ما الذي يتمتع به الطفل، ويمكنه أن يقرأ كتاب عن المدرسة، ويمكنه أن يمشي مع الطفل في الملعب، ويمكنه أن يلعب مع الطفل في ساحة المدرسة، وذلك لتقليل حساسية الطفل من الخوف المرضي من المدرسة. (نعيم الرفاعي، 1966، ص38).
وتقوم هذه العملية على أساس تقليل حدة المخاوف عند التلميذ بصورة تدريجية نحو مثير معين عن طريق الخطوات التالية:

- 1- تحليل السلوك الناتج عن المثيرات التي تعمل على إثارة واستدعاء الخوف عند التلميذ .
- 2- تقديم مواقف تثير الخوف في التلميذ بشكل تدريجي تبدأ من الأسهل إلى الأصعب .
- 3- تدريب التلميذ أثناء مواجهة هذه المواقف على الاسترخاء مما يسهل عملية امتصاص هذه المواقف بصورة تدريجية.
- 4- تكرار الربط بين عملية الاسترخاء واستدعاء المثيرات التي تؤدي إلى الخوف حتى يتم التخلص تدريجياً منه.

هذا ويمكن أن تلخص المراحل التي يقطعها هذا الأسلوب بما يلي:
أولاً : يقيم المعالج ترتيباً تدريجياً للمواقف المخيفة التي يعاني منها الطفل في المدرسة بدءاً من المواقف الأشد توليداً للخوف، نزولاً بالتدريج عبر المواقف الأقل، فالأقل توليداً للخوف أو القلق، ويطلب المعالج من المريض وهو في حالة استرخاء أن يتخيل أولاً المثيرات ذات التأثير الضعيف ويكررها المريض في خياله، وذلك بالاستعانة بتوجيهات المعالج النفسي حتى يفقد القدرة على استثارة القلق والخوف وأن ترتبط باستجابات الاسترخاء والهدوء النفسي

المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

وعندما يصل إلى هذه الدرجة يمكنك الانتقال إلى المثيرات التي تليها، وهكذا حتى ينهي المريض المثيرات أو المواقف جميعها دون قلق أو خوف.

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

ثالثاً : الربط المتكرر بين عملية الاسترخاء واستدعاء المثيرات التي تؤدي إلى القلق حتى يتم التخلص تدريجياً من القلق، ويرى " ولبى " أن تخيل المثيرات الباعثة على القلق والخوف لا يقل أهمية عن مواجهتها بشكل مباشر، فتقليل الحساسية يبدأ في المعالجة بالتخيل، وفي نهاية العلاج يطلب من 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.

ب- المكافأة أو التعزيز:

وذلك يجعل الذهاب للمدرسة مدعوماً حيث يكافأ الطفل على أي سلوك يقربه منها. تتم مكافأة الطفل على كل سلوك يقوم به أثناء الذهاب إلى المدرسة، ولا يكافأ على أي سلوك يعده عنها حيث يكافئه على ذهابه إلى المدرسة لفترات قصيرة، ثم تندرج معه شيئاً فشيئاً حتى يستطيع البقاء يوماً كاملاً بالمدرسة، إلى جانب ذلك تعزيز التلاميذ للقيام بالأنشطة والواجبات المدرسية بصورة ناجحة وتعديل سلوكياتهم وذلك بالابتعاد عن الضرب، التوبيخ، التخويف والسخرية وهذا الأسلوب من العلاج يعتمد على التدعيم كعامل أساسي في التخلص من الخوف المدرسي، ولذلك من المهم عند علاج المشكلة أن نقوم بعملية إعادة تعلم عن طريق حصوله على مكافئة معينة أو تدعيم معين، وفي هذه الحالة تعتبر المكافأة كنتيجة لاستجابة، ومن ثم نتوقع أن يزداد تكرار هذه الاستجابة نتيجة لرغبة الطفل في الحصول على نفس المكافأة مرة أخرى.

ج- فنية الاسترخاء:

يمكن استخدام طريقة الاسترخاء في علاج المخاوف المدرسية، وكذلك توجد وسيلة أخرى ناجحة وهي محاكاة سلوك الغير، حيث يتعلم الطفل من خلال الملاحظة كيف يتعامل أطفال آخرون مع المواقف التي تثير خوفه، كما يتم علاج المخاوف عن طريق تعويد الطفل الاعتماد على نفسه تدريجياً واكتساب الخبرات بنفسه،

المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

كما أن الاستخفاف بمخاوف الطفل واتهامه بالجبن وغير ذلك من الأساليب القاسية ستعقد المشكلة، لذلك ينبغي تشجيع الطفل على التعبير عن خوفه والتغلب عليه.

د- العلاج بالسيكودراما:

كما يمكن استخدام العلاج بالسيكودراما وهو أسلوب علاجي نفسي يستخدم أسلوب تمثيل الفرد المريض بدور أكثر في تمثيله جماعة تعد لهذا الغرض، وكان "مورينو" Morino هو من ابتدع هذه الطريقة العلاجية في العصر الحديث، حيث بدأ "مورينو" Morino (1909) لعلاج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية نفسية وذلك عن طريق قيامهم بلعب أدوار معينة.

ففي حالة الخوف المدرسي عادة يكون هناك تفكك بين أجزاء شخصية الطفل ويكون نتيجة لهذا التفكك بعملية استبدال أو التصاق لاشعوري لهذه المخاوف في مثيرات طبيعية في البيئة كأن يكون المعلم شديداً جداً أو تكون الواجبات المدرسية كثيرة أيضاً، وهكذا يتجنب الطفل الذهاب إلى المدرسة، فهذه العملية تعتبر وسيلة فعالة لحماية التلميذ من الوقوع في المواجهة مع الرغبات اللاشعورية التي تثير في نفسه الخوف.

هـ- العلاج بالاستبصار :

ويستخدم العلاج بالاستبصار الذي يقوم على فهم الطفل الذي يعاني من الفوبيا المدرسية، كما يكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ومساعدته على حلها وذلك عن طريق:

- تنمية ثقة الطفل بنفسه وتعديل مفهومه عن نفسه.
- 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 بالمشكلة الطفل.
- قيام المدرسة بتخفيف مخاوف الطفل.
- تكوين علاقات طيبة مع التلميذ.
- استشارة خبرات التلميذ السابقة.

المحاضرة الحادية عشر: إضرابات النفسومرضية (الخوف المدرسي)

- مساعدة التلميذ على تحويل هذه الخبرات عن طريق الاستبصار ومن ثم نقلها إلى الواقع مما يساعد على تقليل حدة التوتر نحو المدرسة، ومن ثم العودة إلى المدرسة.
 - إشعاره بالأمن والطمأنينة عندما يتواجد في المدرسة.
 - وفي بعض الأحيان يستلزم الأمر علاجاً أسرياً إذا كانت الأسرة هي السبب في تكوين المخاوف لطفلها، وأحيانا العلاج الدوائي إجبارياً في الحالات الاكتئابية وهنا تستعمل مضادات الاكتئاب.
- (أغيات سلمة، 2018، ص174-182)

المحاضرة الثانية عشر: إضرابات النفسومرضية (الاكتئاب)

1- تعريف الاكتئاب لدى الأطفال:

الاكتئاب لدى الأطفال كما يعرفه (عبد الباسط خضر ونجوى خليل، 1999) هو عبارة عن مجموعة من الأعراض الاكلينيكية توضح الحالة النفسية والمزاجية للطفل المكتئب والتي تتميز بالحزن والتشاؤم والشعور بالفشل وعدم الرضا والتردد والقلق والميل للعزلة مع بعض الأعراض الجسمية مثل فقدان الشهية ، اضطراب الهضم ، الشعور بالتعب . (عبد الباسط خضر ونجوى خليل، 1999، ص 99).

و قد عرفت جمعية الطب النفسي المتقدم (1972) الاكتئاب عند الاطفال بأنه حالة عصائية تظهر فيها الأعراض التي التي نتجت عن صراعات لاشعورية نشأت بسبب محاولة الطفل التحكم في دوافعه الجنسية و العدوانية وهذا يعد كرد فعل لفقدان حقيقي أو رمزي للموضوع المحبوب لكن هذه الصراعات تختلف وفقاً للمرحلة النمائية التطورية التي يمر بها الطفل و ينتج وفقاً لذلك اختلاف في الاعراض التي يظهرها الطفل كمثال: إنخفاض تقدير الذات، الشعور بالنقص، الاحساس بالذنب، و التناقض الوجداني إتجاه الموضوع المحبوب. (In O'Connor, 1981, p06).

2- أنواع الاكتئاب عند الأطفال:

1-2- الاكتئاب الحاد: وفيه تظهر الأعراض التي ذكرت في السابقة أو بعضها بصورة مفاجئة نتيجة حادث طارئ كفقدان عزيز مثلاً، ويتميز الطفل قبل الوقوع في مثل هذا النوع من الاكتئاب بأنه مشهور بنشاطه وعلاقاته الطبيعية.

2-2- الاكتئاب المزمن: وفيه تظهر الأعراض التي ذكرت سابقاً أو بعضها، ويكون الطفل معروفاً عنه التباطؤ الحركي ولا يسبق الأعراض حادثه أو أزمة نفسية ويتوقع وجود حالات الاكتئاب في عائلة هذا النوع من الأطفال.

2-3- الاكتئاب المقنع: لا تظهر فيه الأعراض المعروفة للاكتئاب بل تظهر علامات أخرى مثل كثرة الحركة والنشاط الزائد وأفعال تدل علي ميول عدوانية. (الشريبي، 1994، ص 171).

من خلال العرض السابق لأنواع الاكتئاب يتضح أن مشكلة هذه



المحاضرة الثانية عشر: إضرابات النفسومرضية (الاكتئاب)

التصنيفات ليست ثابتة أو قاطعة فليس هناك اتفاق بين العلماء علي أي تصنيف منها، وحيث أن الاكتئاب النفسي مثل معظم أنواع الاضطراب العقلي يتدرج من حالة السواء إلي حالات المرض العقلي الذي يتطلب علاجاً لذلك تنوعت تصنيفاته وتعددت. (جلال، 1986، ص65).

3- الأعراض الخاصة بالاكتئاب عند الأطفال:

من النادر أن نجد مظاهر اكتئاب للأطفال في الفئة العمرية 06-12 سنة تختلف عن تلك التي تظهر عند الكبار ، ولقد اتضح أن الأطفال يعيشون الاكتئاب والأعراض الاكتئابية ، حتى وان كانت تبدو هذه الأعراض لدقائق ، فانه لا يمكن غض البصر عنها ، لأنها تعطينا مؤشرات لاعتلالات في الصحة النفسية متوقعة مستقبلاً . نجد أن كل من (فهيم،و الشريبي،و سرحان،2003،ص78)،ذكروا بعض هذه الأعراض وهي كما يلي:

- شعور الطفل بالكآبة وانكسار النفس وانقباضها.
- فقد الاهتمام بالحياة ، وبالمشاركة مع الآخرين.
- ظهور الشكاوي الجسمية مثل: الصداع ،والأم المعدة وعسر الهضم ،والإمساك ، والفتور، والإهمال لبعض الواجبات التي تتطلب منه، فقد الشهية للطعام.
- زيادة حساسية الطفل المكتئب وسهولة جرح مشاعره وبالتالي البكاء السريع و لأقل سبب والانطواء، وهو متهيج بائس ، متمسك بالمساعدة الخارجية ، أي أنه متواكل علي الآخرين.
- قد يفقد الطفل النشاط وحب الحركة فلا يشعر بالرغبة في القيام بأي عمل.
- الرغبة في الانعزال والانسحاب الاجتماعي وقيامه بأنشطة ذاتية ، وتكوين علاقات اجتماعية سطحية مؤقتة، بينما يبدو البعض الآخر في حالة قلق زائد.
- الشعور بالدونية حيث يقللون من أنفسهم ، وينظرون للعالم ولأنفسهم بمنظار أسود، وقد يؤدي ذلك إلي إهماله لمظهره.

- هبوط القدرة علي التركيز وبالتالي يظهرون انخفاضاً ملموساً في الجانب الدراسي.
- الشعور بالكراهية من الآخرين وعدم الحب منهم.
- وكثير من الأطفال المكتئبين فيما بين سن (06-12) سنة يهددون بقتل أنفسهم أو إيذائها عندما يكونون في حالة من الغضب.

المحاضرة الثانية عشر: إضرابات النفسومرضية (الاكتئاب)

- وينتج الاكتئاب غالباً عندما لا يتمكن الأطفال من السيطرة علي التوتر بطريقة مناسبة.
 - يظهر بعض الأطفال الخوف والصراخ من الموت سواء بالنسبة للذات أو بالنسبة للوالدين.
 - يظهر الاكتئاب علي الأطفال بالخذلان والشعور بالفشل وانحراف المزاج.
 - النوم المضطرب كالفزع الليلي ، والكابوس، أو زيادة النوم أو انعدامه.
 - يتميز صوتهم بالانخفاض والرتابة.
 - نادراً ما يظهر الأطفال الفرح أو السرور، كما تقل أو تنعدم لديهم روح الفكاهة والضحك.
 - يحاول الطفل الابتعاد عن المواقف المؤلمة بالهرب بعيداً.
- في حين تشير(فهم، ب، ت، ص، 167) أن الاكتئاب عند الأطفال دائم التغيير بسبب السن فنجد انه في حالة الأطفال صغار السن ما قبل سن المدرسة تظهر أعراض الاكتئاب في صور نفسية جسمية وفي سن أطفال المدرسة الابتدائية تظهر اضطرابات نفسية وجسمية وفي أشكال متعددة منها التبول اللاإرادي، والخوف من المدرسة ، والسرقه والكذب والعدوانية والتأخر الدراسي وعدم التركيز واضطراب القولون.....الخ، وتتلخص أعراض الاكتئاب عند الأطفال في خمسة جوانب هي:
- 1- المشاعر: الحزن والفراغ ، واليأس وتأنيب الضمير وعدم الجدوى وعدم القيمة وعدم الاستمتاع بالأمور اليومية التي طالما كانت ممتعة.
 - 2- التفكير: ويشمل التركيز واتخاذ القرار وإنهاء الواجبات المدرسية والمحافظة علي المستوى الدراسي من تدهوره.
 - 3- الشكاوي الجسدية: الصداع، وألم البطن ، وآلام المفاصل والظهر، والإرهاق، واضطراب النوم، تغير الوزن بالزيادة والنقصان.
 - 4- السلوك الاضطراب وعدم الرغبة بالذهاب إلي المدرسة والرغبة في الانزواء وصعوبة في التعامل مع الآخرين والتأخر عن الحصص والتخلي عن الرياضة والنشاطات والهوايات ، واستعمال مؤشرات عقلية.

4- الصور الإكلينيكية لزملة الاكتئاب عند الأطفال في مرحلة الطفولة:

يرى عبد الخالق (1999) أنه يمكن تحديد أربع مدارس فكرية في هذا الصدد وهي:

- **المدرسة الأولى:** هيمنة وجهة نظر هذه المدرسة فترة زمنية طويلة وهي ترفض فكرة بان الأطفال يمكن أن يصابوا بالاكتئاب غير الذهاني والذي يمكن أن يصيب الراشدين و يعتمدون في وجهة نظرهم هذه إلى المفهوم الدينامي الذي يتمثل فيه الأنا الأعلى عند الأطفال لم ينمو بشكل مناسب وبدرجة كبيرة.
- **المدرسة الثانية:** رائدة هذه المدرسة (كوفاكس) وتفترض أن الاكتئاب يمكن أن يصيب الأطفال بصورة إكلينيكية خاصة بفئة الأطفال.

- **المدرسة الثالثة:** ترى هذه المدرسة أن الاكتئاب يمكن أن يصيب الأطفال ولكن بشكل مقنع فهو لا يشمل علي أعراض الاكتئاب الواضحة بل يظهر علي شكل اضطرابات في النشاط أو صعوبات في التعلم أو أعراض فسيولوجية.

- **المدرسة الرابعة:** هي أحدث المدارس التي تكلمت في هذا الجانب وتؤكد علي وجود عناصر وأعراض مشتركة بين الصور الإكلينيكية للاكتئاب عند الأطفال وعند الراشدين. (عبد الخالق، 1999، ص228).

5- الأسباب الخاصة بالاكتئاب لدي الأطفال:

يرى سرحان و أخرون (2003) علي أن هناك مجموعة من الأسباب الخاصة بالاكتئاب لدي الأطفال يمكن توضيحها كما يلي:

- 1- وقوع حادث فراق شخص عزيز مثل المربية أو الصديق أو ما يسمى بالفقدان المبكر لموضوع الحب أو فقده شيئاً عزيزاً مثل قطته أو لعبته.
- 2- وقوع حادث وفاة شخص عزيز عليه مثل الأب أو الأم أو كلاهما أو ما يسمى بالفقدان الفيزيائي لموضوع الحب.
- 3- انشغال أحد الوالدين بزواج جديد ، أو عدم التوافق الزوجي بين الوالدين.
- 4- انتقاد الوالدين أو احدهما للطفل ، والتقليل من قيمته وبخاصة أمام الغرباء.
- 5- وجود الاكتئاب لدي احد الوالدين ، وهو أهم أسباب اكتئاب الأطفال وذلك لأن الطفل ينسحب عليه الاكتئاب نتيجة معيشته مع احد الوالدين وتشير النتائج إلي أن 50 % من الأطفال المكتئبين له إباء مكتئبون.

المحاضرة الثانية عشر: إضرابات النفسومرضية (الاكتئاب)

- 6- الأمراض الجسمية المزمنة ، والحوادث التي تسبب الإعاقات الشديدة والتشوهات.
- 7- شعور الطفل بالذنب وانه فاسد أو سيئ يستحق العقاب أو انه السبب في مرض أو وفاة أخيه أو أمه مثلاً.
- 8- أن الأطفال الذين يشعرون بأنهم فاسدون أو سيئون يرغبون في أن يعاقبوا أنفسهم فهم يعتقدون بأنهم يستحقون العقاب بسبب أفكارهم وأعمالهم السيئة، وتأتي مشاعر الذنب من القيام بخرق القانون والشعور بالمسؤولية عن إساءة أو من الشعور العام بعدم الجدارة.
- 9- عدم تحييد الكبار للاستماع لتعبير الأطفال عن أنفسهم وأسباب غضبهم مما يجعلهم يلجأون إلى الصمت والخذلان ، ومن ثم بعض أعراض الاكتئاب نتيجة شعورهم بالعجز عن إفهام الآخرين والتعامل مع المشكلة.
- 10 - بعض الأسباب الفسيولوجية قد تؤدي إلى الاكتئاب مثل عدم توازن الهرمونات وفقر الدم وعدم انتظام السكر في الدم.
- 11 - الصراعات الأسرية الشديدة والمتكررة.
- 12 - الاضطرابات الفسيولوجية مثل اضطراب الغدة الدرقية.
- 13 - التفكك الاجتماعي بالنسبة للطفل فانتقال الطفل من وسط (بمعنى الانتقال من أسرة إلى أخرى لأسباب مختلفة) قد يؤدي به إلى فقدان الاستقرار وعدم حصوله علي الجو الأسري الأمن وعدم حصوله علي ما يسد حاجاته النفسية حيث تتميز هذه الفترة بطلب لعب دور معين في المجتمع الذي ينتمي إليه فكل صد وإحباط لهذه الانتماءات الاجتماعية ينشئ علاقة سيئة مع المجتمع ويؤدي إلى الانعزال عنه واحتمال إصابة الطفل بالاكتئاب.
- 14 - عدم إشباع الحاجات الفسيولوجية والنفسية.
- 15 - القلق والخوف وعدم الشعور بالأمن والطمأنينة وهذا ما تحاول الدراسة الحالية من معرفته من خلال مجتمع الدراسة.
- 16 - عدم تعويد الطفل علي الاعتماد علي نفسه أو تأجيل إشباع رغباته وحاجاته إلي وقت آخر بشكل دائم.
- 17 - إرهاب الطفل عن طريق استعجال النمو العقلي واللغوي الاجتماعي لديه ومطالبته بما لا يستطيع مما يؤثر علي تقدير ذاته.
- 18 - أثر الرفاق علي الطفل.

- 19 - أسلوب التنشئة في المدرسة.
 - 20 - امتصاص الطفل أسلوب الولدين الخاطئ في مواجهة المشاكل.
 - 21 - تدني مفهوم الذات.
 - 22 - الميل إلى جذب انتباه الآخرين وحبهم أو الانتقام منهم.
 - 23 - التخلص من التوتر.
 - 24 - البطالة والفقر.
- (مي بنت كامل بن محمد بقري، 2008، ص 157-159).

6- التدخل الوقائي و العلاجي لاكتئاب لدى الأطفال:

من الأهداف الرئيسية للتقييم أو القياس النفسي الدقيق الربط بين المعلومات التي يتم الحصول عليها بخطة التدخل الوقائي أو العلاجي أو التأهيلي الفعالة. وتعد طرق العلاج المعرفي السلوكي أي الشامل آثر مداخل العلاج النفسي الاجتماعي فعالية في علاج الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين والراشدين. ويرى ان المكون المعرفي لمدخل العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب على تغيير أساليب التفكير المختلفة وظيفيًا أو غير التكيفية التي يتبناها الشخص المكتئب بينما يرى ان المكون السلوكي لهذا المدخل على تزويد الأنشطة والسلوكيات التي تقضي إلى زيادة امية الاستجابة الاجتماعية للشخص المكتئب خلال تفاعلاته الاجتماعية مع الآخرين واستخدام مختلف فنيات تعزيز زيادة اشتراكه في أنشطة عالم الخبرة الاجتماعية المحيط به.

أن دمج خطة التربية السيكولوجية (التربية النفسية) في سياق بعض برامج العلاج مكونًا رئيسيًا مزيدًا بطبيعة الحال لفعالية مثل هذه البرامج. ويقصد بالتربية النفسية أو السيكولوجية مجموعة الأنشطة والخبرات المنظمة المخططة التي تستهدف اسباب أو تعليم التلاميذ مجموعة متنوعة من مهارات الحياة، المهارات الاجتماعية مهارات التواصل، مهارات حل المشكلة، مهارات ضبط الذات، مهارات مواجهة الضغوط أو التوافق مع الضغوط ومهارات إدارة الذات، وغير ذلك من المجالات المكونة لما يعرف بالكفاءة الاجتماعية والانفعالية وفعالية الذات انطلاقًا من أصل نظرية تفسيرية معينة يشتق منها استراتيجيات و فنيات تعليمية فعالة تطبق على يد معلمون مؤهلون سواء أدمجت هذه الخبرات أو الأنشطة في سياق خطة المنهج المدرسي العادي أو طبقت بصورة مستقلة عن خطة المنهج المدرسي. وتطوير برنامج علاجي فعال في المواقف المدرسية سواء لحالة فردية أو لمجموعة من الحالات لا يتطلب تحديد نمط العلاج المناسب فقط بل يقتضي مراعاة العديد من العوامل الأخرى منها عدد

المحاضرة الثانية عشر: إضرابات النفسومرضية (الاكتئاب)

الجلسات التي يجب أن تخطط وتوقيت تقديمها، التأيد على النقاط أو المكونات الرئيسية للبرنامج العلاجي، وآيفية بناء علاقات علاجية قائمة على الثقة والاحترام. ويوجد الكثير من المكونات الأساسية للعلاجات النفسية الاجتماعية التي يبدو أنها مهمة في مساعدة الأطفال والمراهقين على مواجهة الاكتئاب والتغلب عليه. من هذه المكونات التدريب على مهارات التواصل الاجتماعي الفعال ويوجد الكثير من البرامج العلاجية التي استهدفت هذا المجال الحيوي من مجالات المواجهة حيث يعلم التلاميذ وفق هذه البرامج كيف يعبرون عن مشاعرهم وأفكارهم (للآخرين) القرآن، الآباء، المعلمين، والمعالجين (بطريقة واضحة ومفهومة. ومن المكونات الأساسية أيضًا لبرامج التدخل النفس الاجتماعي الفعال لعلاج الاكتئاب ما يعرف بالتربية الانفعالية أو الوجدانية وفيها يدرّب التلاميذ على اكتشاف وتسمية وتصنيف الانفعالات المفرحة والانفعالات المكدرّة ثم تحديد ومعرفة المواقف التي تنشط أو تستثار فيها هذه الانفعالات ثم تأتي الخطوة الثانية للتربية الوجدانية والتي تتمثل في معرفة وفهم/ تفهم الرابطة بين هذه الأفكار والمواقف. أما أن اكتشاف المشكلة ومعرفة أنماط الأساليب المعرفية المختلفة وظيفيًا أو غير التكيفية مكونًا آخرًا غالبًا ما يرتبط بالتربية الانفعالية. وهذا المكون يرى على ان التعامل الهجومي في واقع الأمر مع المعتقدات أو الأفكار السلبية الذاتية، التشوهات المعرفية، أساليب العزّة المختلفة وظيفيًا أو غير التكيفية، والتفكير غير المنطقي أو غير العقلاني. وغالبًا تدمج استراتيجيات التغيير المعرفي التي تدحض الأفكار السلبية وتهجم على الأفكار غير العقلانية مع التّراي على الأفكار والأحداث الإيجابية في التدخل المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب. ويأتي أخيرًا التدريب على مهارات الحياة مثل وضع الأهداف الشخصية، حل المشكلة، التفاوض وحل الصراع، إضافة إلى ممارسة المهارات الاجتماعية المناسبة جزءًا رئيسيًا في واقع الأمر من خطة برنامج العلاج الشاملة للاكتئاب.

- بعض الطرق العلاجية للاكتئاب عند الطفل:

- ترفيه الطفل و إشراكه في جماعات اللعب والرحلات وعدم تركه فريسة للاحزان.
- تعويد الطفل على التفاؤل والبعد عن الندم والتشاؤم وعدم التركيز على سلبيات الطفل ونقاط ضعفه.
- تشجيع الطفل على التعبير عن ذاته وتنفيس ما به من آلام ومناقشته في تلك الافكار التي يراها وتسبب له هذا الاكتئاب.



المحاضرة الثانية عشر: إضرابات النفسومرضية (الاكتئاب)

- العلاج الدوائي فقد ثبت صلاحية هذا العلاج في حالات كثيرة في الاطفال شرح ان يحال دون وجود نفس الظروف المحيطة والمؤلة للطفل.
- العلاج الجماعي بحيث يشرك الاخوة و الاخوات والوالدين في علاج المشكلة.
- تحدثي مع طفلك إذا لاحظت عليه مجموعة من أعراض الاكتئاب، وشجعيه دائما على أن يتحدث عما يشعر به وما يضايقه أو يحبطه. وإذا شعرت أن اكتئاب طفلك يزداد، فيمكنك البدء فورا في الاستعانة بطبيب متخصص لكي يعالج طفلك من الاكتئاب.
- يجب عليك أن تتحدثي مع طبيب العائلة لتتأكدي ما إذا كان هناك سبب جسماني أم لا لشعور طفلك بالتعب والإرهاق والآلام في جسمه وشعوره أيضا بتقلبات مزاجية متعددة. ومن المهم أيضا أن تسأل المعلمين في مدرسة طفلك ما إذا كانوا قد لاحظوا أى تغييرات في سلوكيات ومزاج طفلك. عندما تتحدثين مع معلم الطفل عن الصعوبات التي قد تواجهه، فإن هذا قد يغير من طريقة تعامل المعلم معه وهو الأمر الذي قد يعنى بالتالى أن ثقة الطفل بنفسه ستزداد داخل فصل المدرسة.
- عليك ألا تضيقى الخناق على طفلك واتركيه يرتكب الأخطاء لأن حمايته بطريقة مبالغ فيها قد تسبب في شعوره بعدم الثقة في قدراته.
- حاولي أن تكتشفي السبب الذي يضايق طفلك وعندما تكتشفينه لا تقللي من السبب، لأن الأمر قد لا يكون مهما بالنسبة لك ولكنه يمثل مشكلة كبيرة بالنسبة للطفل.
- يجب أن تتأكدي من الطبيب أن مزاج الطفل المكتئب ليس بسبب أى أعراض جانبية لأدوية أو أى مضاعفات
- حددى لطفلك جدولا يلتزم من خلاله بموعد محدد لتناول الطعام والنوم لأن عدم الانتظام في مواعيد تناول الطعام والنوم قد يزيد من أعراض الاكتئاب عند الطفل. وعليك أيضا أن تشجعي طفلك على ممارسة الرياضة

<https://ar.wikipedia.org/wiki>

المحاضرة الثالثة عشر: إضرابات السلوكية (العنف المدرسي)

1- تعريف العنف المدرسي:

يعرف العنف المدرسي على انه الضرر الذي ألحقه احد التلاميذ بأحد زملائه أو بأحد مدرسيه لمرة واحدة أو أكثر سواء كان لفظيا كالسب و الشتم أو جسديا كالضرب. (نادية الرقاي، 2001، ص55).

و في مفهوم آخر هو سلوك يقوم به التلاميذ في المدرسة يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة والى السيطرة والاعتداء اللفظي و الجسدي على الآخرين. (فريد حاج، 2001، ص11).

ويقصد به العنف بين التلاميذ أنفسهم، أو بين المعلمين أنفسهم، أو بين المعلمين والتلاميذ وهذه الحالات مجتمعة تشير الى العنف المدرسي الشامل الذي تسوده حالة من عدم الاستقرار وتظهر فيه بكل وضوح عدم القدرة على السيطرة على ظاهرة العنف المنتشر بين التلاميذ أنفسهم أو بينهم وبين المعلمين، كما يشير هذا المفهوم إلى التخريب المتعمد للممتلكات حيث يطلق عليه تسمية العنف الفردي والذي ينبع من فشل التلميذ وصعوبة مواجهة أنظمة المدرسة والتأقلم معها. ومما لا شك فيه أن للعنف المدرسي تأثيرات سلبية كبيرة تنعكس على التلاميذ ويظهر هذا في المجال السلوكي والتعليمي والاجتماعي والانفعالي.

2- أنواع العنف المدرسي:

2-1- العنف من خارج المدرسة: وهو العنف الذي يكون مصدره من خارج المدرسة، والذي يكون أتيا من البالغين الذين يأتون إلى المدرسة من اجل التخريب و الإزعاج، فيقومون بالاعتداء على نظام المدرسة و الإدارة و المعلمين مستخدمين السب و الشتم و التهجم و الضرب.

2-2- العنف الجسدي: و يتمثل في الاعتداءات الجسدية كالضرب و الخصومات و العراك، وهنا يكون كنتيجة لسوء العلاقة بين الطرفين، فالعنف الجسدي موجود على نطاق واسع وفي كل المجتمعات، فهو موجود بوجود الأفراد كما يمثل رمزا للقوة والشجاعة إذا ما تعلق الأمر بالدفاع عن النفس أو استرجاع الحقوق، وهذا تبعا لواقع ثقافي و اجتماعي معين، لاكن في حقيقة الأمر فهو يمثل تهديدا لحياة الأفراد والمجتمعات خاصة عند لجوء الأفراد إلى الضرب المباشر لحل صراعاتهم و الفصل فيها.

2-3- العنف اللفظي: ويسمى بالعنف المعنوي، ويتمثل في الاهانات المتكررة و الكلام الفاحش و السب و الشتم وغيرها من صور العنف اللفظي، و يكون أثره أكثر تأثيرا من العنف الجسدي لأنه يجرح مشاعر الآخرين

المحاضرة الثالثة عشر: إضرابات النفسومرضية (العنف المدرسي)

و يחדش عواطفهم ويترك صورة سلبية و منحطة عن الأفراد الذين يتلفظون بمثل هذه الألفاظ، كما توجد صور أخرى من العنف اللفظي و هو التنازع بالألقاب وهو نوع كثير الانتشار سواء في خطاباتنا اليومية في الشارع أو في البيت أو في المدرسة وهذا ما يثير أعصاب الآخر و يجعله أكثر انفعالا، فلو نعطي مثلا عن المؤسسات التربوية و المدارس فالعنف المدرسي الموجه من المدرس نحو التلميذ يترك آثارا سلبية على نفسيته يكون رد فعل من جانب التلميذ الذي يشعر بالاهانة جراء ذلك فيحاول إعادة الاعتبار، كما أن التلاميذ غالبا ما يطلقون ألقابا على المدرسين المهدف منها الحط من قيمتهم أو إطلاق ألقاب على بعضهم البعض لكن هذا الأمر يمكن أن يعطي نتائج غير مرغوب فيها.

-العنف الموجود بين التلاميذ أنفسهم:

-**الضرب:** و يتمثل في الاعتداءات الجسدية و الشجارات و الصدامات التي تحدث بين التلاميذ داخل المدرسة نتيجة لمشكلة بينهم أو كعدوانية يوجهها تلميذ نحو زميله تعبيرا عن انفعاله بسبب مشكلة مع احد أساتذته أو مع احد أعضاء الإدارة ، فالشجار الذي يحدث داخل القسم بين تلميذ وآخر و بحضور المدرس يعتبره هذا الأخير ضعفا لسلطته فيتدخل بطريقته لحماية احد الأطراف أو فك النزاع بين الطرفين ، ويشكل هذا النوع خطرا على المدرسة و على المعلم والتلاميذ أيضا إذ في كثير من الأحيان تحدث صراعات و مشاجرات بين التلاميذ لسبب تافه وتستعمل فيها الآلات الحادة و حتى الأسلحة البيضاء.

-**الاهانات و الكلام الفاحش:** و يمثل نوعا من العنف المعنوي سواء كان داخل المدرسة أو خارجها، وهو ما يعيق عمل المدرس ويثير انفعاله و يجعله أكثر انفعالا ، ويتمثل في السب و الشتم والكلام الفاحش من تلميذ نحو تلميذ آخر معه في الصف و هي محرك رئيسي للعنف الجسدي، كما يوجد نوع آخر من العنف و هو التنازع بالألقاب لكنه اقل أثرا من السب و الشتم وهنا يكون بمثابة الدعابة والمزاح.

- **العنف الموجه نحو الذات:** في بعض الأحيان يوجه التلاميذ العنف نحو ذاتهم في حالة فقدان الطرف أو الموضوع الذي يوجهون إليه العنف، فكثيرا ما نشاهد التلاميذ وهم يمزقون مآزرهم وأغراضهم من كتب و كراريس وما يرتدون ملابس تعبر عن القوة أو عن ثقافة معينة، وفي بعض الأحيان هناك تلاميذ يؤذون أنفسهم فحسب رواية احد المعلمين انه رأى احد التلاميذ و هو يغرس آلة حادة في يده، هنا في هذه الحالة يوجه التلميذ عنفه وعدوانيته نحو مصدر الإحباط أو نحو البديل الرمزي و هو ذاته.

المحاضرة الثالثة عشر: إضرابات النفسومرضية (العنف المدرسي)

-العنف الموجود بين المدرسين والتلاميذ:

وهنا يتمثل في أنواع العنف المتبادل بين التلاميذ ومدرسيهم ونذكر منه الأشكال التالية:

-**الضرب:** عندما نسمع عن طريق القنوات المختلفة الرسمية أو غير الرسمية كانت، أو نقرا في الجرائد اليومية عن تلميذ اعتدى بالضرب على مدرسه أو مدرسته أو في بعض الحالات يصل الأمر إلى الاعتداء بالسلح الأبيض خاصة خارج المدرسة و كانت بداية التشنج داخل القسم، هنا تتحرك جهات عديدة مثل الإدارة المدرسية التي تتخذ إجراءات تأديبية في حق التلميذ المعتدي أو حتى عرضه على المحاكمة إذا تم الاعتداء خارج المدرسة وأفضى إلى أضرار، كما أن هناك العديد من حالات العنف التي يتم التستر عليها و معالجتها دون اللجوء إلى القنوات الإدارية، ناهيك عن السب و الشتم والتهكم والاستهزاء الذي يتعرض له المدرسون سواء كانوا رجال أو نساء دون استثناء.

كذلك لا يمكن إغفال أمر أن المدرسين يستخدمون العنف و الاعتداء ضد تلاميذهم و بصورة متكررة مع أن القوانين تمنع الاعتداء الجسدي العنيف خاصة الذي يفضي إلى أضرار، و لكن لا بأس إن كان الأمر مجرد عقاب الهدف منه رفع الكفاءة لدى المتعلم.

إن عدم لجوء المدرسين إلى العنف يعتبر ضعفا و قلة سيطرة على الصف أو قد يعتبره المتعلم ضعفا من جانب المدرس وقد يتحول ضده إلى عنف و عدم امتثال لسلطة المعلم، وهنا يلجأ المدرس إلى العنف لفرض نوع من النظام على الصف و بسط السلطة و السيطرة، غير إن الباحث "برنارد دوي" يعتبر الضرب عنفا جسديا، ولكن المدرسين لا يعترفون بفشلهم لان استعمال العنف يعبر عن الفشل و عدم القدرة على السيطرة .

-**الفوضى:** و هي منتشرة بكثرة و بوجود المدرس داخل القسم و تشكل إرهاقا كبيرا له، بحيث تعيقه عن أداء مهامه بصورة طبيعية، إذ تمثل قمة العنف الموجه من المتعلم نحو المتعلم ما دام انه يقصد القيام بذلك و يكون المدرس ضحية لها.

-رفض العمل في القسم:

ويسمى أيضا رفض العمل الصفّي كتعبير عن عدوانية التلميذ، أو تعبّر كذلك عن رفضه لمدرسه، وتعتبر انتقاما من المتعلم و عدوانية حقيقية نحو المدرس و تقف عائق أمامه، أو يفهمها على أنها تحدي من التلميذ لسلطة

المحاضرة الثالثة عشر: إضرابات النفسومرضية (العنف المدرسي)

المدرس مما يشكل له جرحا نرجسيا الأمر الذي يدفعه إلى مقابلة هذا السلوك المتمثل في عدم الإقبال على العمل المدرسي بعنف آخر نحو المت مدرس و هنا نكون في عنف متبادل.
(ERIC Debarbieux,2002 ,p 32-38)

3- مظاهر العنف المدرسي:

يمارس العنف في كل المراحل التعليمية، سواء في المدارس التحضيرية، والابتدائية و المتوسطة، و الثانوية، وان كان ذلك درجات متفاوتة و أشكال مختلفة يظهر هذا العنف على هيئة سلوك يتضمن مظاهر مختلفة من التخريب، و السب، و الضرب، و الشتم الناجم عن تلك الطاقة الكامنة داخل الفرد و التي لا تظهر إلا بتأثير مثيرات خارجية وهي مثيرات العنف وهذه السلوكات تكون بين التلاميذ فيما بينهم أو بين التلاميذ و المدرسين أو بين التلاميذ و الإدارة المدرسية، ويتمثل في مظاهر كثيرة نذكر منها مايلي:

-مشكلة التأخر والغياب عن المدرسة :إن التأخر و غياب التلاميذ عن المدرسة ظاهرة أصبحت تتكرر باستمرار، و هذا يبين سوء تكيف التلاميذ مع الحياة المدرسية و ذلك يعود إلى أسباب متنوعة كإصابة التلميذ بأمراض مزمنة أو عدم حبه للمدرسة كرهه لأحد المدرسين، و قد تعود للأبوين حيث لا ينظمان أوقات التلميذ أو تعود الأسباب إلى المدرسة ذاتها كان يكون المناخ المدرسي يتسم بالقسوة والتهديد أو المنهج المدرسي لا يحقق حاجات التلميذ ولا يرتبط باهتماماته .(صالح الظاهري،2000،ص117).

-مشكلة الهروب من المدرسة : يعبر الهروب عن المدرسة في غالب الأحيان عن رغبة التلاميذ في الابتعاد عن جو المدرسة.

ويعود ذلك إلى أسباب عديدة كالمعاملة السيئة التي يتلقاها التلميذ في المدرسة .من طرف المعلم أو المدير كذلك حساسيته للنقد وشدة اعتزازه بذاته و رغبته في تأكيد شخصية و قد يعود إلى نقص الرقابة الأسرية و التأثير بقرناء السوء .

-تخريب أملاك المدرسة :يقوم بعض التلاميذ أحيانا بالتسبب في أحداث خسائر كبيرة في تجهيزات المدرسة . وفي أثنائها مثلا تكسير النوافذ، المصابيح الكهربائية، الكراسي و الطاولات والأدراج.

فالتلاميذ بهذه الأعمال يعبرون عن سخطهم ضد بعض السلطات في المدرسة أو المعلمين والبحث عن مكانتهم المتميزة و جلب الاهتمام الذي لم يتحقق أو يشبع من النشاطات المدرسية والبحث أيضا عن الشعور بأهميتهم



المحاضرة الثالثة عشر: إضرابات النفسومرضية (العنف المدرسي)

في المدرسة، فقد تفكر بعض الإدارات في استخدام القوة و القهر، لكن ربما العقاب يلبي بعض النتائج العاجلة، لكنه لا يعتبر الحل الأمثل للمشكلة، بل يجب أن تشترك المدرسة و التلاميذ في المحافظة على المدرسة و معاملة أئاثها و تجهيزاتها على إنهما ملك لهم يجب أن يحرصوا عليها لهذا لا بد من تزويدهم بالنصائح و الإرشادات التي تساعد على تحقيق ذلك. (الدراسات التربوية، 1993، ص 289-290).

- الاعتداء الجسدي على الزملاء :

-**العنف ضد الأساتذة و الإداريين**: يعتبر هذا المظهر من أخطر مظاهر السلوك العنيف عند التلاميذ في مرحلة المراهقة، حيث يثير المراهق الشكوك حول سلطة الوالدين والكبار من المدرسين وغيرهم من أصحاب السلطة، والدافع إلى ذلك هو محاولة لان ينمو و يكتشف هويته، مع كراهيته السلطة إذا كانت ضاغطة، وغير معقولة مما يحدث له من إحباط و بالتالي يؤدي به إلى ممارسة العنف، كما أن ثورة المراهق تعكس بروز ذاتية جديدة.

إن تمرد بعض التلاميذ على معلميهم ترتبط بعوامل متعددة كنظرة المجتمع للمعلم ومكانته ووضعه المهني، كما أن تنشئه التلميذ في الأسرة وما كسبه من قيم ومعايير لها دخل كبير في اكتساب هذا السلوك.

-**العنف اللفظي (الشتيم)**: قد يسبب الشتم ضررا كبيرا في عملية النمو النفسي عند المراهق المتمدرس، ولذلك فهو أكثر تحسسا للكلمات الجارحة التي يمكن أن تنال من احترامه لنفسه و ثقته بإمكاناته، وهم بحاجة ماسة إلى الدعم، والتشجيع الذي يمكن أن يحصل عليه المراهق بلا شك ليس حاجة إلى الانتقاد اللاذع ولا إلى التعليقات الجارحة.

وعليه فالعنف اللفظي والمعنوي أشد وقعا في بعض الأحيان من العنف الجسدي وهو أخطر لأنه لا يمكن إثباته وأثره خطير على نفسية الأطفال الذين يكونون في مرحلة تكوين الشخصية وقد تتأزم نفسياتهم من التجريح الذي يتعرضون إليه والتوبيخ الذي يقلل ثقتهم في أنفسهم، و قد ينشئ البغضاء بينهم أو يدفعهم إلى كراهية المدرسة والرسوب أو التسرب المدرسي في الحصص التي يتلقون فيها سوء المعاملة.

وكما يعاني التلاميذ من العنف اللفظي نجد الأساتذة بدورهم يعانون من المشكل ذاته، فهم يشكون من سماع الألفاظ والكلمات النابية والبذيئة التي تلقى على مسامعهم من طرف التلاميذ وهي الظاهرة التي بدأت في الاتساع بشكل يوحى بتدهور ملموس في المستوى الأخلاقي للمؤسسات التربوية التي تنتشر فيها العدوى بشكل

المحاضرة الثالثة عشر: إضرابات النفسومرضية (العنف المدرسي)

كبير. والأساتذة يشتكون اليوم من سماع الكلمات القبيحة و يؤكدون أن بعض التلاميذ من يتعمدون إهانتهم ببعض الكلمات الجارحة التي يتعلمونها من الشارع.

-العنف الرمزي و العنصري: حيث يلجأ التلاميذ إلى استعمال إيماءات الوجه وبقية الأعضاء كالأصابع و الرأس من أجل إلحاق الأذى النفسي بتلميذ آخر فيشعره بالدونية أو العجز أو بالخطر، ولا جدال في أن هذا النمط من التهديد الذي يمارسه التلاميذ في الصف عندما يكون المعلم ملتفتا إلى الصبورة، مم يسبب الحرج و الإحباط للتلاميذ الضحايا.

بالإضافة إلى التعليقات الموجهة سواء من التلاميذ نحو بعضهم أو من الأساتذة لا تنال من الخصائص الأخرى التي تشكل شخصية واحترامه لذاته. (زيد حكيم، 1997، ص167).

-مشكلة حفظ النظام في الصف:

إن عملية حفظ النظام في الصف كانت ولا تزال موضع اهتمام الكثير من المربين و أولياء أمور التلاميذ و خاصة في العقد الأخير من هذا القرن و مما يلفت النظر اليوم هو نجد الأساتذة و خاصة في مرحلة التعليم الثانوي يواجهون مشكلة الضبط و حفظ النظام في الفصل و مما يزيد الاهتمام بهذه المشكلة صلتها الوثيقة بالتحصيل الدراسي و فاعلية العملية التدريسية حيث تعتبر عملية حفظ النظام في الصف عنصرا هاما و أساسا في التعليم لأنها تؤدي إلى خلق الظروف و المحافظة على الشروط التي تساعد عملية التعلم، على تحقيق أهدافها بكل فعالية وكفاية إنتاجية و من الأنماط السلوكية التي يمارسها بعض التلاميذ داخل الصف الدراسي الغير مرغوب فيها، ولا تتماشى مع المعايير و القواعد المدرسية

-الكتابة على الجدران:

من مختلف التعبيرات الكتابية: الفاظا و عبارات و رسومات واضحة أو خريشات غامضة باللغة العربية أو بسواها من اللغات الأجنبية، و تعتبر مشكلة الكتابة على الجدران في المدرسة مثل جدران الفصل أو دورات المياه و غيرها ظاهرة جديدة. لأنها بالإضافة إلى كونها تشويها لجمال الممتلكات العامة و تعديا عليها فهي كذلك تعتبر عن خلل في التربية . (الطاهر الابراهيم، جابر نصر الدين، 2003، ص305).

4- أسباب العنف المدرسي:

هناك عوامل عديدة ترتبط بالعنف المدرسي، عوامل نفسية تتعلق بجماعة الأقران وعوامل موقفية وأخرى تتعلق بالمجتمع وحيث أن السلوك العنيف هو دالة تفاعل الفرد مع البيئة فلا شك أن الخطوة الأولى نحو الوقاية من العنف هو تحديد و فهم العوامل التي تسهم في حدوث العنف، إذ أن الوقاية من العنف تعتمد في جزء كبير منها على فهم أسبابه فالعنف المدرسي لم يكن أحداث معزولة بل هو جزء من مشكلة العنف العام في المجتمع. ويمكن تصنيف العوامل التي تؤدي إلى العنف المدرسي إلى عدة عوامل وهي:

4-1- عوامل فردية:

وهي عوامل ترتبط بالفرد العنيف وتشير إلى الخصائص النفسية والانفعالية لديه والتي تدفعه إلى العنف أي أن السلوك العنيف لدى الطلاب قد يكون يرجعاً إلى البناء النفسي والانفعالي وخصائص الشخصية لديهم، ومن بين هذه الخصائص، الإندفاعية والخوف فالأطفال المندفعين يكون لديهم استعداد السلوك العدواني. ويرى بعض الباحثين أن هناك ارتباط بين السلوك العنيف و مستوى الذكاء والإندفاعية لدى الفرد وأن الأطفال الذين يكون مستوى الذكاء منخفضاً لديهم ويكون مستوى الإندفاعية مرتفعاً، يعانون من الفشل الدراسي الذي بدوره يؤدي بهم إلى العنف، هذا بالإضافة إلى أن انخفاض تقدير الذات ونقص المهارات الاجتماعية و الإغتراب، وكذلك العدوانية في الطفولة، فالأطفال الذين تعرضوا للعنف والخبرات الصدمية في الطفولة، يحتمل أن يكونوا عدوانيين في المراهقة، فالعدوان المبكر في الطفولة يعد أحد المؤشرات القوية لظهور العنف فيما بعد لدى الفرد، سواء في المراهقة والرشد، ويشير (Astor 1995)، إلا أن السلوك العدواني في الطفولة يشكل الأساس الذي يؤدي إلى ظهور العدوان في المراهقة والرشد، فالطفل يضع في عقله أن العنف هو جزء من أسلوب الحياة، ولقد أوضحت العديد من الدراسات أن الخصائص النفسية لدى الطلاب، مثل الإندفاعية والنشاط الزائد والقصور في الجوانب المعرفية والعنف داخل الأسرة وظهور السلوك العدواني في الطفولة ونقص مهارة حل المشكلات الاجتماعية، ووجود مشكلات في التحصيل الأكاديمي ونقص المهارات الاجتماعية ترتبط بالسلوك العنيف لديهم.

وقد يكون العنف لدى المراهق مرتبطاً بالرغبة في تأكيد الذات في مواجهة الأقران الذين يريدون كسر إرادته وضعف قوته و اذلاله وهناك سبب آخر للعنف في المدارس وهو تعاطي الطلاب للمخدرات، يسهم بدور قوي

في ظهور العنف والعدوان بين الطلاب سواء داخل أو خارج المدرسة، ويشير ذلك إلى وجود إرتباط بين تعاطي المخدرات والعنف المدرسي، إذ أن معدلات العنف والقتل ترتبط بتعاطي المخدرات لدى الطلاب وبالتالي فإن كل هذه العوامل الفردية تسهم في حدوث العنف بين الطلاب. (حسين، 2007، ص 265).

4-2- عوامل وأسباب تعود إلى البيئة المدرسية.

قد يكون من المتوقع أن يتجه عمل معظم المديرين باتجاه مساعدة المعلمين، على تحسين عملية التعليم بإبعادها، إلا أن هذا قد يظل توقعاً مثالياً ما دامت الدراسات تؤكد ضعف القدرات الإدارية لدى مديري المدارس، وعدم توفير الجو المؤدي للسلوك السوي من خلال إشراك الطلاب في اتخاذ القرارات والنزعة التسلطية في الأساليب الإدارية، وغياب التناغم بين الإدارة والمدرس والطالب، هذا أيضاً ما يؤكد التقرير المعد من طرف الفريق التقني لمركز التوجيه المدرسي بقرية (2000-2001) أن العوامل سابقة الذكر في علاقتها بالعنف المدرسي ليس تحصيل حاصل، بل هي مظاهر متعددة لتربية العنف المدرسي، وهي إن دلت على شيء فإنما تدل على تعمق العنف وامتداده في معظم جوانب العمل التربوي. للإشارة، فالعوامل المذكورة ما هي إلا بعض من أوجه تقرير العنف المدرسي، من الناحية التربوية على أن هناك من يعرض عوامل أخرى:

- 1- طريقة تصميم المؤسسة واكتظاظ الصفوف نقص المرافق الضرورية، انعدام الخدمات
- 2- افتقار البناء المدرسي للمرافق الصحية المناسبة.
- 3- لافتقار إلى إدراك حاجات الطلبة وفق مراحلهم العمرية المختلفة وضعف القدرة على تلبيتها في الوقت المناسب.
- 4- الافتقار إلى الأساليب التربوية في معالجة مشكلات الطلبة واللجوء إلى العقاب البدني المرفوض نفسياً وتربوياً.
- 5- ضعف مراعاة الفروق الفردية.
- 6- مزاجية المعلم وصفاته الشخصية غير الداعمة للعملية التعليمية. (العكور، 2007، ص 10).

ومن أسباب العنف المدرسي

4-3- أسباب تتعلق بالمجتمع بحد ذاته وهي:

- وسائل الإعلام يمثل قدوة للتلاميذ حيث يتقمصون دور الأبطال دائماً في هذه المرحلة .

المحاضرة الثالثة عشر: إضرابات النفسومرضية (العنف المدرسي)

- غياب الوازع الديني (أو تقلصه دوره)، مما يؤثر على الوعي الأخلاقي وتقلص تأثيره .
 - ضعف التشريعات والقوانين المجتمعية .
 - وجود وقت فراغ كبير وعدم استثماره إيجابيا .
 - إنتشار أعمال العنف والعدوان، بين عناصر المجتمع يؤثر سلبا على سلوك الطلاب
 - إنتشار العادات والتقاليد الفاسدة.
- كما يرى العدوي (2008) أن النظرة الخاطئة من قبل البعض تجاه المدرسة، يعتبرونها ملك للدولة أو ماشابه تجعلهم يحجمون عن تقديم المساعدات اللازمة لها، بالإضافة إلى عدم تدخلهم للمشاركة في وضع أهدافها، وفي سياستها وتخطيط العمل فيها، بالرغم من قناعاتهم للخدمات التي تقدمها لأبنائهم كما ويؤكد على نجاح المدرسة في علاج كثير من مشاكلها يعتمد بصورة كبيرة على مدى تعاون المجتمع وتقديم خدماته لها.

4-4- أسباب تتعلق بالتنشئة الاجتماعية:

- 1- إرتفاع عدد الأسرة الذين يعيشون في منزل واحد للأسرة الممتدة .
- 2- إقامة أفراد الأسرة صغارا أو كبارا في غرفة واحدة.
- 3- الخلافات الزوجية والصراع بين الزوجين.
- 4- التسلط الزائد تجاه الأبناء.
- 5- الإهمال الزائد أو الحماية الزائدة تجاه الأبناء.
- 6- غياب التوجيه والإرشاد من طرف الوالدين نتيجة انشغالهم في أعباء الحياة، وعدم توجيه الآباء لعلاقات الأبناء لجماعة الرفاق، وطبيعة النشأة التربوية في المدرسة.

4-5- الأسباب تتعلق بالطالب في حد ذاته:

- الرغبة في الحصول على الممنوعات، أو المحرمات أو أشياء يصعب قبولها.
- العجز عن إقامة علاقات اجتماعية صحية.
- الشعور بالفشل أو الحرمان من العطف.
- ارتفاع نسبة الأنا فالعنف صورة الأنا والأناية في الفرد، وأن العلاقة بينهما مطردة فكلما إزداد الأنا إزداد العنف.

المحاضرة الثالثة عشر: إضرابات النفسومرضية (العنف المدرسي)

(العدوي، 2008، ص58-61).

- الانفتاح الثقافي الواسع.

4-6- أسباب تتعلق بالذكاء والتحصيل الدراسي:

إن الطلاب المتصفين بالعنف أقل ذكاء وأقل تحصيلًا دراسيًا من الطلاب العاديين، ولكن ليس لحد العنف العقلي أو الفشل الدراسي الكامل، ولقد أكدت دراسة حافظ وقاسم (1993) أنه ليس ثمة ارتباط بين التحصيل الدراسي وأي أشكال سلوك العنف، ولكنه ارتباط موجب بالسلوك السوي، فقلما يستقيم التحصيل الدراسي الجيد للمواد الدراسية مع سلوك العنف.

وأكد فايرلونغ مايكل وآخرون (1997) أن تعاطي المخدرات في المدرسة يرتبط بدرجة كبيرة بضحايا العنف المدرسي، على الرغم من وجود عوامل متعددة تؤدي إلى حدوث العنف المدرسي، إلا أن ارتباط العنف بتعاطي المخدرات هو عامل هام جدا يجب مراعاته في برامج معالجة الإدمان والصراع المدرسي.

كما أن هناك عدة عوامل تشترك في خلقه وحدوثه داخل المجتمع المدرسي وهذه العوامل منها الذاتية المرتبطة بالجوانب الشخصية للطلاب، ومنها البيئة المرتبطة بالمجتمع بالطلاب سواء داخل المدرسة أو خارجها، بالإضافة إلى رغبة الطالب في جذب الانتباه وعدم الشعور باحترام الآخرين، والحماية وعدم الشعور بالأمن ولذلك يتخذ العنف كوسيلة للدفاع، وقد يكون العنف تعبيرا عن الغيرة وعدم اتخاذ المدرسة الإجراءات النظامية ضد الطلاب الذين يمارسون العنف، واستمرار الإحباط لفترة طويلة.

وسلوك العنف هو وسيلة لإثبات الرجولة لدى الشباب، حيث ان التوتر الذي ينتج عن وجود بعض الحاجات الغير مشبعة، الضغوط النفسية الناتجة عن المشكلات الأسرية. (الخولي، 2008، ص78).

5- طرق علاج العنف في الوسط المدرسي و الوقاية منه:

نظرا لما يخلفه العنف في المحيط المدرسي من مشكلات لدى كل أطراف العملية التربوية، كان من الواجب البحث في طرق من شأنها أن تقلل من العنف وتبعاته، ويمكن تلخيص هذه الطرق فيما يلي:

❖ ضرورة فهم ظروف المجتمع الذي يعيش فيه الممارس للعنف، وتحديد مكان التوتر في تلك الظروف التي

تشكل الواقع الاجتماعي، وذلك للتعرف على الظروف المهيمنة لتفشي العنف.

❖ العمل على تطوير الأنظمة التعليمية بأهدافها وبنيتها وأساليبها، ومن أهم النقاط في هذا المجال ما يلي :

المحاضرة الثالثة عشر: إضرابات النفسومرضية (العنف المدرسي)

- ❖ تنوع طرق التدريس بدلا من الاعتماد على طريقة واحدة (ال تلقين) للسماح لكل التلاميذ بالمشاركة في الحصة، وإعطائهم الحرية في التعبير، حيث تسمح لهم هذه المشاركة بالاندماج في المجموعة وتحسينهم بعدم وجود فرقتين أفراد المجموعة من جهة، ومن جهة أخرى الترويج عن أنفسهم الشيء الذي قد يمكنهم من التوافق داخل الصف الدراسي.
- ❖ التحلي عن اعتبار المنهج مجرد كتب مدرسية والنظر إليه كإطار شامل للمعارف والخبرات، وتبني المعلم دور الموجه لكل أفكار التي يطرحها المتعلم (سواء أم كانت لها علاقة بالبرامج أم لا) خاصة الأصلية منها. تنوع وسائل التقويم بدلا من تبني وسيلة واحدة (الامتحانات) وتعويد المعلم علة التقويم الذاتي.
- ❖ إقامة علاقات متوازنة وتفاعلية بين المعلم والطالب، أساسها التفاهم والاحترام والسعي لتحقيق الأهداف المشتركة.
- ❖ تحويل الإشراف التربوي من مفهومه التفتيشي السلطوي الجامد إلى مفهوم متطور يقوم على التعاون والتنظيم من أجل تطوير العملية التعليمية التعلمية. السعي للتقليل من هيمنة المركزية الإدارية في التربية والتعليم.
- ❖ محاولة القضاء على الصراع الذي يعاني منه المعلم وتحويله إلى طاقة نافعة إيجابية، يجعله يتحدى التوتر وعدم الاستقرار.
- ❖ فتح قنوات اتصال حقيقية بين المربين والأولياء والتلاميذ، وذلك بعقد جلسات دورية لمناقشة القضايا التي تهم كل الأطراف.
- ❖ احترام شخصية المتعلم ومساعدته على التعبير عن حاجاته وآرائه

6- برامج مواجهة العنف المدرسي:

تعتبر طريقة الزي الرسمي Uniform طريقة وقائية طبقت حديثة في بعض المدارس في المجتمع الأمريكي وهذه الطريقة الوقائية مبنية على فكرة أن توحيد الزي المدرسي لدى الطلاب يخفض من حوادث ويحسن من اتجاهات الطلاب ويساعد على خلق بيئة تعلم ملائمة، ولكن سرعان ما واجهت هذه الطريقة كثير من الانتقادات والعيوب والتي تتلخص في أنها تقلل من إمكانية ملاحظة المدرسين للطلاب العدوانيين داخل المدرسة وكذلك

المحاضرة الثالثة عشر: إضرابات النفسومرضية (العنف المدرسي)

يكون من الصعب التعرف على الطلاب الذين يتعاطون المخدرات أو الذين يعانون من الإهمال في المنزل وهذا ما يعوق من قدرة المدرسين والإدارة المدرسية على التدخل لحل المشكلة لدى الطلاب قبل أن تصبح خطيرة .

وهناك ما يعرف ببرامج المراقبة وفيها تشارك المدرسة بدور فعال في الوقاية من العنف ومن أمثلة هذه البرامج ما يعرف ببرنامج الجرم المدرسي المسدود Closed school campus ويستخدم هذا البرنامج في العديد من المدارس وهو يتطلب من الطالب أن يبقى في المدرسة أثناء اليوم الدراسي على أن يسمح فقط لبعض الطلاب بمغادرة المدرسة بناء على طلب مكتوب من ولي الأمر أو إذن من شؤون الطلاب بالمدرسة وهو يعني أيضا أن كل الزائرين للمدرسة يمرون بمكتب رئيسي في مدخل المدرسة ويسجلون أسمائهم قبل الوصول إلى مبنى المدرسة والهدف من وراء هذا الإجراء هو توفير بيئة مدرسية آمنة تساعد على خفض العنف بها

وهناك برنامج آخر وقائي للعنف في المدرسة وهو برنامج التسامح الصفري Zero tileranc ويتضمن

أن إدارة المدرسة لا تتسامح ببساطة مع الطلاب الذين يكونون قادرين على إتباع القواعد واللوائح المدرسية .

المحاضرة الرابعة عشر: صعوبات التفكير (التوقف عن التفكير/التشيط التفكير)

المحاضرة الرابعة عشر: صعوبات التفكير (التوقف عن التفكير/التشيط التفكير)

1- تعريف التفكير:

يعد التفكير واحدة من الظواهر النمائية التي تتطور عبر مراحل العمر المختلفة، وهو من أكثر الموضوعات التي تعكس تعقيد العقل البشري. فالتفكير عملية ذهنية يتطور فيها المتعلم من خلال عمليات التفاعل الذهني بينه وبين ما يكتسبه من خبرات بهدف تطوير الأبنية المعرفية والوصول إلى افتراضات وتوقعات جديدة. (قطامي، 2001، ص120).

ويعرفه أبو المعاطي (2005) عملية عقلية معرفية راقية تنطوي على إعادة تنظيم عناصر الموقف المشكل بطريقة جديدة تسمح بإدراك العلاقات أو حل المشكلات. ويتضمن التفكير إجراء العديد من العمليات العقلية والمعرفية كالانتباه والإدراك والتذكر والتصنيف والاستنتاج والتحليل والتركيب والمقارنة والتعميم وغيرها. (أبو المعاطي، 2005، ص375).

2- تعريف اضطراب التفكير:

في الطب النفسي يحدث اضطراب الفكر (TD) أو اضطراب التفكير الشكلي (FTD) عندما يعاني شخص من مشاكل خطيرة في التفكير والمشاعر والسلوك. وقد تشمل الأعراض على الاعتقاد الزائف عن النفس أو عن الآخرين وجنون العظمة وسماع ورؤية أشياء غير موجودة وقطع الحديث أو التفكير وإظهار مشاعر لا تتوافق مع الموقف.

كما ورد مفهوم (اضطرابات التفكير) في أدبيات الطب النفسي مقترناً بالاضطرابات العقلية. ويعدّه كثيرون " عرضاً من أعراض الفصام يتصف بفقدان الترابط بين الأفكار وفقر محتواها من حيث المعنى ، واستعمال لغة جديدة " .

فيما يرى آخرون بأنه " تشويش في قابلية الفرد على اتخاذ حكم، وعلى سرعة التفكير، أو ترجيح فكرة على أخرى " . أو هو " عدم الترابط والاتساق بين الأفكار بحيث لا يستطيع الفرد الاستمرار في موضوع واحد لمدة طويلة ، وعدم قدرته على إكمال ما بدأ به من حديث ، وصعوبة في إيجاد المعنى بسهولة ، والمزج بين الواقع والخيال " . (صالح، 2000، ص38).

3- أنواع اضطراب التفكير:

تتعدد طرائق تصنيف اضطراب التفكير ، بمعنى لا توجد طريقة واحدة معتمدة ، و يمكن تصنيفها على النحو الآتي:

أولاً: اضطرابات تتابع أو تدفق الأفكار وتشمل الأنواع الآتية:

1- تطاير الأفكار : ويعني ازدحام الأفكار في رأس الفرد ، وتسابقها على النطق بها، وتدفقها بسرعة غير عادية تفوق الحد الطبيعي ، وقد تتغير أهداف تلك الأفكار بشكل سريع ، إلا أنها تبقى في الغالب محافظة على الترابط في سياقاتها . ويلاحظ فيه وجود نوع من السجع أو التشابه أو الترابط اللفظي بين الأفكار، وتظهر هذه الحالة في الهوس.

اضطراب

2- تباطؤ الأفكار: ويكون بعكس الحالة السابقة ، إذ تأتي الأفكار بسرعة بطيئة جداً ، والترابط بينها ضعيف أو شبه معدوم ويكون في حدود موضوع واحد ، غالباً ما يكون مؤملاً أو كئيباً ، ويظهر في حالات الاكتئاب.

3- توقف الأفكار : يتحدث الفرد ، وفجأة يتوقف عن الكلام ، فيشعر كأن عقله قد غدا خالياً من الأفكار ويحدث هذا الاضطراب في حالات الفصام

4- التفكير الدوامة : في هذا النوع من الاضطراب تعاد الأفكار بتكرار معين بالرغم من انتهاء موضوعها والحديث بخصوصه بمعنى ان الفرد يبقى في دوامة الفكرة نفسها ولا يستطيع التحول والانتقال الى فكرة أخرى . وتكثر هذه الحالة في اضطرابات الدماغ العضوية

5- التفكير غير المترابط : وفيه يتحدث الفرد بتدفق وتلقائية كما لو كان طبيعياً غير ان كلامه لا يوجد فيه ترابط منطقي ، فضلاً عن أن الأفكار تبدو غامضة ، ويزيدها غموضاً ان الفرد يستعمل " لغة جديدة " او مفردات غير متداولة ، يقوم هو بنحتها ، ويحدث هذا الاضطراب في حالات الفصام والهوس والذهان العضوي.

6- التفكير الخرافي : ويتصف بانعدام القدرة على التمييز بين ما هو مهم وما هو غير مهم من الأفكار فضلاً عن ان المريض يخوض في تفاصيل كثيرة ليست لها علاقة بالموضوع . ويلاحظ في حالات التخلف العقلي وبعض حالات الصرع .

المحاضرة الرابعة عشر: صعوبات التفكير (التوقيف عن التفكير/التثبيط التفكير)

ثانياً: اضطرابات عائدية الأفكار والسيطرة عليها:

يشعر الإنسان الطبيعي أن أفكاره تعود إليه وخاصة به ، وله قدرة السيطرة عليها ، أما الإنسان المصاب بهذا النوع من الاضطرابات فيشعر أن أفكاره غريبة عنه ، ولا سيطرة له عليها . وتظهر هذه الاضطرابات في حالات الفصام ، وتكون بثلاثة أنواع :

- 1- سحب الأفكار: وفيه يعتقد المريض جازماً أن أفكاره تسحب منه برغم إرادته ، أو تقلع من رأسه قلعاً.
- 2- زرع الأفكار: وهذه عكس الحالة السابقة ، فالمريض يعتقد هنا أن أفكارا تزرع في عقله برغم إرادته.
- 3- إذاعة الأفكار: وفيه يشعر المريض أن أفكاره (خصوصياته) معروفة للآخرين، كما لو أن رأسه محطة إذاعة تبث أفكاره للجميع.

ثالثاً: اضطراب صيغة التفكير :

يفكر الإنسان السوي بطريقة منطقية وتجريدية (Abstract) بمعنى انه يعتمد على معاني الأشياء وما يقابلها من الأرقام والألفاظ ، ولا يعتمد على وجودها المادي الجسّم ، يتوصل من خلالها الى استنتاجات وحلول واقعية وعملية . أما في حالة اضطراب صيغة التفكير فانه تنعدم القدرة على التفكير المجرد ، ويأخذ التفكير صيغة مختلفة وغريبة وتكون على نوعين هما:

- 1- التفكير المبهم : وفيه يتعد التفكير عن المواقف الحقيقية أو الواقعية ، يشبه ما يحدث في الخيال والأحلام غير ان الفرد هنا يقوم بأفعال مطابقة لما في خياله . ويحدث في حالات الفصام.
- 2- التفكير الجامد : وفيه يفتقر التفكير الى المرونة والتبصر والتجريد والاستنتاج.

رابعاً: اضطرابات محتوى التفكير:

الصفة العامة لهذا النوع من الاضطرابات هي الوهم العقلي ، ويقصد به الأفكار والمعتقدات والآراء التي لا تنطبق على الواقع ، ولا يمكن ربطها بأساس سببي يفسره ، كما لا يمكن إزالتها بالمنطق والإقناع ، فضلاً عن تناقضها مع ما هو معلوم عن المستوى الثقافي والاجتماعي للفرد . وتأتي هذه الأوهام بأنماط وصور متعددة على النحو الآتي:



المحاضرة الرابعة عشر: صعوبات التفكير (التوقيف عن التفكير/التشيط التفكير)

- 1- **الأوهام الاضطهادية** : اعتقاد الفرد بأنه مضطهد ، وان الآخرين يراقبونه ويضمرون له العداوة ويتآمرون عليه لاحاق الأذى به . وشعوره بان حيفاً لحق به أو ظلماً أصابه ، أو انه معرض لهما . وتأتي هذه الأوهام في حالة المصاب بالزور الفصامي (البارانويا) .
- 2- **أوهام العظمة وأوهام الضعة** : في الأولى يضيف المريض على نفسه مظاهر العظمة ، وانه يتمتع بأهمية فريدة أو عبقرية أو قوة . وتظهر واضحة في حالة النرجسية . وفي الثانية (الضعة) يصف المريض نفسه بعدم الأهمية والتفاهة.
- 3- **أوهام العائدية أو المرجعية** : اعتقاد المريض بان ما يدور من كلام بين الناس أو حركات أو أحداث على أنها تعنيه هو بالذات . أي انه يربط بين الذي يحدث حوله من قريب أو بعيد وبين نفسه . بل يصل الأمر الى أن الخير الذي تناقلته القنوات الفضائية ليلة البارحة (خير مهم مثلاً) كان يعنيه هو .. وان الحرب ستقوم من اجله ويكثر هذا في حالة الهوس والزور (البارانويا) . وهناك نوع منها يكثر في حالة جنون العشق . كاعتقاد الفتاة بان " المطرب الفلاني " الذي لا يعرفها أصلاً ، اصدر " ألبومه " الغنائي الأخير من اجلها ، وانه عندما يظهر يغني في التلفاز ويقول " حبيبي " فانه يعنيه هي بالذات.
- 4- **أوهام العدم** : وفيها يعتقد المريض بأن جزءاً منه ، أو أحد أعضاء جسمه: قلب ، معدة ، دماغ ، ... لا وجود لها ، أو أنها ساكنة لا تعمل . وفي الحالات المتطرفة يدعي المريض بأنه ميت لا وجود له ! وتحصل في حالات الاكتئاب الشديد والفصام.
- 5- **أوهام الإثم** : وفيها يشعر المريض بالذنب ، ويدعي مسؤوليته عن آثام لم يرتكبها. ويصف نفسه بالمدنب الذي ارتكب خطايا فضيحة يستحق العقاب الصارم عليها ، ولذلك فهو يسعى الى التكفير عن آثامه وذنوبه وخطاياهم بوسائل مختلفة ، من إيذاء النفس وعقابها ، بالامتناع عن الطعام مثلاً ، الى تدمير الذات بمحاولة الانتحار أو ارتكابه فعلاً.
- 6- **الأوهام المراقبة** : وفيها يعتقد المريض بأنه مصاب بمرض بالرغم من توكيد الأطباء بأنه سليم من أي مرض واثبات ذلك بالفحص السريري والفحوصات المختبرية . ومع ذلك يظل يفسر أي ألم جسمي طفيف على انه دليل قاطع بوجود مرض خطير . ويستمر منتقلاً من طبيب الى آخر. (قاسم حسين صالح، 2014، ص346-349).

4- أعراض اضطراب الفكر:

معرفة ما إذا كان شخص ما يعاني من اضطراب الفكر أم لا، يتم ملاحظة طرق كلامه عن قرب. وعلى الرغم من أنه من الطبيعي أن يظهر بعض مما يلي في أوقات الضغط الشديد (كحدث كارثي أو وسط حرب)، فإن الدرجة والتكرار والاختلال الوظيفي الناتج سيؤدي إلى استنتاج إذا ما كان الشخص المراقب يعاني من اضطراب التفكير أم لا.

- **فقر الكلام** (أيضا يسمى **ألوجيا**): نقص في محتوى الكلام مقارنة بمستوى المعلومات التي نتوقع توافرها لدى الفرد العادي، ففي محادثة غير رسمية على سبيل المثال "هل لديك أشقاء؟" "نعم." "كم عددهم؟" "اثنان" وما إلى ذلك. (وتتواصل المحادثة في العموم بهذه الطريقة)
- **انقطاع الأفكار**: انقطاع تواصل الكلام قبل وصول الهدف منه. على سبيل المثال "هل جئت مبكراً؟" "لا، لقد جئت في..." (صمت) وفي الدرجة القصوى، بعد انقطاع الأفكار، لا يستطيع المتحدث تذكر موضوع الحديث الذي كان أو كانت تناقشه. قد يعتبر عرض انقطاع الأفكار علامة شائعة لمرض الفصام.
- **الإطناب**: الكلام الذي يحوي مستوى عالٍ جداً من الإسهاب ويتأخر بشكل كبير في الوصول للهدف المرجو. الكلام عن العديد من المفاهيم المتعلقة بمحور المحادثة قبل العودة في النهاية له مرة أخرى والوصول للنتيجة. الإطناب المفرط. على سبيل المثال "ما اسمك؟" "حسناً، أحياناً عندما يسألني الناس أنه يتعين علي النظر فيما إذا كان أم لا سأجيب لأن بعض الناس يعتقدون انه اسم غريب على الرغم من أنني لا أرى ذلك لأن أمي هي التي أطلقتته علي وأعتقد أن والدي ساعد ولكن كل ما في الأمر أنه اسم جيد مثل أي اسم في رأيي، وأعتقد أنها غريبة قليلاً أن يكون لي نفس اسم اثنين من أسمائي الأخرى، ولكن الحقيقة أنني أحب ذلك فهو أمر جيد... ولكن نعم، اسمي فلان".
- **التلاحن**: أصوات تظهر لتنظم الكلمات أو المواضيع بدلاً من المعاني التي تربط الكلمات ببعضها. بإفراط في القافية، والجناس.

المحاضرة الرابعة عشر: صعوبات التفكير (التوقيف عن التفكير/التشيط التفكير)

- جنوح التفكير (وكذلك التفكير المهلهل والتذبذب): خروج الأفكار عن مسار الموضوع لموضوع آخر ذي صلة بمحور الحوار أو لا وبشكل غير مباشر. على سبيل المثال "في اليوم التالي عندما كنت بالخارج أتعلم؛ أخذت، ما يشبه آه، وضعت مادة الدهان على شعري في كاليفورنيا".
- الكلام المشتت: في منتصف الكلام، يتم تغيير الموضوع نتيجة دخول عامل محفز. على سبيل المثال "بعد ذلك غادرت سان فرانسيسكو وانتقلت إلى... من أين أتيت برابطة العنق هذه؟"
- التكرار الصدوي: تكرار كلام أحد الأشخاص أو كلام الناس بشكل يشبه الصدى لمرة واحدة، أو بشكل مستمر. وقد يكون التكرار لبعض الكلمات الأخيرة أو للكلمة الأخيرة فقط من الجمل التي يقولها من يقوم بالاختبار. وقد يكون هذا من أعراض متلازمة توريت. على سبيل المثال "ما الذي تحب تناوله على العشاء؟"، "هذا سؤال جيد. هذا سؤال جيد. هذا سؤال جيد. هذا سؤال جيد".
- التفاعل المراوغ: محاولة التعبير عن أفكار و/أو مشاعر عن شخص آخر وتتسم بالمراوغة أو بالشكل الركيك، على سبيل المثال: "أنا... يكو أه... أنت تكون أه... أعتقد أنك قد... أه-- مقبول إم... شعر".
- هروب الأفكار: تسلسل من الأفكار المهلهلة أو انحراف التفكير المفاجيء حيث ينتقل المتحدث بسرعة من فكرة إلى أخرى لا تتعلق بمحور الحوار. فبالنسبة للمستمع، الأفكار تبدو غير مترابطة مع بعضها ولا يبدو أنها تتكرر. وكثيراً ما يكون ضغط الكلام موجوداً أيضاً. على سبيل المثال "أنا أملك خمس سيجارات. لقد ذهبت إلى هافانا. لقد ظهرت من الماء بملابس البحر".
- اللامنطقية: الاستنتاجات التي يتم التوصل إليها لا تتبع المنطق (عدم توافر الاستدلالات والنتائج الخاطئة). على سبيل المثال "هل تعتقد أن هذا سيدخل في الصندوق؟" يرسم إجابة مثل "حسن؛ إنه بني، أليس كذلك؟"
- عدم الاتساق (كلام مُختلط): الكلام غير المفهوم لأنه، على الرغم من أن كلمات الشخص عبارة عن كلمات حقيقية، إلا أن الأسلوب الذي يربط به بينها ينتج عنه رطانة مهلهلة، على سبيل المثال السؤال "لماذا يمشط الناس شعرهم؟" فيستنبط إجابة مثل "لأنه يجعل الحياة دوامة، صندوقي تكسر ساعدني أيها الفيل الأزرق. أليس الخس شجاعاً؟ أنا أحب الإلكترونيات، مرحبا من فضلك!"

المحاضرة الرابعة عشر: صعوبات التفكير (التوقيف عن التفكير/التشيط التفكير)

- **فقد الهدف:** الفشل في مواصلة تسلسل الأفكار للوصول إلى استنتاج معقول. على سبيل المثال "لماذا تحطم حاسوبي؟"، "حسنا، أنت تعيش في منزل من جميل، لذا يُتطلب وجود مقص في درج آخر".
- **ألفاظ جديدة مستحدث (لغة):** تراكيب من الكلمات الجديدة.. وهذه أيضا قد تشتمل على حالات ترخيم لكلمتين لهما معنيان أو صوتان متشابهان. على سبيل المثال "استشطت غضبا فالتقطت قدرا فألقيته بطشرا"
- **المثابرة التكرارية:** التكرار المتواصل لكلمات أو أفكار. على سبيل المثال "إنه لشيء عظيم أن تكون هنا في نيفادا، نيفادا، نيفادا، نيفادا." وهذا أيضا قد يشتمل على إعطاء جواب متكرر بنفس الإجابة لأسئلة مختلفة. على سبيل المثال "هل اسمك مريم؟" "نعم." "هل أنت بالمستشفى؟" "نعم." "هل أنت طاولة؟" "نعم." ويمكن أن يشتمل هذا العرض على اللجلجة والتأتأة النبرية وغالبًا ما يكون هذا العرض مؤشرًا على وجود مرض عضوي بالمخ .
- **خطل التسمية الصوتي:** خطأ لفظي؛ حيث تكون المقاطع خارج التسلسل. على سبيل المثال "انزلقت على السلم وكسرت زراعي".
- **ضغط الكلام:** المبالغة في كثرة الكلام بشكل عفوي مقارنة بالمستوى الطبيعي. وقد يشتمل هذا أيضا على زيادة في معدل الكلام. وبدلا من ذلك، ربما يكون من الصعب مقاطعة المتحدث؛ فربما يستمر المتحدث في التكلم حتى لو تم توجيه سؤال مباشر له.
- **المرجعية الذاتية:** المريض دائمًا ما يشير إلى نفسه مرارًا وتكرارًا وبغير مناسبة. على سبيل المثال "كم الوقت الآن؟"، "إنها السابعة. وهذه مشكلتي".
- **خطل التسمية الدلالية:** استبدال لفظة غير لائقة. على سبيل المثال "انزلقت على المعطف، أقصد على الجليد، وكسرت كتابي".
- **الكلام المتكلف:** كلام متكلف ورسمي بشكل مفرط على سبيل المثال "انسجم المدعي مع نفسه بشكل غير مهذب".
- **التماسية:** إجابة الأسئلة بطريقة غير مباشرة أو عرضية أو لا صلة لها بالموضوع. على سبيل المثال:
س: "من أية مدينة أنت؟"

المحاضرة الرابعة عشر: صعوبات التفكير (التوقيف عن التفكير/التشبيط التفكير)

ج: "حسناً، هذا سؤال صعب. أنا من أيوا. أنا في الحقيقة لا أعرف من أين جاء أقرابي، لذا فأنا لا أعرف إذا كنت أيرلنديًا أم فرنسيًا".

• **تقريب الكلمات:** استخدام الكلمات القديمة بطريقة جديدة وغير تقليدية. على سبيل المثال "رئيسه كان مشرف".

5- أسباب إضراب التفكير:

من منا لا يتعرض أحيانًا لاضطرابات في التفكير ويجد نفسه غير قادر على التفكير بانتظام وبشكل طبيعي، وهذا بكل تأكيد يعود إلى عدة أسباب، من أسباب تشوش التفكير واضطراباته هي:

5-1- الإجهاد اليومي:

إن الكم الهائل من التوتر هو السبب الرئيسي الذي يجعل الكثير من الناس يشعرون بالإرهاق من الحياة، في الواقع يمكن أن يؤدي الضغط الناتج عن زيادة المعلومات والفوضى الجسدية إلى الشعور بالقلق العام ونوبات الهلع والاكتئاب واضطرابات التفكير.

5-2- حرية الاختيار:

حرية الاختيار التي تحظى بالاحترام في المجتمعات الحرة، يمكن أن تكون سبب في تدهور الصحة العقلية، وزيادة الخيارات تؤدي إلى المزيد من القلق وعدم الرضا واضطراب الفكر.

5-3- الكثير من الأشياء:

نحن نملأ منازلنا بأشياء لا نحتاجها ونملأ وقتنا بتدقيق مستمر من التغريدات والتنزيلات ومشاركات المدونات وأفلام الفيديو، وتتكدس المعلومات والأشياء من حولنا، ويزداد الضغط على أفكارنا مما يؤدي إلى اضطرابات التفكير لدينا ويعتبر هذا السبب من أكثر أسباب إضراب التفكير شيوعًا.

<https://kuttab.cc/wp/2015/11/29>

المحاضرة الخامسة عشر: الدخول في الفصام.

1- تعريف الفصام:

يعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي كالآتي: الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشارا. وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والادراكية وكأن كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى. ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشدوذاها. (محمد غانم، 2007، ص125).

ورد تعريف الفصام في الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية الخامس على أنه اضطراب يتميز بالضلالات والهلاوس والكلام الغير المنظم والسلوك الحركي الغير المنظم والأعراض مثل: التبدل العاطفي أو الوجداني والتدهور في الوظائف والعلاقات الشخصية. (DSM-5, 2013).

2- تصنيفات الفصام:

في التصنيف الدولي العاشر ICD-10 يقسم الفصام إلى سبعة أنواع:

- 1- F20.0 الفصام الزوري (Paranoid schizophrenia).
- 2- F20.1 الفصام الهيبيريني (Hebephrenic schizophrenia).
- 3- F20.2 الفصام الجامودي (Catatonic schizophrenia).
- 4- F20.3 الفصام الغير محدد (Undifferentiated schizophrenia).
- 5- F20.4 إكتئاب ما بعد الفصام (Post- schizophrenia depression).
- 6- F20.5 بقايا الفصام (schizophrenia Residual).
- 7- F20.6 الفصام البسيط (Sempal schizophrenia).

في حين أن التصنيف الأمريكي الرابع DSM-4 قسم الفصام إلى خمسة أنواع هي:

- 1- 295.12 الفصام الزوري (Paranoid type).
- 2- 295.2 الفصام الجامودي (Catatonic type).
- 3- 295.62 بقايا الفصام (type Residual).

المحاضرة الخامسة عشر: الدخول في الفصام

بالإضافة إلى نوعين آخرين هما:

1-295.12 الفصام الغير منظم (Disorganized type).

2-295.92 الفصام الغير محدد (Undifferentiated type).

اما التصنيف الأمريكي الخامس DSM-5 سنة 2013 فقد ألغى هذه الأنواع وأصبح التشخيص هو الفصام

3-اعتبارات تقسيم الفصام:

تم تقسيم الفصام إلى أنواع وفق التصنيف الأمريكي الرابع DSM 4 على اعتبار أن:

1-الفصام الزورري يكون فيه التوهم والهلاوس هي المسيطرة دون وجود اضطراب شديد بالسلوك والكلام.

2-في حين أن من يعانون من اضطرابات شديدة في السلوك والكلام وتبلد المشاعر سموا بالنوع الغير

منضبط والتي يقابلها في التصنيف العاشر ICD-10 الهيبيرينيا.

3-أما النوع الجامودي أو التخشيبي في تسمية أخرى في كلا التصنيفين، فإنه يتميز بالمظاهر الحركية حيث

يبدو المريض متخشب يتحرك كتمثال الشمع ويصاب بنوبات من الهياج وزيادة الحركة ثم السلبية ومقاومة

الأوامر أو الحركات، ومن الممكن أن يأخذ وضع عضلي متعب ويستمر لفترة طويلة مثل أن يرفع يده

فوق رأسه، كما أنه من صفات هذا النوع هو ترديد الحركة وترديد الكلام الذي يقال له وقد تم فصل

هذا النوع في التصنيف الخامس

DSM-5 عن الفصام ووضع في باب مستقل لأنه في بعض الأحيان يحدث لأسباب أخرى نفسية أو

عضوية ليست فصام.

4-أما النوع الرابع الغير محدد والذي لا تنطبق عليه شروط الأنواع الثلاثة السابقة.

5-والنوع الخامس هو بقايا الفصام وفيه لا تكون الأعراض الإيجابية واضحة ولكن يكون هناك دليل على

استمرارية الاضطراب بوجود أعراض سلبية متعددة وبقايا من الأعراض الايجابية.

6- أما الفصام البسيط ورد في التصنيف العاشر ICD-10 دون أن يرد في التصنيف الأمريكي الرابع 4

DSM- أو DSM-5 فهو نوع خلاف لا يشترط وجود الهلاوس والأوهام مما جعل هذا التشخيص

يختلط باضطراب الشخصية ولا يقبل به معظم الخبراء. (آلاء عبد الرحمان رفيق البشتاوي، 2015، ص15-16).

4- أعراض الفصام:

أهم الأعراض التي يتميز بها مرض الفصام هي كالآتي:

4-1- البعد عن الواقع: يمتاز الفصام بفقدان المريض القدرة على الاتصال بالواقع، فيعجز عن التكيف اجتماعيا وينسحب تدريجيا من جميع العلاقات الإنسانية، واستجاباته للمواقف الاجتماعية تصبح غير ملائمة، ويُجد أن المريض هنا يفسر الحقيقة ويشوهها حتى تخدم حاجاته الداخلية والذاتية، وبمرور الوقت لا يستطيع التمييز بين عالمه الخيالي الوهمي وبين العالم الخارجي.

4-2- فقدان القدرة على التحكم في الدوافع والنفعلات: يفقد المريض القدرة على التحكم في الدوافع، ويصبح فجأة مزعجا وعاصفا ويميل إلى الإفراط في الحركة والنشاط، وهذا النشاط يمتاز بالعنف، وبعض المرضى يصبحون عدوانيين، وهذه النوبات تقود إلى الهلوسة والهذيان أي الأفكار الزائفة.

4-3- اضطراب التفكير وظهور الهلاوس والهذيان: تظهر عند مريض الفصام الهلاوس، وهذه الهلاوس قد تكون سمعية وبصرية، وهناك أيضا الهلاوس الشمية والذوقية واللمسية، كذلك يبدو على المريض الهذات، وتعمل على تعزيز وتأييد الهلاوس، وقد يظهر الهذيان بمفرده، أيضا نجد المريض يعاني من عجز كبير في الاتصال بالناس ويرفض الكلام، أما إذا تكلم فيلاحظ على كلامه التفكك وعدم الربط وعدم ملائمة الكلام للمواقف.

4-4- المعتقدات الخاطئة: وهي اضطرابات في محتوى التفكير، و تعرف بأنها معتقدات خاطئة يعتنقها الشخص بقوة رغم نقص الأدلة التي تبررها واستجابة لضلالاته، قد يشترك الفصاميون في سلوك غريب ين الأطوار بل وحتى عدواني، ويتميز الفصا بظاهرة الأفكار الشاذة والمعتقدات غير المعقولة التي تثبت في عقل المريض. (الختاتنة، 2012، ص286).

5- تشخيص الفصام:

العلامات التشخيصية للفصام بحسب التشخيص الأمريكي الخامس DSM-5

A. تواجد إثنين (أو أكثر) مما يلي على أن يوجد كل منها لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا عولجت بنجاح) و أحدها على الأقل يجب أن يكون (1)، (2)، (3):

المحاضرة الخامسة عشر: الدخول في الفصام

- (1) أوهام.
 - (2) هلاوس.
 - (3) كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).
 - (4) سلوك غير منتظم أو كاتاتوني بشكل صارخ.
 - (5) أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة).
- B. خلال فترة معتبرة من الوقت، و منذ بداية الاضطراب ، فإن مجالا أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي الأساسية كالعامل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصوره جلية دون المستوى المتحقق قبل النوبة (أو الاخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الانجاز الاكاديمي أو المهني عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة).
- C. تدوم علامات الاضطرابات المستمرة ستة أشهر على . ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهرا من الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) و التي تحقق المعيار A (أي أعراض الطور-النشط) و قد تتضمن فترات من الأعراض البادية أو المتبقية.
- D. الفصام الوجداني و الاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية قد تم استبعادها.
- E. لا يعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.
- F. إذا كان هناك تاريخ لضطراب التوحد أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفلي، فالتشخيص الإضافي للفصام لا يوضع إلا إذا كانت الأوهام أو الهلاوس بارزة، بالإضافة الى كون الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام، قد وجدت لشهر واحد على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح). (الحمادي، 2015، ص101-102).

6- علاج الفصام:

أولا : العلاج الوقائي:

و يشمل العمل على تجنب زوج الأقارب في العائلات التي فيها سوابق عائلية (تاريخ إصابة بالمرض)، وكذلك النصح بالإقلال و الحد من فرص الإنجاب عند الفصاميين، و أيضا العناية بالأسرة و التمسك الأسري، و وضوح المعاملة، و سلامة الرعاية، و دفع العواطف، و مرونة الحوار. (المرشد في الطب النفسي، 1999، ص129).

ثانيا: العلاج الكيميائي:

ويكون باستخدام المثبطات العصبية والتي تعتبر من أهم الأدوية النفسية للذهان وخاصة للفصام فهي فعالة على الأعراض الايجابية مثل الهلاوس والهذيانات والأعراض السلبية مثل الانقطاع عن العالم الخارجي أو الانعزال الاجتماعي أو البلادة الانفعالية العاطفية. ان أغلبية الفصامين يستلزم عليهم مزاوله هذا العلاج لعدة سنوات ومع ذلك الانتكاسة هي شائعة ومن أمثلة هذه الأدوية المستعمل:
Largactil – Haldol – Nozinon – Riseperdal – Zyperxa

(مصطفى لكحل وبن عمر عواج، 2012، ص42).

ثالثا: العلاج بالصدمة الكهربائية:

يستخدم هذا العلاج بفاعلية في عدد قليل من حالات الفصام وقد أثبت هذا النوع من العلاج فاعليته تحديدا مع مرضى الفصام من النمط الكنتاتوني . كما وجدت ملاحظات أن مرضى الفصام الذين تقل مدة مرضهم عن سنة واحدة . يستجيبون بصورة جيدة لهذا النوع من العلاج.

(محمد غانم، 2007، ص149).

رابعا: العلاج النفسي:

حيث يعتبر هذا العلاج فعال باستخدام طرق نفسية و حسب 1993G.Postal :
هو استعمال الطرق النفسية لمعالجة مرض عقلي أو عدم تكيف أو اضطراب نفسي حركي . ويقوم هذا العلاج بمساعدة الفصامي على إعادة التكيف والاندماج من خلال تطبيق برنامج علاجي، وقد أنجز بعض المعالجين بعض النجاح في هذا النوع من العلاج مع مرضى الفصام، وكان طويلا امتد من ثلاث إلى خمس سنوات، وما يجدر الإشارة إليه هو أن العلاج النفسي يمكن تطبيقه من خلال استخدام عدة طرق مختلفة.

العلاج الفردي: الذي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيمها والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المريض وتخفيف القلق وإعادة ثقته بنفسه.

المحاضرة الخامسة عشر: الدخول في الفصام

العلاج النفسي الجماعي: مع الاهتمام بأفراد الأسرة والأقارب لمساعدة المريض، وفيه التحليل النفسي في حالات قليلة جدا مع التركيز على محاولة إصلاح ضعف الأنا ويهدف إلى تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي.

العلاج المعرفي: وهو عبارة عن طريقة علاجية فعالة محدودة ومنظمة تقوم على تعليم المريض كيفية تهيئته لمختلف الاستجابات أمام المشكل ثم يختار الأكثر تناسبا مع الموقف من خلال استخدام برنامج علاجي لمعالجة الوظائف المعرفية المضطربة وتعلم التنسيق والربط بين المعلومات. (مصطفى لكحل، 2011، ص 49-50).

العلاج النفسي التعليمي لأسرة مريض الفصام:

إن التدخل الأسري من أهم العوامل الحديثة في العلاج وخفض نسبة التعرض للانتكاسة، فمعرفة الأسرة بالمرض وأسبابه وإحتمالات الشفاء وعدم النقد المستمر، وإحساس المريض بهويته، وطريقة تشجيعه على العمل والاختلاط دون تحد لقراته، وأهمية الانتظام على تناول العلاج الدوائي، كل ذلك له أثره الكبير على جودة الحياة المريض الفصامي، وقد دلت الأبحاث الحديثة أنه بتعليم وتدخل الأسرة تنخفض النكسات بنسبة 40% (عكاشة، 1998، ص 377-378).

الظروف غير المناسبة في الأسرة و أثارها على الصحة النفسية للطفل

| الظروف غير المناسبة | أثرها على الصحة النفسية |
|--------------------------------|--|
| الرفض أو الإهمال و نقص الرعاية | الشعور بعدم الأمن، الشعور بالوحدة، محاولة جذب إنتباه الآخرين السلبية و الخضوع، أو الشعور العدائي و التمرد، عدم القدرة على تبادل العواطف، الخجل، العصابية، سوء التوافق. |
| التسلط (و السيطرة) | الاستسلام و الخضوع أو التمرد، عدم الشعور بالكفاءة، نقص المبادرة، الاعتماد السليبي على الآخرين، قمع و كبت استجابات النمو السلبية، سوء التوافق مع متطلبات النضج. |

المحاضرة الخامسة عشر: الدخول في الفصام

| | |
|--|---|
| عدم المغالات في اتهام الذات، السلبية، عدم الانطلاق، التوثر، السلوك العدواني. | فرض النظم الجامد (النقد). |
| عدم تماسك قيم الطفل و تضاربها و عدم الثبات الانفعالي، التردد في إتخاذ القرارات. | مشكلات النظم و التضارب في النظم المتبعة |
| القلق، التوثر، الشعور بعدم الأمن، الحرمان الإنفعالي، الميل نحو النظر إلى العالم كمكان غير آمن. | الزواج الغير السعيد |
| الخوف، الشعور بعدم الأمن، إستخدام الحيل العصابية التي يستخدمها الوالدان. | الوالدان العصائيان |

(زهرا، 2005، ص17).

المحاضرة السادسة عشر: التسرب المدرسي.

1- تعريف التسرب المدرسي:

يعرفه (عابدين، 2001) بأنه ترك مقاعد الدراسة بشكل كلي قبل إنهاء أي مرحلة تعليمية من سلم التعليم العام. (عابدين، 2001، ص316)

-التسرب حسب اليونسكو: "يخص التلاميذ الذين ليذهبون إلى دراستهم في عدد السنوات المحددة لها إما لأنهم ينقطعون نهائياً، أو لكونهم يعيدون السنة أو سنوات معينة".

(خيري و ناس، بو سنورة عبد الحميد، 2008، ص23).

و يعرفه "عبد الدائم علي" أنه: هو مغادرة الطالب المدرسة لسبب من الأسباب قبل نهاية السنة الأخيرة في المرحلة التعليمية التي سجل فيها.

(محمد، 2015، ص43).

2- بعض المصطلحات المرتبطة بالتسرب المدرسي:

هذه المصطلحات تتفق في معناها العام؛ ولا تختلف إلا في جزئيات دقيقة وهذا ما يفسر الخلط بينهما عند عدد كثير من الناس.

الفشل المدرسي: يطلق هذا المصطلح على النتائج السلبية التي يحصل عليها المتعلم خلال مساره الدراسي، سواء كان ذلك عبر الامتحانات الفصلية أو الانتقائية الإجرائية الرسمية، فكلما أخفق المتعلم في الحصول على النتائج المنتظرة منه سمي ذلك فشلاً.

التخلي عن الدراسة: هو الانقطاع الإرادي عن المدرسة، وذلك لأسباب عديدة مختلفة قد تكون اجتماعية، أو اقتصادية، أو نفسية.

(بلعتر و بوكروتة، 2011، ص19).

التخلف المدرسي: عرفته "قويا فوزني": "على أنه حالة أو نقص في التحصيل لأسباب عدة إما أن تكون عقلية أو جسمية أو انفعالية أ، اجتماعية أو مجتمعة في بعض الأحيان في تلميذ واحد بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي.

(محمد أرزقي بركان، 2006).

الغياب المدرسي: وهو من ضمن المشاكل التربوية التي تعود نتائجها السيئة على التلميذ، وقد يؤدي إلى جنوحه ومرافقته لأصدقاء السوء، وبالتالي رسوبه وتركه المدرسة وتسرب منها.

(الذهبي، 2015، ص35).

3- أنواع التسرب:

ميزت إحدى الدراسات عام 1997 بين شكلين من التسرب:

3-1- **التسرب المؤقت**: وهو الذي يحدث يوميا متكرر وما يلبث أن يتحول إلى انقطاع مستمر عن فصل التلاميذ من المدرسة.

3-2- **التسرب الدائم**: الذي يعني هجر التلميذ من المدرسة كليا.

وثمة تصنيف آخر للتسرب حيث يتميز بين ثلاثة أنواع من التسرب هي:

3-3- **التسرب الارادي**: والذي يتخذ مظاهر متعددة أو لها زيادة التدفق الطلابي على قدرة التعليم و الاستعاب.

3-4- **التسرب الشائع**: وهو التسرب التلاميذ من المدرسة الابتدائية قبل وصولهم إلى نهاية المرحلة.

3-5- **التسرب المرحلي**: وهو نوع التسرب الذي يبدو واضحا في نهاية كل مرحلة من مراحل التعليمية سواء الابتدائية أو غيرها. (على السيد محمد الشيخي، 2002، ص353).

كما ميز مصطفى منصورى ثلاث فئات من التسرب وهي:

1- **الفئة مجبرة على التسرب**: إن سبب تسربهم عن الدراسة خارج عن نطاقه كمرورهم بأزمات شخصية أو أسرية كالمرض.

2- **فئة المتسربين المعاقين**: ويرجع هذا التسرب إلى ضعف قدراتهم العقلية (الضعف العقلي) والمعرفية على القيام بالأعمال المطلوبة.

3- **فئة المتسربين الأكفاء**: ترجع أسباب تسربهم عن المدرسة إلى عدة أسباب منها كثرة الغيابات، المشكلات السلوكية، بعد المدرسة ميولهم غير المدرسة، نقص الدافعية. (منصوري، 2002، ص5).

4- أسباب التسرب المدرسي:

4-1- **مستوى القدرة العقلية للطالب**: حيث توجد العديد من الاختلافات الواسعة المدى بين الطلبة في القدرة العقلية قد لا تناسبها نوعية المادة التعليمية التي يقدمها المعلم فإذا كان مستوى المادة التعليمية منخفضا أدى ذلك إلى سأم المتفوقين وضجرهم وإذا كان مرتفعا أدى إلى شرود ذهن الطالب منخفض الذكاء.



المحاضرة السادسة عشر: التسرب المدرسي

- المنهج الدراسي الخبرات التي تقدمها المدرسة لطلبتها تحقيقا لرسالتها وأهدافها ووفق خططها في تحقيق الأهداف المرجوة.

- الكتاب المدرسي: المرجع الأساسي الذي لا يستقي منه الطالب معلوماته أكثر من غير من المصادر فضلا عن أنه هو الأساس يستند إليه المعلم في إعداد دروسه قبل أن يواجه طلابه داخل الفصل الدراسي. (المراخشة، 2016، ص 03).

4-2- الأسباب التربوية: وتتعلق بالمدرسة والمرافق المدرسية والنظام التعليمي والالتزام والمنهج والأهداف التعليمية والمدرسية وتمثل بالآتي:

- نقص المدرسين لفترة طويلة من السنة وكذلك حالة المدرسين النفسية.

- وسائل التقويم التقليدية المتعبة والمتمثلة بالاختبارات فقط.

- بعد المدرسة عن مكان السكن وصعوبة المواصلات.

- تدني المستوى التحصيلي للطلبة ورسوهم مع قلة توفر البرامج العلاجية المناسبة. (أبو عسكر، 2009، ص 67).

4-3- الأسباب الأسرية:

وهناك أسباب أخرى متعلقة بالأسرة نذكر منها:

- الصراعات الأسرية وسوء توافق الأسرة يؤدي إلى عدم الاستقرار النفسي والاجتماعي للأبناء مما يؤدي إلى إهمال الدراسة والنفور منها.

- التفكك الأسري كالطلاق أو كموت أحد الوالدين.

- سوء المعاملة الوالدية و التمييز بين الأبناء.

- غياب التواصل بين المدرسة والأسرة.

- إهمال الوالدين وعدم متابعة أولادهم.

- تدني المستوى الثقافي للأسرة، حيث يكون له تأثير كبير على التحصيل الدراسي. (سيسبان، 2017، ص 33-37).

5- مخاطر التسرب المدرسي:

إن انقطاع الطالب عن المدرسة وتسريه من الدراسة قد يؤدي إلى ارتداده إلى الأمية من ناحية والتحاقه بسوق

العمالة أو قد يؤدي من ناحية أخرى إلى انحرافه.

المحاضرة السادسة عشر: التسرب المدرسي

"التسرب يؤدي إلى حدوث فاقد في التعليم يترتب عليه ارتفاع تكلفة التعليم بالنسبة للطالب أو الفصل أو المدرسة مع التأثير على كفاءة التعليم في الوقت نفسه، كما أن زيادة الأمية أو وجود الفرد الأمي يعتبران في حد ذاتهما عاملين محبطين ومعيقين لعملية الإنتاج والتنمية الشاملة اجتماعيًا واقتصاديًا لأن الإنسان الأمي يصبح فردًا مستهلكًا فقط غير قادر على العطاء والإبداع ويصبح عالة على كاهل الدولة والمجتمع." (القاضي، 1994، ص 04).

ويضاف إلى المخاطر ما يلي:

- 1- تسرب الطالب قبل أن يتم نضجه وتكتمل خبرته تجعله أقل كفاية في العمل وأقل إنتاجًا لو قدر له أن يواصل دراسته، وهذا ضياع للطاقات البشرية في المجتمع.
- 2- عدم اهتمام وتقدير المتسرب لقيمة الوقت، وعدم الرغبة في التعاون والعمل مع الجماعة وضعف روح الانتماء والقدرة على الابتكار والإنجاز، وكلها قيم هابطة ناتجة عن ضعف نوعية الفرد مما ينعكس سلبيًا على المجتمع.
- 3- إن أعداد المتسربين سوف تلتحق عاجلاً أم آجلاً بسوق العمل، بيد أن هذا السوق لم يعد بمقدوره استقبال مثل هذه الأيدي العاملة، نظرًا لأن سوق العمل وفقًا للتطورات العلمية والتكنولوجية الحديثة يتطلب قوى بشرية ماهرة، وتمتلك خبرات ومهارات تمكنها من الوقوف أمام المستجدات التي تظهر متلاحقة في ميادين العمل المختلفة.
- 4- إن انخفاض مستوى الوعي التربوي والاجتماعي والسياسي لدى الشاب سيعكس نفسه على مدى قدرتهم على إدراك الأخطار التي تحيط بأممتهم وبالتالي اندفاعهم في الذود عن وطنهم، وحرصهم على حماية مكتسبات ثروتهم، وإلى سهولة انخداعهم بالدعايات الاستعمارية والإشاعات التي تعدها الدوائر المشبوهة.
- 5- وجود التسرب في المجتمع يشكل عائقًا في إيجاد مجتمع متجانس يتمتع أفرادُه بقدر مقبول من أساسيات الثقافة والمعرفة، فوجود فئة المتسربين لا يساعد على إيجاد قدر من التفاهم والتعامل المشترك بين أفراد المجتمع مما يؤدي إلى سير المجتمع نحو التخلف والتدهور.

المحاضرة السادسة عشر: التسرب المدرسي

6- يؤدي استمرار التسرب إلى استمرار الجهل والتخلف وبالتالي سيطرة العادات والتقاليد البالية التي من تطور المجتمع مثل (الزواج المبكر - سيطرة الأبوية المطلقة) وبالتالي حرمان المجتمع من ممارسة الديمقراطية، وحرمان أفرادها من حقوقهم وبالتالي يتحول المجتمع إلى مجتمع مقهور ومسيطر عليه، لأنه لا يمكن أن يكون المجتمع سيداً وحرّاً وفي الوقت نفسه جاهلاً، مجتمع تسوده العنصرية والتحيز والانغلاق (فاشة و عدوان، 1997، ص3).

06- الحلول المقترحة لظاهرة التسرب من المدرسة:

- 1- فيما يلي بعض الإجراءات التي يمكن الاستعانة بها كحلول لظاهرة التسرب من المدرسة:
- 2- على المعلم أن يعترف بوجود فروق فردية بين التلاميذ وعليه أن يعمل على مساعدة التلاميذ بمستوياتهم المختلفة، وأن يتقبل التلاميذ الضعفاء.
- 3- التنسيق بين المدرسة والمنزل لمساعدة التلميذ الضعيف دراسياً للتغلب على المشكلات المدرسية التحصيلية التي تواجهه.
- 4- أن تقوم الأسرة بتشجيع أبنائها على متابعة الدراسة.
- 5- الدعم العاطفي من قبل المعلمين يعتبر عاملاً مهماً وحاسماً في رغبة التلاميذ الذين يعانون من ظروف اجتماعية واقتصادية وتعليمية صعبة في مواصلة دراستهم.
- 6- أن تعمل المدرسة على توجيه التلاميذ الذين يعانون من ظروف اقتصادية صعبة قد تدفعهم لترك المدرسة إلى الأعمال الجزئية التي قد تحل جزءاً من مشكلاتهم الاقتصادية. (المعاينة و جفيمان، 2005، ص57)

المحاضرة السابعة عشر: استهلاك المواد المهلوسة (التدخين، الكحول، مخدرات)

المحاضرة السابعة عشر: إستهلاك المواد المهلوسة(التدخين،الكحول،مخدرات).

1- تعريف المخدر:

تعرف موسوعة علم النفس المخدر هو مادة لها خصائص عقاقيري تؤدي إلى التحمل و التبعية و بشكل عام إلى الادمان. (فرنسواز بازو، رولان دورون، 1997، ص357).

و يعرف العلماء المعاصرون المخدرات: بأنها كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على عناصر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا أستخدمت في غير الاغراض الطبية تؤدي إلى حالة من التعود، أو الادمان عليها مما يضر بالفرد نفسيا و جسميا و اجتماعيا. (نائل إبراهيم قرز، 1999، ص144).

و تعرفها ايضا منظمة الصحة العالمية سنة 1969: إن المخدر كل مادة تدخل إلى جسم الكائن الحي و تعمل على تعطيل واحد أو أكثر من وظائفه. (فؤاد البسيوني، 2003، ص30).

2- تعريف تعاطي المخدرات:

يعرف الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية التعاطي يكون بحدوث سوء تكيف ناتج عن تعاطي المخدرات، يقود إلى تشويش إكلينيكي يظهر من خلال واحدة أو أكثر من المعايير التالية لمدة إثني عشر شهرا متتالية وهذه المعايير هي:

- 1- الفشل في الإنجاز في المدرسة أو العمل بسبب تعاطي المخدرات.
 - 2- التعاطي في بعض المواقف الاجتماعية أو بالصدفة .
 - 3- دخول السجن أو الاعتقال بسبب تعاطي المخدرات.
 - 4- حدوث مشاكل عائلية أو شخصية بسبب تعاطي المخدرات، والتعاطي لا يصل إلى مستوى الإدمان في الاعتماد على المخدر. (أحمد، 2007، ص21).
- والتعاطي هو أخذ المادة المخدرة بطريقة غير منتظمة وغير دورية، حيث يأخذ المتعاطي المادة المخدرة بالصدفة، أو التسلية أو لتقليد أصدقائه، ولكن غيابها لا يسبب له أية مشاكل نفسية، أو جسدية، والتعاطي هنا يكون في أوقات مختلفة وأماكن مختلفة.

3- أنواع تعاطي المخدرات:

ليس كل متعاطي للمخدرات في بعض المناسبات أو للتجريب مدمن عليها، من هذا المنطلق فقد تم إدخال المتعاطين للمخدرات في ثلاثة فئات وهي:

3-1- التعاطي التجريبي أو الاستكشاف:

يعبر التعاطي التجريبي عن وضعية يتعاط فيها الشخص المخدرات من مرة إلى ثلاثة مرات في حياته، ودوافعه غالبا ما تكون فضولية، لاستكشاف أحوالها، وقد يتوقف المحرب من أول مرة أو مرتين، أو قد يترتب عن ذلك استمرار تعاطيه.

3-2- التعاطي العرضي أو الظرفي:

يعني أن الشخص يتعاط المخدرات من وقت لآخر، وقد لا يزيد على مرة أو مرتين في الشهر فلا يشعر بتبعية نحوه، ولا يتعاطاه إلا في حالة توفرها بسهولة، ويكون تعاطي المخدر عادة عفويا أكثر منه مدبرا، و قد يستمر في التعاطي إذا ما توفرت بعض العوامل النفسية الاجتماعية، و يشير التعاطي الظرفي إلى مرحلة متقدمة من مرحلة التعاطي التجريبي.

3-3- التعاطي المنظم:

يعتبر هذا المستوى مرحلة متقدمة عن المرحلتين السابقتين في تعلق المتعاطي بالمخدرات ويقصد به التعاطي المتواصل والمنتظم للمخدرات، وتعتبر هذه المرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطي. ويرتبط وصول المتعاطي لهذه المرحلة بالعوامل النفسية مثل الاكتئاب، والقلق واليأس والإحباط أكثر من ارتباطه بالعوامل الخارجية مثل وسائل الإعلام وتأثير الأصدقاء. (الغول، 2011، ص101).

3-4- التعاطي الكثيف أو القهري:

إن أهم ما يميز التعاطي الكثيف أو القهري هو التعاطي اليومي، كما قد يتمثل في تناول مقادير كبيرة لمدة أيام، فالمدمن هو أي فرد يستخدم العقاقير استخداما قهريا، بحيث يضر بصحته كما تفقده القدرة على ضبط النفس بالنسبة للإدمان. (عبد السلام، 1988، ص29).

المحاضرة السابعة عشر: استهلاك المواد المهلوسة (التدخين، الكحول، مخدرات)

4- تعريف الادمان:

تستخدم عدة مترادفات لمصطلح الادمان كالتعود-الاعتماد-سوء الاستخدام للمواد الضارة-الاستعمال الغير مشروع-السلوك الادماني، إلا انه في أوائل الستينيات أوضحت هيئة الصحة العالمية بإسقاط مصطلحي الادمان و التحمل ليحل محلها مصطلح الاعتماد. (عفاف عبد المنعم، 1999، ص34).

و هو إحساس الشخص بحاجة شديدة إلى تناول المادة التي كان يتعاطاها، فإن لم يتناولها انتابه تغير جسدي ونفسي شديد. وهي ظاهرة مرضية خطيرة تحصل لمتعاطي المخدرات بشكل متكرر، فيتعود الجسم على المخدر ويعتمد عليه، بحيث يضطر الشخص لزيادة الجرعة بشكل مستمر للحصول على نفس المفعول، واشباع رغبة نفسه وجسمه. وقد يدمن الشخص على مادة واحدة، وقد يدمن على أكثر. (الزين، 2011، ص1009).

الفرق بين المتعاطي والمدمن:

-**المتعاطي**: هو الفرد الذي يتناول المخدر أو العقار دون أن يكون لديه تبعية
-**المدمن**: هو الذي يتناول المخدر أو العقار، ويصبح لديه تبعية بحيث لا يستطيع التخلي عن المخدر، بالإضافة إلى الرغبة بزيادة الجرعة. (براميلي، 2009، ص76).

5- أنواع استهلاك المواد المهلوسة مع أعراضها حسب الدليل التشخيصي الرابع:

1-5- الانسمام الكحولي Alcohol Intoxication

A- تناول حديث للكحول.

B- تغيرات سلوكية سيئة التكيف أو تغيرات نفسية هامة سريراً (مثل، سلوك جنسي غير ملائم أو سلوك عدواني، تقلقل مزاج، محاكمة مختلفة، أداء وظيفي اجتماعي أو مهني مختل) تطورت أثناء تناول الكحول أو بعد تناوله بفترة قصيرة.

C- واحدة (أو أكثر) من العلامات التالية، تطورت أثناء استخدام الكحول أو بعد استخدامه مباشرة:

(1) كلام متثاقل (أو ملفلف) Slurred Speech.

(2) لاتناسق.

(3) مشية غير متزنة.

(4) رآة.

(5) اختلال في الانتباه أو في الذاكرة.

(6) ذهول أو سبات.

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

الامتناع عن الكحول Alcohol Withdrawal

A- إيقاف (أو إنقاص) استخدام الكحول والذي كان بمقادير كبيرة ولفترة طويلة.

B- اثنان (أو أكثر) من الأعراض التالية، تتطور في غضون عدة ساعات إلى بضعة أيام بعد تحقق المعيار A

(1) فرط نشاط ذاتي (مثل التعرق أو ارتفاع معدل النبض لأكثر من 100).

(2) ازدياد ارتعاش اليد.

(3) أرق.

(4) غثيان أو إقياء.

(5) أهلاسات بصرية أو لمسية أو سمعية عابرة أو إخلالات.

(6) هياج نفسي حركي.

(7) قلق.

- (8) نوب صرع كبير.
- C- تسبب الأعراض في المعيار B ضائقة أو اختلالاً مهماً سريرياً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في حقول هامة أخرى للأداء الوظيفي.
- D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

5-2- الاضطرابات المتعلقة بالأمفيتامين (أو بالمواد الشبيهة بالأمفيتامين)

الانسام بالأمفيتامين Amphetamine Intoxication

- A- استخدام حديث للأمفيتامين أو مادة ذات صلة (مثل، الميثيل فينيديت (Methyl Phenidate)).
- B- تغيرات سلوكية سيئة التكيف أو تغيرات نفسية هامة سريرياً (مثل، شفق Euphoria أو تبدل وجداني أو تغيرات في المخالطة الاجتماعية، أو فرط التيقظ Hypervigilance أو الحساسية بين الشخصية أو القلق أو التوتر أو الغضب أو سلوكيات نمطية أو اختلال المحاكمة أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني) تطورت أثناء استخدام الأمفيتامين أو مادة ذات صلة به أو بعد ذلك بمدة قصيرة.
- C- اثنان من الأعراض التالية (أو أكثر) تطورت أثناء استخدام الأمفيتامين أو مادة ذات صلة به أو بعد الاستخدام مباشرة:

(1) تسرع أو بطء قلبي.

(2) توسع الحدقة.

(3) ارتفاع أو هبوط التوتر الشرياني.

(4) تعرق أو نوافض Chills.



(5) غثيان أو إقياء.

(6) دليل على فقدان وزن.

(7) هياج نفسي حركي أو تعويق Retardation.

(8) ضعف عضلي أو تثبيط تنفسي أو ألم صدري أو لانظميات قلبية.

(9) تخليط، أو نوبات اختلاجية أو عسر الحركة أو عسر المقوية أو سبات.

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

الامتناع عن الأمفيتامين Amphetamine Withdrawal

A- إيقاف (أو إنقاص) استخدام الأمفيتامين (أو مادة ذات صلة) والذي كان كبيراً ولمدة طويلة.

B- عسر مزاج مع اثنين (أو أكثر) من التغيرات الفيزيولوجية التالية، تتطور في غضون بضعة ساعات إلى عدة أيام بعد تحقق المعيار A:

(1) تعب.

(2) أحلام زاهية كريهة.

(3) أرق أو فرط نوم.

(4) ازدياد الشهية.

(5) تعويق نفسي حركي أو هياج.

المحاضرة السابعة عشر: استهلاك المواد المهلوسة (التدخين، الكحول، مخدرات)

C- تسبب أعراض المعيار B ضائقة أو اختلالاً مهماً سريرياً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو حقول هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

3-5- الاضطرابات المتعلقة بالكافيين Caffeine-Related Disorders

الاضطرابات المحدثة بالكافيين Caffeine-Induced Disorders

الانسامام بالكافيين Caffeine Intoxication

A- استهلاك حديث للكافيين، ما يربو عادة على 250 ملغ (مثال، أكثر من 2-3 فناجين من القهوة المغلية).

B- خمس (أو أكثر) من العلامات التالية، تتطور أثناء استهلاك القوة أو بعد ذلك بمدة قصيرة:

(1) تلمل (عدم استقرار) Restlessness.

(2) عصبية Nervousness.

(3) إثارة.

(4) أرق.

(5) وجه متبيح (متوهج) Flushed Face.

(6) إبالة.

(7) اضطراب معدي معوي.

(8) نفض عضلي.

(9) جريان التفكير والكلام على غير هدى .Rambling Flow.

(10) تسرع القلب أو لانظميات قلبية.

(11) فترات من عدم الإجهاد.

(12) هياج نفسي حركي.

C- تسبب الأعراض في المعيار B ضائقة أو اختلالاً مهماً سريرياً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في حقول أخرى هامة من الأداء الوظيفي.

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب قلق).

4-5- الاضطرابات المتعلقة بالحشيش Cannabis-Related Disorders

اضطرابات استخدام الحشيش Cannabis Use Disorders

الانسمام بالحشيش Cannabis Intoxication

A- استخدام حديث للحشيش.

B- تغيّرات سلوكية سيئة التكيّف أو تغيّرات نفسية مهمة سريرياً (مثل، اختلال التناسق الحركي، شفق، قلق، إحساس بتباطؤ الزمن، اختلال المحاكمة، انسحاب اجتماعي) تطورت أثناء استخدام الحشيش أو بعد استخدامه بمدة قصيرة.

C- تطور اثنين (أو أكثر) من العلامات التالية في غضون ساعتين من استخدام الحشيش:

(1) احتقان الملتحمة.

(2) ازدياد الشهية.

(3) جفاف الفم.

(4) تسرع قلبي.

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

5-5- الاضطرابات المتعلقة بالكوكائين Cocaine-Related Disorders

اضطرابات استخدام الكوكائين Cocaine Use Disorders

الانسام بالكوكائين Cocaine Intoxication

A- استخدام حديث للكوكائين.

B- تغيرات سلوكية سيئة التكيف أو تغيرات نفسية بارزة سريرياً (مثل الشفق أو التبلد الوجداني؛ تغيرات في التخالط الاجتماعي؛ فرط التيقظ؛ حساسية بين شخصية؛ قلق؛ توتر؛ أو غضب؛ سلوكيات نمطية، اختلال المحاكمة؛ أو خلال الأداء الاجتماعي أو الوظيفي) تطورت أثناء استخدام الكوكائين أو بعد استخدامه مباشرة.

C- اثنان أو أكثر من الأعراض التالية، تتطور أثناء استخدام الكوكائين أو بعد استخدامه بمدة قصيرة:

(1) تسرع أو تباطؤ قلبي.

(2) توسع حدقة.

(3) ارتفاع أو انخفاض التوتر الشرياني.

(4) تعرق أو نوافض.

(5) غثيان أو إقياء.

(6) دليل على فقدان وزن.

(7) هياج نفسي حركي أو تعويق.

(8) ضعف عضلي أو تثبيط تنفسي أو ألم صدري أو لانظميات قلبية.

المحاضرة السابعة عشر: استهلاك المواد المهلوسة (التدخين، الكحول، مخدرات)

- (9) تخليط أو نوبات اختلاجية أو عسر حركة، أو عسر مقوية أو سبات.
D- ليست الأعراض ناجمة عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

الامتناع عن الكوكائين Cocaine Withdrawal

A- إيقاف (أو إنقاص) استخدام الكوكائين والذي كان كبيراً وطويلاً.

B- عسر مزاج واثنين (أو أكثر) من التغيرات الفيزيولوجية التالية، والتي تتطور في غضون بضع ساعات إلى عدة أيام بعد تحقق المعيار A:

(1) تعب.

(2) أحلام زاهية كريهة.

(3) أرق أو فرط نوم.

(4) ازدياد الشهية.

(5) تعويض نفسي حركي أو هياج.

C- تسبب الأعراض في المعيار B ضائقة أو اختلالاً بارزاً سريرياً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو حقول مهمة أخرى.

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

5-6- الاضطرابات المتعلقة بالمهلوسات Hallucinogen-Related Disorders

اضطرابات استخدام المهلوسات Hallucinogen Use Disorders

الانسام بالمهلوسات Hallucinogen Intoxication

A- استخدام حديث لمهلوس.

B- تغيرات سلوكية سيئة التكيف أو تغيرات نفسية مهمة سريرياً (مثل قلق أو اكتئاب واضحين، أفكار إشارة، خوف من أن يفقد المرء عقله، تفكير زوراني، محاكمة مختلة، أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني) تطورت أثناء استخدام المهلوس أو بعد استخدامه مباشرة.

C- تغيرات إدراكية تحدث في حالة من اليقظة التامة والاحتباس (مثل، شعور ذاتي بحدة الإدراكات، تبدد الشخصية، تبدد الواقع، إخالات، أهلاسات، الحس المشترك) تطورت أثناء استخدام المهلوس أو بعد الاستخدام بفترة قصيرة.

D- تتطور علامتان (أو أكثر) من العلامات التالية، أثناء استخدام المهلوس أو بعد استخدامه بفترة قصيرة:

(1) توسع حدقة.

(2) تسرع قلبي.

(3) تعرق.

(4) خفقانات.

(5) تعبُّش الرؤية.

(6) رعاشات.

(7) عدم تناسق.

E- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

5-7- الاضطرابات المتعلقة بالنيكوتين Nicotine-Related Disorders

اضطراب استخدام النيكوتين

A- استخدام يومي للنيكوتين لعدة أسابيع على الأقل.

B- إيقاف مفاجئ لاستخدام النيكوتين، أو إنقاص مقدار النيكوتين المستخدم، يتلوه خلال 24 ساعة أربع (أو أكثر) من العلامات التالية:

(1) عسر مزاج أو مزاج منخفض.

(2) أرق.

(3) استثارة أو خيبة أو غضب.

(4) قلق.

(5) صعوبة التركيز.

(6) تملل.

(7) نقص سرعة القلب.

(8) زيادة الشهية أو كسب الوزن.

المحاضرة السابعة عشر: استهلاك المواد المهلوسة (التدخين، الكحول، مخدرات)

C- تسبب الأعراض في المعيار B ضائقة أو اختلالاً مهماً سريرياً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو حقول هامة أخرى من الأداء.

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

5-8- الاضطرابات المتعلقة بالأفيون Opioid-Related Disorders

اضطرابات استخدام الأفيون

الانسمام بالأفيون

A- استخدام حديث للأفيون

B- تغيرات سلوكية سيئة التكيف أو تغيرات نفسية هامة سريرياً (مثل شفق بدئي يتبعه فتور انفعالي أو عسر مزاج أو هياج نفسي حركي أو تعويق أو اختلال المحاكمة أو اختلال الأداء الاجتماعي أو المهني) تطورت أثناء استخدام الأفيون أو بعد ذلك بفترة قصيرة.

C- تضيق حدقة (أو توسع حدقة ناجم عن عوز أوكسجيني بسبب فرط الجرعة الشديد) مع علامة (أو أكثر) من العلامات التالية، تتطور أثناء استخدام الأفيون أو بعد ذلك بفترة قصيرة:

(1) نعاس أو سبات.

(2) كلام متناقل.

(3) اختلال الانتباه أو الذاكرة.

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

الامتناع عن الأفيونات

المحاضرة السابعة عشر: استهلاك المواد المهلوسة (التدخين، الكحول، مخدرات)

A- توافر واحد مما يلي:

(1) التوقف عن استخدام الأفيون (أو إنقاص استخدامه)، هذا الاستخدام الذي كان كبيراً ولمدة طويلة (عدة أسابيع أو أكثر).

(2) إعطاء ضاد أفيوني بعد فترة من استخدام الأفيون.

B- تطور ثلاثة (أو أكثر) من العلامات التالية في غضون دقائق إلى بضعة أيام بعد تحقق المعيار A:

(1) عسر مزاج.

(2) غثيان أو إقياء.

(3) آلام عضلية.

(4) دُماع أو تَرَّ أنفي.

(5) توسُّع حدقة أو انتصاب شعر أو تعرق.

(6) إسهال.

(7) تَثَاؤُب.

(8) حمى.

(9) أرق.

C- تسبب الأعراض في المعيار B ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو حقول هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

المحاضرة السابعة عشر: استهلاك المواد المهلوسة (التدخين، الكحول، مخدرات)

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

5-9- الاضطرابات المتعلقة بالمهدئات أو المنومات أو مضادات القلق

اضطرابات استخدام المهدئات أو المنومات أو مضادات القلق

A- استخدام حديث لمهدئ أو منوم أو مضاد قلق.

B- تغيرات سلوكية سيئة التكيف أو تغيرات نفسية هامة سريرياً (مثلاً سلوك جنسي غير مناسب أو سلوك عدواني، تقلقل المزاج، المحاكمة، اختلال الأداء الاجتماعي أو المهني) وهي تغيرات تطورت أثناء استخدام مهدئ أو منوم أو مضاد قلق أو بعد ذلك الاستخدام بمدة قصيرة.

C- تطوّر واحدة من العلامات التالية (أو أكثر)، أثناء استخدام مهدئ أو منوم أو مضاد قلق أو بعد هذا الاستخدام بمدة قصيرة:

(1) كلام متناقض.

(2) عدم التناسق.

(3) مشية غير متزنة.

(4) رآرة.

(5) اختلال الانتباه أو الذاكرة.

(6) ذهول أو سبات.

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

المحاضرة السابعة عشر: استهلاك المواد المهلوسة (التدخين، الكحول، مخدرات)

الامتناع عن المهدئات أو المنومات أو مضادات القلق:

A- إيقاف (أو إنقاص) استخدام المهدئ أو المنوم أو مضاد القلق والذي كان كبيراً ومديداً.

B- تطور اثنين (أو أكثر) مما يلي في غضون عدة ساعات إلى بضعة أيام بعد تحقق المعيار A:

(1) فرط نشاط ذاتي (مثل التعرق أو ازدياد سرعة القلب أكثر من 100).

(2) ازدياد رعاش اليد.

(3) أرق.

(4) غثيان أو إقياء.

(5) أهلاسات بصرية أو لمسية أو سمعية عابرة أو إحيالات.

(6) هياج نفسي حركي.

(7) قلق.

(8) نوبات صرع كبير.

C- تسبب أعراض المعيار B ضائقة هامة سريريًا أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو حقول مهمة

أخرى في الأداء الوظيفي.

D- لا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

(الدليل التشخيصي الرابع، 79-90).

6- مشكلة تعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة بالوسط المدرسي الجزائري:

عند النظر إلى الميدان التعليمي في الجزائر نجد أن المخدرات دخلت إلى المدارس كونها مكانا خصبا لمروجي هذا الداء ، ولكون المراهقين وفقا لخصائص نموهم يحاولون الخروج عن المألوف فإنهم التعرف عن كل مستحدث، وما أثار القلق في الوسط المدرسي ولدى العاملين فيه هو عدم معرفتهم لكيفية التصدي ، وتؤكد الدراسات أن 2.5 % تلميذ بالمتوسط و الثانوي يتعاطون المخدرات أي ما يعادل 212 ألف تلميذ بالمتوسط و الثانوي مدمنون على المخدرات ، كما تشير العديد من الدراسات أن بدئ التعاطي في سن المراهقة كدراسة Villatro (1998) ، وآخرين وأشارت هذه الدراسة إلى خطورة مرحلة المراهقة ، وأن المراهقين من الذكور كانوا أكثر أفراد الأسرة عرضة لتعاطي المخدرات.

(عيسى قبوق، عتيقة سعدي، 2015، ص03).

7- علاج إدمان المخدرات:

في الغالب ينكر المدمنون على المخدرات مشكلاتهم وعجزهم وتضايقهم من مشكلة إدمان المخدرات، ويرتكز العلاج على التعامل مع المشكلة بعد حدوثها، ومن أهم برامج علاج المدمنين على المخدرات البرامج التالية:

- العلاج الطبي:

ويهدف إلى تحرير الفرد فسيولوجيا من الاعتماد على العقار المخدر، ويعتمد هذا العلاج على نوع المخدر وعلى الفرد نفسه، ويتم تحرير الفرد من تأثير المخدر بسحبه تدريجيا، وتقوية العضوية منه . وفي بعض الأحيان يتم استخدام الميثادون حيث يعمل على إسقرار كيميائية الجسم بالرغم أنه مادة إدمانية . فالعلاج الذي يقدم للمتعاطي في هذه المرحلة هو مساعدة هذا الجسد على القيام بدوره الطبيعي، وأيضا التخفيف من آلام الانسحاب مع تعويضه عن السوائل المفقودة، ثم علاج الأعراض الناتجة والمضاعفة لمرحلة الانسحاب هذا، وقد تتداخل هذه المرحلة مع المرحلة التالية لها وهي العلاج النفسي والاجتماعي ذلك أنه من المفيد البدء مبكرا بالعلاج النفسي الاجتماعي وفور تحسن الحالة الصحية للمتعاطي.

- العلاج النفسي:

ويهدف هذا العلاج على تقوية الذات ومشاركة الفرد في العلاج وتعزيز السلوكات المقبولة اجتماعيا، والتي تبعد الفرد عن الإدمان والتعاطي، ويرتكز العلاج النفسي على إعادة بناء التنشئة الاجتماعية للفرد وتقوية مفهوم



المحاضرة السابعة عشر: استهلاك المواد المهلوسة (التدخين، الكحول، مخدرات)

الذات لديه، أو تغير البناء النفسي عنه (الإدراك، المعتقدات والقيم.... الخ). كما تتضمن أيضا علاج السبب النفسي الأصلي لحالات التعاطي فيتم على سبيل المثال علاج الاكتئاب إذا وجد أو تخفيف من المشكلات النفسية. كما يتعين على المدمنين اكتساب قدر كافي من الاعتزاز بالنفس والتبصر والتخلص من صراعاتهم الداخلية، حتى يمكن لهم الشفاء من مشكلة الإدمان، واقناع المدمن بأن الإدمان مثله مثل أي مرض قابل للعلاج. (واشطون و آودوناب، 2003، ص2008).

بالإضافة للعلاج السلوكي الذي يقوم على مسلمة أساسية مؤداها أن جميع أشكال السلوك الصادرة عن الفرد (بما في ذلك التعاطي والإدمان) ، إنما هي أشكال تكتسب وتنمو في ظل ظروف حياتية (أي بيولوجية نفسية اجتماعية حضارية) معينة، ومن ثم تصدق عليها اكتساب العادات ونموها . ومن ثم تصدق عليها كذلك قوانين واجراءات التخلص من العادات أو تعديلها، مع كل الاختلافات التي يجب مراعاتها بين فئات العادات المختلفة من حيث مستويات الدعم والتركيب التي تتوافر لها. (السويف 1996، ص196).

- العلاج الاجتماعي:

يركز هذا العلاج على السياق الاجتماعي الذي يوجد فيه الفرد، لما له من أهمية من ابتعاد أو اقتراب الفرد من المخدرات، فتعزيز مشاركة الفرد في النشاطات التطوعية والاجتماعية، تزيد من اندماجه الاجتماعي وتزيد من إيمانه بقيم المجتمع الذي يعيش فيه ، وتبعده عن الانحراف لأن ذلك يهدد مصالح الفرد نفسه. كما أن تكوين نظام معتقدات اجتماعي ثقافي وديني، يحمي الأفراد من الوقوع في دائرة المخدرات، ويجنبهم استخدامها . (البدانية، 2012، ص126).

الخاتمة:

يعد علم النفس المرضي للمتمدرس أحد الفروع الأساسية لعلم النفس حيث يتم من خلاله فهم مختلف الاضطرابات النفسية و السلوكية و العقلية التي تظهر في مختلف المراحل التعليمية، بدء مرحلة التحضيري ثم مرحلة التعليم الابتدائي بعدها مرحلة التعليم المتوسط فمرحلة التعليم الثانوي.

ويحتل علم النفس المرضي للمتمدرس مكانة بارزة في علم النفس المدرسي عموما، نظرا لارتباط مختلف فروع نتائج الأبحاث حول المتمدرس، فقد كانت دراسة التلميذ المتمدرس و المشكلات التي تصيبه داخل المدرسة ضرورة قصوى يحتاجها المجتمع و المنظومة التربوية بصفة خاصة و هذا من أجل التصدي لكل ما هو له علاقة بالتلميذ المتمدرس حتى يصل إلى أحسن مستوى من التوافق الدراسي و الصحة النفسية .

ولقد حاولنا في هذه المطبوعة ذكر بعض الاضطرابات النفسية الشائعة عند التلميذ المتمدرس، ونظرا لكون هذه الاضطرابات كثيرة ومتشعبة، فقد ركزنا عرضنا بإيجاز على مختلف الجوانب التي تصيبها الاضطرابات عند التلميذ المتمدرس، وقد حاولنا تكييف حجم المطبوعة على الحجم الساعي المخصص للمقياس، وهو سداسي واحد، لذلك كان العرض يميل إلى الإيجاز.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- إبراهيم أحمد السيد عليان، (1996)، اضطراب رابطة التعلق والمشكلات النفسية لدى الطفل، رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة عين شمس، القاهرة.
- أبو المعاطي، يوسف، (2005)، "أساليب التفكير المميزة للأتماط المختلفة للشخصية". المجلة المصرية للدراسات النفسية. المجلد. (15) العدد (49).
- أبو عسكر، محمد فؤاد سعيد، (2009)، دور الادارة المدرسية في مدارس البنات الثانوية في مواجهة ظاهرة التسرب بمحافظة غزة وسبل تفعيله، مذكرة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة.
- أحمد أحمد، شحاتة حسين، (2007)، التدخين والدمان و اعاقاة التنمية، القاهرة: مكتبة دار المعرفة.
- أحمد الظاهر قحطان، (2012)، صعوبات التعلم، ط1، الأردن: دار النشر والتوزيع.
- أحمد أيوب الشحيمي، (1994)، مشاكل الأطفال كيف نفهمها، بيروت، دار الفكر اللبناني.
- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، (2009)، الإرشاد المدرسي، ط1، عمان: دار المسيرة.
- أحمد محمد الزغبي، (2005)، مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية— أسبابها وسبل علاجها- دمشق: توزيع دار الفكر.
- أحمد نايل الغرير، (2002)، النمو اللغوي و إضرابات النطق و الكلام، ط2، عمان: جدار الكتاب العالمي للنشر و التوزيع.
- أسامة محمد البطاينة وآخرون، (2005)، صعوبات التعمم النظرية والممارسة، ط1، عمان: دار النشر والتوزيع.
- أغياث سالم، (2018)، المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي دراسة وصفية على تلاميذ المرحلة الابتدائية لولاية أدرار، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة وهران 02، الجزائر.
- آلاء عبد الرحمان رفيق البشتاوي، (2015)، جودة الحياة و علاقتها بإختلاف أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفسي الخاصة في عمان، رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، الجامعة الاردنية.

قائمة المراجع

- إيني ديمون، (2006) ، الديسلكسيا اضطراب اللغة عند الأطفال ، ترجمة إيناس صادق لميس الراعي، ط1، المجلس الأعلى للثقافة.
- أنيس عبد الوهاب عبد الناصر، (2003) ، الصعوبات الخاصة في التعمم الأسس النظرية والتشخيصية، إسكندرية، مصر: دار الوفاء للنشر.
- البدائية، ذياب موسى، (2012)، الشباب والانترنت والمخدرات ،رياض :جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
- بطرس حافظ،(2011) ، تدريس الاطفال ذوي صعوبات التعلم، ط2،الأردن:دار المسيرة.
- بوكر توتة حبيبة،بلعنتر عائشة،(2001) ،التسرب المدرسي، الجزائر:المركز الوطني للوثائق التربوية.
- تعوينات علي، (1998) ، صعوبات تعلم قراءة اللغة العربية وكتابتها في الطور الثالث من التعليم الأساسي - بمنطقة الحراش-، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر،02،الجزائر.
- الجريدة الرسمية الجزائرية،(1976)،العدد 33.
- جلال، سعد ،(1986) في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية و الانحراف السلوكية ، القاهرة: دار الفكر العربي.
- حاجي، فريد وآخرون،(2008)،العنف في الوسط المدرسي، الجزائر،المركز الوطني للبحوث التربوية.
- حافظ النبيل عبد الفتاح(2000)، صعوبات التعلم و التعليم العلاجي، ط1،عمان، مكتبة الزهراء الشروق للنشر .
- الحريري، رافدة ،امامي، سمير،(2011)، الإرشاد التربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية، عمان :دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- حسين عبد المعطي،(2003)،الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة(الاسباب -التشخيص- العلاج)، القاهرة :مكتبة القاهرة للكتاب.
- حسين، طه عبد العظيم ،(2007)،سيكولوجية العنف المدرسي، بدون طبعة، مصر :دار الجامعة الجديدة.

قائمة المراجع

- حلي موفق هاشم،(2000)، الاضطرابات النفسية والاجتماعية عند الأطفال والمراهقين، ط 1، بيروت لبنان.
- الحمادي أنور، (2015)، خلاصة الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية، لبنان، بيروت:الدار العربية للعلوم ناشرون.
- خالد زيادة، السيد محمد،(2006)، صعوبات تعلم الرياضيات الديسكالكوليا، القاهرة، يتراك للنشر والتوزيع.
- الختاتنة سامي، (2012)، مقدمة في الصحة النفسية، عمان: دار و مكتبة حامد للنشر و التوزيع.
- خولة احمد يحيى،(2003)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان: دار الفكر.
- الخولي، محمود سعيد،(2008)، العنف المدرسي الأسباب وسبل المواجهة، ط 30 ، القاهرة :مكتبة الأنجلو المصرية.
- خيرى وناس، بوصنبورة عبد الحميد،(2008)، التربية وعلم النفس.
- دراسات تربوية،(1993)، تصدرها رابطة التربية الحديثة، المجلد الثامن، الجزء 58 ، القاهرة.
- الذهبي، إبراهيم،(2015)، التسرب المدرسي في ظل الظروف غير المدرسية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- رشا محمد حسين(2016)، فويا الحياة المدرسية لدى تلاميذ المدارس، ط1، الجزائر، أطفالنا للنشر والتوزيع.
- روبرت رتشي،(1982)، التخطيط للتدريس ، المملكة العربية السعودية، الرياض: دار المريخ للنشر
- الروسان فاروق،(2000)، مقدمة في الاضطرابات اللغوية، ط1، الرياض: دار الزهراء للنشر و التوزيع.
- الزين ابراهيم بن محمد(2011)، دور الجامعات في وقاية الطلاب من الخدرات، بحث مقدم في ندوة المخدرات، حقيقتها و طرق الوقاية و العلاج، جامعة نايف، السعودية.
- الزقاي، نادية،(2005)، العنف المدرسي، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 01، جامعة بسكرة، الجزائر.
- زكريا أحمد الشربيني،(2006)، تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته، القاهرة: دار الفكر العربي.

قائمة المراجع

- زهران حامد عبد السلام(2005)،الصحة النفسية و العلاج النفسي،مصر :علم الكتاب.
- الزيات فتحي مصطفى(2002)، المتفوقون عقليا ذو صعوبات التعلم قضايا التشخيص والعلاج، ط1، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- زياد الحكيم،(1997)،الطفل و السلوك العدواني في البيت و المدرسة، مجلة العربي،العدد461، الكويت.
- سامي سلطي عريفج،(2000)، دراسة الأطفال ما قبل المدرسة،عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- سرحان ، وليد، الخطيب ، جمال ، جباشنه، محمد، (2003) سلوكيات الاكثاب ، عمان ، الأردن: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- سعدون محمد السموك، هدى جواد الاشمري،(2005)،منهج اللغة العربي و طرق تدريسها، ط1، عمان: دار وائل للنشر.
- سلمية عرعار، اكرام الهاشمي،(2016)،إضطراب اللغة و التواصل (التشخيص و العلاج)،مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية،العدد 24،جامعة قاصدي مرباح ،ورقلة، الجزائر ،ص1-14.
- سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم،(2013)، الاتجاهات الحديثة في صعوبات التعلم النوعية،الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع.
- سليمان، ميار محمد علي،(2003)، فعالية برنامج إرشادي لخفض قلق الانفصال لدى اطفال الروضة رسالة ماجستير في التربية .قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة الرقازيق.
- سناء محمد سليمان،(2008)، مشكلة العنف والعدوان،القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع و الطباعة.
- سويف، مصطفى،(1996)، المخدرات والمجتمع .الكويت :عالم المعرفة.
- سيسان، فاطمة الزهراء،(2017)، فاعلية برنامج إرشادي لتحسين الدافعية للتعلم لدى التلاميذ المعرضين للتسرب المدرسي، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه غير منشورة، تخصص علم النفس، جامعة وهران، الجزائر.
- الشرييني ، زكريا،(1994)، المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة ، دار الفكر العربي.
- صالح حسن الداھري،(2000)، مبادئ الإرشاد النفسي و التربوي،الأردن: دار الكندي للنشر و التوزيع

قائمة المراجع

- صالح قاسم حسين،(2000)،التفكير الاضطهادي و علاقته بأبعاد الشخصية،رسالة دكتوراه،كلية الادب ،جامعة بغداد.
- صفاء ,سيد أحمد برعى،(2016) ،برنامج تدريبي لتنمية بعض العمليات المعرفية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية من ذوى صعوبات تعلم الرياضيات .بحث مقدم للحصول على درجة الدكتوراه الفلسفة في التربية (علم النفس التعليمي)،مجلة البحث العلمي في التربية،العدد(السابع عشرة)،جامعة عين الشمس،مصر.
- صفوت المختار، (1990)،مشكلات الأطفال السلوكية الأسباب و طرق العلاج،القاهرة:دار العلم و الثقافة.
- صونيا الياس براميلي ،(2009)،نظريات في جنح الاحداث (ادمان كحولبغاء)، لبنان :المؤسسة الحديثة للكتاب.
- الطاهر إبراهيمي، نصر الدين جابر،(2008)، العنف الرمزي في ضوء الكتابات الحائطية، أعمال الملتقى الدولي الأول حول العنف والمجتمع، جامعة محمد خيضر بسكرة،الجزائر.
- عابدين محمد،(2001)،الإدارة المدرسية الحديثة،عمان: الشروق للنشر والتوزيع.
- عادل محمد العدل،(2011)، صعوبات التعلم والتدريس العلاجي،القاهرة، دار الكتاب الحديث.
- عباس عوض ومدحت عبد الحميد،(1990)، قلق الانفصال لدى الأطفال " دراسة عاملية"المؤتمر السنوى السادس لعلم النفس في مصر ،الجزء الأول ،الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
- عبد الباسط متولى خضر ونجوى شعبان محمد خليل، (1999)، النموذج السببي للعلاقة بين الخجل والاكتئاب والشعور بالوحدة واضطراب القلق المعمم لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة ، مجلة كلية التربية ،جامعة المنصورة، العدد(34)،الصفحة39-67.
- عبد الحليم مزوز،(2017)،مرحلة التربية التحضيرية في المدرسة الجزائرية لحة تاريخية، تعريفها، وظائفها، مهامها، طفل مرحلة التربية التحضيرية وخصائصه النمائية،مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع :العدد الأول(01)،كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية،جامعة الواد،الجزائر.

قائمة المراجع

- عبد الخالق أحمد محمد، (1999)، القائمة العربية لاكتئاب الأطفال عرض للدراسات علي ستة مجتمعات المؤتمر الدولي الأول لطفل الروضة بدولة الكويت، الفترة من 13-15 أبريل.
- عبد الرحمان العيسوي (1992). النمو النفسي، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الفاتح أبو معال، (2000)، تنمية الإستعداد اللغوي عند الطفل ، الإصدار الرابع، دار الشروق للنشر و التوزيع.
- عبد الفتاح غزال، (2013)، الفوبيا المدرسية، مصر، دار الجامعة الجديدة.
- عبد القادر فيصل، (1993)، هيا نتحدث، المعهد التربوي الوطني، الجزائر.
- عبد اللطيف حسن فرج، (2009)، الأمراض النفسية للأطفال، ط1، المملكة العربية السعودية، دار الحامة للنشر والتوزيع.
- عبد الله فرج زريقات، (2005)، إضطرابات اللغو و الكلام، ط3، الاردن: دار الفكر ناشرون و موزعون.
- عبدالله، محمد قاسم (2001) أعراض الأطفال النفسية وعلاجها . ط . 2 دمشق : دار المكتبي.
- العدوي، اسامة محمد احمد، (2008) ، دور مديري المدارس تجاه الحد من ظاهرة العنف لدى طلبة الثانوية بمحافظة غزة وسبل تفعيله من وجهة المعلمين، رسالة ماجستير في اصول التربية منشورة، قسم اصول التربية، الادارة التربوي، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
- عريفج سامي، (2004)، تشخيص صعوبات التعلم في الرياضيات، عمان، الأردن، مجلة صعوبات التعلم العدد(03).
- العزالي سعيد، (2014)، إضطرابات النطق و الكلام، ط2، عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- عصام نمر عواد، (2008)، اضطرابات النطق لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة جدة، مجلة أطفال الخليج، مركز الدراسات و بحوث المعاقين.
- عفاف عبد المنعم، (1999)، الادمان دراسة نفسية لأسبابه و نتائجه، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عكاشة، أحمد، (1998)، الطب النفسي المعاصر، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- العكور، محمد، (2007)، الدليل الوقائي لحماية الطلبة من العنف والإساءة . إدارة التعليم العام و شؤون الطلبة. وزارة التربية الوطنية : المملكة الأردنية الهاشمية.

قائمة المراجع

- على السيد محمد الشبخي، (2002)، علم الاجتماع في التربية المعاصرة، القاهرة: دار الفكر العربي.
- عيناذ ثابت إسماعيل، (2016)، دراسة إستكشافية وقائية للإضطرابات ما وراء المعرفي لدى الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور الإنتباه، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، وهران، الجزائر.
- الغول، حسن علي خليفة، (2011)، الدمان الجوانب النفسية والكلينيكية والعلاجية للمدمن، دار الفكر العربي.
- فاروق عبد السلام، (1998)، سيكولوجية الإدمان، القاهرة، علم الكتب.
- فاشة، فيوليت، وعدوان، سام، (1997)، ظاهرة تسرب الطلبة من المدارس الفلسطينية، الإدارة العامة للتخطيط والدراسات والتطوير التربوي، وزارة التربية والتعليم، فلسطين .
- فايد حسن، (2004)، العدوان و الإكتئاب، القاهرة، مؤسسة كورس الدولية للنشر.
- فتحي مصطفى الزيات، (2008) ، صعوبات التعلم الاستراتيجيات التدريسية والمداخل العلاجية، ط1 القاهرة: دار النشر للجامعات.
- فرج عبد القادر طه، (1980)، سيكولوجية الشخصية المعوقة للإنتاج في التوافق المهني والصحة النفسية، القاهرة: مكتبة الفرابي.
- فرنسواز بازو، رولان دورون، (1997)، موسوعة علم النفس، ترجمة فؤاد الشهين، لبنان: عويدات للطباعة و النشر.
- فطيمة دبراسو، (2014)، إضطراب التصور الجسدي و علاقته بصعوبة القراءة و الكتابة— دراسة عيادية فهميم ، كلير، (بدون تاريخ) كيف تقاوم الاكتئاب والقلق النفسي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فؤاد البسيوني متولي، (2003)، التربية و ظاهرة أنتشار و ادمان المخدرات، مصر: مركز الاسكندرية للكتاب.
- قاسم حسين صالح، (2014)، الاضطرابات النفسية و عقلية، نظرياتها، أسبابها، وطرق علاجها، عمان: دار الدجلة للنشر و التوزيع.

قائمة المراجع



- القاضي، وائل، (1994)، اثر ظاهرة التسرب في المدارس الحكومية على ازيادة نسبة الأمية في الأراضي الفلسطينية المحتلة خلال الفترة الزمنية (1987/1993)، مؤتمر حول الأمية وتعليم الكبار جامعة النجاح الوطنية، نابلس.
- القائمي، علي، (1996) الاطفال ومشاعر الخوف والقلق. ط 2، (البيان للترجمة) المنامة.
- قحطاني أحمد الظاهر، (2010)، إضرابات اللغة و الكلام، ط1، عمان: دار وائل للنشر.
- قحطاني حنان بنت مبارك، (2016)، فاعلية برنامج قائم على الالعب الصغيرة في تحسين بعض القدرات الحركية لدى عينة من أطفال الروضة المصابين بفرط الحركة بالمملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد (169)، الجزء الثالث، ص (65 - 103).
- قطامي، نايفة، (2001)، تعليم التفكير للمرحلة الأساسية، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر .
- قناوي، هدى، (1988)، الطفل وتنشئته وحاجاته، القاهرة: الانجلو مصرية.
- ل6 حالات ،رسالة دكتوراه تخصص : علم النفس العيادي ،جامعة سطيف ، الجزائر .
- اللجنة الوطنية للمناهج، (2004) ، الدليل التطبيقي لمنهاج التربية التحضيرية (لأطفال في سن 5 إلى 6 سنوات)، الجزائر
- مجدي أحمد محمد عبد الله ، (2004) ، الإضطرابات النفسية للأطفال، الأعراض، الأسباب، العلاج، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- محمد ارزقي بركان، (2006)، التسرب المدرسي عوامله، نتائجه، طرق علاجه، ملتقى وطني: واقع البحث النفسي التربوي في الجزائر، المسيلة، الجزائر.
- محمد حسن العمارة، (2003)، المشكلات الصفية، السلوكية، التعليمية، الأكاديمية، مظاهرها، أسبابها، علاجها، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- محمد عبد الرحيم عدس، (2001)، مدخل إلى رياض الأطفال، ط1، الاردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- محمد عوض الترتوري، (2006)، تنمية المهارات اللغة و الاستعداد قرائي عند طفل الروضة، عمان، الاردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- محمد غانم حسن ، (2007)، الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، مصر: مكتبة أنجلو المصرية.

قائمة المراجع

- محمدي، حمزة، (2015)، التسرب المدرسي (دراسة حالة: مديرية التربية لولاية النعامة)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، تخصص علم الاجتماع، جامعة أبي بكر بلقايد- تلمسان، الجزائر.
- محمود عوض الله سالم وآخرون، (2008)، صعوبات التعلم التشخيص والعلاج، ط3، الأردن: دار الفكر.
- محمود محمد ابو سريع، (2008)، لمرجع في المشكلات السلوكية للاطفال، الدار العالمية للنشر والتوزيع.
- مسعودة ع، (2007)، اكتساب مفهومي الزمان و المكان و علاقته بظهور عسر القراءة لدى الطفل في المرحلة الابتدائية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتورا في الأروطونيا، جامعة الجزائر (02)، الجزائر.
- مصطفى لكحل، بن عمر عواج، (2012)، الفصام، الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- مصطفى لكحل، (2010)، الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام، أطروحة دكتوراه في علم النفس النمو، جامعة أبو بكر بلقايد- تلمسان -الجزائر.
- مصطفى فهمي محمد، (2000)، مهارات القراءة وقياس وتقييم مع اختبارات القراءة لتلاميذ المدارس الابتدائية، ط1، القارة، مكتبة الدار العربية
- المعايطه عبد العزيز، الجغيمان محمد، (2005)، مشكلات تربوية معاصرة، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع
- معتز سعيد عبد الله، (2001)، علم النفس الاجتماعي، القاهرة: دار غريب للنشر والتوزيع والطباعة.
- منصوري مصطفى، (2002)، التأخر الدراسي و طرق علاجه، الجزائر: دار الغرب.
- مي بنت كامل بن محمد بقري، (2008)، إساءة المعاملة الدنية و الاهمال الوالدي و الطمئينة النفسية و الاكتئاب لدى عينة من مرحلة التعليم الابتدائي بمكة المكرمة، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- ميادة محمد، والقرعان، جهاد الناطور، (2008)، أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد، مجلة دراسات نفسية، مج 18، العدد الثاني، 303-331.
- نايف بن عابد الزراع، (2007)، اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد (دليل علمي للأباء و المختصين)، عمان: دار الفكر.

قائمة المراجع

- نائل إبراهيم قرقز، (1999)، أثر الاختلالات العقلية و الاضطرابات النفسية، عمان: دار النفائس للنشر و التوزيع.
- نبيل السيد حسين وآخرون، (2014)، مدخل إلى رياض الأطفال في ضوء معايير الجودة، الاردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- نصرت محمد عبد المجيد جليل (1995)، العسر القرائي، ط2، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- نعيم الرفاعي، (1966)، الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف، جامعة دمشق: دمشق
- النوري القمش مصطفى، (2007)، خليل عبد الرحمان المعاينة، الاضطرابات السلوكية والانفعالية عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع .
- واشطون، آ ودوناب، (2003)، إرادة الإنسان في شفاء الإدمان ، ترجمة صبري محمد حسن، القاهرة : المجلس الأعلى للثقافة.
- يحيى القبالي، (2008)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان: الطريق للنشر والتوزيع.
- يويي نبيلة، (2014)، فاعلية برنامج سلوكي للأطفال المتدربين مفرطي الحركة و متشتتي الانتباه ما بين 06-12 سنة، رسالة ماجستير منشورة، جامعة وهران الجزائر.

مراجع باللغة الاجنبية:

- BAILLY-D- , (1995) :l'angoisse de la séparation, masson, paris.
- Defontaine, J. (1980). Manuel de rééducation, Maloine s.a. éditeur Paris.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) : American psychiatric pub , 2013.
- DSM-IV. (1996). Prevalence and correlates of Estimated DSM-IV Child and Adult Separation Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey Replication
- ERIC Debarbieux (2002), violence et éducation, P.U.F, France
- Godsey, Cynthia M. S., APRBN, & Lambert. (2007). Anxiety about going to school, mental health.
- Khomsi. A. (1994). Essai de définition des dyslexies, neuvièmes journées Régionales d'Etude sur le jeune Enfant Handicapé, Amiens 42-26 mars 1994.
- Muchelli R , bourcier. A (1985), la dyslexie maladie du siècle, paris.



قائمة المراجع

- Noel, J. M. (1976). La dyslexie en pratique éducative. Doin éditeurs :Paris.
- O'Conner, K. (1980). A developmental model of depression in children. ph.D , Toledo university.
- P-H MAZET-1D (1972) :Houst Psychiatriquée de l'Enfant et de l'Adolescent / Vol 2 Edition MALOINE.
- Pierre, D.R.& Badrige. M.(1970) .La dyslexie de l'enfant, 3ed: Casterman
- Robert, Y.(2000). Dyslexies et technologies, in – Glossa, 2000, N°= 74. PP 56-61.
- Shalev R.et al.,(2001) ,*Developmental Dyscalculia Is a Familial Learning Disability*, J. of Learning Disabilities.
- VAN HOUT A., MELJAC C., FISCHER J.P.(2005), *Troubles du calcul et dyscalculie chez l'enfant*, Masson, Paris.

مواقع الانترنت

- <https://arabiaparenting.firstcry.com/articles>
تاريخ الدخول 2021/07/15 على الساعة 22:34
- <https://www.tbceb.net/health/>
تاريخ الدخول 2021/07/18 على الساعة 11:23
- <https://ar.wikipedia.org/wiki> 22:17 على الساعة 2021/08/21 تاريخ الدخول
- <https://childhood.ahlamontada.com/t50-topic>
تاريخ الدخول 2021/08/30 على الساعة 10:21
- <https://kuttab.cc/wp/2015/11/29>
تاريخ الدخول 2021/07/15 على الساعة 20:13
- M.CANEZ, E.CRETIENIER, j.DENIAUD, E. ESSEUL: 1 enfant hyperactif, 2008-2009.
[http://www.math.univrs.fr/~labangatte/l3sen/Annales/L'enfant%20 hyperactif](http://www.math.univrs.fr/~labangatte/l3sen/Annales/L'enfant%20hyperactif)
تاريخ الدخول 2021/09/15 على الساعة 21:30